



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Vigilância da Pessoa em situação crítica com *Delirium*:
promoção da Segurança**

Márcia Aurélia Cardoso Pereira da Silva

**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**Vigilância da Pessoa em situação crítica com *Delirium*:
promoção da Segurança**

Márcia Aurélia Cardoso Pereira da Silva



Orientador(a):
Joana Ferreira Teixeira



**Lisboa
2022**

“O primeiro requisito de um hospital é que ele jamais
deveria fazer mal ao doente”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Ricardo, que me apoiou e colaborou
na difícil tarefa de cuidar do Gustavo e da Mafalda,
e que me permitiu realizar este percurso de forma dedicada.
À professora Maria Cândida Durão, que reconheceu o meu potencial,
e me guiou na fase inicial deste processo.
À professora Joana Ferreira Teixeira,
pela preocupação, dedicação, disponibilidade,
e por me ter “obrigado” a repensar várias vezes,
aprofundar a minha reflexão e evoluir.
O meu muito obrigada, porque com toda a certeza não teria sido igual
sem a sua companhia neste percurso;
foi efetivamente um pilar com o qual pude contar sempre.
Ao meu “grupo de mestrado”, em particular à Catarina Ferreira,
pelas partilhas e pela companhia neste caminho.
Aos enfermeiros, Anabela e Diogo,
pelo apoio em todo este processo.
Por último, mas não em último, à minha companheira e amiga Margarida,
obrigada pelas horas infindáveis ao telefone, pelas conversas,
pela honestidade que tantas vezes me fez repensar e refazer.
Obrigada pelas discussões de sempre,
pelas horas que passamos a discutir e a refletir sobre
“aquilo que é melhor para o doente”.
Motivas-me para ser cada vez melhor e pessoas assim marcam a nossa vida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3D-CAM – 3 minutes Diagnostic Confusion Assessment Method

4AT – Abbreviated Mental Test – 4

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, (Neurologic) Dysfunction, Exposure

ABCDEF – Assess, prevent, and manage pain; Both SAT and SBT; Choice of analgesia and sedation; Delirium: assess, prevent, and manage; Early mobility and exercise; Family engagement and empowerment

ANI – Analgesia Nociception Index

APNEP – Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

bCAM – brief Confusion Assessment Method

BNM – Bloqueio Neuromuscular

BPS – Behavioral Pain Scale

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

CMEEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EDA – European Delirium Association

EEMI – Equipas de Emergência Intra-hospitalar

EOT – Entubação Orotraqueal

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GABA – Ácido gama-aminobutírico

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICDSC – Intensive Care Delirium Screening Checklist

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

ITU – Infecção do Trato Urinário

mCAM-ED – modified Confusion Assessment Method Emergency Department

MEWS – Modified Early Warning Score

MOTYB – Months of The Year Backwords

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PADIS – Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PEE – Plano de Emergência Externo

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

REM – Rapid Eye Movement

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SABA – Solução Asséptica de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Serviço Integrado de Emergência Médica

SO – Sala de Observação

SPICI – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SR – Sala de Reanimação

SU – Serviço de Urgência

TCCN – Technological Competency as Caring In Nursing

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VA – Via Área

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

RESUMO

O *delirium* é uma síndrome neurocognitiva que afeta os domínios da atenção, cognição e consciência, como resultado de um distúrbio sistêmico, considerando-se a sua causa multifatorial. Esta situação tem um forte impacto nos *outcomes* da pessoa em situação crítica, na família, bem como impacto nas organizações. Apesar do crescente interesse da comunidade científica sobre este tema, a sua gestão permanece ainda um desafio, revelando-se preponderante que os enfermeiros reconheçam a importância de minimizar o impacto do *delirium* na pessoa.

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da frequência no mestrado em enfermagem na área de especialização à pessoa em situação crítica, pretendendo analisar e refletir sobre o percurso efetuado no que diz respeito às competências desenvolvidas e preconizadas para o grau de mestre e as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista. A área temática escolhida teve especial relevância enquanto fio condutor de todo o percurso, encontrando-se cientificamente ancorada na revisão integrativa da literatura efetuada, sobre as intervenções de enfermagem na gestão do *delirium* na pessoa em situação crítica. Durante todo este processo, a prática de cuidados perspetivou-se segundo os modelos teóricos de enfermagem *Technological competency as caring in nursing*, *Vigilance: the essence of nursing* e *Domains of nursing practice*.

No sentido de desenvolver competências especializadas na complexidade da prática, foram realizados ensinamentos clínicos em contexto de urgência e cuidados intensivos, assim como, outras atividades consideradas relevantes e que permitiram concretizar os objetivos traçados para este percurso e em cada contexto específico.

Palavras-chave: *delirium*; segurança; competência clínica; cuidados de enfermagem; pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

Delirium is a neurocognitive syndrome that affects attention, cognition, and consciousness domains due to a systemic disturbance and is considered to have a multifactorial cause. This has a strong impact on the outcomes of critically ill patient, the family, as well as an impact on organizations. Despite the growing concern of the scientific community with this issue, its management remains a challenge, and it is important that nurses recognize the importance of minimizing the impact of delirium on patients.

This report was developed within the scope of the master's degree in critical care nursing, with the purpose of analysing and reflecting on the competencies developed and recommended for the master's degree, and the general and specific competencies of specialist nurses. The thematic area chosen was particularly relevant as a guiding element throughout this journey, being scientifically anchored in the integrative literature review on nursing interventions for delirium management in critically ill patients. Throughout this process, care practice was based on the theoretical nursing models Technological competency as caring in nursing, Vigilance: the essence of nursing, and Domains of nursing practice.

Aiming to develop specialized skills in the complexity of practice, clinical teaching in emergency and intensive care settings was carried out, as well as other activities considered relevant and that allowed to achieve the objectives set for this journey and in each specific context.

Keywords: delirium; safety; clinical competence; nursing care; critically ill patient.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM <i>DELIRIUM</i> E SUA FAMÍLIA.....	23
1.1 Gestão do <i>delirium</i> na Pessoa em situação crítica	23
1.2 Perspetiva teórica de enfermagem no cuidar da Pessoa em situação crítica e família, nesta área específica de cuidados	34
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
2.1 Urgência Geral	40
2.2 Unidade de Cuidados Intensivos	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da Revisão integrativa da literatura (RIL)

Apêndice II – Cronograma das atividades realizadas

Apêndice III – Plano de sessão de formação

ANEXOS

Anexo I – Certificado de realização do curso de Suporte avançado de vida

Anexo II – Certificado de realização do curso de Suporte avançado de vida em trauma

Anexo III – Certificado de participação no *Webinar* - Formação, investigação e exercício clínico

Anexo IV – Programa do 15º Encontro anual da European Delirium Association

Anexo V – Certificado de participação no 15º Encontro anual da European Delirium Association

Anexo VI – Programa do VIII Congresso internacional de cuidados intensivos

Anexo VII – Certificado de participação no VIII Congresso internacional de cuidados intensivos

Anexo VIII – Certificado de submissão de poster no VIII Congresso internacional de cuidados intensivos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Perspetiva teórica de enfermagem no cuidar da PSC com <i>delirium</i>	38
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se inserido na unidade curricular relatório com estágio do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC). Este percurso pautou-se pelo desenvolvimento de competências relativas à obtenção do grau de mestre para o CMEPSC, bem como pelas competências comuns e específicas, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o enfermeiro especialista em enfermagem na área da Pessoa em situação crítica (PSC) (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL], 2010; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A PSC consiste na pessoa que se torna incapaz de preservar de forma independente a sua estabilidade fisiológica ou, que se encontra em risco elevado de instabilidade e cuja vida depende de meios avançados de vigilância, diagnóstico e tratamento em urgência e cuidados intensivos. Portanto, identificam-se estes locais, como contextos privilegiados para cuidar da PSC. A prática de cuidados revela-se como um modo de adquirir e desenvolver conhecimentos e competências, sendo sempre mais complexa e realista do que a obtida na teoria, reconhecendo-se a importância da prática para o desenvolvimento de competências (Benner, 2001). A mesma autora realça o facto dos enfermeiros peritos deterem uma enorme experiência, compreendendo as situações não só de uma forma analítica, mas também intuitiva, à medida que foram vivenciando situações concretas, na prática. Portanto, a intuição caracteriza-se por uma posse imediata de conhecimentos e significados de uma situação, com base no reconhecimento de padrões previamente observados, mas sem uma deliberação consciente (Benner, 2001; Benner et al., 2009, 2011).

Deste modo, com vista a dar resposta a todas as exigências enquanto futura mestre e enfermeira especialista na área da PSC, desenvolvi estágios em contexto de urgência e cuidados intensivos, tendo como linha orientadora o tema – vigilância à pessoa em situação crítica com *delirium*: promoção da segurança – aprofundando conhecimentos e competências na complexidade da prática.

Este tema foi identificado na minha prática como um potencial problema, gerador de alguma inquietação. A PSC com *delirium* em Unidade de cuidados intensivos (UCI) é uma área em estudo há vários anos, estando comprovado que representa um forte preditor independente do tempo de internamento (Ely et al., 2001).

Contudo, este tema só assumiu para mim a relevância merecida durante a pandemia em contexto de UCI dedicada a pessoas infectadas com SARS-CoV2, pois, durante este período profissional, pela minha aprendizagem experiencial, fui constatando que a PSC infectada com SARS-CoV2, na sua globalidade, acordava confusa, agitada, tornando ainda mais complexo o processo de desmame ventilatório. Esta situação originou um impacto negativo nos *outcomes* da PSC, traduzindo-se num aumento de dias sob ventilação mecânica invasiva (VMI), internamentos prolongados em UCI e aumentando a vulnerabilidade e sofrimento da pessoa e sua família. O facto de não ter sido capaz de encontrar estratégias para minimizar o impacto desta situação, assistindo a pessoa na vivência daquela transição, deixou-me frustrada e impeliu-me a refletir e procurar soluções.

Assim, o *delirium* caracteriza-se por uma descompensação neurocognitiva em resposta a fatores fisiopatológicos, provocando uma perturbação aguda ou de curso flutuante dos domínios nucleares da atenção, consciência e/ou cognição, em que, estas alterações não podem ser explicadas por outro transtorno neurocognitivo existente, e não pode ser considerado em contextos em que os estímulos estão notavelmente diminuídos (American Psychiatric Association, 2013; Internacional Council of Nurses [ICN], 2019).

A incidência de *delirium* na PSC é frequente, podendo atingir cerca de 80% em UCI, sendo que, no contexto de urgência poderá variar entre os 7% e os 35%. Contudo, esta é uma realidade que continua subdiagnosticada e também subvalorizada comparativamente a outra disfunção de órgão (Ely, 2004; Émond et al., 2018; European Delirium Association [EDA] & American Delirium Society [ADS], 2014; Faria & Moreno, 2013; Han et al., 2013; Oliveira J. e Silva et al., 2021; Pandharipande et al., 2008).

A ocorrência de *delirium* na PSC, é um preditor independente de mortalidade, morbilidade, aumento do tempo de internamento, aumento dos custos hospitalares, prolongando o número de dias sob VMI. A PSC com *delirium* possui também um maior risco de desenvolver compromissos cognitivos a longo prazo e maior risco de necessitar de ser transferida para unidades de apoio após a alta, o que representa um problema que afeta também a família. A família é escolhida e definida pela pessoa, não se cingindo a relações de consanguinidade, mas por aqueles que prestam apoio e com quem têm uma relação significativa. Destaca-se ainda, que o *delirium* na PSC representa um risco para a sua segurança, sendo um preditor de intercorrências, nomeadamente extubações não planeadas, remoção de dispositivos médicos e

maiores taxas de reintubações (Davidson et al., 2017; Dziegielewski et al., 2021; Faria & Moreno, 2013; ICN, 2019; Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019; Spiegelberg et al., 2020).

A segurança da pessoa em contexto de cuidados de saúde foi reconhecida como fundamental pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo definida como a eliminação de todas as fontes de risco evitáveis, minimizando ao máximo possíveis danos desnecessários devido a cuidados de saúde pouco seguros e, maximizando a probabilidade de intercetar possíveis erros, previamente à lesão accidental. Por conseguinte, a segurança, representa um pilar fundamental na qualidade dos cuidados em saúde e na conceção e desempenho dos sistemas de saúde. A qualidade dos cuidados deve ser alcançada tendo em consideração que esta deve ser monitorizada e avaliada, sendo objeto de melhoria continua através da prestação de cuidados baseados em evidência, tendo também em conta as necessidades e preferências da pessoa e família. Neste sentido, os cuidados de qualidade são seguros, eficazes, centrados na pessoa, oportunos, eficientes, integrados e equitativos. Em consonância com os padrões de qualidade da OE, o reconhecimento precoce e intervenção no sentido de promover a segurança da PSC com *delirium* tem impacto nas seguintes áreas - satisfação dos clientes (perspetiva da família enquanto cliente-alvo), prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, e organização dos serviços de enfermagem (Amstrong & Sherwood, 2021; Doran, 2011; Ordem dos Enfermeiros [OE] 2001; World Health Organization [WHO], 2020, 2021).

Desta forma, a elevada incidência de *delirium* na PSC, as inúmeras e graves consequências, demonstram a importância de existir um reconhecimento precoce e implementação de intervenções, visando a segurança da pessoa. Os enfermeiros são aqueles que detetam primeiramente sinais de agravamento e mudanças do estado de saúde da pessoa, nomeadamente alterações de comportamento e no estado de consciência, mesmo quando estes ainda não são perceptíveis em dados objetivos. Deste modo, a promoção da segurança, minimizando eventos adversos e maximizando os resultados pretendidos é conseguida através da vigilância crítica do enfermeiro (Benner, 2001; Mart et al., 2021; Meyer & Lavin, 2005; Park & Lee, 2019; Pereira et al., 2016; Vyveganathan et al., 2019).

A vigilância assume-se assim como fundamental, representando a essência do cuidado em enfermagem. Esta, representa a aquisição, interpretação e síntese intencional, de forma continuada, das informações daquela pessoa, na tomada de decisão. Por outro lado, os contextos de cuidados à PSC são inevitavelmente

ambientes cada vez mais dependentes da tecnologia, e que se apoiam de e na mesma, e, portanto, esta vigilância depende das informações e dados que nos são transmitidos pela tecnologia e que por nós são interpretados. Mediante estes dados, somos capazes de conhecer a pessoa e as suas necessidades, em cada momento, adequando os cuidados à pessoa e a cada circunstância vivenciada pela mesma, fazendo uso do juízo clínico na tomada de decisão (Benner, 2001; Butcher et al., 2018; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

Nesta interligação entre vigilância e tecnologia no cuidado à PSC, surgem as teorias nas quais alicercei o meu percurso: *Technological competency as caring in nursing*, *Vigilance: the essence of nursing* e *Domains of nursing practice* (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005).

Considerando as competências que eram espectáveis desenvolver neste percurso, foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais:

- desenvolver competências de enfermagem especializadas na área da Pessoa em situação crítica, em contexto de urgência e cuidados intensivos;
- desenvolver competências de enfermagem especializadas na área da Pessoa em situação crítica com *delirium*.

Este relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. O primeiro refere-se ao diagnóstico e problematização da área temática em estudo, tendo em conta a evidência encontrada, através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura (RIL), e onde serão também abordados os referenciais teóricos de enfermagem que se encontram na base da prestação de cuidados especializados de enfermagem nesta área. O segundo capítulo contempla o percurso de desenvolvimento de competências em ensino clínico, efetuados nos contextos de urgência e cuidados intensivos, cada um deles com objetivos específicos, atividades a desenvolver, que serão analisados de forma individual, tendo também em consideração, as dificuldades e estratégias utilizadas para as ultrapassar. Por fim, farei algumas considerações finais acerca de todo o percurso desenvolvido, durante o mestrado.

O presente trabalho foi realizado mediante as normas do guia orientador para realização de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e a referenciação bibliográfica foi elaborada segundo as normas da 7ª edição da American Psychological Association (American Psychological Association, 2020; ESEL, 2020).

1. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM *DELIRIUM* E SUA FAMÍLIA

Este capítulo pretende abordar os conceitos principais e a evidência científica encontrada, relacionada com esta área temática, bem como as teorias de enfermagem que enquadraram este processo de desenvolvimento de competências, ao longo deste mestrado, encontrando-se estruturado em 2 subcapítulos. O primeiro, contextualiza a gestão do *delirium* na PSC, tendo por base os conceitos de vigilância e segurança dos cuidados. O segundo, apresenta as teorias de enfermagem que nortearam este percurso, bem como a sua relação com a temática em estudo.

1.1 Gestão do *delirium* na Pessoa em situação crítica

A PSC encontra-se mais vulnerável à ameaça, com condições instáveis e suscetíveis a mudanças rápidas, e que, pela gravidade da sua situação de saúde-doença, possuem menor capacidade e flexibilidade para lidarem com situações adversas ou incidentes de segurança (Ajri-Khameslou et al., 2021; Benner et al., 2011). Assim sendo, a segurança representa uma componente essencial da qualidade em saúde, sendo da responsabilidade de todos os profissionais que prestam cuidados. Estima-se que uma em cada dez pessoas possam sofrer um incidente de segurança, sendo que 7,4% representam eventos adversos que conduziram à morte, destacando-se 43,5% destes eventos, como evitáveis (de Vries et al., 2008). Um incidente de segurança é definido como um evento ou circunstância do qual poderia resultar ou resultou em dano dispensável para a pessoa. Os eventos adversos (incidente com dano) resultam em lesão ou complicação não intencional causada pelos cuidados de saúde, e que não possam ser devidos à situação de doença subjacente, conduzindo ao prolongamento do internamento hospitalar, incapacidade no momento da alta ou morte. Existem inúmeros fatores que contribuem para a ocorrência de um incidente, podendo ser externos, organizacionais, relacionados com o próprio ambiente de trabalho ou com os profissionais de saúde, assim como, relacionados com a pessoa, como o seu comportamento (por exemplo, não cooperante, imprudente, dano infligido ao próprio), podendo este ser o fator precipitante, que pode ser ou não suficiente para causar o incidente (de Vries et al., 2008; DGS, 2011a; Mitchell, 2008; OE, 2001; White et al., 2011; WHO, 2021).

A melhoria da qualidade requer sistemas de saúde capazes de identificar situações que potenciem a ocorrência do erro e que, mesmo quando este ocorra,

possa ser identificado devidamente, para que se adotem medidas de melhoria que minimizem a probabilidade da ocorrência do mesmo, no futuro. Os enfermeiros representam o grupo profissional que permanece 24 horas junto das pessoas, encontrando-se assim, numa posição privilegiada para prevenir e detetar possíveis eventos adversos, contribuindo para a identificação e correção de falhas nos sistemas e organizações, através da vigilância, enquanto intervenção de enfermagem (Benner et al., 2011; Mitchell, 2008; WHO, 2021). A vigilância constitui-se como parte integrante do trabalho dos enfermeiros, e apesar de essencial, por vezes é um elemento invisível, sendo difícil de traduzir em dados objetivos. Esta consiste em mais do que a mera monitorização, pois inclui uma deliberação consciente face aos dados objetivados (Ajri-Khameslou et al., 2021; Benner, 2001). Representa um processo sistemático, complexo, que visa a deteção precoce de sinais de deterioração, com o início de intervenções rápidas e adequadas, alicerçando-se na avaliação dos parâmetros de monitorização, além de informações de outras fontes, nomeadamente, as provenientes da própria família (Giuliano, 2017).

Esta vigilância assume um caráter ainda mais essencial no caso da PSC, internada em contexto de UCI ou SU. A UCI dedica-se à abordagem e cuidado global da PSC, sendo um sistema organizado com capacidade de monitorização e suporte de funções para manutenção da vida das pessoas em situações complexas, prestando cuidados altamente diferenciados e dependentes da tecnologia (Ajri-Khameslou et al., 2021; Marshall et al., 2017). Por outro lado, os SU são o local das estruturas de saúde, que têm como missão o atendimento e o tratamento de pessoas em situações agudas, pouco urgentes, urgentes ou emergentes, exigindo dos profissionais respostas céleres e com identificação antecipada de focos de instabilidade. Portanto, a vigilância revela-se preponderante para evitar a deterioração da PSC, visando prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo como finalidade a sua recuperação (Benner et al., 2011; Despacho n.º 10319/2014, 2014; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

As pessoas com *delirium* acarretam maior risco de incidentes de segurança, salientando-se um estudo que refere que 39% destas, removeram cateteres, 18% tubos orotraqueais e 28%, cateteres urinários (Tilouche et al., 2018). Desta forma, reconhece-se o *delirium* como um fator contribuinte para a ocorrência de um incidente de segurança, pelo que, as intervenções que possam reduzir a incidência, duração e severidade desta síndrome, conduzem inevitavelmente à promoção da segurança da PSC com *delirium* (DGS, 2011a; Tilouche et al., 2018).

No decurso dos últimos anos surge uma preocupação crescente na comunidade científica sobre o *delirium*. Contudo, o seu tratamento e própria fisiopatologia não está totalmente esclarecida. Esta situação deve-se ao facto da etiologia do *delirium* ser considerada multifatorial, existindo múltiplas perturbações simultâneas que contribuem para o seu desenvolvimento (Cortés-Beringola et al., 2021; Maldonado, 2017; Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019; Wilson et al., 2020).

O *delirium* é uma síndrome neurocognitiva causada por um distúrbio sistémico, que conduz a uma perturbação transitória da atividade neuronal normal. Nos potenciais mecanismos desencadeados a nível cerebral, que induzem essa perturbação neuronal destacam-se: neuroinflamação (libertação de mediadores inflamatórios como IL-1, fator de necrose tumoral e quimioquinas), disfunção vascular cerebral, alteração do metabolismo cerebral (hipoxemia, hipoglicemia, diminuição do fluxo sanguíneo), desequilíbrio de neurotransmissores (acetilcolina, dopamina, ácido gama-aminobutírico -GABA- e noradrenalina) e compromisso da conectividade na rede neuronal (lesão nas transmissões sinápticas e axonais). Contudo, estas dependem também da capacidade de reserva e de resiliência das próprias pessoas, face a eventos de stress agudos. Existe uma combinação entre fatores referentes aos próprios e estímulos agudos nocivos a nível cerebral, conduzindo a uma falha da função cerebral, processos que se revelam essenciais na fisiopatologia complexa do *delirium*. Historicamente, a gestão do *delirium* na PSC tem-se revelado um processo desafiante, pelo que, compreender os mecanismos que conduzem a esta disfunção neurocognitiva, podem fornecer importantes estratégias na abordagem da pessoa com *delirium* (Maldonado, 2017; Mart et al., 2021; Wilson et al., 2020).

Classicamente, são descritos três subtipos de *delirium* que se apresentam por estados de hiperatividade, hipoatividade ou mistos. Quanto à sua duração, este pode ser agudo (horas ou dias) ou persistente (duração de semanas ou meses). No *delirium* hiperativo, existe um aumento da atividade psicomotora, que pode ser acompanhado por agitação, oscilação de humor e recusa em colaborar nos cuidados de saúde, com a tentativa de retirar dispositivos médicos. Por sua vez, no subtipo hipoativo, existe uma lentificação psicomotora, que se traduz em letargia e lentidão. No *delirium* de atividade mista, existe um nível de atividade psicomotora normal, apesar da perturbação da atenção e da perceção, incluindo também as pessoas que têm oscilação entre os dois subtipos anteriores. O *delirium* hipoativo e misto surge em cerca de 90% das pessoas com *delirium*, sendo o hipoativo, o predominante. Existe ainda outra condição que se designa por *delirium* subsindrómico ou subclínico, em

que a pessoa não possui todos os critérios de diagnóstico de *delirium*, isto é, quando ainda não existe alteração de todos os domínios do *delirium* (American Psychiatric Association, 2013; Kotfis et al., 2018; Tomasi et al., 2012; Vyveganathan et al., 2019).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do *delirium* são inúmeros, existindo mais de 100 potenciais fatores descritos. Assim, foram enumerados aqueles que são mais relevantes na PSC, podendo ser divididos em preexistentes e precipitantes, existindo em ambos, fatores modificáveis e não modificáveis (Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019; Wilson et al., 2020).

Os fatores de risco preexistentes incluem a idade avançada (superior a 65 anos), hipertensão, álcool, tabagismo, doença cardíaca, comprometimento cognitivo prévio e alterações visuais e auditivas existentes. Em relação aos fatores precipitantes, estes incluem severidade de doença, stress cirúrgico, insuficiência respiratória, nomeadamente hipoxemia, infecção/sépsis, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, ventilação mecânica prolongada, dor, imobilidade/restrições físicas e anemia grave. Determinados fármacos podem também aumentar o risco de desenvolvimento de *delirium*, nomeadamente as benzodiazepinas, os sedativos, opióides, anticolinérgicos e corticosteroides. O próprio ambiente de cuidados representa um fator de risco precipitante, pelo ruído e luminosidade no período noturno, perturbação do sono na PSC internada neste contexto, isolamento, ausência de visitas e falta de iluminação natural. Evidencia-se deste modo, a importância da inclusão da família da PSC com *delirium*, devendo ser incentivada a sua presença (Dziegielewski et al., 2021; Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019; Pereira et al., 2016; Wilson et al., 2020).

A família, é considerada uma unidade que partilha laços emocionais, valores comuns, ideais, objetivos, memórias, em que, os membros da família se apoiam e contribuem significativamente para o bem-estar uns dos outros. Por isso, estes devem ser encarados como um parceiro de cuidados, tendo a possibilidade de participar ativamente e contribuir para melhorar os *outcomes* da PSC com *delirium*, ao mesmo tempo que, são considerados também alvo de cuidados, com necessidades específicas a serem consideradas pelo enfermeiro (Davidson et al., 2017; ICN, 2019; Mart et al., 2021; Pereira et al., 2016).

Relativamente ao SU em particular, foram identificados como fatores de risco de *delirium*, a proveniência da pessoa (lares de idosos acarretam um maior risco de desenvolvimento de *delirium* na pessoa), antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC) e permanência no SU superior a 10 horas. A causa fisiopatológica mais frequente para desencadear *delirium* nas pessoas, neste contexto, é a infecção, que

representa cerca de 30% a 40% das situações, salientando-se também os distúrbios neurológicos agudos (AVC, hemorragia intracraniana ou massa intracraniana). Segundo um estudo desenvolvido por Han et al. (2013) numa população de 406 pessoas, 65% apresentavam índices de gravidade de urgência de 2 (classificado de 1, mais grave, a 5, menos grave), corroborando o alto impacto do *delirium* na PSC em contexto de SU. No entanto, o estudo das pessoas com *delirium* neste contexto é ainda heterógeno, contribuindo para tal, a existência de um subdiagnóstico desta síndrome, de aproximadamente 80% (Émond et al., 2018; Han et al., 2013; Oliveira J. e Silva et al., 2021; Shenvi et al., 2020).

Assim sendo, para analisar o conhecimento científico existente no que diz respeito às intervenções de enfermagem na gestão do *delirium* na PSC, foi elaborada uma RIL, cujo protocolo se encontra em apêndice (apêndice I). Na gestão da PSC com *delirium* identificam-se diferentes áreas de atuação: identificação/avaliação, prevenção e tratamento (Devlin et al., 2018; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019).

A identificação do *delirium* na PSC carece da utilização sistemática de instrumentos adequados e devidamente validados (Devlin et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Lavrentieva et al., 2017; Reznik & Slooter, 2019). Recomenda-se a aplicação em UCI do modelo *PREDiction of DELIRium for Intensive Care* (PRE-DELIRIC) ou *Early* (E)-PRE-DELIRIC para identificar o risco de desenvolver *delirium* durante o internamento, sendo aplicado a todas as pessoas admitidas. A PRE-DELIRIC deve ser aplicada durante as primeiras 24h, enquanto a E-PRE-DELIRIC deve ser aplicada no momento de admissão. Ambos os modelos assentam em fatores preditores como idade, admissão em contexto de urgência, valores analíticos, uso de fármacos, entre outros. Desta forma, pretende-se identificar e atuar preventivamente sobre os fatores de risco modificáveis da PSC (Devlin et al., 2018; Reznik & Slooter, 2019; van den Boogaard et al., 2012; Wassenaar et al., 2015).

Para detetar e avaliar o *delirium*, conduzindo ao seu diagnóstico, existem vários instrumentos, dependendo do contexto de cuidados (MacLulich, n.d.-b; Wilson et al., 2020). No SU, a identificação pode ser efetuada com uma estratégia em dois tempos com as escalas *Months of the Year Backwards* (MOTYB) e *Abbreviated Mental Test – 4* (4AT), para avaliação pontual. A escala MOTYB é uma *ultra-brief scale*, que consiste na pessoa verbalizar os meses de trás para a frente, funcionando como uma escala de exclusão de *delirium*, sendo necessária uma segunda escala para confirmar a presença deste distúrbio na pessoa. Após a sua utilização, preconiza-se a aplicação de uma escala para avaliação pontual (exemplo: 4AT, *brief CAM* [bCAM], *modified*

CAM-Emergency department [mCAM-ED], 3 minutes diagnostic CAM [3D-CAM]). Neste caso, a escala 4AT, apresenta uma sensibilidade e especificidade de 88%, tendo sido validada em diferentes contextos, nomeadamente em SU, e encontra-se traduzida, mas não validada, para português, baseando-se em questões simples e utilizando na avaliação da atenção o teste MOTYB, poupando tempo em contextos movimentados como o SU (Hasemann et al., 2021; Tieges et al., 2021).

Relativamente à UCI, é recomendado o uso das escalas *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) ou *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC). A CAM-ICU e a ICDSC são escalas com elevada sensibilidade e especificidade, nomeadamente em pessoas sob VMI, devendo ser aplicadas de forma sistemática, por exemplo, uma vez por turno, privilegiando momentos de estados de consciência superiores. O primeiro pressuposto para a aplicação destas escalas é que a PSC possua um estado de consciência que se traduza num score ≥ -3 , segundo a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) (Devlin et al., 2018; Gusmao-Flores et al., 2012; Hsieh et al., 2013; Lavrentieva et al., 2017; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019). O principal benefício de uma identificação precoce do *delirium* revela-se com a correção da(s) causa(s) precipitante(s), e com a implementação de intervenções que visem reduzir a sua duração na PSC, pois a severidade desta perturbação associa-se a maior tempo de internamento em UCI, transferência para unidades de apoio, mortalidade hospitalar e a VMI prolongada. No sentido de objetivar a severidade deste distúrbio em contexto de UCI, a CAM-ICU foi estratificada, surgindo a CAM-ICU-7, que, para além de avaliar a gravidade, pode também guiar os profissionais de saúde sobre o efeito e sucesso das suas intervenções, permitindo reduzir a duração do *delirium* na pessoa. Adicionalmente, esta pode possibilitar correlacionar a gravidade do *delirium* com complicações a longo prazo, prevendo *outcomes* da PSC como mortalidade intra-hospitalar, o destino da alta e duração do internamento na UCI (Devlin et al., 2018; Khan et al., 2017; Krewulak et al., 2020; Reznik & Slooter, 2019).

Apesar do elevado grau de fiabilidade das referidas escalas, apenas são utilizadas em 42% das UCI a nível mundial, existindo a convicção de que estas não são necessárias para a identificação de *delirium* na PSC. Contudo, recorrendo exclusivamente ao juízo clínico, os profissionais de saúde apenas identificaram entre 28% (intensivistas) a 35% (enfermeiros) dos dias em que a pessoa apresentou *delirium* (Morandi et al., 2017; Spronk et al., 2009). Salienta-se, na evidência, como principais barreiras na aplicação da CAM-ICU a dificuldade em interpretar *delirium* nas

peessoas entubadas orotraquealmente, a incapacidade para completar avaliações em pessoas sedadas, a falta de resposta clínica face a resultados positivos e a complexidade e morosidade na aplicação da escala (Oxenbøll-Collet et al., 2018; Ramoo et al., 2018; Rowley-Conwy, 2018; Sinvani et al., 2021).

Globalmente, as intervenções não farmacológicas e farmacológicas que surgem na evidência, conduzem cumulativamente à prevenção e tratamento do *delirium* na PSC, isto é, reduzem a sua incidência e duração. Nesta fase, parece cada vez mais consensual que sendo o *delirium* de causa multifatorial, também as estratégias implementadas devem contemplar as diferentes causas e fatores de risco modificáveis. Portanto, uma estratégia multifacetada, com intervenções multimodais que visem diferentes componentes, traduzem-se em melhores resultados na incidência e duração do *delirium* na PSC (Deng et al., 2020; Devlin et al., 2018; Ghaeli et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Liang et al., 2021; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019; Schnitker et al., 2013; Smith & Grami, 2017).

As intervenções multimodais focam-se em diversas componentes destacando-se a reorientação e estimulação cognitiva, a promoção do sono, controlo da dor, estratégia de sedação, mobilização/reabilitação precoce e envolvimento familiar (Devlin et al., 2018; Ghaeli et al., 2018; Herling et al., 2018; Malik et al., 2021; Mart et al., 2021; Moon & Lee, 2014; Reznik & Slooter, 2019).

Nas intervenções não farmacológicas a poderem ser utilizadas de forma isolada e com resultados positivos, destacam-se, a mobilização/reabilitação precoce e o envolvimento familiar, enquanto intervenções com melhores resultados (Contreras et al., 2021; Deng et al., 2020; Hsieh et al., 2013; Liang et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019).

A mobilidade/reabilitação precoce, surge como uma intervenção segura e bem tolerada na PSC, mesmo que sob VMI, demonstrando eficácia na redução da incidência e duração do *delirium*, assim como, no tempo de internamento em UCI. Devem ser incentivadas mobilizações ativas e passivas, o sentar no leito, a posição supina, assim como, deambulação, quando possível (Deng et al., 2020; Devlin et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Liang et al., 2021; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019). Neste sentido, as restrições físicas e os dispositivos médicos aplicados à PSC representam fatores que potenciam o desenvolvimento de *delirium*, contribuindo para a sua imobilidade (embora não tenham relação causa-efeito), devendo ser retirados assim que possível (Devlin et al., 2018; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019; Smith & Grami, 2017).

As restrições físicas aumentam até 2,82 vezes o risco de desenvolver *delirium*, embora constituam uma prática comum em contexto de UCI, principalmente na PSC sob VMI (Smith & Grami, 2017; Unoki et al., 2019). As razões apontadas para se proceder à contenção mecânica da PSC, relacionam-se maioritariamente com a segurança da pessoa, pretendendo-se prevenir extubações acidentais, remoção de dispositivos médicos, controlar o comportamento da pessoa, proteger os profissionais da agressividade/agitação da pessoa e prevenir quedas (Cui et al., 2022; Devlin et al., 2018; Unoki et al., 2019). Contudo, não se encontram na literatura estudos que demonstrem que a contenção física diminui a taxa de extubações acidentais ou remoção inadvertida de dispositivos médicos, bem pelo contrário, podendo até resultar num aumento da agitação, do uso de antipsicóticos e do tempo de internamento em UCI (Devlin et al., 2018).

A flexibilização do horário das visitas, com políticas em que existe uma escolha por parte dos familiares, revela uma diminuição da incidência de *delirium* na PSC (Westphal et al., 2018). Apesar destes resultados ainda não serem consistentes, a participação da família no cuidado da PSC com *delirium* assume-se como uma intervenção promissora (Contreras et al., 2021; Deng et al., 2020; Devlin et al., 2018; Liang et al., 2021; Munro et al., 2017; Reznik & Slooter, 2019; Rosa et al., 2019).

A presença da família facilita também intervenções, como a reorientação cognitiva, devido à natureza personalizada da estimulação, conhecimento profundo sobre a pessoa, e também pela familiaridade da voz, revelando-se mais eficaz na redução da duração do *delirium* (Deemer et al., 2020; Munro et al., 2017).

As situações de saúde-doença complexas vivenciadas pela PSC, também afetam a família, manifestando-se através da presença de sentimentos de medo, incerteza, sofrimento emocional, agravados por exemplo, pela informação incompleta ou inadequada, pelo que deve ser reconhecido pelos enfermeiros a importância da facilitação do processo de transição da família, de modo a promover o bem-estar físico, social e mental da mesma (Davidson et al., 2017; Meleis et al., 2000; Mendes, 2016). Portanto, a inclusão da família nos cuidados, promove quer benefícios ao nível da recuperação psicológica da pessoa, quer da família, nomeadamente a redução de stress e a satisfação com os cuidados prestados (Devlin et al., 2018; Liang et al., 2021).

A reorientação e estimulação cognitiva, demonstram eficácia na redução da confusão e diminuição da incidência de *delirium* (Contreras et al., 2021; Devlin et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Liang et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019). A reorientação

espacial, temporal e pessoal deve ser efetuada frequentemente, comunicando com a pessoa pelo seu nome, recordando a data e hora, o local onde se encontra, e o que aconteceu, usando um tom de voz calmo, falando lentamente, com uma comunicação concreta e específica. Ao mesmo tempo devem existir, em locais visíveis, relógios e calendários, como estratégias de reorientação para a PSC. É também importante a estimulação cognitiva, que vise os domínios da atenção, memória, função executiva e linguagem, adequando música, programas de televisão e de rádio às preferências da pessoa, assim como, a inclusão de objetos significativos e fotografias, no espaço onde esta se encontra. Destaca-se ainda, a importância de corrigir compromissos visuais e auditivos existentes, fornecendo óculos e aparelhos auditivos (Devlin et al., 2018; Ghaeli et al., 2018; Herling et al., 2018; Liang et al., 2021; Smith & Grami, 2017).

A gestão dos fatores ambientais surge como uma intervenção a integrar, destacando-se a diminuição do ruído e da luminosidade, com o intuito de promover o sono e ciclo circadiano (Devlin et al., 2018; Ghaeli et al., 2018; Reznik & Slooter, 2019). A PSC refere como fatores disruptivos do sono, a presença de ruído, luminosidade, dor, desconforto, imobilidade ou restrição de movimentos, os momentos de cuidados de enfermagem e a presença de sentimentos como preocupação, stress, ansiedade e medo. Desta forma, salienta-se a importância da gestão dos fatores ambientais, nomeadamente a necessidade de quartos individuais sempre que possível, a maximização do tempo diurno sob luz natural, minimização da luminosidade e ruído no período noturno, e o planeamento e organização das intervenções num momento único durante a noite, minimizando assim os estímulos noturnos (Devlin et al., 2018; Ghaeli et al., 2018; Reznik & Slooter, 2019).

Associa-se à PSC com *delirium*, uma perturbação do ciclo circadiano, com aumento do sono diurno e diminuição do tempo de sono profundo, fase rapid eye movement (REM). No entanto, não está comprovado, inequivocamente, que diminui a qualidade do sono, embora se admita que a qualidade de sono percecionada, diminui durante as situações de doença crítica. Aponta-se como estratégia, o uso de tampões auriculares no período noturno com o objetivo de melhorar a qualidade do sono, e ao mesmo tempo prevenir o *delirium* na PSC, devendo-se ponderar o seu uso em pessoas sob sedação, uma vez que podem conduzir a uma restrição da perceção sensorial (Bannon et al., 2019; Devlin et al., 2018; Herling et al., 2018; Reznik & Slooter, 2019). Encoraja-se ainda, a implementação de um protocolo de redução de ruído noturno, visando promover o sono e restaurar o ciclo circadiano (Devlin et al., 2018; van de Pol et al., 2017). Relativamente às intervenções farmacológicas

relacionadas com a promoção do sono, estas têm vindo a ser alvo de investigação. No caso do propofol, este parece suprimir a fase de sono REM e agravar ainda mais a qualidade do sono das pessoas. A dexmedetomidina, aparentemente favorece a eficiência do sono e melhora a sua qualidade, reduzindo a fragmentação e aumentando o sono profundo, favorecendo o sono natural. Evidencia-se também que este fármaco modifica o padrão de sono, restaurando parcialmente o ritmo circadiano normal. Contudo, também se alerta para a necessidade de mais estudos que comprovem estes benefícios (Alexopoulou et al., 2014; Kondili et al., 2012).

No que diz respeito às intervenções farmacológicas, na prevenção e tratamento do *delirium* na PSC, atualmente não existe uma recomendação para o uso de rotina de intervenções farmacológicas (haloperidol, antipsicóticos atípicos, dexmedetomidina, estatinas ou cetamina), já que, não existem benefícios comprovados de forma inequívoca (Devlin et al., 2018; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019; Schnitker et al., 2013; Taburyanskaya & Hassig, 2015). Ressalva-se apenas o uso de antipsicóticos típicos (exemplo: haloperidol) ou atípicos (exemplo: quetiapina, olanzapina) nas situações de agitação, angústia, ansiedade, medo, alucinações, em que estas representam um risco de segurança para a pessoa ou para outros, devendo o seu uso ser limitado ao tempo estritamente necessário (Bannon et al., 2019; Devlin et al., 2018; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019).

A dor contribui para o aumento da incidência do *delirium* na PSC e os opióides são os analgésicos de primeira escolha para tratar a dor moderada a grave, embora, ao mesmo tempo, representem um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*, pelo que, devem ser titulados para o mínimo necessário, assim como, considerar o uso de analgésicos poupadores de opióides, com recurso à cetamina e agonistas alfa-2 adrenérgico (exemplo: dexmedetomidina, clonidina). Recomenda-se a monitorização e avaliação da dor de forma sistemática, com escalas validadas, sendo o *gold standard* o autorrelato da dor e, na sua impossibilidade, a utilização de escalas de heteroavaliação/comportamentais (Devlin et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Mart et al., 2021; Pedro & Silva, 2017; Reznik & Slooter, 2019; Vincent et al., 2016). Salienta-se ainda, que a dor e o medo são uma das recordações relatadas pelas pessoas que vivenciaram processos complexos de saúde-doença, estando comprovado em estudos, elevadas taxas (43%-49%) de pessoas com dor (Arias-Rivera et al., 2020; Chamorro & Romera, 2015; Pun et al., 2019).

Ao longo do tempo é abandonada a ideia da PSC sob VMI completamente sedada, inerte e imóvel, pretendendo-se pessoas acordadas, calmas, cooperantes,

sem dor, sociáveis e confortáveis (Chamorro et al., 2008; Vincent et al., 2016). Advoga-se uma estratégia de sedação leve, seja de forma contínua ou com suspensão diária (Devlin et al., 2018; Reznik & Slooter, 2019). Ressalva-se a importância de existirem *targets* objetivos do estado de consciência (score segundo escala de RASS), adequados a cada pessoa, à sua situação clínica e a cada momento, sendo alvo de reavaliação frequente (Baron et al., 2015; Barr et al., 2013; Vincent et al., 2016).

A dexmedetomidina parece ser o fármaco de eleição quando é necessário instituir sedação na PSC sob VMI, principalmente em alternativa às benzodiazepinas, que são um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*. Neste sentido, é sugerida a utilização de dexmedetomidina nas situações em que a agitação está a impedir o desmame ventilatório ou a extubação planeada (Bannon et al., 2019; Devlin et al., 2018; Herling et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Lavrentieva et al., 2017; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019). No entanto, salienta-se a necessidade de estudos futuros para reforçar estes benefícios (Burry et al., 2019; Devlin et al., 2018; Herling et al., 2018; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019).

As estratégias de analgesia, sedação e *delirium* na PSC, pressupõem, primariamente uma avaliação sistemática da dor, sedação e *delirium*. Pretende-se um aumento da analgesia com menor uso de opióides, níveis menores de sedação, com a pessoa mais acordada, com melhor controlo da dor e menor compromisso neurocognitivo. Desta forma, é possível alcançar benefícios para a PSC, em que se destaca a diminuição da duração da VMI, duração de internamento em UCI, incidência e duração do *delirium*, mortalidade, melhor estado funcional na data de alta e melhoria cognitiva a longo prazo (Dale et al., 2014; Skrobik et al., 2010; Vincent et al., 2016).

Neste sentido, surgem as *guidelines Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption* (PADIS), com o intuito de guiarem o desenvolvimento de protocolos integrados, baseados em evidência e centrados na pessoa e seus *outcomes*. No sentido de facilitar a sua operacionalização na prática diária, estas materializaram-se sob a forma de mnemónicas para auxiliar os profissionais, de que saliento (Devlin et al., 2018; Pun et al., 2019; Vincent et al., 2016):

- ABCDEF – *Assess, prevent, and manage pain; Both SAT and SBT; Choice of analgesia and sedation; Delirium: assess, prevent, and manage; Early mobility and exercise; Family engagement and empowerment.*
- eCASH - *early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives, and maximal Humane care.*

Foi, assim, reconhecida a importância de uma abordagem multimodal da PSC com *delirium* (Devlin et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019). A evidência demonstrou que a implementação da mnemônica ABCDEF resultou numa redução da incidência de *delirium*, duração da VMI, uso de restrições físicas, readmissão em UCI, e maior probabilidade de sobrevivência e de alta para o domicílio. Evidencia-se que estes resultados são tanto melhores, quanto mais componentes da mnemônica ABCDEF forem instituídas, efetivando-se um impacto direto nos *outcomes* da PSC (Pun et al., 2019).

A mnemônica eCASH, assenta no pressuposto em que a prioridade é o alívio eficaz da dor, baseado na analgesia multimodal, com a sedação assumindo um papel secundário. Em síntese, pretende-se prestar cuidados humanizados, centrados na pessoa e família, com vista a facilitar a promoção do sono, estratégias de mobilização precoce, envolvimento familiar, evitando o isolamento e possíveis complicações a longo prazo (Chamorro & Romera, 2015; Vincent et al., 2016).

A intervenção especializada na gestão do *delirium* na PSC, engloba uma abordagem global, contemplando a humanização dos cuidados centrados na pessoa e família, visando não apenas os *outcomes* relativos à PSC durante o internamento na UCI, mas tendo em consideração os *outcomes* a longo prazo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de todos os intervenientes. Esta complexidade e abrangência conduz a uma prestação de cuidados à PSC de excelência, facilitando a vivência de processos de saúde-doença complexos, com o mínimo de sequelas e complicações possíveis (Inoue et al., 2019; Meleis et al., 2000; Mikkelsen et al., 2020).

1.2 Perspetiva teórica de enfermagem no cuidar da Pessoa em situação crítica e família, nesta área específica de cuidados

Cuidar em enfermagem é complexo, sendo que, o ser humano não pode ser visto como uma soma de várias partes, mas sim como um todo, sem ignorar as múltiplas interações que se produzem constantemente (Hesbeen, 2000). Deste modo, cuidar é um processo, e é vivido e construído por cada um de nós a cada momento, em que a competência em se conhecer como cuidador e como cuidar cresce ao longo da vida (Boykin & Schoenhofer, 2013). O cuidado da PSC depende de meios avançados de tecnologia, vigilância e terapêutica, que se têm tornando cada vez mais complexos, particularmente em UCI, e que se sustentam na tecnologia como aliado no cuidado à pessoa (Benner et al., 2011; Booker, 2015; Tunlind et al., 2015). Neste sentido, a escolha dos modelos teóricos a integrar no cuidado à PSC e família, e em

particular à PSC com *delirium*, surgem de forma quase inata, representando e valorizando a prática diária dos enfermeiros nestes contextos. Por isso, baseei a minha visão do cuidar nas teorias: *Technological competency as caring in nursing* (TCCN), *Vigilance: the essence of nursing* e *Domains of nursing practice*. Nesta visão de cuidar, a pessoa é contemplada como um todo e completa em cada momento, com a sua singularidade, vivências, aspirações, inseparáveis do seu contexto, nomeadamente a família, seja esta por relação de parentesco ou afetiva, que deve ser um elemento a integrar na prestação de cuidados e a cuidar. Desta forma, cuidar fortifica-se neste triângulo de intervenientes - pessoa, família e enfermeiro -, que se apoia nas competências de vigilância, juízo clínico e de uso de tecnologia, enquanto meios facilitadores do processo de cuidar (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005).

A teoria TCCN pretende integrar de forma proficiente o uso da tecnologia no cuidado de enfermagem, partindo dos pressupostos da teoria de *Nursing as caring* (Boykin & Schoenhofer, 2013; Locsin, 2010). Destaca-se a importância da intencionalidade, isto é, em cada momento, cada situação, o enfermeiro deliberada e intencionalmente conhece aquela pessoa, as suas vivências, objetivos, ideais, o que faz daquela pessoa um ser único, valorizando a pessoa, enquanto pessoa singular. A enfermagem ocorre nestas experiências partilhadas e vividas entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, bem como a sua família. A enfermagem tem como foco principal o cuidar, existindo uma forma única de cuidar-partilhado, com uma participação igualitária de todos os intervenientes. A pessoa e família caracterizam-se por esta singularidade, únicas e completas a cada momento, com uma contribuição para dar ao cuidado. Desta forma, a família constitui-se uma importante fonte de dados que possibilita ao enfermeiro a particularização dos cuidados, em função das preferências da pessoa, que neste contexto de situação crítica, frequentemente apresenta a sua comunicação verbal comprometida, não podendo fornecer estes dados ao enfermeiro de forma direta (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Partindo destes pressupostos, conhecer a pessoa revela-se um processo que permite uma avaliação contínua da pessoa, momento-a-momento, em que a tecnologia surge como uma ferramenta, um meio para conhecê-las de forma plena. O objetivo final da competência tecnológica na enfermagem é reconhecer a pessoa como o seu foco, e que os vários meios tecnológicos podem e devem ser utilizados na prática, para conhecer a pessoa como um todo, particularmente na situação referida anteriormente, em que, esta se encontra impedida de comunicar de forma

verbal e/ou tem alterações de consciência.. Assim, guiados pelo uso das diversas tecnologias e/ou pelas informações obtidas pela família, os enfermeiros iniciam o processo de conhecer a pessoa, naquele momento, como intervenientes ativos no seu cuidado. Existe um planeamento conjunto, entre o enfermeiro e a pessoa/família, dos cuidados de enfermagem, implementando e avaliando as ações e participação de um modo contínuo e cíclico. Representa um processo circular o que demonstra a sua natureza dinâmica e em constante mudança (Locsin, 2010, 2017).

Através da tecnologia não só somos capazes de conhecer a pessoa, mas também somos capazes de intervir, usando-a como recurso, destacando-se, o uso de objetos para a reorientação e estimulação cognitiva ou mesmo o uso de seringas e bombas infusoras, necessárias para a administração de fármacos com impacto na gestão do *delirium* na PSC (Devlin et al., 2018; Locsin, 2010, 2017; Mart et al., 2021; Munro et al., 2017; Reznik & Slooter, 2019).

O uso de diversas tecnologias poderá incutir no enfermeiro a percepção de que estas podem distanciá-lo das pessoas, pela necessidade de estar vigilante e atento aos equipamentos. No entanto, esta vigilância não pode ser alcançada sem o uso eficiente dos dados fornecidos pelas mesmas. É, portanto, através desta vigilância, auxiliado pelos meios tecnológicos e dados obtidos através da família, que a informação pode ser percebida de forma crítica, a pessoa comunica connosco e se dá a conhecer. Desta forma, a utilidade destes recursos depende da competência dos enfermeiros para integrar os seus dados, tornando-se uma extensão dos enfermeiros e dos seus sentidos (Ashworth, 1990; Locsin, 2001, 2013).

Surge, assim, aliado ao uso da tecnologia, o conceito de vigilância, abordada de forma central na teoria *Vigilance: the essence of nursing*, que conceptualiza a vigilância de enfermagem como a ferramenta elementar dos enfermeiros, representando a essência do cuidado. Esta demonstra o trabalho mental do enfermeiro, traduzindo-se numa ação informada (Meyer & Lavin, 2005). Portanto, segundo esta teoria, a vigilância preconiza que os enfermeiros sejam hábeis a interpretar a informação, descartando dados não relevantes, atribuindo-lhes o significado necessário, ao mesmo tempo que reconhecem, previnem e/ou antecipam possíveis complicações. Deste modo, são capazes de equiponderar as opções, minimizando o risco e escolhendo a opção mais benéfica, agindo de forma precisa e rápida. Por fim, estes devem monitorizar a eficácia das suas ações, refletindo criticamente sobre as mesmas e adaptando quando necessário, de forma flexível e dinâmica, em função da reavaliação efetuada e resultados obtidos. Através da

vigilância, o enfermeiro é capaz de identificar focos de instabilidade e antever possíveis complicações, intervindo de forma a evitar degradação da situação da PSC. (Meyer & Lavin, 2005). Portanto, sem a vigilância será impossível identificar e avaliar o *delirium* na PSC, assim como, identificar os fatores de risco modificáveis, atuando sobre os mesmos e reavaliando as intervenções realizadas (Benner, 2001; Devlin et al., 2018; Meyer & Lavin, 2005; Reznik & Slooter, 2019).

A vigilância é a capacidade básica que os enfermeiros necessitam para serem capazes de efetuar juízos clínicos, e consequentemente diagnósticos de enfermagem. O juízo clínico é visto como uma atividade de resolução de problemas, permitindo identificar necessidades, adequar intervenções e/ou tomar decisões (Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006). Salientam-se os diagnósticos de risco em enfermagem, conceptualizando e reconhecendo a importância da vigilância de enfermagem na prevenção de complicações (ICN, 2019; OE, 2001). O modelo de juízo clínico de Tanner (2006) traduz este processo cognitivo de forma estruturada, em que os juízos clínicos são profundamente influenciados pelo o que os enfermeiros trazem para a situação, mais do que pelos dados objetivos. Existe uma percepção inicial da situação (*noticing*) que é influenciada pela experiência, existindo uma compreensão imediata e intuitiva, portanto há situações "...em que uma enfermeira apenas "sabe" que algo está errado, independentemente do que a máquina regista" (Ashworth, 1990, p.153).

Neste sentido, uma maior experiência traduz-se em maior compreensão da natureza de situações clínicas particulares, em que os enfermeiros experientes utilizam no seu juízo clínico o conhecimento adquirido pela experiência. Assim, os juízos clínicos são profundamente influenciados pela experiência dos enfermeiros, pela sua intuição, sendo que, um bom juízo clínico depende do conhecimento sobre a pessoa e suas preocupações, e é influenciado pelo contexto em que a situação ocorre (Tanner, 2006). A experiência assume-se como preponderante na tomada de decisão complexa, permitindo que esta seja efetuada de forma mais célere e com menor probabilidade de erros (Benner et al., 2008).

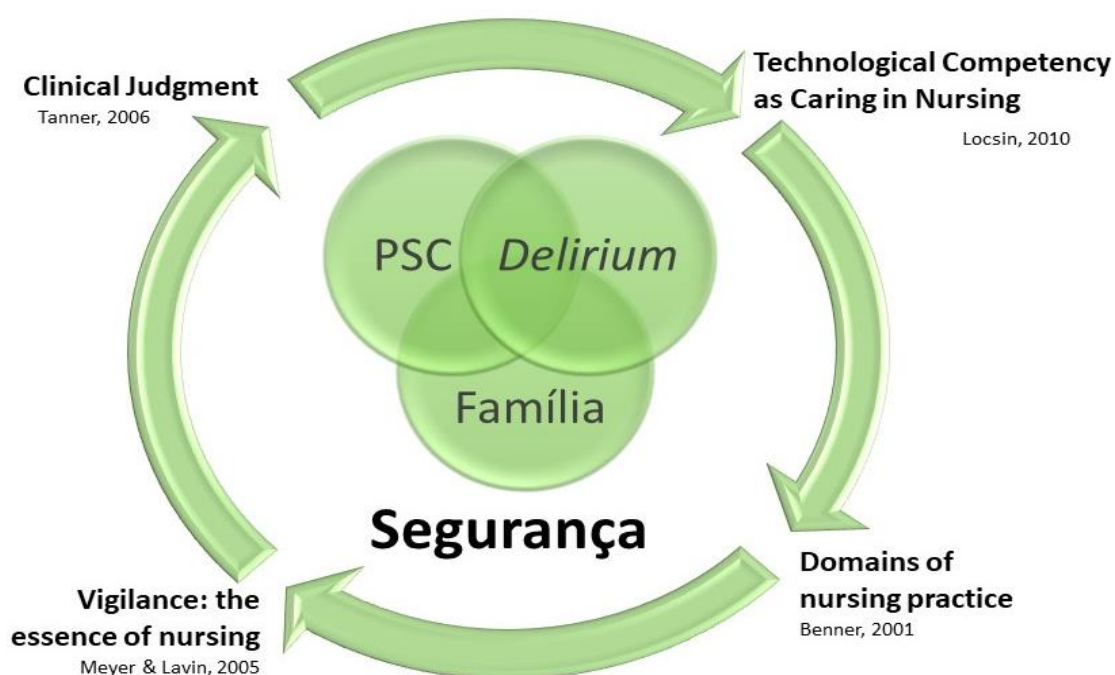
A experiência surge como um pilar no juízo clínico e na tomada de decisão. Os *Domains of nursing practice* baseiam-se na identificação das competências a partir de casos reais, e não a partir de modelos ou de situações hipotéticas, representando uma simbiose entre a teoria e a experiência. A função de diagnóstico e vigilância constitui-se como a principal função dos enfermeiros, pois, de facto, se a pessoa não necessitasse desta, não carecia de ficar internada, podendo cumprir as indicações

médicas no domicílio, pelo que se demonstra, assim, a real importância da vigilância no contexto da prática (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

Relativamente à função de vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados, esta permite aos profissionais de enfermagem detetarem e evitarem eventos adversos. Estes devem recorrer aos padrões de raciocínio clínico, utilizando processos analíticos, intuição e pensamento narrativo integrados na sua tomada de decisão. Posto isto, devem contemplar os benefícios e prejuízos das suas ações, hipóteses e alternativas, em função da situação, e tendo em conta os interesses da pessoa (Benner, 2001; Tanner, 2006).

Em suma, a vigilância de enfermagem, através da integração da informação recorrendo às diversas fontes, e do uso da tecnologia nas intervenções, aliada à intuição do enfermeiro experiente, permite que este consiga ter um conhecimento da pessoa, momento-a-momento, de modo que, identifique necessidades e sinais de alerta, através do seu juízo clínico, de forma a individualizar as suas intervenções e prestar cuidados centrados na pessoa de modo competente. Portanto, estes referenciais teóricos cruzam-se e interligam-se de forma íntima e perfeita no cuidado da PSC com *delirium*, promovendo a sua segurança, conforme esquematizado na figura 1 (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006):

Figura 1. Perspetiva teórica de enfermagem no cuidar da PSC com delirium



2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, pretende-se abordar o percurso de desenvolvimento de competências decorrido ao longo deste mestrado, em particular em contexto do SU e UCI, mas também com o desenvolvimento de outras atividades conforme descrito no cronograma em apêndice (apêndice II).

No sentido de desenvolver um processo estruturado foi realizado durante o 2º semestre do presente mestrado o projeto de estágio, sustentando o percurso seguinte. A metodologia de projeto pretende implementar estratégias e intervenções eficazes na resolução de um problema que foi identificado, através de um processo de investigação, contemplando diferentes etapas (Ruivo et al., 2010). Portanto, durante o desenvolvimento do projeto, com o propósito de dar resposta às competências exigidas, foram estabelecidos objetivos, atividades para os concretizar e indicadores de resultado, que foram posteriormente discutidos e reformulados em cada contexto de estágio com a enfermeira(o) e professora orientadora.

O projeto foi desenvolvido em plena fase pandémica, o que impossibilitou a visita a contextos de estágio presencialmente, mas, foram realizadas outras atividades no sentido de identificar o potencial de cada contexto de ensino clínico para o processo de aprendizagem individual, bem como outras atividades que pudessem vir a ser uma mais-valia neste processo. Foram então realizadas conferências com peritos, procura de informação entre pares e outros profissionais peritos na área, tentando assim, encontrar estratégias a desenvolver no 3º semestre do mestrado, tendo em vista o desenvolvimento das competências preconizadas. Desta forma, foi identificado o 15º Congresso anual da European Delirium Association (EDA) e ainda um hospital de referência nesta área, em Madrid. Posteriormente, foi identificada uma unidade de um hospital em Portugal que também dedica especial atenção à PSC com *delirium*, tendo-se perspectivado um estágio de uma semana nesse local. Ainda durante esta fase foi realizado o protocolo da RIL, tendo-se concretizado as fases seguintes e a conclusão da revisão durante os ensinamentos clínicos. Posso afirmar que a realização da RIL permitiu-me basear a minha prática na melhor evidência encontrada e que tal facilitou a minha prática em ensino clínico, sendo que, neste momento, constitui-se como um objetivo, a sua publicação.

Assim, este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, em que, o primeiro pretende analisar, demonstrar e refletir sobre o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC no SU, enquanto o

segundo aborda esse mesmo desenvolvimento, relativamente à PSC internada na UCI, apresentando as dificuldades e estratégias utilizadas para as superar. Durante todo este processo pretendeu-se também o desenvolvimento de competências especializadas, particularmente na área da PSC com *delirium*. Salienta-se, que todo o percurso teve como base a visão das teorias de enfermagem escolhidas, como alicerces para a prática e que foram abordadas no capítulo anterior.

2.1 Urgência Geral

O estágio de urgência desenvolveu-se num SU Polivalente da área metropolitana de Lisboa, que integra um centro de trauma e uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER), durante o período de 18 de outubro a 17 de dezembro (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Ao longo do meu percurso profissional nunca desempenhei funções em contexto de urgência, pelo que este campo de estágio se revelou particularmente importante para o meu crescimento profissional e desenvolvimento de competências na área da PSC. O ambiente de cuidados da minha prática diária, UCI, é completamente diferente do ambiente do SU, em que existe uma “porta aberta”, não existem limites máximos, o que traz consigo uma incerteza, uma imprevisibilidade, desconhecendo qual a situação que pode surgir, constituindo-se o próprio ambiente de trabalho como fator de stress para os profissionais. Por isso, impõe-se a necessidade dos enfermeiros se adaptarem, para responderem a todas as situações que surgem, exigindo uma maleabilidade, e capacidade de reorganização a cada momento, sendo uma das áreas de enfermagem mais desafiantes (Ahwal & Arora, 2015; Patterson et al., 2010).

O espaço físico que constitui este SU é extenso, com uma dinâmica própria, abrangendo uma enorme complexidade e com uma afluência elevada, constituindo-se como um contexto complexo e enriquecedor em termos de aprendizagem. Neste sentido, e com o objetivo de reconhecer a dinâmica de organização e funcionamento do SU foram realizados turnos em todas as zonas assistenciais da urgência, nomeadamente, no posto de triagem, sala de reanimação (SR), área assistencial laranja, amarela, pequena cirurgia e ainda em sala de observação (SO). Apenas não foram realizados turnos na área reservada a pessoas triadas com cor verde e azul, já que esta área encontrava-se desativada, cumprindo o despacho do ministério da saúde, e também por ser o local onde encontramos pessoas com menor gravidade de

doença e que necessitam de menor vigilância (Despacho n.º 5314/2020, 2020; Grupo Português de Triagem [GPT], 2010).

O circuito e encaminhamento das pessoas no SU suscitou-me inúmeras dúvidas numa fase inicial. Como estratégia, consultei a norma interna acerca do circuito de encaminhamento de utentes na triagem deste SU, configurando-se como um documento auxiliar importante, embora, também tenha compreendido ao longo do estágio, que o próprio encaminhamento depende muito da intuição e perícia dos enfermeiros e que como tal, pode ser alterado. A intuição de um enfermeiro perito permite que este compreenda os meandros da urgência, e o nível de vigilância necessário a cada pessoa, sendo capazes de adequar este encaminhamento, à realidade do seu contexto (Benner et al., 2011; GPT, 2011). Ao conhecer a dinâmica do SU, e consultar as normas existentes, pude identificar e compreender o circuito realizado pelas pessoas desde a sua admissão até à alta ou transferência, assim como, a própria organização do SU em torno da prioridade atribuída. Por isso, conhecer o espaço físico e dinâmica revelou-se essencial para ser capaz de prestar cuidados de forma efetiva e segura, adaptando o nível de vigilância necessário em cada área assistencial.

Durante o ensino clínico também tive oportunidade de realizar turnos com o coordenador de equipa, com o intuito de desenvolver competências na gestão da mesma. Desta forma, observei que a coordenação da equipa, nomeadamente a distribuição dos elementos pelas zonas assistenciais, exige dos profissionais que executam esta função, um conhecimento profundo sobre a “afluência espetável”, tempos de espera e afluência naquele momento, níveis de competência clínica de todos os enfermeiros da equipa, e também uma compreensão sobre toda a dinâmica da urgência. Só deste modo é possível tentar garantir uma distribuição equitativa, que permita um nível de vigilância adequada a cada pessoa, garantindo a sua segurança. A elevada rotatividade dos elementos e falta de enfermeiros, conduz também a uma dificuldade adicional, com impacto na formação dos profissionais e uma sobrecarga de trabalho sobre os enfermeiros mais experientes (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005; Perry, 2013). Tentei compreender a nível organizacional, a gestão efetuada pelo enfermeiro, relacionado com os pedidos de transporte para as pessoas com alta do SU, apoio aos elementos mais novos, gestão dos períodos de pausa garantindo a continuidade dos cuidados na urgência, comunicação eficaz com todos os intervenientes do SU e a resolução de todos os problemas que surgem ao longo do

turno. Salienta-se que o trabalho em equipa e comunicação eficaz são vitais para garantir a segurança da PSC, nomeadamente nos SU (Grover et al., 2017).

Constatei que a nível assistencial, existe uma organização e divisão das diferentes áreas, de acordo com as prioridades atribuídas. Tive também a oportunidade de contactar com o sistema de triagem de Manchester, que não pretende realizar diagnósticos, mas antes estabelecer prioridades clínicas, identificando critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada (DGS, 2018; GPT, 2010, 2011). Reconheci que a triagem é uma atividade complexa, que depende de fatores internos e externos, salientando-se, nos externos, o ambiente e carga de trabalho e nos fatores internos, podemos incluir a competência dos enfermeiros triadores, sendo perentório a experiência, *know how* técnico, boa capacidade de gestão de stress, e uma boa intuição. Profissionais com maior experiência possuem um juízo clínico que lhes permite tomar decisões mais acertadas e céleres (Andersson et al., 2006; Benner, 2001; Benner et al., 2008; Tanner, 2006). O ato de triar reveste-se de uma importância essencial, pois é aquele enfermeiro que está a determinar a gravidade das queixas daquela pessoa e a priorizar o seu atendimento, por isso, esse momento determina o nível de vigilância e o percurso das pessoas na urgência, condicionando todo o episódio e a própria gestão do SU. Em consonância com esta perspetiva, os enfermeiros no SU apenas podem ocupar este posto, após realizarem o curso de triagem pelo grupo português de triagem. Contudo, pude constatar inúmeras vezes que elementos com menos experiência, quando ocupavam este posto, detinham inúmeras dúvidas e socorriam-se com frequência de elementos mais experientes. Neste sentido, reforça-se a importância da experiência e do juízo clínico na triagem, e não apenas o conhecimento do método (Benner, 2001; GPT, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

Durante o estágio tive oportunidade de, juntamente com a enfermeira orientadora, triar pessoas que deram entrada acompanhadas pelos diversos meios do Sistema integrado de emergência médica (SIEM), e ao percorrer os discriminadores captei a importância e responsabilidade do enfermeiro na triagem. Portanto, entendi que a triagem deve traduzir um nível de vigilância adequado, promovendo a segurança e identificando atempadamente focos de instabilidade na pessoa, indo de encontro também aos padrões de qualidade preconizados pela OE na prevenção de complicações (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005; OE, 2001). Saliento um episódio do estágio em que se demonstra a importância da vigilância, de uma pessoa que se encontrava em SO, mas em maca no corredor, sem possibilidade de monitorização

contínua. Durante o turno, observei que se encontrava polipneico, mas sem referir dificuldade respiratória, no entanto, recorrendo à minha intuição decidi ir buscar um monitor. Efetivamente, a saturação periférica era de 75%, o que exigiu intervenções imediatas e conseguir uma vaga em cama de SO para uma vigilância apropriada. É neste *continuum* diário, e nesta coexistência harmoniosa entre o uso da tecnologia e o cuidar, que somos capazes de, através da vigilância de enfermagem, intervir atempadamente e evitar deterioração do estado de saúde da PSC (Benner, 2001; Locsin, 2017; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

No sentido de desenvolver competências na área de exceção e catástrofe, tive oportunidade de consultar o plano de emergência externo (PEE), que se encontra disponível a todos os profissionais através da intranet. Existem descritos no documento três níveis de ativação: nível 1 - resposta com os meios imediata e habitualmente disponíveis; nível 2 - resposta com os recursos do hospital, ativáveis em situações especiais; nível 3 - resposta com recursos mobilizáveis em situações de grande emergência. No documento consta também quais as condições que se devem verificar para ativar cada nível, elementos que constituem o gabinete de crise, os contactos dos intervenientes, e as plantas de reorganização do SU mediante cada nível de ativação existente. Existem também diferentes malas com material necessário para resposta a situações médicas e de trauma, assim como kits de catástrofe, para os diferentes níveis de emergência. Pude constatar que nestas situações existem fluxogramas próprios, em que a triagem primária e secundária tem por objetivo classificar, priorizar e estabelecer um fluxo de vítimas, com o propósito de salvar o maior número de vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados segundo os recursos existentes (Bazyar et al., 2019; GPT 2010; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012). Desta forma, concebi que efetivamente é prioritário a existência de um plano que vise delinear procedimentos e orientações práticas para os elementos responsáveis, de modo a reorganizar os serviços de saúde em caso de situações de exceção, permitindo aos seus profissionais serem eficazes e salvarem o maior número de vidas possíveis (Gomes & Oliveira, 2010).

Ainda numa fase inicial consultei as normas e orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS) para as vias verdes (VV) existentes. Estas representaram um suporte essencial no desenvolvimento de competências durante o ensino clínico, permitindo-me compreender de que forma estas se concretizam, desde o pré-hospitalar até todo o processo intra-hospitalar. As VV nascem da ideia de existirem situações/doenças

que assumem uma importância relevante para a saúde das populações, e que a sua intervenção célere nas fases pré e intra-hospitalares podem resultar em ganhos de saúde (DGS, 2017f, 2018).

O objetivo da VV AVC será evitar qualquer situação que provoque atrasos na deteção e tratamento da pessoa com suspeita de AVC, desde a ativação dos serviços pré-hospitalares até ao início do tratamento adequado (DGS, 2017f). Existe uma abordagem rápida e eficaz, com realização imediata de exames de imagem e posterior decisão pelo neurologista da melhor abordagem em cada situação específica. Nestas situações, pode recordar o protocolo de administração de fibrinolítico, utilizando o alteplase em bólus e perfusão, colaborando deste modo na gestão de protocolos terapêuticos complexos, assim como, na vigilância após a sua administração, reconhecendo o risco de desenvolvimento de complicações resultante dessa administração, enquanto foco central em enfermagem. Nesta situação, salienta-se a importância da utilização da tecnologia, nomeadamente de exames de imagem, que permitem conhecer a pessoa naquele momento, inferir as suas necessidades e condição, direcionando as intervenções necessárias através de protocolos instituídos. Destaca-se ainda, a vigilância da pessoa com AVC, interpretando os dados obtidos através dos monitores de sinais vitais, assim como, outros sintomas e fontes, integrados pelo juízo clínico na tomada de decisão (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

Neste SU não existe a VV sépsis transposta em norma interna, no entanto, existe uma equipa denominada VV doente crítico, que garante uma abordagem sistemática da PSC, nomeadamente em pessoas com suspeita de sépsis, contudo, esta não é ativada logo na triagem. Apesar de não ter contactado de modo formal com esta VV, reconheço a importância de existir a possibilidade de ativação da mesma durante a triagem, garantindo uma abordagem precoce destas pessoas, de modo a cumprir a *golden hour*, com medição do valor de lactato, administração precoce de antibiótica, colheita de hemoculturas, e início da ressuscitação volémica. Deste modo, se não for assegurado um início precoce e uma abordagem célere destas situações, pode-se traduzir em agravamento da situação clínica e dos *outcomes* da pessoa (DGS, 2017g; Evans et al., 2021).

Relativamente à VV Coronária, é pedido na triagem eletrocardiograma de 12 derivações em todos os casos de dor torácica, sendo que, em algumas situações a PSC já vem do pré-hospitalar referenciada para a sala de hemodinâmica (DGS, 2018). No entanto, como a sala de hemodinâmica funciona em regime de prevenção, por

vezes, existe a necessidade de aguardarem na SR pela equipa. Por isso, durante o estágio, foi possível abordar várias situações de pessoas com enfarte agudo do miocárdio na SR. Em várias situações, para além da dor, as pessoas encontravam-se ansiosas, com medo, pelo que cuidar, tendo em vista não só a vigilância, mas também esta visão do cuidar-partilhado, em que a comunicação entre os intervenientes e a intencionalidade no cuidar, assumem um fator preponderante, foi de facto constatado. O facto de ter existido uma comunicação efetiva, em que as pessoas têm conhecimento sobre a sua situação, sentem-se compreendidas e seguras, com uma relação empática, traduziu-se em redução dos níveis de ansiedade, que se não tivessem sido reduzidos, poderiam ter agravado a própria condição física da pessoa. De uma forma global, no caso da PSC incapaz de fornecer informação, a família assume-se fundamental para assegurar também a segurança e qualidade dos cuidados da PSC (Benner, 2001; Boykin & Schoenhofer, 2013; Locsin, 2010)

A abordagem da PSC em contexto de urgência segue a metodologia *airway, breathing, circulation, (neurologic) dysfunction, exposure* (ABCDE), detetando precocemente sinais e sintomas de gravidade e atuando sobre as alterações que coloquem a pessoa em risco de vida, não estando vocacionada para o diagnóstico (American College of Surgeons [ACS] 2018; GPT, 2010). Esta metodologia não se revelava de forma intuitiva no meu trabalho, tendo aprendido a fazê-lo no curso de suporte avançado de vida (SAV - anexo I) e curso de suporte avançado de vida em trauma para enfermeiros (*Advanced Trauma Care for Nurses* -ATCN- anexo II). O meu percurso e experiência profissional requerem um raciocínio clínico que valida informação, hipóteses, um processo moroso na procura de um diagnóstico. Compreendi que, naquele momento é importante estabilizar a pessoa, utilizando uma abordagem sistematizada, intuição e reconhecimento de padrões com o intuito de identificar focos de instabilidade e intervir de imediato, prevenindo assim complicações (Benner et al., 2011; Tanner, 2006).

A abordagem à pessoa vítima de politrauma é efetuada inicialmente pela equipa de enfermagem, em que, estes decidem a necessidade de ativar a equipa médica para abordagem inicial. Mais uma vez, destaca-se aqui a responsabilidade e necessidade de experiência dos elementos que asseguram a SR, para uma tomada de decisão rápida e precisa (Benner et al., 2011; Tanner, 2006). Esta também se configurou uma dificuldade inicial, devido à minha inexperiência. Deste modo, na primeira situação de abordagem a uma pessoa vítima de atropelamento, apenas observei, e pude constatar a importância de uma abordagem sistemática e

organizada, concluindo a avaliação primária em menos de 20 minutos e a secundária em menos de uma hora (ACS, 2018; DGS, 2010b). Compreendi também que, inconscientemente incluo esta abordagem na minha *praxis*, mas não de forma sistematizada e organizada, e por isso, foi necessário integrar a minha experiência com os conhecimentos que adquiri no ATCN, para poder avaliar e cuidar da PSC não só vítima de trauma, mas em situações de risco de vida iminente (ACS, 2018). A dificuldade sentida na abordagem à pessoa vítima de trauma, deve-se também a sentimentos de medo, receio de errar e como consequência motivar algum tipo de limitação, sentimento também descrito por enfermeiros que iniciam as suas funções em contexto de urgência (Patterson et al., 2010). Portanto, foi necessário ao longo do tempo reajustar as minhas prioridades e pensamento para me conseguir integrar. Por conseguinte, em situações subseqüentes fui capaz de utilizar a abordagem ABCDE de uma forma intencional e organizada, adaptando-me ao próprio contexto e desenvolvendo o meu juízo clínico no SU, e confiança na minha tomada de decisão, sendo capaz de intervir de forma assertiva e em tempo útil.

Na fase pandémica que vivemos, a nível hospitalar, os acompanhantes só são permitidos em situações excepcionais, dificultando a inclusão da família nos cuidados prestados e tomada de decisão. Contudo, não posso deixar de salientar o facto de inúmeras vezes ter sido permitido aos familiares entrarem na SR, fosse em situações agudas ou em situações complexas, como de morte cerebral. O primeiro contacto com a família, informando e descrevendo qual a situação que estes vão encontrar, permitiu preparar os mesmos, visando também a necessidade de cuidar da família. Deste modo, foi possível não só informar os familiares sobre a situação, mas também serem aliados dos cuidados como uma fonte de informação privilegiada, traduzindo-se numa comunicação empática e criando espaço e oportunidade para estes exporem as suas dúvidas e sentimentos. Reconheci desta forma a vulnerabilidade não só da PSC, mas também da família, apaziguando o seu sofrimento e conduzindo à humanização dos cuidados prestados (Davidson et al., 2017; McKinley et al., 2002; Mendes, 2016).

Sempre que possível tentei incluir e envolver a pessoa na sua situação e cuidados, promovendo a sua decisão e autonomia, e respeitando o direito de liberdade individual e escolha. Desta forma, assume-se a importância do *empowerment* das pessoas nos cuidados de saúde, abandonando a ideia de “fazer coisas pelas pessoas”, mas fazê-lo com as pessoas, numa relação igualitária, em que as mesmas tomam decisões informadas, adquirindo controlo sobre a sua vida, decisões e ações que afetam a sua saúde (Boykin & Schoenhofer, 2013; DGS, 2005; WHO, 2009).

A humanização e gestão dos cuidados no SU foi alvo de uma reflexão individual, materializada sob a forma de jornal de aprendizagem. Surge descrita na literatura, que os enfermeiros no SU identificam a sobrecarga de trabalho, *multitasking*, recursos humanos insuficientes, ambiente físico inadequado, ausência de alguns equipamentos/materiais necessários, e falta de apoio da própria instituição como fatores responsáveis pela redução da qualidade dos cuidados, e consequentemente pela humanização dos mesmos (Celich et al., 2021). Assim, pode dizer-se que as condições e características em que os cuidados são prestados são preditivos críticos da qualidade dos cuidados, sendo que, serviços organizados, com recursos humanos, materiais e com infraestruturas adequadas potenciam a humanização dos cuidados (Celich et al., 2021; Neto et al., 2013).

Neste sentido, tentei encontrar estratégias para prestar cuidados humanizados, dentro das limitações e constrangimentos estruturais do próprio serviço, que se focaram essencialmente na intencionalidade e planeamento, tendo sempre presente os princípios de respeito pela intimidade, privacidade e autonomia. Precisei de conhecer a estrutura física e recursos existentes, planejar adequadamente os cuidados a serem prestados, priorizando intervenções, enquanto aguardava ter algum biombo disponível, e deste modo garantir e preservar a privacidade da pessoa, e ao mesmo tempo conseguir ser célere num contexto movimentado como o SU. As condicionantes estruturais no SU/SO bem como a escassez de material, representam limitações importantes, com impacto na qualidade dos cuidados prestados (Eriksson et al., 2018; Santos et al., 2013).

Também durante este percurso tive oportunidade de assistir a um *Webinar* da ESEL intitulado - Formação, investigação e exercício clínico -, que contou com a presença de Savina Schoenhofer e Anne Boykin autoras da teoria *Nursing as caring* (anexo III). As autoras defenderam a importância da intencionalidade no ato de cuidar. Em alturas em que a carga de trabalho é elevada, a intencionalidade do enfermeiro nas situações é um elemento fulcral (Boykin & Schoenhofer, 2013; Macedo et al., 2016).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema reconhecido internacionalmente pela OMS, conduzindo a um aumento da mortalidade, morbilidade, prolongando os internamentos das pessoas nas instituições e os custos associados. Neste âmbito, e com o propósito de desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção, consultei as normas intra-hospitalares, e ponderei estratégias para ultrapassar algumas contingências organizacionais e estruturais. No

início de cada turno colocava sempre na zona assistencial onde me encontrava aventais em local acessível, e recordava o local onde se encontrava a solução asséptica base alcoólica (SABA), de forma a cumprir as precauções básicas de controlo de infeção, das quais ressalvo a higienização das mãos e utilização de equipamento de proteção individual (DGS, 2017e).

Neste momento exerço funções em Unidade de Queimados, pelo que, foi interessante para mim abordar a pessoa vítima de queimadura neste contexto, constatando a importância da abordagem e estabilização inicial em SU. Foi admitida uma pessoa vítima de queimadura térmica, por explosão de uma caldeira em espaço fechado, com queimaduras dos membros superiores e face, com queixas de odinofagia. A abordagem da via aérea (VA) nestas pessoas é fulcral, devendo considerar-se entubação orotraqueal (EOT) de forma precoce, quando existe forte suspeita de lesão inalatória. No manual do ATCN e nas recomendações da DGS podemos encontrar descritos indicadores de possível queimadura da VA, tais como sinais de obstrução da VA ou dificuldade respiratória, extensão de queimaduras (>40%-50%), queimaduras faciais extensas e profundas, edema da VA, diminuição do estado de consciência, dificuldade em deglutir, explosão em espaço fechado e expetoração carbonácea (ACS, 2018; DGS, 2017b). Foi contactada a equipa de VV doente crítico, que após avaliação e discussão em equipa, decidiu proceder à EOT desta pessoa. Foi efetuada uma avaliação primária segundo a metodologia ABCDE, em que na exposição tentei contribuir com os meus conhecimentos e experiência sobre a pessoa vítima de queimadura. Nestas situações, é essencial que se compreenda que a inexistência da primeira barreira de proteção, a pele, traduz-se num risco acrescido de infeção, também pela própria fisiopatologia da queimadura, o que se traduz na necessidade de abordar as queimaduras da pessoa de forma assética (Roth & Hughes, 2006). Deste modo, alertei para a importância da abordagem às queimaduras da pessoa utilizando luvas esterilizadas, e reforçando a importância de evitar a exposição das mesmas, tendo-se transformado este, num momento de formação informal da equipa, o que permitiu o meu desenvolvimento de competências na transmissão de informação relevante para a continuidade de cuidados. Nesta situação, senti que o meu contributo foi relevante.

A dor é a queixa mais prevalente que conduz as pessoas aos SU, tendo sido estabelecido como o 5º sinal vital em 2003. A dor induz um sofrimento evitável, traduzindo-se numa diminuição da qualidade dos cuidados prestados e eventual qualidade de vida (DGS, 2003; Duignan & Dunn, 2008; Motov & Khan, 2009). Na

prestação de cuidados no SU, avaliei e reavaliei a dor utilizando a escala numérica, em pessoas capazes de comunicar, e escalas comportamentais na PSC incapaz de efetuar autorrelato da dor, tendo sido utilizada nestes casos a escala *Behavioral pain scale* (BPS). Com frequência deparei-me com pessoas vítimas de fraturas, em que não existia qualquer tipo de analgesia prescrita. Este obstáculo era muitas vezes ultrapassado, tentando contactar o médico responsável ou em alternativa questionando os médicos que estavam em SO, sobre qual a analgesia que poderia ser administrada. Existe descrito na literatura o tratamento inadequado da dor nos SU, considerando como obstáculos e barreiras a não existência de *guidelines* para o tratamento da dor, verificando-se relutância na prescrição de opióides, que são recomendados para alívio da dor moderada a grave, titulando os mesmos para a dose mínima eficaz (Devlin et al., 2018; Motov & Khan, 2009; Pedro & Silva, 2017).

A dor e o tratamento inadequado da mesma, é um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium* na pessoa. Neste SU não existe qualquer protocolo relativamente à PSC com *delirium*, ou escalas para a sua identificação. Em conversas informais com a equipa percebi a existência de algumas dúvidas na utilização de diferentes termos: confusão, delírio e *delirium*, que também se encontra descrito na literatura (Marques et al., 2013). Numa perspetiva informal, tentei sempre realçar as diferenças existentes, e definir concretamente o *delirium*. Deste modo, e após discussão com a enfermeira e professora orientadora, perspectivou-se a importância de desenvolver uma formação que visasse, de forma prática e útil, a abordagem à PSC com *delirium* no SU, cujo plano de sessão se encontra em apêndice (apêndice III). Para além da formação foi planeado deixar em formato impresso a escala 4AT, em SR e em SO, para poder ser utilizada pelos enfermeiros, sendo que a sua acessibilidade na sala, constitui-se como forma de lembrança sobre a importância da gestão do *delirium* e o seu impacto na PSC. Contudo, por circunstâncias do serviço não foi possível realizar a formação.

De forma paralela ao estágio no SU, fui desenvolvendo a minha RIL e tive a oportunidade de assistir ao 15º Encontro anual da EDA, que se conceberam como alicerces importantes no desenvolvimento de conhecimento científico relevante sobre esta temática, cujo programa e certificado se encontram em anexo (anexo IV e V). Foi durante este congresso que compreendi melhor a diversidade de escalas existentes e os critérios de aplicabilidade das mesmas. Os próprios peritos na área do *delirium*, abordaram a dificuldade de identificação e avaliação do *delirium* na pessoa, pela quantidade de instrumentos existentes, não sendo sempre bem definido o contexto ou

avaliação alvo (identificação, estratificação...), como deve ser utilizado, e com a necessidade constante de encontrar escalas que melhor se adaptem à prática (MacLulich, n.d.-b). Esta foi efetivamente uma das dificuldades com que me deparei em contexto da prática: o ser capaz de aplicar instrumentos de identificação e selecionar o instrumento correto.

Desta forma, durante o congresso, identifiquei as duas escalas referidas anteriormente, MOTYB e a 4AT, apresentadas por Wolfgang Hasemann. Durante o estágio tive oportunidade de aplicar as mesmas, com a percepção que a escala 4AT é um instrumento de preenchimento rápido e exequível para ser replicado na prática quotidiana de um SU, uma vez que, implica a colocação de questões simples e que na sua maioria, já são efetuadas pelos enfermeiros à PSC, diariamente (Hasemann et al., 2021; MacLulich, n.d.-a; Tiegues et al., 2021). Recordo ainda uma situação em SR de uma pessoa com hematoma subdural, com discurso impercetível, sem cumprir ordens, em que refleti sobre qual a escala que poderia utilizar para identificar o *delirium* nesta pessoa, e como poderia saber se as alterações que existem são devidas à própria condição neurológica, ou se pode estar também subjacente uma situação de *delirium*. Esta questão foi colocada no congresso da EDA, e efetivamente não existe uma escala específica para aplicar nestas situações (MacLulich, n.d.-b; Reznik & Slooter, 2019). Nesse turno, constatei que progressivamente, ao longo da noite, a pessoa ficou mais agitada, não colaborante nos cuidados, com necessidade de restrição física. Posteriormente, e em discussão com a minha orientadora, decidimos retirar as mesmas, identificamos como causa da agitação, dor na zona trocantérica à esquerda, resultante da queda, pelo que, tentamos alterar o seu posicionamento para a sua posição de conforto, administrar analgesia, tendo-se observado diminuição da agitação (Devlin et al., 2018; Ghaeli et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019; Smith & Grami, 2017).

Ao longo do estágio, em conversa não só com a enfermeira orientadora, mas também com outros elementos da equipa, percebi que, exceto em SO ou SR, não era possível desligar as luzes dos corredores ou diferentes zonas assistenciais, nem existia sequer a possibilidade de regular a sua intensidade. Procurei ao longo do estágio sensibilizar para a importância do controlo do ambiente de cuidados, nomeadamente na promoção do sono, através da diminuição do ruído e diminuição da luminosidade quanto possível, e eventualmente presença de luzes que permitissem a redução da sua intensidade. Reconheço a dificuldade em algumas situações de cumprir este objetivo, por necessidade de assistência, admissão e alta

de pessoas, e a inexistência de luzes individuais por cada unidade em SO. Nestas situações, na tentativa de minimizar o impacto da luz noturna, utilizei a lanterna do telemóvel quando necessitava, por exemplo, na execução de uma punção venosa, e o fechar as portas sempre que possível, reduzindo o ruído em SO e SR.

O desenvolvimento da RIL, e em especial da formação, revelaram-se como um instrumento auxiliar para mim, de modo a sintetizar e sistematizar as intervenções a implementar no SU. Durante o estágio, fui sugerindo e aplicando algumas intervenções nesta área temática, reforçando a importância de uma reorientação frequente, sugerindo: a utilização de relógios com data nas paredes do SO; a importância de evitar restrições físicas; corrigir compromissos visuais e auditivos, autorizando a permanência de óculos e aparelhos auditivos junto da pessoa; avaliação e tratamento da dor de forma eficaz (analgesia multimodal e titulação de opióides); promoção do sono através da diminuição do ruído, com alternativas como o uso de tampões auriculares durante a noite, diminuição da luminosidade, se possível com instalação de luzes com intensidade regulável (Bannon et al., 2019; Barr et al., 2013; Contreras et al., 2021; Deng et al., 2020; Devlin et al., 2018; Ghaeli et al., 2018; Herling et al., 2018; Liang et al., 2021; Mart et al., 2021; Reznik & Slooter, 2019; Smith & Grami, 2017; van de Pol et al., 2017).

Este estágio iniciou-se de uma forma bastante positiva, no entanto, numa fase intermédia, com o cansaço e alguma desmotivação desenvolvi o sentimento de que não estava a ser eficaz e produtiva, como exijo a mim mesma, ficando aquém daquilo que era capaz. Neste sentido, a avaliação intermédia serviu como um incentivo para adquirir mais confiança, e para poder avançar e encontrar o meu lugar dentro da equipa, enquanto estudante de mestrado, com experiência e conhecimentos que adquiri ao longo da minha vida profissional. Este foi efetivamente um ponto de viragem para mim, fui capaz de integrar-me na equipa da urgência, mantendo as minhas próprias exigências, seja a nível de controlo de infeção, humanização dos cuidados e privacidade, mas adaptando-me à realidade da urgência. Isto também só foi possível após conhecer bem o espaço físico e a localização do material, que me permitisse ser célere, mas cumprir as minhas próprias exigências e as que são exigidas pela própria OE (OE 2001; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

De um modo global, penso que atingi os meus objetivos, que visaram dar resposta ao desenvolvimento de competências exigidas pelo grau de mestre e de enfermeira especialista, em que, procurei prestar cuidados de enfermagem pautados sempre pela exigência, segurança e qualidade, que foram garantidos através da

(Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018):

- Prestação de cuidados em respeito pela individualidade, liberdade, autonomia, dignidade, privacidade e intimidade de cada pessoa, dentro das limitações inerentes ao contexto de cuidados;
- Vigilância da PSC em todas as áreas assistenciais, socorrendo-me da experiência e intuição, para poder antecipar complicações e situações de risco de vida;
- Colaboração com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão, recorrendo ao raciocínio e juízo clínico;
- Pesquisa sobre temas como VV, triagem de Manchester, triagem em catástrofe, adquirindo conhecimentos sobre os mesmos e relacionando com o contexto da prática;
- Pesquisa sobre barreiras e condicionantes na humanização dos cuidados no SU, com o intuito de compreender e desenvolver estratégias que me permitissem minimizar esta situação;
- Reflexão e crítica frequente sobre o meu desempenho, de modo a poder evoluir positivamente;
- Divulgar evidência científica recente através da partilha entre pares em situações informais, fomentando a melhoria dos cuidados de enfermagem baseados na evidência.

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio de cuidados intensivos desenvolveu-se de dia 4 de janeiro a dia 25 de fevereiro, numa UCI do distrito de Lisboa, que contempla no mesmo serviço vagas classificadas como nível III e nível II para admissão da PSC, permitindo uma gestão mais eficiente e equitativa das vagas, maximizando a continuidade de cuidados, e reduzindo eventos adversos e eventuais readmissões (Paiva et al., 2016).

A evolução do cuidado à PSC conduziu os cuidados intensivos a tornarem-se uma especialidade sem muros, deixando o espaço físico que ocupam, compelindo a deslocarem-se para onde se encontram as pessoas em situações de risco de falência orgânica (Marshall et al., 2017). Tendo em consideração esta visão, desenvolvem-se equipas de emergência intra-hospitalar (EEMI) e consultas de *follow-up* da PSC, tendo como objetivo a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença crítica,

mas também acompanhar a PSC e família no período pós-UCI, minorando sequelas deste internamento, realidade que encontrei no contexto onde desenvolvi este ensino clínico (Inoue et al., 2019; Paiva et al., 2016; Rawal et al., 2017).

A EEMI encontra-se integrada na UCI, e é constituída por um médico e um enfermeiro da unidade. Compreendi que esta equipa deve ser ativada no caso de agravamento da situação clínica, prevenindo a progressão de doença crítica, minimizando complicações e necessidade de admissão em cuidados intensivos, e não apenas em situações de paragem cardiorrespiratória. Tive oportunidade de consultar a *modified Early Warning Score* (MEWS), que serve como um instrumento para detetar precocemente a deterioração da pessoa, evitando possíveis complicações (American Heart Association, 2020; DGS, 2010a; INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM], 2019; Subbe et al., 2001). O protocolo hospitalar serve como guia prático para operacionalizar de que forma os profissionais que abordam a pessoa em deterioração clínica devem atuar, quem devem contactar, através de que número e em que circunstâncias (DGS, 2010a). Salienta-se, de modo geral no protocolo, os seguintes critérios de instabilidade clínica da pessoa: alteração do estado de consciência, dificuldade respiratória acentuada e hipotensão grave, transpondo também o que podemos encontrar no manual de SAV do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), acrescentando ainda, manifestações como elevação da frequência cardíaca. Deste modo, inferi a importância da existência desta equipa na prevenção de complicações na PSC, quais os critérios de ativação da equipa, quem a constitui, assim como, o material a ser transportado no caso de ativação (INEM & DFEM, 2019).

Para além da área da EEMI, salienta-se o âmbito de ação dos enfermeiros de cuidados intensivos, em consultas de *follow-up* à PSC. Existe uma crescente preocupação sobre os *outcomes* a longo prazo do internamento em UCI sobre a PSC e família, nomeadamente, o síndrome pós-internamento em cuidados intensivos (SPICI). Destaca-se que este tema foi abordado no VIII Congresso de cuidados intensivos que tive oportunidade de frequentar, cujo programa e certificado de presença se encontra em anexo (anexo VI e VII).

A pessoa que ultrapassou uma situação de saúde-doença complexa pode desenvolver défices a nível cognitivo, físico e mental, que conduzem a uma diminuição da qualidade de vida, risco de morbilidade e sofrimento para os mesmos e suas famílias (Inoue et al., 2019; Marra et al., 2018; Mikkelsen et al., 2020; Rawal et al., 2017). Foram identificados alguns fatores de risco no desenvolvimento da SPICI na

PSC: *delirium*, défice cognitivo prévio, disfunção cerebral aguda, hipoxemia, desregulação da glicose, gravidade de doença, VMI prolongada, imobilidade, desnutrição, grau de sedação e presença de bloqueio neuromuscular (BNM). Destaca-se o *delirium* como o fator mais preponderante para o desenvolvimento de compromissos cognitivos na PSC (Inoue et al., 2019; Mikkelsen et al., 2020; Rawal et al., 2017). Relativamente ao SPICI na família, são descritos efeitos psicológicos agudos e crónicos na mesma, resultantes de uma situação complexa de saúde-doença, que inclui sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PSPT), ansiedade, depressão, perturbações do sono e luto complicado. Portanto, a inclusão da família nos cuidados, apoio familiar e uma comunicação eficaz e empática são vitais (Inoue et al., 2019; Mikkelsen et al., 2020; Rawal et al., 2017).

A mnemónica ABCDEF é também apontada como uma solução na prevenção do SPICI na pessoa. Destaco a importância do planeamento da alta da PSC, fornecer informação à pessoa e sua família, nomeadamente sobre o SPICI, e sobre os recursos de apoio disponíveis. Constatei que a criação de consultas de *follow-up* da PSC fornece apoio e aconselhamento à pessoa e família, identificando sintomas de SPICI, acompanhando e referenciando quando necessário para outras especialidades ou estruturas de apoio, com vista a melhorar a qualidade de vida dos mesmos (Inoue et al., 2019; Mikkelsen et al., 2020; Rawal et al., 2017).

No decorrer do estágio tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador num dia de consultas de *follow-up*. Preconiza-se a primeira consulta ser realizada 3 meses após a alta da UCI, seguindo-se outra consulta aos 9 meses, e eventual acompanhamento até 24 meses, sendo o grupo de trabalho constituído por enfermeiros especialistas. Foi bastante interessante ouvir relatos reais das pessoas na consulta. Destaco uma pessoa em particular, cujo internamento em unidade foi de 18 dias, esteve sob VMI, com falência na primeira extubação, com necessidade de re-entubação e com quadro de choque séptico. Durante a conversa na consulta, consegue-se perceber que apesar de existir uma evolução positiva a nível geral, ainda existem alguns medos e apreensão, principalmente relacionados com a obtenção da força muscular e mobilidade, prévias ao internamento em UCI, que impossibilitaram o regresso à sua vida habitual. No que diz respeito aos relatos acerca das memórias que detinha durante o tempo em que esteve internado, foi interessante ouvir as suas descrições, referindo-se a estas como “ia buscar coisas que não faziam sentido” (sic). Não existe uma memória real do internamento em UCI, são descritos pesadelos, alucinações e desorientação no espaço, mas refere não se recordar de sentir dor, de

ter sido EOT, extubado ou do próprio tubo orotraqueal. O facto mais interessante foi a descrição de uma conversa que corresponde a uma situação irreal, mas para a pessoa, com memória muito real e descritiva, em que termina a dizer “não quero morrer” (sic). Esta tinha a percepção de que não foi um episódio real, mas ainda mantinha dúvidas se de facto verbalizou estas palavras ou se apenas foram proferidas na sua cabeça.

Efetivamente, de acordo com a literatura, as recordações mais comuns descritas pela PSC após internamento em UCI são ansiedade, dor, sede e náuseas, sendo que, pesadelos, alucinações/ilusões e confusão foram relatados como sendo experiências angustiantes. São descritos sentimentos de ansiedade associado ao facto de não saberem onde estavam, e o que estava a acontecer, com uma fusão entre a realidade e a irrealidade, descrevendo experiências confusas, misturadas com memórias reais de interação com os profissionais (Magarey & McCutcheon, 2005). Estas informações podem nos fornecer estratégias importantes para transformar as UCI em serviços mais humanizados, direcionados não só para o tratamento imediato de situações clínicas e complicações, mas também visando a privacidade, conforto e qualidade de vida a nível físico, cognitivo e psicológico das pessoas e famílias, durante o internamento e após a alta (Chamorro & Romera, 2015; Escudero et al., 2014).

Neste serviço, foi-me possível prestar cuidados à pessoa, recorrendo à vigilância crítica e tecnologia enquanto instrumentos de otimização e adequação das necessidades, às particularidades de cada PSC. Um dos fatores facilitadores, foi o facto de existir nesta UCI um balcão central, com computadores e telemetria, onde também é possível visualizar diretamente as pessoas internadas, comparando assim os dados da monitorização e a observação dos sinais e sintomas visualizados, na pessoa (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005).

O transporte da PSC é considerado um momento crítico, onde podem ocorrer complicações, se não for devidamente avaliado e planeado, considerando sempre que o nível de cuidados durante o transporte deve ser igual ou superior ao nível de cuidados prestados no local de origem. A equipa que efetua esse transporte deve possuir conhecimentos e experiência suficiente, para ser capaz de atuar de forma precisa, célere e evitar complicações para a pessoa. Destaco a fase de planeamento como crucial, uma vez que, uma preparação adequada permite antever eventuais complicações, conduzindo as equipas a planearem as necessidades da pessoa durante o transporte e durante situações não programadas (Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008). Particularmente no

transporte inter-hospitalar (secundário), a vigilância assume um papel fundamental e crucial, devendo existir uma reavaliação da pessoa, segundo metodologia ABCDE, em cada momento de transição e vulnerabilidade, nomeadamente, na receção da pessoa a transferir, após transferência para maca de transporte, na ambulância antes de iniciar marcha. Portanto, esta vigilância deve ser elevada, redobrando esforços para evitar qualquer complicação que possa ser devida ao incorreto planeamento do transporte em si e não à situação clínica da pessoa. A importância da vigilância no transporte inter-hospitalar foi tema de discussão com o enfermeiro orientador, em que, por vezes é necessário ser o enfermeiro chefe de equipa a efetuar o transporte, garantindo a vigilância e nível de cuidados adequados durante o mesmo, reconhecendo este momento como potenciador de complicações (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005; OM & SPCI, 2008).

Desta forma, considero que teria sido interessante realizar transporte inter-hospitalar da PSC, mas não tendo surgido essa oportunidade, a discussão do tema com o enfermeiro e professora orientadora, revelou-se como positivo para o processo ensino-aprendizagem. Contudo, tive oportunidade de integrar a teoria na prática no transporte intra-hospitalar, acompanhando a PSC para exames de diagnóstico e tratamento, transpondo-se a importância do planeamento para evitar complicações.

Relativamente à transmissão de informação clínica utilizei a metodologia *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation* (ISBAR), conforme recomendado pela DGS. O objetivo desta metodologia, prende-se com a comunicação eficaz na transmissão de informação entre os profissionais de saúde, visando a segurança da pessoa, salientando-se os momentos de transição de cuidados, como particularmente vulneráveis na transmissão de informação. Portanto, esta ferramenta permitiu padronizar a transmissão de informação, para que esta seja oportuna, precisa, completa e sem ambiguidades (DGS, 2017c). Durante a realização do estágio, e na transmissão de informação, utilizei de forma constante este instrumento, para garantir uma comunicação eficaz, uma continuidade de cuidados e a segurança das pessoas internadas.

Os protocolos existentes e com os quais tive oportunidade de contactar, são linhas orientadoras que uniformizam cuidados, e que baseados em evidência, auxiliam a tomada de decisão, contudo, as pessoas não se adaptam a protocolos, pelo contrário, é espectável que o protocolo seja ajustado à pessoa. Os enfermeiros devem-se auxiliar dos protocolos, mas adequarem-no a cada situação, fazendo uso do seu juízo clínico na tomada de decisão. Destaca-se também a importância de

conhecer a pessoa, naquele momento e situação em específico, saber quais as suas necessidades e o seu contexto, assim como, ser capaz de filtrar qual a informação relevante (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006). Assim, ao longo do estágio, fui consultando os protocolos existentes, nomeadamente sobre a gestão de processos de terapêutica complexos, entre outros. Destaco uma situação concreta da prática, em que o controlo da glicémia da pessoa estava a ser efetuado com perfusão de insulina mediante protocolo da unidade. Este, apenas considera o valor de glicémia e não tem em consideração a variabilidade no espaço de uma hora. Neste sentido, mediante reavaliações horárias consecutivas, verificou-se uma descida entre 35-50mg/dl por hora, em duas avaliações consecutivas. Recorrendo ao meu juízo clínico, considerei a possibilidade de hipoglicémia se apenas me guiasse pelo protocolo, que não considera a resposta da pessoa à administração da insulina, pelo que, adaptei o protocolo, àquela pessoa e naquele momento, evitando-se uma eventual hipoglicémia. Nesta situação salienta-se a importância da vigilância e da informação obtida através da tecnologia, assim como, do juízo clínico, que foram preponderantes para evitar uma eventual complicação naquele momento (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

Em contexto de UCI por vezes não cuidamos apenas de pessoas com possível reversão da sua situação complexa, mas também de pessoas com situações clínicas graves e irreversíveis, que são elegíveis para serem potenciais doadores de órgãos, o que exige dos enfermeiros, uma capacidade de comunicação assertiva e ao mesmo tempo empática. Devem atuar como elementos facilitadores, gerindo ansiedades, dúvidas e mitos relacionados com a doação de órgãos, de modo que a família possa ultrapassar este processo de transição, e iniciar o seu luto (Meleis et al., 2000; A. S. M. B. Ramos et al., 2019).

Durante o meu percurso neste estágio, tive oportunidade de proceder à admissão de uma pessoa vítima de hemorragia subaracnoideia, sem indicação cirúrgica, que foi admitida em provável morte cerebral. A definição de morte cerebral exige uma série de condições prévias para excluir causas potencialmente reversíveis de coma: ausência de hipotermia (<35°C), ausência de alterações endócrinas ou metabólicas, ausência de fármacos depressores do sistema nervoso central e ausência de relaxantes musculares (OM, 1998). Na avaliação inicial, observei que a pessoa estava hipotérmica e hipotensa, com aporte de vasopressor, sendo necessário proceder ao seu aquecimento, de modo a excluir causas reversíveis. Simultaneamente, esta pessoa é sinalizada como potencial dadora de órgãos, pelo

que é necessário que o enfermeiro efetue uma vigilância e manutenção de todas as funções vitais, que permita uma correta oxigenação e perfusão dos órgãos (glicémia <180mg/dl, pressão arterial média 70-100mmHg, débito urinário entre 1-2 ml/kg/h, saturação periférica de O₂>95%) para manutenção do potencial dador. Portanto, foi necessário através da tecnologia e da vigilância, garantir perfusão dos órgãos, ajustando vasopressor, monitorizar débito urinário, alertando para a existência de poliúria, por provável diabetes insípida central que se verifica em 70% dos dadores (Fernandes, 2015; Instituto Português do Sangue e da Transplantação [IPST], 2016; OM, 1998). A vigilância da pessoa potencial dadora, é um processo complexo, que exige conhecimentos e habilidades que são determinantes na manutenção hemodinâmica da pessoa, viabilizando a doação para potenciais transplantes (A. S. M. B. Ramos et al., 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O programa europeu de controlo das IACS em contexto de UCI, efetua a vigilância da infeção da corrente sanguínea, pneumonia e infeção do trato urinário (ITU) da PSC, sendo uma competência específica do enfermeiro especialista na área da PSC (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019). Considerando a própria definição de segurança, evitar possíveis IACS, e que na sua maioria se encontram relacionadas com dispositivos invasivos, revelam-se preponderantes na segurança da PSC (WHO, 2021). Revelou-se ainda, a importância de ponderar o uso de dispositivos invasivos, seja de diagnóstico ou tratamento, profilaxia indiscriminada de úlcera de stress gástrica, uso pouco ajustado de antibióticos, entre outros, encaixando-se na perfeição a expressão: *less is more* (López-Fermin et al., 2022; Tanner, 2006).

Portanto, ao longo do estágio, durante a prestação de cuidados à PSC tive sempre especial atenção à prevenção das IACS, particularmente na prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV), da ITU associado a cateter vesical e infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), cumprindo os requisitos de intervenção instituídos. O enfermeiro tem um papel preponderante na prevenção da infeção, não só cumprindo normas e princípios de boas práticas, mas também na vigilância de enfermagem, detetando de forma atempada, por exemplo, sinais inflamatórios no local de inserção do CVC. De modo semelhante, e recorrendo ao seu juízo clínico, este deve-se questionar sobre a necessidade de manutenção dos diversos dispositivos invasivos, questionando não só a sua necessidade, mas também o risco/benefício para a PSC. Durante este estágio, recordo algumas situações em que foi discutido com a equipa médica a necessidade de manutenção do cateter

urinário e do CVC, ponderando-se o seu eventual benefício para a pessoa. Destaco, uma situação em concreto de uma pessoa com internamento hospitalar prolongado, que discuti a necessidade do CVC, face ao risco de desenvolver uma infeção da corrente sanguínea, tendo sido decidido retirar o mesmo (Benner, 2001; DGS, 2015, 2017a, 2017d; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

A elaboração do estudo de caso durante este ensino clínico, permitiu uma análise aprofundada de uma situação concreta, com o objetivo de identificar problemas e necessidades da pessoa e família, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão (Galdeano et al., 2003). Permitiu ainda sistematizar o processo de enfermagem, com ênfase na apreciação e planeamento de cuidados, desenvolvendo juízo clínico na abordagem à PSC e família, em situações de saúde-doença complexas (ICN, 2019; Tanner, 2006).

A escolha da pessoa teve em consideração a complexidade da sua situação, e também porque me suscitou questões em relação à identificação de *delirium* na pessoa com encefalopatia porto-sistémica. Esta situação exigiu o desenvolvimento de um pensamento crítico, considerar os fatores de risco presentes na pessoa para desenvolver *delirium*, assim como, fazer uso do juízo clínico, na mobilização de conhecimentos, para uma tomada de decisão informada. Neste estudo de caso, inúmeros dos diagnósticos de enfermagem que foram identificados são diagnósticos de risco, tendo sido identificados também focos de atenção para a prática de enfermagem, que salientam a importância da vigilância e intervenção antecipatória do enfermeiro, na prevenção de complicações, antes mesmo que o problema em si, se instale. Do mesmo modo, foi necessário recorrer à informação e dados que nos são transmitidos pela tecnologia (por exemplo: monitor cardíaco, ventilador, recorrer a dispositivos de comunicação e termómetro), para conseguir conhecer a pessoa em cada momento e adequar as intervenções, a implementar. Portanto, a vigilância, aliada às informações fornecidas pela tecnologia, permitiu conhecer a pessoa, implementar um plano de cuidados individualizado, monitorizar a eficácia das intervenções, adaptando o plano de cuidados de forma dinâmica (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

Como em todas as etapas deste processo e em específico deste estágio, existiu uma discussão das situações concretas e dúvidas com o enfermeiro e professora orientadora. Esta discussão resultou sempre num pensamento crítico, procura constante de evidência e num aprofundamento da reflexão sobre a ação e na ação, o que se traduziu no desenvolvimento de um juízo clínico que me permitiu e permitirá

manter uma tomada de decisão informada, célere e sem erros, em particular em situações de elevada complexidade (Benner et al., 2009; Tanner, 2006).

Relativamente à área da PSC com *delirium*, esta teve especial relevância neste contexto de estágio, surgindo inúmeras discussões construtivas com o enfermeiro e professora orientadora, que me auxiliaram não só a aprofundar conhecimento, mas também a ter um pensamento crítico sobre o mesmo. Saliento também, a importância do estágio de observação numa unidade de um Hospital em Madrid, com o objetivo de desenvolver competências e aprofundar conhecimentos nesta área específica, aprendendo ao lado de peritos na área. Ao longo do meu percurso de mestrado, a escala CAM-ICU, foi alvo de constante reflexão e análise crítica, nomeadamente sob a forma de jornal de aprendizagem. A reflexão e análise sobre a aplicabilidade desta escala na PSC com estado de consciência classificado na escala de RASS de -3, é uma dúvida transversal a vários profissionais, encontrando-se descrita na literatura (Oxenbøll-Collet et al., 2018). O estágio na referida UCI em Madrid permitiu-me integrar novas estratégias para identificar e avaliar o *delirium* na PSC, nomeadamente na situação anteriormente descrita. Neste unidade considera-se que a PSC com RASS -3, quando aplicada a escala CAM-ICU nesta pessoa, o resultado obtido parece ser duvidoso, existindo a dúvida do *score* obtido derivar da presença de *delirium* ou ser resultado da sedação. Neste sentido, a estratégia utilizada naquela UCI é o de diminuir sedação, na tentativa de alcançar estados de consciência superiores e reavaliar novamente, considerando-se apenas elegível para a aplicação da escala de *delirium*, a PSC com RASS $\geq$ -2.

Na literatura descreve-se como estratégia para superar as barreiras e dificuldades na aplicação da CAM-ICU, a educação e formação contínua dos profissionais na sua utilização (Oxenbøll-Collet et al., 2018; Ramoo et al., 2018; Rowley-Conwy, 2018; Steinseth et al., 2018). A sensibilização e conhecimento dos enfermeiros sobre o elevado impacto do *delirium* na PSC, no sentido de promover a sua participação ativa na gestão do *delirium*, incluindo identificação, prevenção e tratamento, irá conduzir a uma perceção da importância de tratar este distúrbio, e uma maior adesão na utilização da CAM-ICU e na implementação de intervenções de enfermagem (Ramoo et al., 2018).

Concluindo, a constante procura de informação, discussão e reflexão sobre o tema, contribuíram para a minha aquisição de confiança, encontrando estratégias para poder identificar e avaliar o *delirium* na PSC. Reconhecendo-se a importância de uma avaliação do *delirium* na PSC com escalas validadas nestes contextos, apesar de

nenhuma das escalas preconizadas para UCI (CAM-ICU e ICDSC) estar validada para a população portuguesa, estas foram aplicadas de forma sistemática à PSC durante o estágio, podendo este ser um ponto a desenvolver futuramente, no que diz respeito à continuidade do estudo desta área temática e realização de investigação que dê resposta às necessidades da prática.

O desenvolvimento de protocolos de gestão do *delirium* na PSC que sejam bem estruturados, organizados e orientados para a prática, são processos complexos. A abordagem à PSC com *delirium* é complexa, uma vez que, as suas causas são multifatoriais, sendo impossível não incluir a gestão da analgesia e sedação (Devlin et al., 2018; Hsieh et al., 2013; Reznik & Slooter, 2019). Neste âmbito, o estágio realizado no hospital em Madrid foi bastante enriquecedor, permitindo-me observar e refletir sobre os benefícios de existir um protocolo de analgesia e sedação bem estruturado, com *targets* mensuráveis e objetivos dinâmicos, adequados à situação clínica de cada pessoa. É indicado primeiro avaliar e tratar a dor, assim como, gerir a analgesia quando se preveem intervenções e procedimentos que possam causar dor à PSC (Devlin et al., 2018; Vincent et al., 2016). Outra particularidade deste protocolo, relaciona-se com situações de administração prolongada de opióides, em que é efetuado o seu desmame recorrendo ao uso de metadona por via oral. A suspensão de opióides nestas situações, poderia causar síndromes de abstinência, conduzindo a dificuldades no desmame ventilatório da PSC, daí esta medida ser implementada nesse local. Verificou-se benefícios na introdução de metadona por via oral, reduzindo o tempo de desmame de VMI na PSC (Wanzuita et al., 2012).

Destaco ainda, nesta unidade, o uso do monitor *analgesia nociception index* (ANI) para avaliação da dor, sendo que, a utilidade desta tecnologia também foi abordada durante o VIII Congresso de cuidados intensivos. Este monitor assenta na variabilidade da frequência cardíaca, e consequente medição do sistema nervoso autónomo, composto pelo sistema simpático e parassimpático (Cooper et al., 2015; Logier et al., 2006). Mediante os valores inferidos neste monitor, um intervalo de ANI entre 50-70 (numa escala de 0-100) relaciona-se com um equilíbrio entre o simpático e parassimpático, inferindo-se analgesia adequada, onde a atividade parassimpática é ligeiramente superior à simpática. No caso de valores superior a 70 é possível diminuir analgesia, e com valores inferiores a 50, é necessário titular e ajustar analgesia (MDoloris Medical Systems SAS, 2021). Deste modo, pude incluir diferentes perspetivas e estratégias sobre este tema.

Apesar de as escalas utilizadas em UCI para avaliação da dor serem fiáveis, também apresentam algumas limitações: impossibilidade de aplicação em pessoas sob BNM, existência de uma avaliação descontínua da dor e apenas têm em consideração a componente física da dor, não incorporando o nível de ansiedade e desconforto. Foi demonstrado que o ANI tem maior sensibilidade para detetar a dor que a escala BPS, sendo particularmente mais sensível em estímulos dolorosos menores. Consequentemente, o monitor ANI permitiu titular analgesia mais precocemente, fornecendo dados totalmente objetivos, evitando experiências dolorosas na PSC. Assim, pude refletir mais uma vez sobre os benefícios da tecnologia, que nos permite inferir valores quantificáveis, de modo contínuo, em vez de nos guiarmos apenas por sinais clínicos e experiência dos profissionais (Broucqsaault-Dédrie et al., 2016; Chanques et al., 2017; Locsin, 2010).

Os conhecimentos adquiridos na teoria e na prática permitiram-me implementar intervenções na prevenção e tratamento do *delirium*. O facto de possuir linhas orientadoras e princípios gerais, conduziu a uma adequação da analgesia e sedação, mesmo na ausência de protocolos, adequando à pessoa, contexto e sua situação, socorrendo-me da tecnologia e da vigilância para poder alcançar cuidados centrados na pessoa (Baron et al., 2015; Benner, 2001; Chamorro et al., 2008; Devlin et al., 2018; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005; Vincent et al., 2016). Do mesmo modo, durante o estágio pude implementar intervenções não farmacológicas, tendo por base uma abordagem multifacetada, assentando na reorientação e estimulação cognitiva, promoção do sono, mobilização/reabilitação precoce e envolvimento familiar (Devlin et al., 2018; Ghaeli et al., 2018; Herling et al., 2018; Malik et al., 2021; Mart et al., 2021; Moon & Lee, 2014; Reznik & Slooter, 2019).

Numa fase final do estágio, tive oportunidade, de forma organizada, consciente e baseada na evidência, de aplicar estes conhecimentos na prática. Relatando uma das situações experienciadas, prestei cuidados a uma pessoa, que estava internada por tentativa de suicídio através da ingestão voluntária de produto químico. Na avaliação inicial, esta encontrava-se sob VMI, com perfusão de propofol, cetamina e fentanil, com RASS de 0/-1, CAM-ICU negativa e com contenção física dos membros superiores. Durante a primeira abordagem àquela pessoa, fui tentando conhecê-la, reconhecer as suas necessidades, o que a incomodava, integrando os conhecimentos que adquirir. Assim sendo, priorizei analgesia, efetuando a sua gestão quando era necessário proceder à aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal e mobilização, uma vez que, identifiquei como um fator de desconforto e inquietação, com BPS de 6

nesses momentos. Foi efetuado desmame de sedação até à sua suspensão, mantendo RASS de 0/-1, confortável e colaborante nos seus cuidados. Foi efetuada reorientação frequentemente e retirei a contenção física, reforçando a vigilância no sentido de evitar eventos adversos. Deste modo, atuei de forma preventiva, mobilizando conhecimentos sobre a gestão do *delirium* na PSC, na tentativa de prevenir a sua incidência nesta pessoa.

Relativamente ao envolvimento familiar, as visitas no hospital onde desenvolvi o estágio estiveram suspensas quase até ao final do mesmo, pelo que, maioritariamente apenas em situações pontuais foi possível incluir a família. Destaco a situação do estudo de caso, em que o marido se encontrava emigrado e lhe foi dada autorização para visitar a esposa, durante o período que estivesse em Portugal. No final do estágio, as visitas foram retomadas, sendo possível incluir a família na tomada de decisão e cuidados prestados. Saliento também uma situação em que a filha que veio visitar o pai que estava sob VMI, com sedação leve, em que foi explicada a situação clínica do pai, não se tendo recorrido a restrição física, aproveitando o potencial da presença da filha na própria prestação de cuidados, verificando-se que este ficou mais calmo. Assim, conclui-se que o uso de contenção física deverá ser efetuado como último recurso, só após esgotar as medidas preventivas, apontando-se como uma das soluções, a inclusão da família (DGS, 2011b).

Mediante as inerentes condicionantes das restrições de visitas, foram perspectivadas formas alternativas de manter o contacto com a família. Desta forma, as tecnologias revelam-se novamente como uma ferramenta fundamental, permitindo a comunicação entre a pessoa e a família. Durante o estágio, foi possível, recorrendo ao telemóvel do serviço, proporcionar a interação entre a pessoa e sua família. Recordo que muitas vezes este era um fator de ansiedade para a própria pessoa internada, por questões da sua vida profissional, pessoal ou apenas pela necessidade de falar com os familiares. Foi também discutido com o enfermeiro orientador, a potencialidade da videochamada para poder colmatar a ausência de visitas no hospital. O recurso à videochamada foi utilizado em vários países como uma estratégia para reduzir o impacto do isolamento imposto pela pandemia, aparentando ser uma alternativa viável na impossibilidade de visita presencial (Kennedy et al., 2021; Negro et al., 2020; J. Ramos et al., 2022; Rosa et al., 2019).

O desenvolvimento da RIL, apesar dos inequívocos contributos já referidos, revestiu-se de inúmeras dificuldades, nomeadamente pela minha falta de conhecimento na área de investigação. Foi necessário experimentar, pesquisar, numa

perspetiva de tentativa e erro, até conseguir compreender o que era esperado. Senti necessidade de procurar outras revisões, compreender a sua estrutura, assim como, esclarecer dúvidas e discutir o tema com a professora orientadora, a fim de conseguir terminar a RIL. Foi efetivamente um desafio, mas extremamente gratificante, obrigando-me a evoluir e adquirir novas competências na área de investigação.

Com esta fase finalizada surgiu um novo desafio, o de comunicar os resultados de investigação para a comunidade científica, tendo sido submetido um resumo da RIL no VIII Congresso de cuidados intensivos. O resumo foi aceite pela comissão organizadora e foi exposto sobre a forma de poster durante o congresso, cujo certificado de apresentação se encontra em anexo (anexo VIII). O resumo será também publicado, na revista anual da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP).

Destaco igualmente a frequência do VIII Congresso de cuidados intensivos que fica marcado pelo reforço da importância do desenvolvimento tecnológico, e do seu uso a favor da PSC, conferindo qualidade e segurança aos cuidados prestados à pessoa. Portanto, mobiliza-se de forma cada vez mais preeminente a tecnologia e a vigilância da PSC, para alcançarmos melhores *outcomes* na PSC (Benner, 2001; Locsin, 2010; Meyer & Lavin, 2005). Realço também, a vertente de humanização dos cuidados, visando não apenas os *outcomes* relativos à PSC durante o internamento na UCI, assim como, os *outcomes* a longo prazo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de todos os intervenientes (Inoue et al., 2019; Mikkelsen et al., 2020).

Desde o início deste estágio, existiu um sentimento de integração na equipa multidisciplinar, com uma integração facilitada pela equipa, sempre disposta a partilhar e a discutir ideias. Neste sentido, foi possível também comunicar de modo informal evidência científica considerada relevante, partilhando experiências e conhecimentos na área da PSC. Considero estes processos enriquecedores pois beneficiam a própria ciência de enfermagem, assim como os cuidados prestados à pessoa (Eraut, 2004).

Este estágio fica pautado pela constante discussão de ideias, partilha de conhecimentos e de evidência científica, que permite evoluir e desenvolver os cuidados de enfermagem. Foi bastante enriquecedor, sendo um privilégio poder desenvolver o meu percurso de mestrado com alguém que investiu na mesma área temática que eu desenvolvi. Sendo uma área onde possuo maior experiência, a expectativa sobre a forma como poderia evoluir e desenvolver competências foi efetivamente uma preocupação, no entanto, com esta constante discussão e as

atividades desenvolvidas, este ensino clínico transformou-se num percurso que me permitiu melhorar e evoluir.

De um modo global, penso que atingi os meus objetivos gerais e específicos, que visaram dar resposta ao desenvolvimento de competências exigidas pelo grau de mestre e de enfermeira especialista (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018). Deste modo, posso afirmar que procurei prestar cuidados de enfermagem pautados pela segurança e qualidade, que foram garantidos através de:

- Prestação de cuidados em respeito pela individualidade, liberdade, autonomia, dignidade, privacidade e intimidade de cada pessoa;
- Vigilância da PSC em diferentes situações, socorrendo-me da experiência e intuição, para poder antecipar complicações e eventuais eventos adversos;
- Transmissão de informação segundo a metodologia ISBAR;
- Colaboração com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão, auxiliando-me do raciocínio e juízo clínico;
- Pesquisa sobre temas como IACS-UCI, morte cerebral e manutenção de dador de órgãos, transporte da PSC, aprofundando conhecimentos sobre os mesmos e relacionando com o contexto da prática;
- Pesquisa sobre barreiras e condicionantes na aplicação da CAM-ICU, assim como estratégias a desenvolver nesta situação;
- Mobilização de conhecimentos da evidência científica para a prática, implementando intervenções na gestão do *delirium* na PSC;
- Reflexão e discussão frequente com enfermeiro e professora orientadora, de modo a evoluir;
- Reflexão sobre a prática e estratégias para melhorar os cuidados, centrado nos *outcomes* e experiência da PSC;
- Divulgar evidência científica recente através da partilha entre pares em situações informais, fomentando a melhoria dos cuidados de enfermagem baseados na evidência;
- Divulgar evidência científica através de comunicação sobre a forma de poster em Congresso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso efetuado durante este mestrado, que culmina na elaboração do presente relatório, foi um caminho longo, repleto de aprendizagens e dificuldades, que me permitiu crescer e evoluir a nível profissional, na procura da excelência dos cuidados de enfermagem. Alicerçando-me nos níveis de competência clínica de Benner, procurei atingir a perícia, desenvolvendo competências que me permitissem adquirir o grau de mestre e enfermeira especialista na área da PSC. Neste sentido, a reflexão e exigência fizeram sempre parte deste caminho, aprofundando conhecimentos, baseando a prática na melhor evidência científica, aliando a teoria e a prática como alicerces fundamentais no desenvolvimento de competências e no cuidar.

A área temática escolhida e desenvolvida – Vigilância da Pessoa em situação crítica com *Delirium*: promoção da Segurança – revelou-se preponderante no trajeto efetuado. A importância deste condição, por vezes desvalorizada, revela-se de tal forma complexa que a sua gestão na PSC implica uma abordagem global, que inclui várias dimensões, com impacto não só durante o internamento, mas que se prolonga no tempo para além deste. Desta forma, a gestão do *delirium* na PSC permite melhorar a qualidade e segurança dos cuidados a curto e longo prazo da PSC e da sua família, culminando em cuidados centrados na pessoa/família, humanizados, de acordo com os padrões de qualidade da OE, permitindo uma melhoria da qualidade de vida da pessoa e família.

A inclusão de referenciais teóricos que sustentem a prática são fundamentais nesta fase de aprendizagem, norteados a mesma. A vigilância é efetivamente uma ferramenta elementar no cuidado de enfermagem, utilizada diariamente nos cuidados, contudo, em ambientes cada vez mais tecnológicos, o seu uso eficiente depende da aquisição de informações baseadas na tecnologia e outras fontes, como a família. Deste modo, os dados fornecidos pelas diversas fontes, através do juízo clínico, permite-nos conhecer a pessoa e cuidar de modo individualizado e em segurança. A inclusão destes referenciais teóricos na prática de enfermagem permite dar sentido aos cuidados à luz de conhecimentos desenvolvidos pela própria disciplina de enfermagem.

A realização da RIL foi um desafio, representando uma barreira que foi necessária transpor, mas que se revelou extremamente importante. A sua concretização permitiu gerar conhecimentos com impacto na transformação da

prática, desempenhando um papel importante no estabelecimento de uma base científica. Por outro lado, também me permitiu adquirir e desenvolver competências na área da investigação, exigindo dedicação para compreender os processos subjacentes. Este processo culminou na apresentação de um poster em congresso, permitindo-me divulgar evidência científica, sendo objetivo concretizar a sua publicação numa revista. Foram também identificadas áreas para investigação futura, relativas a esta temática.

Os estágios representaram momentos fundamentais no desenvolvimento de competências, assim como, aqueles que revelaram maiores dificuldades. Destaco a dificuldade de adaptação, tentando encontrar o meu espaço e lugar enquanto estudante, mas com uma bagagem de conhecimentos teóricos e da prática construídos ao longo do meu percurso profissional. Revelou-se por vezes um processo difícil, despoletando em mim sentimentos de desânimo, particularmente em momentos, em que não fui capaz de manter as minhas próprias exigências profissionais. Assim, constatei a necessidade de me adaptar constantemente, fosse ao nível dos processos mentais, ou ao próprio contexto, revelando-se a reorganização permanente, um desafio constante, particularmente em contexto de urgência. Considerando a minha inexperiência na área de emergência e urgência, teria sido importante a realização de estágio em contexto de pré-hospitalar, nomeadamente VMER, que me permitisse conhecer outras realidades e fornecer estratégias para integrar no cuidado à PSC, embora tivesse sido discutida a prestação de cuidados nesta área com o enfermeiro orientador, também perito nesta área.

As dificuldades encontradas ao longo do caminho, a nível de conhecimento e estratégias, exigiram sempre pesquisa bibliográfica sobre os temas, leitura de inúmeros documentos, permitindo compreender melhor a prática, e permitindo-me deste modo desenvolver juízo clínico e competências clínicas. Saliento ainda como dificuldades, a necessidade de gestão do tempo, conciliando a vida académica, profissional e pessoal.

O pensamento e reflexão crítica são características que me acompanham desde sempre, assim como, a capacidade de trabalho e dedicação, o que se revelaram como elementos facilitadores da minha aprendizagem. No entanto, as ferramentas adquiridas para efetuar uma reflexão estruturada, permitiram-me avançar e aprofundar essas aprendizagens. Assim, a constante reflexão, crítica e discussão com os enfermeiros e professora orientadora foram essenciais nesta área. Considero

o estágio numa unidade em Madrid, como um aspeto positivo, que me permitiu ter contacto com realidades diferentes e perspetivar outras estratégias.

Apesar de concluída esta etapa, pretendo continuar a trabalhar sobre esta área temática, aplicando os conhecimentos que adquiri no meu contexto de trabalho, desenvolver protocolos, normas e formação, contribuindo assim, no meu contexto, para melhorar os cuidados prestados à PSC com *delirium*. Equaciono também a possibilidade de desenvolver estudos de investigação, nomeadamente pelo facto das escalas utilizadas para a identificação e avaliação do *delirium* na PSC, não estarem validadas para a população portuguesa.

Concluindo, termino este curso de mestrado, com a sensação que foi árduo, exigente, mas recompensador, em que atingi os objetivos a que me propus e que desenvolvi competências de mestre e de enfermeira especialista, e particularmente, que adquiri ferramentas e conhecimentos que sendo trasladados para a prática, me vão permitir cuidar da PSC e família visando melhorar os seus *outcomes* a curto e longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahwal, S., & Arora, S. (2015). Workplace Stress for Nurses in Emergency Department. *International Journal of Emergency & Trauma Nursing*, 1(2), 17–21. https://www.researchgate.net/publication/288981746_Workplace_Stress_for_Nurses_in_Emergency_Department
- Ajri-Khameslou, M., Najafi, M., & Karimollahi, M. (2021). Vigilance in Nurses Working in Intensive Care Units. *Open Journal of Nursing*, 11(09), 715–727. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.119061>
- Alexopoulou, C., Kondili, E., Diamantaki, E., Psarologakis, C., Kokkini, S., Bolaki, M., & Georgopoulos, D. (2014). Effects of dexmedetomidine on sleep quality in critically ill patients: A pilot study. *Anesthesiology*, 121(4), 801–807. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000361>
- American College of Surgeons. (2018). *ATLS Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual* (10th ed.). American College of Surgeons.
- American Heart Association. (2020). *Destaques das diretrizes de RCP e ACE*. <http://eccguidelines.heart.org>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Artmed.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Amstrong, G. E., & Sherwood, G. (2021). Safety. In J. Giddens (Ed.), *Concepts for nursing practice* (3rd ed., pp. 428–435). Elsevier Inc.
- Andersson, A. K., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11(3), 136–145. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x>
- Arias-Rivera, S., López-López, C., Frade-Mera, M. J., Via-Clavero, G., Rodríguez-Mondéjar, J. J., Sánchez-Sánchez, M. M., Acevedo-Nuevo, M., Gil-Castillejos, D., Robleda, G., Cachón-Pérez, M., & Latorre-Marco, I. (2020). Assessment of analgesia, sedation, physical restraint and delirium in patients admitted to Spanish intensive care units. Proyecto ASCyD. *Enfermería Intensiva*, 31(1), 3–18. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.11.002>
- Ashworth, P. (1990). High technology and humanity for intensive care. *Care of the Critically Ill*, 6(1), 26.

- Bannon, L., McGaughey, J., Verghis, R., Clarke, M., McAuley, D. F., & Blackwood, B. (2019). The effectiveness of non-pharmacological interventions in reducing the incidence and duration of delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 45(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5452-x>
- Baron, R., Binder, A., Biniek, R., Braune, S., Buerkle, H., Dall, P., Demirakca, S., Eckardt, R., Eggers, V., Eichler, I., Fietze, I., Freys, S., Fründ, A., Garten, L., Gohrbandt, B., Harth, I., Hartl, W., Heppner, H. J., Horter, J., ... Weisshaar, G. (2015). Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-guideline 2015) – short version. *GMS German Medical Science*, 13, 2–42. <https://doi.org/10.3205/000223>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R. H., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Bazyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage systems in mass casualty incidents and disasters: A review study with a worldwide approach. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3), 482–494. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Hughes, R. G., & Sutphen, M. (2008). Chapter 6. Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (2nd ed., pp. 87–110). AHRQ Publication.
- Benner, P., Stannard, P. H., & Kyriakidis, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-action approach* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement & Ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Booker, K. J. (2015). *Critical Care Nursing: Monitoring and Treatment for Advanced Nursing Practice*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118992845>

- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. Project Gutenberg. <http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-h/42988-h.htm>
- Broucqsault-Dédrie, C., De Jonckheere, J., Jeanne, M., & Nseir, S. (2016). Measurement of heart rate variability to assess pain in sedated critically ill patients: A prospective observational study. *PLoS ONE*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147720>
- Burry, L., Hutton, B., Williamson, D. R., Mehta, S., Adhikari, N. K., Cheng, W., Ely, E. W., Egerod, I., Fergusson, D. A., & Rose, L. (2019). Pharmacological interventions for the treatment of delirium in critically ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011749.pub2>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. C., & Wagner, C. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier Inc. <https://bookshelf.vitalsource.com/#/books/9780323497701/>
- Celich, K. L. S., Anjos, É. dos, Souza, J. B. de, Zenevicz, L. T., Souza, S. S. de, Silva, T. G. da, Pauli, M. E. de, & Conceição, V. M. da. (2021). Humanização no Atendimento de Urgência e Emergência: Olhar da enfermagem à luz da fenomenologia. *Research, Society and Development*, 10(9), e54110918252. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18252>
- Chamorro, C., Martínez-Melgar, J. L., Barrientos, R., & Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. (2008). Monitorización de la sedación. *Medicina Intensiva*, 32, 45–52. <https://www.medintensiva.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=13116126>
- Chamorro, C., & Romera, M. A. (2015). Dolor y miedo en la UCI. *Medicina Intensiva*, 39(7), 442–444. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.05.005>
- Chanques, G., Tarri, T., Ride, A., Prades, A., De Jong, A., Carr, J., Molinari, N., & Jaber, S. (2017). Analgesia nociception index for the assessment of pain in critically ill patients: A diagnostic accuracy study. *British Journal of Anaesthesia*, 119(4), 812–820. <https://doi.org/10.1093/bja/aex210>
- Contreras, C. C. T., Páez-Esteban, A. N., Rincon-Romero, M. K., Carvajal, R. R., Herrera, M. M., & Castillo, A. H. D. Del. (2021). Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55, e03685. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019035003685>
- Cooper, T. M., McKinley, P. S., Seeman, T. E., Choo, T.-H., Lee, S., & Sloan, R. P.

(2015). Heart rate variability predicts levels of inflammatory markers: Evidence for the vagal anti-inflammatory pathway. *Brain, Behavior, and Immunity*, 49, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2014.12.017>

Cortés-Beringola, A., Vicent, L., Martín-Asenjo, R., Puerto, E., Domínguez-Pérez, L., Maruri, R., Moreno, G., Vidán, M. T., Fernando Arribas, & Bueno, H. (2021). Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. *American Heart Journal*, 232, 164–176. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.11.011>

Cui, N., Zhang, Y., Li, Q., Tang, J., Li, Y., Zhang, H., Chen, D., & Jin, J. (2022). Quality appraisal of guidelines on physical restraints in intensive care units: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 103193. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103193>

Dale, C. R., Kannas, D. A., Fan, V. S., Daniel, S. L., Deem, S., Yanez, N. D., Hough, C. L., Dellit, T. H., & Treggiari, M. M. (2014). Improved analgesia, sedation, and delirium protocol associated with decreased duration of delirium and mechanical ventilation. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(3), 367–374. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201306-210OC>

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

de Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 17(3), 216–223. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Presidência Do Conselho de Ministros, Diário da República, Série I (Nº 157 de 2018-08-16)*, 4147 – 4182. eli: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Deemer, K., Zjadewicz, K., Fiest, K., Oviatt, S., Parsons, M., Myhre, B., & Posadas-Calleja, J. (2020). Effect of early cognitive interventions on delirium in critically ill patients: a systematic review. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(8), 1016–1034. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01670-z>

- Deng, L. X., Cao, L., Zhang, L. N., Peng, X. B., & Zhang, L. (2020). Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Critical Care*, 60, 241–248. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.08.019>
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos. *Ministério Da Saúde, Diário da República, Série II (Nº 153 de 11-08-2014)*, 20673–20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 5314/2020. (2020). Determina que os órgãos dirigentes das entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e hospitalares do Serviço Nacional de Saúde devem assegurar a identificação e reagendamento de toda a atividade assistencial programada não realizada por força da. *Ministério Da Saúde - Gabinete Da Ministra, Diário da República, Série II (Nº89 de 2020-05-07)*, 79–81. <https://files.dre.pt/2s/2020/05/089000000/0007900081.pdf>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., Kho, M. E., Kress, J. P., Lanphere, J. A., McKinley, S., ... Kiedrowski, K. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation / Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825–873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. *Circular Normativa Nº 09/DGCG*. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Dor-5_sinal_vital.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Ministério Da Saúde*, 1–12. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). *Circular Normativa Nº15 DQS/DQCO*, 1–11. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010b). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Circular Normativa Nº 07/DQS/DQCO*, 1–26. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organização-dos-Cuidados->

Hospitales-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011a). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. In *Relatório técnico final*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2011b). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. *Orientação Nº 021/2011*, 1–4. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS-Prevenção-de-comportamentos-dos-doentes-que-põem-em-causa-a-sua-segurança-e-da-sua-envolvente1.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma Nº 022/2015*, 1–17. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i022018.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Norma Nº 021/2015*, 1–13. <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023710.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Abordagem pré-hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. *Norma Nº 023/2012*, 1–20. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023805.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma Nº 001/2017*, 1–8. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023296.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017d). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Norma Nº 019/2015*, 1–12. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017e). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017f). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Norma Nº 015/2017*, 1–25. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023807.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017g). Via Verde Sépsis no Adulto. *Norma Nº 010/2016 de 30/09/2016 Atualizada a 16/05/2017*, 1–27. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e

- Referenciação Interna Imediata. *Norma Nº 002/2018*, 1–23. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/i024340.pdf>
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (D. M. Doran (ed.); 2nd ed.). Jones and Barlett Learning.
- Duignan, M., & Dunn, V. (2008). Barriers to pain management in emergency departments. *Emergency Nurse*, 15(9), 30–34. <http://journals.rcni.com/doi/full/10.7748/en2008.02.15.9.30.c8179>
- Dziegielewski, C., Skead, C., Canturk, T., Webber, C., Fernando, S. M., Thompson, L. H., Foster, M., Ristovic, V., Lawlor, P. G., Chaudhuri, D., Dave, C., Herritt, B., Bush, S. H., Kanji, S., Tanuseputro, P., Thavorn, K., Rosenberg, E., & Kyeremanteng, K. (2021). Delirium and Associated Length of Stay and Costs in Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2021/6612187>
- Ely, E. W. (2004). Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA*, 291(14), 1753. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
- Ely, E. W., Gautam, S., Margolin, R., Francis, J., May, L., Speroff, T., Truman, B., Dittus, R., Bernard, G., & Inouye, S. (2001). The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Medicine*, 27(12), 1892–1900. <https://doi.org/10.1007/s00134-001-1132-2>
- Émond, M., Boucher, V., Carmichael, P. H., Voyer, P., Pelletier, M., Gouin, É., Daoust, R., Berthelot, S., Lamontagne, M. E., Morin, M., Lemire, S., Minh Vu, T. T., Nadeau, A., Rheault, M., Juneau, L., Le Sage, N., & Lee, J. (2018). Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay: A prospective observational multicentre cohort study. *BMJ Open*, 8(3), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018190>
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247–273. <https://doi.org/10.1080/158037042000225245>
- Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P., & Craftman, Å. G. G. (2018). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e1061–e1067. <https://doi.org/10.1111/jocn.14143>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objetivos e Competências do CMEPSC*. <https://bit.ly/2HemEQM>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações. *ESEL - Centro de*

- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 38(6), 371–375. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2014.01.001>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units* (Issue October).
- European Delirium Association, & American Delirium Society. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Medicine*, 12(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0141-2>
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Joost Wiersinga, W., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Executive Summary: Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1974–1982. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005357>
- Faria, R. B. S., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Fernandes, A. P. (2015). Diagnóstico de Morte Cerebral e Manutenção do Dador em Morte Cerebral. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 70–80). Lidel.
- Ghaeli, P., Shahhatami, F., Mojtahed Zade, M., Mohammadi, M., Arbabi, M., Zade, M. M., Mohammadi, M., & Arbabi, M. (2018). Preventive Intervention to Prevent Delirium in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13(2), 143–147. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037578/>
- Giuliano, K. K. (2017). Improving patient safety through the use of nursing surveillance. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 51(Horizons), 34–43. <https://doi.org/10.2345/0899-8205-51.s2.34>
- Gomes, T., & Oliveira, M. S. de. (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. *Orientação Nº 007/2010*, 125. <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Grover, E., Porter, J. E., & Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses'

- perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no Serviço de Urgência: Protocolo de triagem de Manchester* (2nd ed.). Grupo Português de Triage.
- Grupo Português de Triage. (2011). *O Sistema de Triage de Manchester e as Vias Verdes*. 1–9.
- Gusmao-Flores, D., Figueira Salluh, J. I., Chalhub, R. T., & Quarantini, L. C. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*, 16(4), R115. <https://doi.org/10.1186/cc11407>
- Han, J. H., Wilson, A., Vasilevskis, E. E., Shintani, A., Schnelle, J. F., Dittus, R. S., Graves, A. J., Storrow, A. B., Shuster, J., & Ely, E. W. (2013). Diagnosing Delirium in Older Emergency Department Patients: Validity and Reliability of the Delirium Triage Screen and the Brief Confusion Assessment Method. *Annals of Emergency Medicine*, 62(5), 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.003>
- Hasemann, W., Duncan, N., Clarke, C., Nouzova, E., Süßenbach, L. M., Keerie, C., Assi, V., Weir, C. J., Evans, J., Walsh, T., Wilson, E., Quasim, T., Middleton, D., Weir, A. J., Barnett, J. H., Stott, D. J., MacLulich, A. M. J., & Tieges, Z. (2021). Comparing performance on the Months of the Year Backwards test in hospitalised patients with delirium, dementia, and no cognitive impairment: an exploratory study. *European Geriatric Medicine*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00521-4>
- Herling, S. F., Greve, I. E., Vasilevskis, E. E., Egerod, I., Bekker Mortensen, C., Møller, A. M., Svenningsen, H., Thomsen, T., & Thomsen, T. (2018). Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009783.pub2>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva do Cuidar*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hsieh, S. J., Ely, E. W., & Gong, M. N. (2013). Can intensive care unit delirium be prevented and reduced? Lessons learned and future directions. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(6), 648–656. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201307-232FR>

- 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>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS*. <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (p. 244). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- Instituto Português do Sangue e Transplantação. (2016). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação* (5^a ed.). http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETTRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Kennedy, N. R., Steinberg, A., Arnold, R. M., Doshi, A. A., White, D. B., DeLair, W., Nigra, K., & Elmer, J. (2021). Perspectives on telephone and video communication in the intensive care unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), 838–847. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>
- Khan, B. A., Perkins, A. J., Gao, S., Hui, S. L., Campbell, N. L., Farber, M. O., Chlan, L. L., & Boustani, M. A. (2017). The Confusion Assessment Method for the ICU-7 Delirium Severity Scale. *Critical Care Medicine*, 45(5), 851–857. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002368>
- Kondili, E., Alexopoulou, C., Xirouchaki, N., & Georgopoulos, D. (2012). Effects of propofol on sleep quality in mechanically ventilated critically ill patients: A physiological study. *Intensive Care Medicine*, 38(10), 1640–1646. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2623-z>
- Kotfis, K., Marra, A., & Wesley Ely, E. (2018). ICU delirium ' A diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 50(2), 128–140. <https://doi.org/10.5603/AIT.a2018.0011>
- 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 November), 1–15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242378>
- Lavrentieva, A., Depetris, N., & Rodini, I. (2017). Analgesia, sedation and arousal status in burn patients: the gap between recommendations and current practices. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 30(2), 135–142.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5627552/>
- Liang, S., Chau, J. P. C., Lo, S. H. S., Zhao, J., & Choi, K. C. (2021). Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 34(4), 378–387.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.004>
- Locsin, R. C. (2001). The culture of technology: Defining transformation in nursing, from “the lady with a lamp” to “robonurse”? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4.
<https://doi.org/10.1097/00004650-200110000-00004>
- Locsin, R. C. (2010). Technological competency as caring, and the practice of knowing persons in nursing. In M. E. Parker & M. C. Smith (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (3rd ed., pp. 460–471). F.A. Davis Company.
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1–6.
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, 64(1–2), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Logier, R., Jeanne, M., Tavernier, B., & De Jonckheere, J. (2006). Pain / analgesia evaluation using heart rate variability analysis. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology - Proceedings*, 4303–4306.
<https://doi.org/10.1109/IEMBS.2006.260494>
- López-Fermin, J., Escarramán-Martínez, D., Ramírez, R. F., Soriano-Orozco, R., Zamarrón-López, É. I., & Pérez-Nieto, O. R. (2022). Doing More Can Be Worse: Ten Common Errors in the ICU. *ICU Management & Practice*, 22(1).
<https://doi.org/10.1201/9781439836958>
- Macedo, A. P. M. de C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 881–887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>

- MacLulich, A. (n.d.-a). *4AT: Rapid Clinical Test for Delirium*. Retrieved November 18, 2021, from <https://www.the4at.com/4at-translations>
- MacLulich, A. (n.d.-b). *A blog on delirium*. Retrieved November 26, 2021, from <https://www.deliriumwords.com/delirium-words-1/a-classification-of-delirium-assessment-tools>
- Magarey, J. M., & McCutcheon, H. H. (2005). "Fishing with the dead" - Recall of memories from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(6), 344–354. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.02.004>
- Maldonado, J. R. (2017). Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(11), 1428–1457. <https://doi.org/10.1002/gps.4823>
- Malik, A. K., Baidya, D. K., Anand, R. K., & Subramaniam, R. (2021). A new icu delirium prevention bundle to reduce the incidence of delirium: A randomized parallel group trial. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 25(7), 754–760. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23881>
- Marques, P., Cruz, S., & Marques, M. (2013). Conceito de delirium versus confusão aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 10), 161–169. <https://doi.org/10.12707/riii1228>
- Marra, A., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Patel, M. B., Hughes, C. G., Jackson, J. C., Thompson, J. L., Chandrasekhar, R., Ely, E. W., & Brummel, N. E. (2018). Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems among 406 Survivors of Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 46(9), 1393–1401. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003218>
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Mart, M. F., Williams Roberson, S., Salas, B., 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(01), 112–126. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>

- MDoloris Medical Systems SAS. (2021). *Measure the ANS control nociception improve outcomes: ANI in the ICU*. <https://mdoloris.com/wp-content/uploads/2021-B-MDoloris-ANI-ICU-2.pdf>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory Changes. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. <https://doi.org/10.1097/00152193-200510001-00004>
- Mikkelsen, M. E., Hopkins, R. O., & Sevin, C. M. (2020). Post-Intensive Care Syndrome (PICS) and Strategies to Mitigate PICS. *ICU Liberation*, 97–109. [https://www.sccm.org/getattachment/96fe1c5b-89ab-4971-9ee3-8a654841fca6/Post-Intensive-Care-Syndrome-\(PICS\)-and-Strategies](https://www.sccm.org/getattachment/96fe1c5b-89ab-4971-9ee3-8a654841fca6/Post-Intensive-Care-Syndrome-(PICS)-and-Strategies)
- Mitchell, P. H. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (2nd ed., pp. 1–5). AHRQ Publication.
- Moon, K. J., & Lee, S. M. (2014). The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1423–1432. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.021>
- Morandi, A., Piva, S., Ely, E. W., Myatra, S. N., Salluh, J. I. F., Amare, D., Azoulay, E., Bellelli, G., Csomos, A., Fan, E., Fagoni, N., Girard, T. D., Heras La Calle, G., Inoue, S., Lim, C.-M., Kaps, R., Kotfis, K., Koh, Y., Misango, D., ... Latronico, N. (2017). Worldwide Survey of the “Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment” (ABCDEF) Bundle. *Critical Care Medicine*, 45(11), e1111–e1122. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002640>
- Motov, S. M., & Khan, A. N. G. A. (2009). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *Journal of Pain Research*, 2, 5–11. <https://doi.org/10.2147/jpr.s4324>
- Munro, C. L., Cairns, P., Ji, M., Calero, K., Anderson, W. M., & Liang, Z. (2017). Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation

intervention – A pilot randomized controlled trial. *Heart & Lung*, 46(4), 234–238.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.05.002>

Negro, A., Mucci, M., Beccaria, P., Borghi, G., Capocasa, T., Cardinali, M., Pasculli, N., Ranzani, R., Villa, G., & Zangrillo, A. (2020). Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60(January), 102893.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102893>

Neto, A., Nunes, V., Fernandes, R., Barbosa, I., & Carvalho, G. (2013). Humanization and Reception in Hospital Emergency: Conditioning Factors Under the Look of Nurses. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(4), 519–528.
<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p519>

Oliveira J. e Silva, L., Berning, M. J., Stanich, J. A., Gerberi, D. J., Murad, M. H., Han, J. H., Bellolio, F., Oliveira, L., Silva, J., Berning, M. J., Stanich, J. A., & Gerberi, D. J. (2021). Risk Factors for Delirium in Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Emergency Medicine*.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.03.005>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Médicos. (1998). Guia de diagnóstico de morte cerebral. *Acta Médica Portuguesa*, 11, 91–95.

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos* (pp. 1–30). Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Oxenbøll-Collet, M., Egerod, I., Christensen, V., Jensen, J., & Thomsen, T. (2018). Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: focus group study. *Nursing in Critical Care*, 23(1), 16–22. <https://doi.org/10.1111/nicc.12254>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Pandharipande, P., Cotton, B. A., Shintani, A., Thompson, J., Pun, B. T., Morris, J. A., Dittus, R., & Ely, E. W. (2008). Prevalence and Risk Factors for Development of Delirium in Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients. *Journal of Trauma: Injury, Infection & Critical Care*, 65(1), 34–41.

<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31814b2c4d>

- Park, S. Y., & Lee, H. B. (2019). Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: A review based on the 2018 PADIS guidelines. *Acute and Critical Care*, 34(2), 117–125. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00451>
- Patterson, B., Bayley, E. W., Burnell, K., & Rhoads, J. (2010). Orientation to emergency nursing: Perceptions of new graduate nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.006>
- Pedro, A., & Silva, M. (2017). Manual de rotação de opióides. *Laboratórios Vitória*, 51p.
- Pereira, J. M., Barradas, F. J. D. R., Sequeira, R. M. C., Marques, M. C. M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 29–36. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>
- Perry, A. (2013). The clinical nurse leader: Improving outcomes and efficacy in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 39(4), 334–339. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.10.001>
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Pun, B. T., Balas, M. C., Barnes-Daly, M. A., Thompson, J. L., Aldrich, J. M., Barr, J., Byrum, D., Carson, S. S., Devlin, J. W., Engel, H. J., Esbrook, C. L., Hargett, K. D., Harmon, L., Hielsberg, C., Jackson, J. C., Kelly, T. L., Kumar, V., Millner, L., Morse, A., ... Ely, E. W. (2019). Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle. *Critical Care Medicine*, 47(1), 3–14. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003482>
- Ramoo, V., Abu, H., Rai, V., Surat Singh, S. K., Baharudin, A. A., Danaee, M., & Thinagaran, R. R. R. (2018). Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 4028–4039. <https://doi.org/10.1111/jocn.14525>
- Ramos, A. S. M. B., Carneiro, A. R., Pessoa, D. L. R., Fontenele, R. M., Machado, M. C. A. M., & Nunes, S. F. L. (2019). O enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(25), 3. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.25.3-10>
- Ramos, J., Westphal, C., Fezer, A. P., Moerschberger, M. S., & Westphal, G. A. (2022).

Effect of virtual information on the satisfaction for decision-making among family members of critically ill COVID-19 patients. *Intensive Care Medicine*, 10–12. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06616-7>

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>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 26 de 2019-02-06)*, 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. *Ordem Dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 135 de 2018-07-16)*, 19359–19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Reznik, M. E., & Slooter, A. J. C. (2019). Delirium Management in the ICU. *Current Treatment Options in Neurology*, 21(11). <https://doi.org/10.1007/s11940-019-0599-5>

Rosa, R. G., Falavigna, M., Silva, D. B. da, Sganzerla, D., Santos, M. M. S., Kochhann, R., Moura, R. M. de, Eugênio, C. S., Haack, T. D. S. R., Barbosa, M. G., Robinson, C. C., Schneider, D., Oliveira, D. M. de, Jeffman, R. W., Cavalcanti, A. B., Machado, F. R., Azevedo, L. C. P., Salluh, J. I. F., Pellegrini, J. A. S., ... Teixeira, C. (2019). Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 322(3), 216–228. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>

Roth, J. J., & Hughes, W. B. (2006). *Tratamento de Queimaduras - Manual prático*. Revinter.

Rowley-Conwy, G. (2018). Barriers to delirium assessment in the intensive care unit: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.001>

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Santos, J. L. G. dos, Lima, M. A. D. da S., Pestana, A. L., Garlet, E. R., & Erdmann, A. L. (2013). Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 26(2), 136–143. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200006>
- Schnitker, L., Martin-Khan, M., Beattie, E., & Gray, L. (2013). What is the evidence to guide best practice for the management of older people with cognitive impairment presenting to emergency departments? a systematic review. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(2), 154–169. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31828c7f4a>
- Shenvi, C., Kennedy, M., Austin, C. A., Wilson, M. P., Gerardi, M., & Schneider, S. (2020). Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool. *Annals of Emergency Medicine*, 75(2), 136–145. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.07.023>
- Sinvani, L., Delle Site, C., Laumenede, T., Patel, V., Ardito, S., Ilyas, A., Hertz, C., Wolf-Klein, G., Pekmezaris, R., Hajizadeh, N., & Thomas, L. (2021). Improving delirium detection in intensive care units: Multicomponent education and training program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(11), 3249–3257. <https://doi.org/10.1111/jgs.17419>
- Skrobik, Y., Ahern, S., Leblanc, M., Marquis, F., Awissi, D. K., & Kavanagh, B. P. (2010). Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates. *Anesthesia and Analgesia*, 111(2), 451–463. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181d7e1b8>
- Smith, C. D., & Grami, P. (2017). Feasibility and effectiveness of a delirium prevention bundle in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 19–27. <https://doi.org/https://doi.org/10.4037/ajcc2017374>
- 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>
- Spronk, P. E., Riekerk, B., Hofhuis, J., & Rommes, J. H. (2009). Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Medicine*, 35(7), 1276–1280. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1466-8>
- Steinseth, E. B., Høye, S., & Hov, R. (2018). Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses – A mixed-methods study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.005>

- Subbe, C. P., Kruger, M., Rutherford, P., & Gemmel, L. (2001). Validation of a modified early warning score in medical admissions. *QJM - Monthly Journal of the Association of Physicians*, 94(10), 521–526. <https://doi.org/10.1093/qjmed/94.10.521>
- Taburyanskaya, M., & Hassig, T. (2015). Statins and Delirium: Is There a Role? *Current Atherosclerosis Reports*, 17(1), 470. <https://doi.org/10.1007/s11883-014-0470-9>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Tieges, Z., Maclullich, A. M. J., Anand, A., Brookes, C., Cassarino, M., O'connor, M., Ryan, D., Saller, T., Arora, R. C., Chang, Y., Agarwal, K., Taffet, G., Quinn, T., Shenkin, S. D., & Galvin, R. (2021). Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 50(3), 733–743. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa224>
- Tilouche, N., Hassen, M. F., Ali, H. B. S., Jaoued, O., Gharbi, R., & El Atrous, S. (2018). Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, risk factors, and impact on outcome. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 22(3), 144–149. https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_244_17
- Tomasi, C. D., Grandi, C., Salluh, J., Soares, M., Giombelli, V. R., Cascaes, S., Macedo, R. C., Constantino, L. de S., Biff, D., Ritter, C., & Dal Pizzol, F. (2012). Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. *Journal of Critical Care*, 27(2), 212–217. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.05.015>
- Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>
- Unoki, T., Sakuramoto, H., Ouchi, A., & Fujitani, S. (2019). Physical restraints in intensive care units: a national questionnaire survey of physical restraint use for critically ill patients undergoing invasive mechanical ventilation in Japan. *Acute Medicine & Surgery*, 6(1), 68–72. <https://doi.org/10.1002/ams2.380>
- van de Pol, I., van Iterson, M., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, 41, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.008>

- van den Boogaard, M., Pickkers, P., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., van der Voort, P. H. J., van der Hoeven, J. G., Donders, R., van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: Observational multicentre study. *BMJ (Online)*, 344(7845), 17. <https://doi.org/10.1136/bmj.e420>
- Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., Longrois, D., Strøm, T., Conti, G., Funk, G. C., Badenes, R., Mantz, J., Spies, C., & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 962–971. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>
- Vyveganathan, L., Izaham, A., Wan Mat, W. R., Peng, S. T. S., Rahman, R. A., & Manap, N. A. (2019). Delirium in critically ill patients: Incidence, risk factors and outcomes. *Critical Care and Shock*, 22(1), 25–40. <https://cupdf.com/document/delirium-in-critically-ill-patients-incidence-risk-delirium-in-the-intensive.html>
- Wanzuita, R., Poli-de-Figueiredo, L. F., Pfuetsenreiter, F., Cavalcanti, A. B., & Westphal, G. A. (2012). Replacement of fentanyl infusion by enteral methadone decreases the weaning time from mechanical ventilation: a randomized controlled trial. *Critical Care*, 16(2). <https://doi.org/10.1186/cc11250>
- Wassenaar, A., van den Boogaard, M., van Achterberg, T., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Hoogendoorn, M. E., Simons, K. S., Maseda, E., Pinto, N., Jones, C., Luetz, A., Schandl, A., Verbrugghe, W., Aitken, L. M., van Haren, F. M. P., Donders, A. R. T., Schoonhoven, L., & Pickkers, P. (2015). Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 41(6), 1048–1056. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3777-2>
- Westphal, G. A., Moerschberger, M. S., Vollmann, D. D., Inácio, A. C., Machado, M. C., Sperotto, G., Cavalcanti, A. B., & Koenig, Á. (2018). Effect of a 24-h extended visiting policy on delirium in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 968–970. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5153-5>
- White, P., Hall, L. M., & Lalonde, M. (2011). Adverse Patient Outcomes. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2nd ed., pp. 241–279). Jones and Barlett Learning.
- Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M. J., Slooter, A. J. C., & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease*

Primers, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>

World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=8992AE5D25F44830DA1073394613021A?sequence=1

World Health Organization. (2020). *Quality Health Services*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240032705>

Apêndice I:
Protocolo da Revisão integrativa da literatura (RIL)

Gestão do *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica: Protocolo de uma revisão integrativa da literatura

Autores

Márcia Pereira Silva¹ Joana Ferreira Teixeira ² Cândida Durão ³

1. Estudante de Mestrado em Enfermagem na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Enfermeira na Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE;
2. Enfermeira especialista na Unidade de Cuidados Intermédios do Hospital CUF Cascais; Professora adjunta convidada na ESEL;
3. Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Resumo

Introdução: A pessoa em situação crítica possui um elevado risco de desenvolver *delirium*, inerente à sua própria condição, podendo a sua incidência atingir cerca de 80% nesta população. O *delirium* representa um preditor independente de mortalidade, morbilidade, aumento do tempo de internamento e incidentes de segurança. Contudo, esta realidade continua subvalorizada e subdiagnosticada. Revela-se crucial a identificação de fatores de risco e avaliação precoce do *delirium* na pessoa em situação crítica, de modo a implementar intervenções que minimizem a incidência e o impacto do *delirium* nos mesmos.

Objetivo: Conhecer e analisar as intervenções de enfermagem na gestão do *delirium* na pessoa em situação crítica.

Metodologia: Será efetuada uma pesquisa através da plataforma EBSCO nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e Cochrane Database of Systematic Reviews, assim como, uma pesquisa na literatura cinzenta. Pretende-se incluir todos os tipos de documentos, desde que respondam à questão de partida e obedeçam aos critérios de inclusão/exclusão.

Palavras-chave: *Delirium*; Gestão do *delirium*; Pessoa em situação crítica; Intervenções.

ABSTRACT

Introduction: The critically ill patient has a high risk of developing delirium, inherent to his own condition, and its incidence may reach about 80% in this population. Delirium is an independent predictor of mortality, morbidity, increased length of stay and safety incidents. However, this reality remains undervalued and underdiagnosed. The identification of risk factors and the early assessment of delirium in critically ill patients are crucial to implement interventions that minimize the incidence and impact of delirium in these patients.

Objective: Knowing and analyse scientific knowledge currently existent about nursing interventions for the management of delirium in critically ill patients.

Methodology: A search will be conducted through the EBSCO platform in the CINAHL, MEDLINE and Cochrane Database of Systematic Reviews databases, as well as a search in the grey literature. The aim is to include all types of documents, provided that answer the starting question and meet the inclusion/exclusion criteria.

Keywords: Delirium; Delirium management; Critically ill patients; Interventions.

Introdução

No decurso dos últimos anos surge uma preocupação crescente na comunidade científica sobre o *delirium*. Contudo,, o seu tratamento e própria fisiopatologia não está totalmente esclarecida, seja pela fisiopatologia complexa desta disfunção neurológica, seja pelos resultados de alguns estudos (Cortés-Beringola et al., 2021; Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019). Foram desenvolvidas inúmeras escalas/instrumentos com o propósito de identificar e avaliar a Pessoa em situação crítica (PSC) com *delirium*, visando a sua identificação precoce em diferentes contextos de cuidados. Apesar desta crescente preocupação, a incidência de *delirium* na PSC permanece frequente, podendo atingir cerca de 80% nas pessoas sob ventilação mecânica invasiva (VMI) (Ely, 2004; Kotfis et al., 2018; Mart et al., 2021; Oliveira J. e Silva et al., 2021; Pandharipande et al., 2008; Spronk et al., 2009).

O *delirium* caracteriza-se por uma descompensação da função cerebral em resposta a fatores fisiopatológicos, provocando uma perturbação aguda (horas ou dias) da atenção e consciência, concomitantemente com uma perturbação da cognição, que oscila ao longo do dia quanto à gravidade. Estas alterações não podem

ser explicadas por outro transtorno neurocognitivo existente e este não pode ser considerado em contextos em que os estímulos estão notavelmente diminuídos, como por exemplo na pessoa em coma (American Psychiatric Association, 2013). Distinguem-se três subtipos de *delirium* que se apresentam por estados de hiperatividade, hipoatividade ou mistos. No *delirium* hiperativo existe um aumento da atividade psicomotora, que pode ser acompanhado por agitação, oscilação de humor e recusa em colaborar nos cuidados de saúde, com a tentativa de retirar dispositivos médicos (American Psychiatric Association, 2013; Vyveganathan et al., 2019). Por sua vez, no subtipo hipoativo existe uma lentificação psicomotora, que se traduz em letargia e lentidão. No *delirium* de atividade mista a pessoa tem um nível de atividade psicomotora normal, apesar da perturbação da atenção e da cognição, incluindo também as pessoas que têm oscilação entre os dois subtipos anteriores (American Psychiatric Association, 2013).

O *delirium* hipoativo e misto representam cerca de 90% das pessoas com *delirium*, sendo o hipoativo predominante. De destacar que o *delirium* hipoativo está associado a maior mortalidade quando comparado com o hiperativo ou misto, assim como, maiores taxas de subdiagnóstico (Hayhurst et al., 2016; Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019; Vyveganathan et al., 2019).

Está demonstrado que a ocorrência de *delirium* é um preditor independente de mortalidade, morbilidade, aumento do tempo de internamento, aumento dos custos hospitalares, prolongando o número de dias sob VMI (Dziegielewski et al., 2021; Faria & Moreno, 2013; Park & Lee, 2019). A PSC com *delirium* possui também um maior risco de desenvolver compromissos cognitivos a longo prazo e de necessitar ser transferida para unidades de apoio após a alta, o que representa um problema que afeta também a família (Faria & Moreno, 2013; Mart et al., 2021). Por outro lado, representa um risco para a segurança da pessoa, sendo um preditor de intercorrências, nomeadamente extubação acidental, consequentemente maiores taxas de reintubação e remoção de outros dispositivos médicos (Faria & Moreno, 2013; Park & Lee, 2019; Spiegelberg et al., 2020). Esta é uma realidade que continua subvalorizada e subdiagnosticada, não sendo identificado o *delirium* na PSC em até 80% das situações em que de facto este se verifica (Émond et al., 2018; Faria & Moreno, 2013; Lee et al., 2019; Mart et al., 2021; Oliveira J. e Silva et al., 2021).

Os fatores de risco para ocorrência do *delirium* podem ser preexistentes ou precipitantes, existindo em ambos fatores modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco preexistentes incluem idade avançada (superior a 65 anos), hipertensão,

álcool, tabagismo, doença cardíaca, demência preexistente e alterações visuais e auditivas existentes. Em relação aos fatores precipitantes estes incluem severidade de doença, stress cirúrgico, insuficiência respiratória, nomeadamente hipoxemia, infeção/sépsis, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, ventilação mecânica prolongada, dor, imobilidade/restrições físicas e anemia grave. Determinados fármacos podem também aumentar o risco de desenvolvimento de *delirium*, nomeadamente benzodiazepinas, sedativos, opióides, corticosteroides e anticolinérgicos. O próprio ambiente de cuidados representa um fator de risco precipitante, pelo ruído e luminosidade em excesso no período noturno, perturbação do sono, isolamento, ausência da família e falta de iluminação natural (Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019). Evidencia-se deste modo, a importância da inclusão da família da PSC com *delirium*, também com o objetivo de mitigar o sofrimento emocional dos mesmos (Dziegielewska et al., 2021; Pereira et al., 2016).

Revela-se, portanto, fundamental gerir o *delirium* na PSC de modo a minimizar o seu impacto, diminuindo a sua incidência, duração e sintomas com consequências negativas na pessoa (Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019). Neste sentido, demonstra-se a pertinência de elaborar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de analisar o conhecimento científico produzido acerca das intervenções de enfermagem na gestão do *delirium* na PSC.

Metodologia

O presente protocolo de RIL pretende identificar a evidência existente, utilizando como metodologia as orientações de Whittemore and Knafl (2005). A análise dos documentos terá por base as orientações preconizadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI), utilizando como estratégia a mnemónica PIC(O) (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2020). Pretende-se deste modo dar resposta à questão: quais as intervenções de enfermagem (I) na gestão do *delirium* (O) na pessoa em situação crítica (P)?

CrITÉRIOS de Inclusão

Esta revisão considerará todo o tipo de documentos, publicados ou não, desde que correspondam aos critérios de inclusão/exclusão. Os critérios de inclusão estabelecidos foram definidos tendo em consideração a população, intervenção e *outcome*, portanto respondendo à questão de revisão. Serão incluídos documentos

escritos em qualquer idioma, desde que seja possível a sua tradução para um dominado pelas investigadoras.

Tabela 1.

Critérios de inclusão

	Critérios de Inclusão	Justificação
População	Pessoa em situação crítica com idade igual ou superior a 18 anos	A incidência de <i>delirium</i> em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) pediátricas é cerca de 30% (Bettencourt & Mullen, 2017). Contudo, em UCI de adultos atinge os 80%, sendo a idade avançada um fator de risco reconhecido (Mart et al., 2021; Park & Lee, 2019). A idade de transição para adulto não é transversal a todos os países, no entanto, a nível legal a sua maioria assume os 18 anos (OCDE, 2016).
Intervenção	Intervenções de enfermagem que visem identificar, prevenir, tratar e gerir o <i>delirium</i>	Elevada incidência de <i>delirium</i> na PSC, sendo um preditor independente de mortalidade, morbilidade, aumento do tempo de internamento, aumento dos custos hospitalares e prolonga o número de dias de ventilação mecânica invasiva (Dziegielewski et al., 2021; Faria & Moreno, 2013; Park & Lee, 2019)
Outcome	Todos os documentos cujo <i>outcome</i> seja a gestão do <i>delirium</i> e segurança da PSC	Pretende-se minimizar o impacto do <i>delirium</i> na PSC, nomeadamente incidentes de segurança (Faria & Moreno, 2013; Park & Lee, 2019; Spiegelberg et al., 2020).
Tipo de documentos	Artigos e documentos escritos após 2013	A escala <i>Confusion Assessment Method</i> (CAM) é traduzida e validada para Portugal em 2012, surgindo uma escala validada que permite o rastreio e diagnóstico por outros profissionais de saúde (Sampaio & Sequeira, 2013). Em 2013 são revistas recomendações anteriores e surgem as <i>guidelines Pain, Agitation and Delirium</i> (PAD). Estas foram desenvolvidas por um grupo da American College of Critical Care Medicine (ACCCM) durante mais de 6 anos, surgindo também em Portugal artigos de revisão sobre o tema (Barr et al., 2013; Faria & Moreno, 2013). Neste sentido, aparentemente surge nesta fase um maior reconhecimento da importância do <i>delirium</i> .

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa para a realização desta revisão será desenvolvida em três etapas distintas. Na primeira fase será realizada uma pesquisa inicial de artigos no google académico e nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, com vista a definir a problemática, conceitos e explicitar a sua importância. Esta fase de pesquisa terá também como objetivo identificar em linguagem natural, os termos indexados nas

bases de dados utilizadas, sendo definidos os seguintes termos e estratégia de pesquisa: (P) [Critical illness OR Critically ill patients OR Emergency patients OR Acute patients OR Critical Patients] AND (I) [Early diagnosis OR Early intervention OR Nursing Interventions OR Intervention OR Delirium Assessment OR Delirium interventions OR Delirium Instruments OR Delirium Scales OR Risk detection] AND (O) [Delirium Management OR Delirium Prevention OR Delirium Control OR Delirium Treatment OR Risk control and safety OR Nursing Outcomes OR Treatment Outcomes OR Patient safety].

Na segunda etapa será efetuada a pesquisa com todos os termos indexados e naturais, através da plataforma da EBSCO nas bases de dados da MEDLINE, CINAHL e Cochrane Database of Systematic Reviews. Na terceira fase será efetuada a pesquisa de literatura cinzenta e outras fontes, de forma a extrair os documentos relevantes.

Seleção dos Estudos

A seleção dos estudos será efetuada segundo o diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009). Inicialmente serão excluídos os artigos duplicados. Posteriormente, a exclusão será efetuada com base nas informações do título do artigo, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos. Seguidamente, será efetuada a leitura do resumo e por último, será efetuada a leitura integral dos remanescentes artigos, utilizando ferramentas para avaliação crítica dos mesmos disponibilizadas pela JBI (2020). A análise crítica das revisões narrativas será efetuada através da *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA) (Baethge et al., 2019) e as *guidelines* com o instrumento *Clinical guidelines – Basic critical appraisal* da University of Western Australia (Faculty of Medicine Dentistry and Health Sciences, 2020), pela ausência de instrumentos para avaliação crítica dos mesmos pela JBI.

Quaisquer divergências que surjam entre as autoras em cada fase do processo de seleção serão resolvidas através de discussão.

Extração de Dados

Foi desenhada uma tabela preliminar para a extração de dados dos artigos selecionados (tabela 1). Esta tabela poderá sofrer alterações, acrescentando dados que se considerem pertinentes ao longo da leitura dos documentos.

Tabela 2.

Extração de dados

Gestão do *Delirium* na Pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura

Título/ Autor(es)/ Ano	Metodologia	Finalidade/ objetivos	Resultados	Conclusões e implicações para a prática	Qualidade do documento

Conflito de interesses

As autoras declaram que não existem conflitos de interesse.

Discussão

A RIL é um método que tem vindo a conquistar notoriedade ao longo dos anos na área da saúde, em particular na enfermagem, que pretende fornecer informações abrangentes sobre determinado tema, integrando diferentes tipologias de estudos/documentos (Sousa et al., 2017). Permite uma visão mais global, com a integração de conhecimentos relevantes que possam ser utilizados na prática clínica.

Desta forma, pretende-se identificar as intervenções que permitam a gestão do *delirium* na PSC, tendo em consideração a prevenção, avaliação e tratamento. Poderá ser identificada a necessidade de desenvolver questões mais específicas e que poderão dar origem à necessidade de investigações futuras, primárias ou secundárias. Pretende-se desta forma, inferir quais as melhores práticas na PSC com *delirium*, que possam resultar numa diminuição da sua incidência e melhoria nos *outcomes* da pessoa, a curto e longo prazo. Ao mesmo tempo, poderá ser possível reduzir custos a nível das instituições de saúde. Finalmente, poderá também resultar desta investigação, protocolos e guias de orientação para cuidados de saúde seguros e com qualidade dirigidos à PSC com *delirium*.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5^a ed.). Artmed.
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4(1), 2–8. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R. H., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Bettencourt, A., & Mullen, J. E. (2017). Delirium in children: Identification, prevention, and management. *Critical Care Nurse*, 37(3), e9–e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2017692>
- Cortés-Beringola, A., Vicent, L., Martín-Asenjo, R., Puerto, E., Domínguez-Pérez, L., Maruri, R., Moreno, G., Vidán, M. T., Fernando Arribas, & Bueno, H. (2021). Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. *American Heart Journal*, 232, 164–176. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.11.011>
- Dziegielewski, C., Skead, C., Canturk, T., Webber, C., Fernando, S. M., Thompson, L. H., Foster, M., Ristovic, V., Lawlor, P. G., Chaudhuri, D., Dave, C., Herritt, B., Bush, S. H., Kanji, S., Tanuseputro, P., Thavorn, K., Rosenberg, E., & Kyeremanteng, K. (2021). Delirium and Associated Length of Stay and Costs in Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2021/6612187>
- Ely, E. W. (2004). Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA*, 291(14), 1753. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
- Émond, M., Boucher, V., Carmichael, P. H., Voyer, P., Pelletier, M., Gouin, É., Daoust, R., Berthelot, S., Lamontagne, M. E., Morin, M., Lemire, S., Minh Vu, T. T., Nadeau, A., Rheault, M., Juneau, L., Le Sage, N., & Lee, J. (2018). Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay: A prospective observational multicentre cohort study. *BMJ Open*,

8(3), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018190>

Faculty of Medicine Dentistry and Health Sciences. (2020). *Clinical guidelines – Basic critical appraisal*.

https://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/acq/lo3acq_appraise/study/pop_clinical

Faria, R. B. S., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>

Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2016). Intensive Care Unit Delirium: A Review of Diagnosis, Prevention, and Treatment. In *Anesthesiology* (Vol. 125, Issue 6, pp. 1229–1241). <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001378>

Kotfis, K., Marra, A., & Wesley Ely, E. (2018). ICU delirium ' A diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 50(2), 128–140. <https://doi.org/10.5603/AIT.a2018.0011>

Lee, S., Gottlieb, M., Mulhausen, P., Wilbur, J., Reisinger, H. S., Han, J. H., & Carnahan, R. (2019). Recognition, prevention, and treatment of delirium in emergency department: An evidence-based narrative review. In *American Journal of Emergency Medicine* (Vol. 38, Issue 2, pp. 349–357). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.158454>

Mart, M. F., Williams Roberson, S., Salas, B., 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(01), 112–126. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., & The PRISMA Group. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>

OCDE. (2016). *Legal age thresholds regarding the transition from child- to adulthood*. <http://www.oecd.org/social/family/database>

Oliveira J. e Silva, L., Berning, M. J., Stanich, J. A., Gerberi, D. J., Murad, M. H., Han, J. H., Bellolio, F., Oliveira, L., Silva, J., Berning, M. J., Stanich, J. A., & Gerberi, D. J. (2021). Risk Factors for Delirium in Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.03.005>

Pandharipande, P., Cotton, B. A., Shintani, A., Thompson, J., Pun, B. T., Morris, J. A.,

- Dittus, R., & Ely, E. W. (2008). Prevalence and Risk Factors for Development of Delirium in Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients. *Journal of Trauma: Injury, Infection & Critical Care*, 65(1), 34–41. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31814b2c4d>
- Park, S. Y., & Lee, H. B. (2019). Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: A review based on the 2018 PADIS guidelines. *Acute and Critical Care*, 34(2), 117–125. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00451>
- Pereira, J. M., Barradas, F. J. D. R., Sequeira, R. M. C., Marques, M. C. M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 29–36. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>
- Sampaio, F. M. C., & Sequeira, C. A. da C. (2013). Translation and validation of the Confusion Assessment Method for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referência*, 2013(9), 125–134. <https://doi.org/10.12707/RIII12127>
- Sousa, L. M. M. de, Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). A METODOLOGIA DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM ENFERMAGEM. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 17–26.
- 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>
- Spronk, P. E., Riekerk, B., Hofhuis, J., & Rommes, J. H. (2009). Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Medicine*, 35(7), 1276–1280. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1466-8>
- The Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris & Z. Munn (eds.)); Issue April). <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01>
- Vyveganathan, L., Izaham, A., Wan Mat, W. R., Peng, S. T. S., Rahman, R. A., & Manap, N. A. (2019). Delirium in critically ill patients: Incidence, risk factors and outcomes. *Critical Care and Shock*, 22(1), 25–40. <https://cupdf.com/document/delirium-in-critically-ill-patients-incidence-risk-delirium-in-the-intensive.html>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Apêndice II:
Cronograma das atividades realizadas

Ano	2021										2022													
Meses	Outubro		Novembro					Dezembro				Janeiro					Fevereiro				Março-Maio			
Semanas	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	4	10	17	24	31	7	14	21	28	3	7	01	01
	23	31	7	14	21	28	5	12	17	26	31	9	16	23	28	4	13	20	25	2	6	31	30	23
SU										Férias Natal										Férias Carnaval				
Webinar ESEL																								
15º Congresso Anual EDA																								
UCI																								
Estágio Madrid																								
VIII Congresso Cuidados Intensivos																								
Elaboração do Relatório de Estágio																								
Elaboração da RIL																								
Elaboração do artigo publicação																								

Apêndice III:
Plano de sessão de formação

PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

A Pessoa em situação crítica com *Delirium* no Serviço de Urgência: uma intervenção especializada de Enfermagem

1. Identificação da ação

Formadora: Márcia Silva.

Professora orientadora: Joana Teixeira.

Duração da sessão: 15-20 minutos.

Local: Sala de formação do SU.

Destinatários: Enfermeiros do SU.

2. Objetivos da sessão

- Reconhecer a importância do desenvolvimento de *delirium* na Pessoa em Situação Crítica (PSC).
- Desenvolver conhecimentos na gestão do *delirium* na PSC em contexto de SU.

3. Recursos didáticos/material a utilizar

- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Apresentação PowerPoint.

4. Metodologia

Prevê-se a utilização de método expositivo conciliado com o método interrogativo.

5. Conteúdos programáticos:

- Enquadramento da sessão de formação;
- Pertinência do tema;

- Gestão do *delirium* na PSC no SU
- Síntese e/ou sugestões.

6. Desenvolvimento da sessão

Fase	Desenvolvimento de conteúdos	Metodologia	Tempo
Introdução	Enquadramento do tema da sessão; Definição de objetivos.	Método expositivo com recurso PowerPoint.	2min
Desenvolvimento	Esclarecer e definir <i>Delirium</i> vs. Confusão vs. Delírio; Incidência de <i>delirium</i> na PSC e no SU; Impacto do <i>delirium</i> nos <i>outcomes</i> da PSC; Fatores de risco para desenvolvimento de <i>delirium</i> . Escala de identificação de <i>delirium</i> na PSC aplicáveis no SU; Principais recomendações descritas na evidência científica.	Método expositivo/interrogativo com recurso PowerPoint.	10min
Conclusão	Sugestão de intervenções na gestão do <i>delirium</i> na PSC no SU; Questões e esclarecimento de possíveis dúvidas.	Método interrogativo/expositivo.	3-8min

Anexo I:

Certificado de realização do curso de Suporte avançado de vida



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Márcia Aurélia Cardoso Pereira da Silva, nascido(a) a 03-05-1984, em Mafamude, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 12496796, concluiu com aproveitamento, em 01-05-2021, o Curso de Formação Profissional.

SAV Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 30-04-2021 a 01-05-2021, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.0 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 17-05-2021



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/15517/124010/2021

Válido até Maio de 2026

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (16 horas)

Modalidade da Formação:

Formação inicial

Área de Formação:

Emergência Médica

Plano Curricular:

- Suporte Avançado de Vida em perspectiva
- Causas e prevenção de PCR
- Síndrome Coronário Agudo
- Demonstração de caso clínico
- Algoritmo de SAV
- Via Aérea e reconhecimento de ritmos
- Fármacos e Vias de Administração
- Reanimação Inicial e Desfibrilhação
- Cuidados PR / Ética /DNR
- Casos clínicos
- PCR em circunstâncias especiais (*Workshop*)
- Disritmias peri-paragem; Gasimetria (*Workshop*)
- Casos clínicos finais

Competência Adquirida:

Suporte Avançado de Vida

Anexo II:
Certificado de realização do curso de Suporte avançado de vida em
trauma



Continuing Education Certificate

Society of Trauma Nurses

Márcia Aurélia Cardoso Pereira da Silva

ATCN133246

has successfully completed the requirements for

Advanced Trauma Care for Nurses®

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2021-292

07/22/2021 - 07/23/2021

The Society of Trauma Nurses is accredited as a provider of continuing nursing education by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation. The ATCN Hybrid Student Course has been awarded 19 contact hours.

Anexo III:

Certificado de participação no *Webinar* - Formação, investigação e
exercício clínico

Certificado

Certifica-se que Márcia Aurélia Cardoso Pereira da Silva participou no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso "**Formação, Investigação e Exercício Clínico**", realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



Anexo IV:

Programa do 15º Encontro anual da European Delirium Association

EDA 2021

Barcelona

Delirium Teaching Day – 16.11.21

15:30 Diagnosing delirium in different settings

Diagnosticar delirium en los distintos entornos

José Franco and Esteban Sepúlveda (psychiatrists)

16:00 Delirium neuropsychology

Neuropsicología del delirium

Ana Gaviria (neuropsychologist)

16:30 Humanization of Intensive Care Units and other non-pharmacological therapeutic measures for delirium in the ICU

Humanización de las unidades de curas intensivas y otras medidas terapéuticas no farmacológicas para el manejo de delirium en UCI *Jesus Caballero (intensivist)*

17:00 Preventing delirium in the Emergency Department

Prevenir el delirium en urgencias

Laia Casas Llopart (ED nurse)

17:30 Coffee

18:00 Pharmacological treatment of delirium symptoms: role of antipsychotics and other treatment options

Tratamiento farmacológico de los síntomas del delirium: papel de los antipsicóticos y otras propuestas terapéuticas *Leire Narvaiza (psychiatrist)*

18:30 Managing delirium with occupational and physical therapy

Manejo del delirium mediante terapia ocupacional y fisioterapia

M^a Gracia Carpena (occupational therapist)

19:00 Delirium and surgery: pre, intra and post-surgical approach to prevent delirium

Delirium y cirugía: intervenciones pre, intra y postquirúrgicas para prevenir el delirium

Lucía Lozano (geriatrician)

19:30 Ethical aspects of managing persons with delirium

Aspectos éticos del manejo de la persona con delirium

Montse Esquerda (pediatrician, psychologist, bioethicist)

15TH ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN DELIRIUM ASSOCIATION

THE ODYSSEY OF DELIRIUM ACROSS CLINICAL AND RESEARCH SETTINGS

XXVI CONGRÉS DE LA
SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

NOVEMBER 17-18-19, 2021 • VIRTUAL



AUDITORIUM - Wednesday 17th

15:30-15:40 **Welcome**

- ▶ Professor Arjen Slooter, President of the EDA
- ▶ Marco Inzitari, Chair of the Local Organizing Committee

15:40-16:40 **Session 1. Impact of delirium on the society and on healthcare services**

Chair ▶ Alasdair M J MacLulich
Edinburgh Delirium Research Group, University of Edinburgh

15:40 Impact and costs of delirium on the society

Speaker ▶ Gideon Caplan, Sydney, New South Wales Australia

16:00 Potential impact of delirium on lower and middle income countries

Speaker ▶ Barbara Kamholz, Department of Psychiatry,
University of California, San Diego, USA

16:20 Nutrition and delirium

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

16:40-17:00 **Session 2. Co-production and implementation in the community:
Lessons from the Greater Manchester community delirium toolkit**

Speaker ▶ Emma Vardy & Helen Pratt, United Kingdom

17:00- 17:30 Break & Poster Viewing

ROOM 1 - Wednesday 17th

15:40-16:50 **Oral presentations from submitted abstracts (7 for 10' each)**

Chair ▶ Sarah Richardson

Affiliation

15:40 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

15:50 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

16:00 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

16:10 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

16:20 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

16:30 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

16:40 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

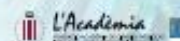
17:00- 17:30 Break & Poster Viewing

15TH ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN DELIRIUM ASSOCIATION

THE ODYSSEY OF DELIRIUM ACROSS CLINICAL AND RESEARCH SETTINGS

XXVI CONGRÉS DE LA
SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

NOVEMBER 17-18-19, 2021 • VIRTUAL



AUDITORIUM - Wednesday 17th

17:30-18:30 **Keynote Lecture**

Chair ▶ **Marco Inzitari**

Frailty and delirium: new insights as keys for diagnosis, prognosis and treatment

Speaker ▶ **Kenneth Rockwood**, *Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada*

18:30-19:30 **Session 3. Delirium and dementia in primary care and in the community**

Chair ▶ **Stefan H. Kreisel**, *Germany*

18:30 Epidemiology of delirium and dementia in the community

Speaker ▶ **Daniel Davis**, *London, United Kingdom*

18:50 Delirium and dementia: overlap and differences

Speaker ▶ **Alessandro Morandi**, *Hospital Le Ancelle, Cremona, and Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona*

19:10 Living labs in dementia, a new perspective to assess vulnerable persons

Speaker ▶ **Jan PH Hamers**, *Maastricht University, The Netherlands*

ROOM 1 - Wednesday 17th

18:30-19:30 **Oral presentations from submitted abstracts (5 for 10' each)**

Chair ▶ **Roberta Esteves Vieira de Castro**

Affiliation

18:30 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

18:40 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

18:50 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

19:00 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

19:10 To be confirmed

Speaker ▶ to be confirmed, to be confirmed

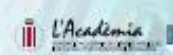
19:30 **European Delirium association AGM**

15TH ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN DELIRIUM ASSOCIATION

THE ODYSSEY OF DELIRIUM ACROSS CLINICAL AND RESEARCH SETTINGS

XXVI CONGRÉS DE LA
SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

NOVEMBER 17-18-19, 2021 • VIRTUAL



AUDITORIUM - Thursday 18th

15:30-17:00

Parallel Session 1. Delirium in the ER

Chair ▶ **Ana Vena Martínez**

Medical Direction, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, Spain

15:30 How nurses and other professionals could recognize delirium

Speaker ▶ **Wolfgang Hasemann**, Basel, CH

16:00 Delirium outcomes

Speaker ▶ **Jin Ho Han**, Vanderbilt University Medical Center, Tennessee, USA

16:30 Is there a role for an occupational therapy intervention?

Speaker ▶ **Ide O'Shaughnessy**, University College Cork, Ireland

17:00-17:30

Break & Poster Viewing

17:30-19:00

Parallel Session 2. Delirium in ICU

Chair ▶ **Anna Chiara Marra**

Affiliation

17:30 Strategies to reduce delirium when optimizing ICU comfort and safety

Speaker ▶ **John Devlin**, NorthEastern University, USA

18:00 Non-pharmacological interventions to prevent ICU delirium; a multicenter stepped wedge cluster randomized controlled trial

Speaker ▶ **Paul Rood**, *Affiliation*

18:30 Frailty and Delirium in ICU patients with and without COVID-19

Speaker ▶ **Rakesh Arora**, *Affiliation*

ROOM 1 - Thursday 18th

15:30-17:00

Parallel Session 1. Delirium in the hospital

Chair ▶ **Ester Risco**, Head of Research, Innovation and Education of the Department, Parc Taulí Hospital, Sabadell, Catalonia, Spain

Nursing

15:30 Results of the delirium day Italian-Catalan initiative

Speaker ▶ **Giuseppe Bellelli**, Head, Department of Anesthesiology, Monza, Italy

16:00 Delirium in COVID-19 patients

Speaker ▶ **Neus Gual**, Geriatrician, REFIT Research group, Parc Sanitari Pere Virgili and Vall d'Hebrón Research Institute (VHIR), Barcelona, Spain

16:30 Delirium pathophysiology in acute medical wards

Speaker ▶ **Thomas Jackson**, Clinician Scientist and Visiting Consultant in Geriatric Medicine, Institute of Inflammation and Ageing, University of Birmingham, UK

17:00-17:30

Break & Poster Viewing

17:30-19:00

Parallel Session 2. Delirium in orthogeriatrics

Chair ▶ **Maria Krogseth**

Oslo Delirium Research Group, University of Oslo, Norway

17:30 Delirium in the elderly, hip fracture?

Speaker ▶ **Esther Oh**, Johns Hopkins University, USA

18:00 Pathophysiology /CSF-studies in hip-fracture patients

Speaker ▶ **Leiv Otto Watne**, Oslo Delirium Research Group, University of Oslo, Norway

18:30 Delirium associated with surgical procedures and anesthesia

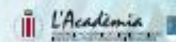
Speaker ▶ **Katarzyna Kotfis**, Poland

15TH ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN DELIRIUM ASSOCIATION

THE ODYSSEY OF DELIRIUM ACROSS CLINICAL AND RESEARCH SETTINGS

XXVI CONGRÉS DE LA
SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

NOVEMBER 17-18-19, 2021 • VIRTUAL



AUDITORIUM - Thursday 18th

19:00-20:00 **Parallel Session 3. Workshop session. QI 'clinic', helping people progress and ask questions about their local projects**

Speakers and moderators ▶ **Susanne Timmons, Jim Rudolph**
Brown University, USA

20:00-20:30 Social event (quiz, interaction etc)

ROOM 1 - Thursday 18th

17:30-19:00 **Parallel Session 3. Submitted symposium**

Chair ▶ **to be confirmed**
to be confirmed

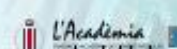
20:00-20:30 Social event (quiz, interaction etc)

15TH ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN DELIRIUM ASSOCIATION

THE ODYSSEY OF DELIRIUM ACROSS CLINICAL AND RESEARCH SETTINGS

XXVI CONGRÉS DE LA SOCIETAT CATALANA DE GERIATRIA I GERONTOLOGIA

NOVEMBER 17-18-19, 2021 • VIRTUAL



AUDITORIUM - Friday 19th

- 15:00-16:00 **Session 4. Delirium in stroke patients and advanced diseases**
Chair ▶ **Sylvie De Raedt**
Department of Neurology, Vrije Universiteit, Brussels, Belgium
15:00 Clinical screening and risk factors
Speaker ▶ **Terry Quinn**, *Glasgow, United Kingdom*
15:30 Advances in the management of delirium at the end of the life
Speaker ▶ **Meera Agar**, *University of Technology Sydney, New South Wales, Australia*

16:00-17:00 KEYNOTE LECTURE

- Chair ▶ **Arjen Slooter**, *President of the EDA*
What anaesthesia can teach us about delirium
Speaker ▶ **Michael Avidan**, *Professor of Anesthesiology, Psychiatry, and Surgery, Washington University in St Louis School of Medicine, USA*

17:00-17:30 Break & Poster Viewing

17:30-18:00 Session 5. Delirium from a management perspective

- Chair ▶ **Oriol Fuertes**, *Leader of Integrated Care at the La Unitat Catalana d'Hospitals (UCH) and CEO of QIDA*
Debate with local policy-makers and managers
Speaker ▶ **Adela Zabalegui**, *Nursing Research Director, Hospital Clinic, Barcelona*
Speaker ▶ **Mònica Botta**, *Medical Director, Granollers Hospital Foundation*
Speaker ▶ **Jordi Varela**, *Professor, ESADE Business School and Catalan Society of Healthcare Management*

ROOM 1 - Friday 19th

15:00-16:00 Oral presentations from submitted abstracts

- Chair ▶ **to be confirmed**
to be confirmed
15:00 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*
15:10 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*
15:20 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*
15:30 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*
15:40 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*
15:50 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*

17:30-18:00 Oral presentations from submitted abstracts

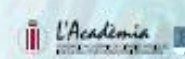
- Chair ▶ **to be confirmed**
to be confirmed
17:30 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*
17:40 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*
17:50 *to be confirmed*
Speaker ▶ **to be confirmed**, *to be confirmed*

15TH ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN DELIRIUM ASSOCIATION

THE ODYSSEY OF DELIRIUM ACROSS CLINICAL AND RESEARCH SETTINGS

XXVI CONGRÉS DE LA SOCIETAT CATALANA DE GERIATRIA I GERONTOLOGIA

NOVEMBER 17-18-19, 2021 • VIRTUAL



AUDITORIUM - Friday 19th

18:00-19:30	Parallel Session 4. Geriatric care <i>Chair ▶ Emma Cunningham</i> <i>Affiliation</i> 18:00 Delirium epidemiology and outcomes in the nursing home <i>Speaker ▶ EsMaria Krogseth. Norway</i> 18:30 Occupation therapy and delirium <i>Speaker ▶ Evelyn Alvarez. Occupational therapist, Chile</i> 19:00 Delirium & other geriatric syndromes at home <i>Speaker ▶ Enrico Mossello. Geriatric Department, Careggi University Hospital, Florence, Italy</i>
19:30-20:00	Announcement of EDA 2022, ads 2022, ADA 2022; Maeve Leonard Award and Farewell SCGIG price for best Oral presentation
20:00	Close and farewell

ROOM 1 - Friday 19th

18:00-19:30	Parallel Session 4. Post-discharge sequelae and education <i>Chair ▶ to be confirmed</i> <i>to be confirmed</i> 18:00 Transitions of care and delirium <i>Speaker ▶ Bianca Buurman, RN, PhD, Amsterdam AMC</i> 18:30 Long-term cognitive impairment after delirium in the pre and post-COVID-19 era <i>Speaker ▶ Pratik Pandharipande, Vanderbilt University Medical Center, Tennessee, USA</i> 19:00 Education <i>Speaker ▶ Margaret Pisani, Vice Chief for Mentoring and Career Development, Pulmonary, Critical Care, Sleep Medicine, Yale University School of Medicine</i>
19:30-20:00	Announcement of EDA 2022, ads 2022, ADA 2022; Maeve Leonard Award and Farewell
20:00	Close and farewell

TECHNICAL & SCIENTIFIC SECRETARIAT



L'Acadèmia
FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



Departament d'Activitats i Congressos
C/ Major de Can Caralleu, 1-7 - 08017 Barcelona
martagratacos@academia.cat

Registrations: inscripciones@academia.cat

Abstracts information: martagratacos@academia.cat

More information: www.EDAannualmeeting2021.com

Anexo V:
Certificado de participação no 15º Encontro anual da European Delirium
Association



L'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

CERTIFIES THAT:

Màrcia Cardoso Pereira Da Silva

Has successfully attended the

15th. Annual Meeting of the European Delirium Association

Organised by: Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia, European Delirium Association held in virtual format, 17-19 November 2021.

Total number of hours: 16

Barcelona, November 19th 2021

Marco Inzitari
President
Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Slotter
EDA President
European Delirium Association

Salvador Navarro Soto
Secretary
Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

The authenticity of this document can be verified through the Secure Code Verification: 100FPVWITEKEMZKZ3 in <https://csv.academia.cat>

Anexo VI:

Programa do VIII Congresso internacional de cuidados intensivos

VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos

XXIV CONGRESSO
ANUAL
APNEP

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO CLÍNICA
NO DOENTE CRÍTICO

VII SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM

**19-20 Fev
2022**

Cuidados Intensivos Pós-Pandemia:
“Habits of Excellence”

Design by 2giga * <https://2giga.net>

<https://asci.org.pt>
+ 351 935 215 965
secretariado@asci.org.pt

Dia 1

Sala 1

08h30	Abertura/ Opening
09h00 – 10h20	NEMS Initiative • Effects of intermittent fasting on health, aging and disease - Agostinho Alves • Early high protein intake and mortality in critically ill ICU patients with low skeletal muscle area and density - António Pedro Pinho • Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis - Hugo Teixeira • Post-COVID19 acute sarcopenia: physiopathology and management - João Diogo Martins • NICE guideline on long covid - Leonor Pinho
10h20 – 10h30	Intervalo/ Break
10h30 – 12h00	Sarcopenia and muscle mass • Sarcopenia and outcomes in surgical patients - Ravinder Reddy • Como evitar perda de massa muscular no doente crítico - Liane Brescovic Nunes de Matos • Impacto de la enfermedad crítica sobre la masa muscular y el rol del soporte nutricional - José Guillermo Gutiérrez Reyes • New GLIM approach for muscle mass assessment - Rocco Barazoni
12h00 – 13h00	Simpósio Fresenius Kabi - “De Olhos Postos na Reabilitação Funcional do Doente Crítico” • O desafio de alcançar as metas nutricionais da fase aguda à reabilitação - Tomás Lamas • Doente crítico, uma terapêutica nutricional otimizada - Célia Lopes • Parenteral nutrition in ICU: A focus on ECMO patients - Olivier Huet • Soluções Fresenius Kabi – Da teoria à prática em nutrição parentérica - Patrícia Martins
13h00 – 14h00	Almoço/ Lunch
14h00 – 16h00	Hot Topics • Nutrição e Inflamação - Ricardo Marinho • Nutrição no doente crítico: quando? Como? O quê? - Victor Sanchez Navia • Como evoluíram as práticas nutricionais na UCI na última década - Eduardo Ferraresi • Abordagem das complicações da nutrição entérica - Judith Rodrigues Paredes • A suplementação nutricional no doente crítico - uma mais valia? - Catarina Monteiro • Ecografia do músculo como marcador de suporte nutricional em cuidados intensivos - Erick Valencia
16h00 – 16h10	Intervalo/ Break
16h10 – 18h00	Simpósio FELANPE • Nutrição no doente crítico com obesidade sarcopénica - Alejandro Hidalgo • Intestino e agressão - Ricardo Rosenfeld • Sistema imune e proteínas no doente crítico: grandes desafios na atualidade - Juan Carlos Plácido • Micronutrientes em UCI: evidência atual - William Manzanares
18h00 – 18h10	Intervalo/ Break
18h10 – 19h00	Invasive and Non Invasive Approach • Non-invasive respiratory support paths in hospitalized patients with COVID-19 - João Carlos Winck • Optimizing high-flow nasal cannula flow settings in adult hypoxemic patients based on peak inspiratory flow during tidal breathing - Jie Li • Self prone-positioning as a complementary tool to improve oxygenation - lessons learned from COVID-19 - Álvaro Moreira da Silva • Recruitment Maneuvers, should we always use it in the ARDS patient? - Jordi Mancebo

Dia 1

Sala 2

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 10h20

NEMS Initiative

- ESPEN practical guideline: home enteral nutrition - Margarida Sousa
- Physical activity and fat-free mass during growth and in later life - Maria Inês Barbosa
- Contribution of macronutrients to obesity: implications for precision nutrition - Maria Inês Fazenda
- Inter-tissue communication in cancer cachexia - Maria Inês Ribeiro

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 11h15

Emergências de Gastreenterologia que se podem tornar cirúrgicas

- Falência hepática - José Rodrigues
- Hemorragia digestiva - Pedro Antunes
- Colangite - Brigitta Cismasiu

11h15 – 11h50

Quando está obstruído

- O intestino: oclusão intestinal - Miguel Fróis Borges
- O excretor renal: pionefrose - Alexandre Macedo
- Os vasos mesentéricos: isquemia mesentérica - Diogo Albergaria

11h50 – 12h00

Intervalo/ Break

12h00 – 13h00

Simpósio MSD – “New Therapeutic approaches for multidrug-resistant infections”

- Local context on multidrug-resistant microorganisms: Where are we now? - Madalena Alves
- New therapeutic approaches for multidrug-resistant infections - Ricard Ferrer

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 14h40

Hot topics

- Bioimpedancia en doente con insuficiencia respiratoria hipoxémica - Xosé Pérez Fernández

14h40 – 15h50

Simpósio Danone Nutricia - “O papel da nutrição no tratamento da sarcopenia – dos cuidados intensivos à reabilitação”

- A fisiopatologia da doença crítica - Sofia Escórcio
- Suporte nutricional no doente crítico e sarcopenia - Rita Brotas Carvalho
- Impacto da intervenção nutricional na reabilitação do doente sarcopénico - Bárbara Moreira
- Soluções nutricionais Danone Nutricia - Cátia Macedo

15h50 – 16h00

Intervalo/ Break

16h00 – 17h30

Temas complexos

- Trauma cervical - Filipa Ferreira
- Sépsis abdominal - João Maia Teixeira
- Como abordar o abdómen difícil? - Aline Branco
- Hipertensão intra-abdominal e síndrome de compartimento - Maria João Vale

17h30 – 17h40

Intervalo/ Break

17h40 – 19h00

Gastreenterologia

- Colite ulcerosa grave - Paula Lago
- Doença de Crohn com atingimento perianal fistulizante: estratégias cirúrgicas - Cristina Silva
- Sépsis abdominal na Doença de Crohn - Inês Novo
- Manifestações extra-intestinais graves na Doença Intestinal Inflamatória - Daniela Ferreira
- Abordagem da Oclusão Intestinal na Doença de Crohn - Marta Salgado
- Terapêutica médica na DII: quando introduzir biológicos? - Joana Silva

08h30	Abertura/ Opening
09h00 – 10h20	NEMS Initiative • Zinc supplementation and its benefits in the management of chronic liver disease - Mercedes Alves • Association of the fat-free mass index with mortality in patients with cancer - Simão Amaral • Meal timing and frequency: implications in the development and prognosis of chronic kidney disease - Tiago Pinto • Therapeutic potential of the gut microbiota in the management of sepsis - Maria Teresa Rosa
10h20 – 10h30	Intervalo/ Break
10h30 – 11h50	Simpósio Nestlé Health Science: Mitos e Verdades - Nutrição no paciente crítico" Moderadora: Raquel Rodrigues • Da ciência à prática - Margarida Beja • Imunonutrição - Mafalda Quelhas
11h50 – 13h00	Situações que se podem tornar dramáticas • Colecistite aguda - Ana Lúcia Barreira • Trauma pancreático - Jorge Paulino • Deiscências anastomoses pancreática - Emanuel Vigia
13h00 – 14h00	Almoço/ Lunch
14h00 – 14h45	Quando o tempo importa: • Rutura aneurisma da aorta - Raquel Afonso • Trauma craneo-encefálico - Cátia Gradil • Hérnia estrangulada - Ricardo Souto
14h45 – 15h50	ECMO • The role and impact of ECMO in critical care - Bruno Bravim • ECMO in COVID-19 patients – Perspetiva Brasileira - Bruno Bravim • ECMO no doente COVID-19: estado da arte - Roberto Roncon • ECMO – Perspetiva Espanhola - Maria Paz Fuset Cabanes
15h50 – 16h00	Intervalo/ Break
16h00 – 16h30	Simpósio BBraun – "Hemoperfusion Role in Critical ill Patients" – Claudio Ronco
16h30 – 16h40	Intervalo/ Break
16h40 – 18h00	Cuidados Intensivos no pós-pandemia: "Habits of Excellence" no Suporte Renal • Técnica de substituição renal nos intensivos: continuous fits all? - Armindo Ramos • Dose de diálise nas contínuas: One flux fits all? - Estêvão Lafuente • Nutrição Clínica no Doente Renal - Aníbal Marinho • Extracorporeal CO2 removal integrated with CRRT - Patrick Honore

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 10h20

Suporte parentérico ambulatorio na falência intestinal: a experiência de uma equipa multidisciplinar

Moderador: Jorge Fonseca

- A equipa multidisciplinar do Hospital Garcia de Orta - Jorge Fonseca
- Cateteres e acessos venosos de longa duração - Sandra Carlos
- Otimizar a nutrição oral na falência intestinal - Carla Adriana Santos
- Cuidados de enfermagem para os doentes com falência intestinal - Cátia Oliveira
- Papel da farmácia hospitalar na nutrição parentérica ambulatoria - Catarina Canário
- Treze doentes, treze suportes parentéricos diferentes, treze problemas clínicos - Mariana Brito

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 11h05

O paradigma anestésico / monitorização multimodal

- EEG processado; rSO2/NIRS; ANS monitores - Manuel Campos
- Princípios fisiológicos, sinais biológicos: fundamentos / interpretação - Manuel Campos
- Técnica e tratamento de sinais biológicos - Manuel Campos

11h05 – 11h15

Intervalo/ Break

11h15 – 13h00

Monitorização Multimodal: aplicação na prática clínica

- Áreas anestésicas / cirurgias específicas - Carlos Mexedo
- Áreas anestésicas / cirurgias específicas - Fernando Correia
- Áreas anestésicas / cirurgias específicas - Pedro Pina
- Áreas anestésicas / cirurgias específicas - Rita Frada
- Aplicação no doente crítico - Raquel Monte
- O paradigma aplicado aos diferentes meios hospitalares - Vítor Pinho Oliveira
- A convergência Serviço Público vs Serviço Privado - Vítor Pinho Oliveira

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 15h20

Sistema Nervoso Autónomo - porquê utilizá-lo?

- Dor vs nociceção - dos conceitos básicos à patofisiologia - Manuel Campos
- Conceitos básicos SNA - simpático / parassimpático - Manuel Campos
- Resposta ao stress cirúrgico - Manuel Campos
- Do laboratório à prática clínica - Manuel Campos

15h20 – 15h30

Intervalo/ Break

15h30 – 16h30

Variabilidade da frequência cardíaca - o 5º sinal vital, o gold standard da monitorização do SNA

- O que é e como pode ser medido? - Cristian Aragón
- Energia: porque é importante medir? Fragilidades? - Cristian Aragón

16h30 – 16h40

Intervalo/ Break

16h40 – 19h00

Hot Topics

- Porque a sala de emergência é muito importante na organização do Circuito do Doente Crítico - Ana Vaz Cristino
- Abordaje al Paciente Agitado - Giovanna Diana Guillen Guzmán
- Hipotermia terapêutica no doente crítico: estado da arte - Ana Rafael
- Como abordar o síndrome de abstinência alcoólica no doente crítico - Inês Soares
- Síndrome hemofagocítico em Medicina Intensiva - Ana Sofia Xavier

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 10h20

Simulação Médica - mais uma ferramenta para criar "Hábitos de Excelência"

- A potencialidade da simulação médica e de treinar CRM - perspectiva de um interno de Medicina Intensiva - Rita Passos
- Simulação Médica e a importância do treino multidisciplinar - Samuel Sousa
- Trabalho de equipa e comunicação - a ferramenta da simulação médica para médicos especialistas - Rogério Corga da Silva
- Simulação Médica no ensino universitário e o modelo CCPS (Co-constructive patient simulation) - Marco António de Carvalho Filho

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 11h30

Da doação à transplantação - como otimizar este processo?

- Identificação do possível dador - Marco Simões
- Manutenção do dador em morte cerebral - Catarina Monteiro
- O papel do Coordenador Hospitalar de doação - o exemplo do CHUC - Ricardo Freitas
- O papel do Gabinete de Coordenação de doação e transplantação - o exemplo do CHUC - Andrea Salgueiro

11h30 – 11h40

Intervalo/ Break

11h40 – 12h15

- Complicaciones tempranas del trasplante de hígado - Jesus Barrueco Francioni

12h15 – 13h00

- Estratégias de analgo-sedação em UCI - Filipa Brochado

- Targets of the ICU follow-up clinic: 10 years' experience - Teresa da Costa Cardoso

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 16h00

Anestesiologia e a Medicina Intensiva: parcerias

Moderador: Elizabete Neutel

- Abordagem da via aérea - Patrícia Viana
- Monitorização hemodinâmica - Sara Ribeiro
- A utilização da TIVA em Cuidados Intensivos - Vítor Gonçalves
- O transporte intra e inter-hospitalar do doente crítico - Rita Medeiros
- Analgesia não convencional em Cuidados Intensivos - Raquel Dias

16h00 – 16h10

Intervalo/ Break

16h10 – 17h10

Acute on chronic liver failure

- Definição, alocação do doente e scores de prognóstico - Inês Pinho
- A escolha do vasopressor no ACLF - Diana Valadares
- Plasmaférese no ACLF - uma nova terapêutica? - Filipe Nery
- ACLF - Transplante hepático em que doentes? - Helena Pessegueiro

17h10 – 17h20

Intervalo/ Break

17h20 – 19h00

Doença hepática em âmbito de cuidados intensivos / intermédios

- Doença vascular porto-sinusoidal, quando suspeitar? - Pierre-Emmanuel Ratou
- S. Budd - Chiari Aguda - Gestão clínica - Luís Bagulho
- Highlights de BAVENO VII na abordagem da hemorragia digestiva - Dominique Thabut
- Fatores preditivos de evolução de lesão hepática aguda para falência hepática aguda e morte - Isabel Fonseca Silva

19h00 – 20h00

Papel do estudo de perfusão no tratamento do AVC Agudo

Moderadores: João Xavier, João Sarmento Freitas, Gustavo Barbosa

- Papel do estudo de perfusão na trombólise - Denis Gabriel
- Papel do estudo de perfusão na trombectomia - João Pedro Filipe
- Papel do estudo de perfusão no wake-up stroke - Pedro Castro

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 10h20

Mesa Enfermagem: O novo mundo, do medo à aceitação - Dúvidas!

- Saúde mental dos profissionais de saúde- Satisfação ou absentismo - Elisabete Borges
- A saúde mental dos profissionais de saúde/enfermeiros - Francisco Sampaio
- Competências emocionais - uma falsa verdade - Verónica Pereira
- Vida-Morte-Luto, Quem sou eu? - Sara Gandra
- Humaniza-te. Como estão os sobreviventes Covid - Nuno Correia

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 13h00

Mesa Enfermagem: Nefrologia dentro da UCI

- Plasmaferese Terapêutica - Liliana Lopes
- LDL Aférese - Cláudia Queiros
- Imunoabsorção – Conceito - Miguel Sousa
- Execução de técnicas dialíticas em doentes COVID-19 - Efeitos psicológicos no Enfermeiro - Cristiana Sarmiento
- Atividade de Nefrologia em Cuidados Intensivos durante a pandemia – Estudo comparativo - Paulo Alexandre
- Lupus Agudo em CI e Imunoabsorção - Liliana Ferreira

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 14h40

Técnicas de suporte renal, conceitos básicos - Aníbal Marinho, Ana Castro, Estêvão Lafuente, Armindo Ramos

14h40 – 15h50

- Nuevas evidencias sobre el tipo de cristaloides a emplear en la reanimación del paciente con sepsis y shock séptico - Jose Garnacho
- Lesión renal y cirugía cardíaca - Juan Jose Jimenez Rivera
- Oxirys y cirugía cardíaca - Rafael Garcia Hernandez
- Trastornos de la coagulación en pacientes renales - Dolores Arias Verdu

15h50 – 16h00

Intervalo/ Break

16h00 – 17h00

- Daño renal en pacientes con COVID-19 - Manuel Herrera-Gutierrez
- Complicaciones CRRT - Gemma Seller Pérez
- Manejo de la volemia y diuréticos en el fracaso renal agudo - Ignacio Sáez de la Fuente
- Sépsis y fracaso renal agudo - Carolina Mudarra Reche

17h00 – 17h10

Intervalo/ Break

17h10 – 18h30

- Se puede predecir el fracaso renal agudo con el duplex cortical precoz? - Amanda Lesmes González de Aledo
- Controversias actuales de las indicaciones de las TDE en UCI - Zaira Molina Collado
- Estrategia diurética em doentes oligúricos em Cuidados Intensivos - Rita Costa
- Remoção extra-corporal de CO2: Conceitos gerais - Rita Pereira

18h30 – 20h00

Hot Topics

- Aspetos nutricionais da síndrome pós-intensiva - Ruben Gustavo Kliger
- NutritionDay ICU: lessons that we have learned - Michael Hiesmayr
- Oral nutrition during and after critical illness - Jean Charles Preiser
- News insights in supplemental parenteral nutrition - Pierre Singer
- ERAS (Enhanced recovery after surgery) - Winai Ungpinitpong

Dia 1

Sala 7

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 10h20

Hematologia

Moderador Sara Morais

- Anticoagulantes diretos: o que há de novo? - Eugénia Cruz
- Ainda há lugar para anti-vitâmicos K? - Filipa Santos
- Situações de emergência em doentes a fazer anticoagulantes diretos - Miguel Oliveira
- Monitorização dos anticoagulantes diretos: quando e como? - Sara Ferreira
- COVID-19 no doente hemato-oncológico - Marta Sofia Lopes

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 11h15

- Transfusão maciça: como estamos? Qual a melhor opção para cada realidade de emergência ou cuidados intensivos? - Marco Sampaio
- Suporte extra-corporal hepático - João Mesquita Rosinhas

11h15 – 11h30

Intervalo/ Break

11h30 – 13h00

Soporte ventilatorio en la Insuficiencia Respiratoria Hipoxémica

- Alto Flujo - Gustavo Ospina Tascón
- CPAP/BIPAP: Garvin Perkins
- Bioimpedancia en el soporte ventilatorio no invasivo: Xosé Pérez Fernández
- Ventilación mecánica invasiva: Jordi Mancebo
- ECMO: Maria Paz Fuset

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 15h00

- Co-infecção e super infecção nos doentes COVID-19: experiência da UCI (CHUP) - Rita Medeiros
- Aspergilose no doente com COVID-19 - Nádia Guimarães
- Farmacodinâmica e farmacocinética dos antifúngicos / Critérios de seleção destes na UCI - Rui Veiga
- Antifungal Stewardship - José Artur Paiva

15h00 – 16h00

- Pneumonia vírica vs. Bacteriana - Miguel Abreu
- Impacto dos métodos rápidos no diagnóstico microbiológico da infeção na UCI - Cláudia Santos
- Falência da terapêutica antibiótica na UCI - Marco Melo
- No doente séptico, o que otimizar para além da antibioterapia - António Sarmento

16h00 – 16h10

Intervalo/ Break

16h10 – 17h10

Fase aguda

- Surviving sepsis campaign 2021: o que há de novo? - Ana Sofia Xavier
- Exacerbações agudas de doenças intersticiais fibrosantes - Catarina Cascais Costa
- Implementación de un Programa Multidisciplinario para Reducir Las Neumonías Asociadas a La Ventilación Mecánica en Terapia Intensiva - Miguel Ángel Salas

17h10 – 17h50

Mesa redonda "SARS-CoV-2: estado da arte" - Aníbal Marinho, Santos Rosa, Helena Sá

17h50 – 18h00

Intervalo/ Break

18h00 – 20h00

Hot topics

- Protocolo intra-hospitalar para abordagem da doença COVID-19 - Marta Vaz de Matos
- Recuperação do doente COVID-19 após o hospital - Ricardo Sousa
- Micronutrients Supplementation in Critically Ill Covid-19 Patients - Christian Stoppe
- Micronutrient deficiencies in hospitalized patients - Sirakarn Tejavaniya
- Nutrition assessment: Asian perspective - Veeradej Pisprasert

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 10h20

Quando a nutrição faz toda a diferença

Moderador: Lino Mendes

- Cancro gastrointestinal: impacto do estado nutricional e funcional – outcomes nutricionais - Inês Miranda Santos
- Body composition changes in breast cancer patients undergoing chemotherapy - Matilde Pessanha
- Let's look at the gut in systemic lupus erythematosus - Inês Almada Correia
- Nutrição clínica em cirurgia: desafios do presente - Romeirica Santos

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 11h50

Simpósio Baxter: "Blood Purification Therapies in Critical Care: Sepsis and Hypercapnia approach"

- OXiris - Peter Pickkers
- PrismaLung+ - Antonio Gomis

11h50 – 13h00

Calorimetria indireta no doente crítico

- Inflamação e calorimetria indireta no doente crítico - Carlos Andres Santacruz
- Faz sentido utilizar Calorimetria Indireta no doente crítico? - Aníbal Marinho
- Calorimetria indireta: resultados num estudo unicêntrico - Inês Magalhães
- Calorimetria Indireta: da teoria à prática - Aníbal Marinho, João Pedro Pinho, Mariana Santos

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 15h30

Simpósio FEPIMCTI / AMIB

- Síndrome pós-uci - Maria Cruz Martin Delgado
- Disbiose no doente crítico - Alfredo Matos
- Terapia nutricional no choque - Ederlon Rezende

15h30 – 15h40

Intervalo/ Break

16h00 – 17h30

Hot Topics

- Organização dos SMI dentro do Hospital - o que aprendemos com esta pandemia? - Paula Casanova
- Ronpiendo Barreras, para Seguir Humanizando en Pandemia - Flor de Maria Torpoco Maravi
- Humanización de los Cuidados Intensivos - Mónica Rojas
- The human right initiative (political perspective) - Rocco Barazoni
- Formação em Medicina Intensiva - o que nos reserva o futuro - Ana Marques

17h30 – 17h40

Intervalo/ Break

17h40 – 19h00

- Como avalio o estado da volémia do meu doente - Hugo Miranda
- Ecocardiografia - o que todo o intensivista deve saber - Hugo Miranda
- Management of refractory shock in ICU - Guillermo Contreras
- RCP: the state of art - Guillermo Contreras
- Fluid management in ICU - Guillermo Contreras

Dia 2

Sala 2

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 10h20

Hot Topics

- Nutrição em Queimados, Nutrição na Injúria Renal Aguda - quais as diferenças? - Rodrigo Gonçalves
- Terapia nutricional nas alterações metabólicas no doente crítico - Yolanda del Carmen Méndez Romero
- Nutrição no doente COVID-19 - Liane Brescovici Nunes de Matos
- Disbiose no doente crítico - Dan L. Waitzberg

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 11h30

- Nutrientes e interação com fígado gordo não alcoólico - Andrea Salgueiro
- Gastroparesia em 2022 - Ana Teresa Ferreira
- Manejo clínico da Gastroparesia Neurológica - Thiago Gonçalves

11h30 – 11h40

Intervalo/ Break

11h40 – 13h00

Simpósio Nestlé "O doente oncológico no centro do tratamento: dos números à realidade"

Moderadora: Filipa Almeida

- Multidisciplinaridade no processo de suporte ao doente oncológico: A realidade em Andaluzia (Espanha), Proyecto NOA - Maria Jose Chincolla
- Realidade do oncologista: o impacto do estado nutricional e a importância da intervenção nutricional nos outcomes do doente - Cláudia Vieira
- Caso Clínico - Sónia Cabral

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 15h20

Hot topics

- Desnutrição Pediátrica: Estado da Arte - María Alejandra Texeira Panizza
- Reto Nutricional en el Prematuro - Rosa Anchila Mayor Oxilia
- O estado de mal epilético - Inês Soares

15h20 – 15h30

15h30 – 16h30

Intervalo/ Break

Nutrição Pediátrica

- Nutrição na fibrose quística em idade pediátrica - Helena Ferreira Mansilha
- Suporte nutricional enteral no doente crítico pediátrico: vias de administração - Rosa Lima
- Síndrome de realimentação: a perspetiva pediátrica - Mónica Tavares
- Prevenção da obesidade pediátrica: janelas de oportunidade - Joana Cotrim

16h30 – 16h40

16h40 – 18h00

Intervalo/ Break

Malária

- Malária grave: o problema - Cordeiro Alves
- Malária grave e ARDS - Ermelindo Filipe
- Malária grave e lesão renal aguda - Esmael Tomás
- Malária grave e biomarcadores: o papel da procalcitonina - Agostinho Napato
- Malária grave vs. Sépsis - Mauro Capuepue

Dia 2

Sala 3

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 10h20

Mesa Enfermagem: Visões estratégicas para o futuro das emergências externas e Internas do pré ao Intra Hospitalar

- Critérios de ativação das VMER na PCR e o Direito à não Reanimação – Enquadramento Concetual - Hélder Baião, Luís Lucas
- As novas tecnologias de Informação como ferramentas fundamentais na gestão do pré ao intra-hospitalar - Cátia Moreira, Sónia Moreira
- Unidade móvel de Stroke – do pré ao Intra, critérios de trombólise e trombectomia - António Martins, Marina Ribeiro
- O futuro do ECMO do pré e Sala de Emergência - Carlos Ferreira, Pedro Luís
- A Ordem dos Enfermeiros e a Ordem dos Médicos – Que futuro em contexto em emergência e respetiva especialização - Nuno Ferreira

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 11h50

Mesa Enfermagem: Educação e formação em UCI – O que aprendemos com esta pandemia?

- Qual o futuro da Simulação Clínica? - Abílio Cardoso Teixeira
- Geração Z: estamos preparados no ensino e no mercado de trabalho? - Fernanda Princepe
- Será importante falarmos em perfil em Enfermagem -Manuela Varela, Renata Pietro, José António, Jandira Carneiro
- Ainda existe hiato entre a academia e a prática? - Clarisse Magalhães
- Construir uma UCI de alta performance - Renata Pietro

11h50 – 12h00

Intervalo/ Break

12h00 – 13h00

Mesa Enfermagem: Reabilitação. O que fazemos, e o que ainda falta fazer

- Reabilitação Respiratória - dispositivos de apoio - Sérgio Vaz
- Reabilitação cardíaca - exercício físico - Bruno Delgado
- Programa de Reabilitação - Paulo Azevedo
- O meu plano de Reabilitação: Experiência profissional internacional - Aldiro Magano

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 15h20

Mesa Enfermagem: Técnicas essenciais de Suporte e Monitorização do Doente Crítico

- Monitorização Hemodinâmica – Biorreatância Torácica - Fabiana Oliveira
- Ventilação (Pressão de Cuff) – IntelliCuff - Joana Vila Pouca
- Nociceção – ANI - Eduardo Maia
- Suporte Hemodinâmico - ECMO VA - Andreia Manso
- A proneposition do meu doente – a nossa experiência - Dulce Inês Welter

15h20 – 15h30

Intervalo/ Break

15h30 – 16h30

Mesa Enfermagem: Nunca será demais falar de controle de infeção

- Clorexidina em todo o lado e para todos? - Tiago Tinoco
- Uso de EPI em tempos COVID-19. Estarei seguro agora? - Maria João Pereira
- Complicações com dispositivos invasivos. Como prevenir, terei alternativas? - Ruy de Almeida Barcellos
- Adesão (às recomendações). Uma palavra mágica - Filipe Santos

16h30 – 16h40

Intervalo/ Break

16h40 – 17h40

Mesa Enfermagem: A ventilação/Oxigenoterapia na prática de enfermagem

- Ventilação invasiva está a mudar? - Mário Durval
- A ventilação invasiva e proneposition. O Papel do enfermeiro? - Filipe Miranda
- O Alto Fluxo será uma ajuda? - Sílvia Ramos
- O VNI está em desuso? - Paula Rodríguez de la Maza

17h40 – 17h50

Intervalo/ Break

17h50 – 19h00

Mesa Enfermagem: O enfermeiro e a monitorização do doente neurocrítico

- Monitorização do doente neurocrítico de acordo com as boas práticas - Marta Carvalho
- Oxigenação cerebral e PPC ótima - Henrique Lopes
- Reabilitação precoce do doente neurocrítico - José Alberto Pereira
- Gestão da dor em Cuidados Intensivos: a importância de um protocolo multidisciplinar? - João Carlos Jácome

08h30

Abertura/ Opening

09h00 – 09h45

Miocardioptia no doente crítico

Moderadores Igor Milet, Daniel Coeiro

- Disfunção cardíaca do doente neurocrítico - Ana Canelas
- Como definir estratégia terapêutica da miocardioptia séptica - Ana Margarida Fernandes
- Abordagem do choque circulatório pós PCR - Marisa Silva

09h45 – 10h20

Insuficiência Cardíaca

- Insuficiência cardíaca aguda - Filipa Rodrigues
- Novas Guidelines para a insuficiência cardíaca - Ivo Barreiro
- Terapêutica da IC crónica: o que há de novo? - Maria Trêpa
- Novos fármacos para a insuficiência cardíaca - Rita Veiga

10h20 – 10h30

Intervalo/ Break

10h30 – 11h40

Acute heart failure in the intensive care unit: burning questions

- Vasodilators in acute heart failure: step down or redefine the focus? - Doroteia Silva
- Short duration VAD in cardiogenic shock: the sooner the better? - Daniel Caeiro
- Referral centers for cardiogenic shock: do they make a difference? - Roberto Roncon

11h40 – 11h50

Intervalo/ Break

11h50 – 13h00

- Estratégia de vigilância e controlo tensional no AVC agudo - Joana Ramalho
- Terapêutica, monitorização e suporte no Síndrome de Guillan-Barré - Miguel Bento Ricardo
- Cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicémico - Ana Rita Costa
- Abordagem diagnóstica e terapêutica da hipernatremia sintomática - Ana Novo

13h00 – 14h00

Almoço/ Lunch

14h00 – 16h30

- Hemorragia Digestiva Alta (HDA) não hipertensiva e hipertensiva: protocolos de atuação - Ana Vigário
- Estratégia para a decisão de trombólise na embolia pulmonar de risco intermédio-alto - César Vidal
- Empiema pleural – estratégia terapêutica - Pedro Vita
- Gestão da descompensação aguda das doenças hereditárias do metabolismo - Arlindo Guimas

16h00 – 16h10

Intervalo/ Break

16h10 – 18h10

Hot Topics

- Biomarcadores en el manejo del shock - Cristina León
- O papel do intensivista numa situação de catástrofe - Maria João Pinto
- Hidrocortisona / tiamina / ácido ascórbico no choque séptico: ainda faz sentido? - Inês Amaral
- Below the clavicles: integrating systemic pathology with TBI management - Ronan O'Leary
- ICP monitoring and management – Chiara Robba

18h10 – 18h20

Intervalo/ Break

18h20 – 20h00

Kidney failure

- Continuous replacement therapy: where are we now? - John Kellum
- Acute kidney injury and sepsis: where are we now? - Samir Parikh
- Advancements in AKI - Ravindra Mehta
- Timing of dialysis initiation in critically ill patients - Ravindra Mehta

08h30	Abertura/ Opening
09h00 – 10h20	Neuromonitorização: o que fazer com as ferramentas disponíveis? Moderadores Gustavo Barbosa, Celeste Dias • Monitorização multimodal: o estado da arte - Elisabete Monteiro • Potencialidades do Doppler Transcraniano no doente neurocrítico - Ricardo Varela • Potencialidades do EEG no doente neurocrítico - Lara Prisco • Potencialidades da Pupilometria no doente neurocrítico - Giuseppe Citerio
10h20 – 10h30	Intervalo/ Break
10h30 – 11h20	Tratamento conservador vs. Trombólise vs. Trombectomia no AVC Agudo Moderadores: João Diogo Pinho, Vítor Mendes Pereira, Gustavo Barbosa • Trombectomia em doentes com ASPECTS baixo - José Pedro Rocha Pereira • Tratamento em doentes com NHSS baixo com oclusão proximal - Rui Felgueiras • Tratamento da oclusão de médio vaso - Manuel Ribeiro
11h20 – 11h30	Intervalo/ Break
11h30 – 13h00	Segurança e eficácia no suporte ventilatório mecânico por pressão positiva Moderador: Ana Marques • Fisiopatologia da VILI e P-SILI - Antero Fernandes • Monitorização da mecânica pulmonar: o que temos para a avaliação do doente em VM? - David Nora • Trocas gasosas e mecânica pulmonar em doentes com ARDS: estratégias de seleção da PEEP - Rui Gomes • Suporte respiratório durante a pandemia de COVID-19: a hora de considerar o uso de ECMO - Ricardo Freitas • ECCO2R : Current state of art - David Pestaña
13h00 – 14h00	Almoço/ Lunch
14h00 – 15h00	Hot Topics • Utilização do balão esofágico na monitorização ventilatória do doente com ARDS - Maria João Pinto • O desmame ventilatório - quando e como? - Cristina Lameirão • A nossa experiência com O2 de alto fluxo no doente COVID-19 - Ana Rafael • Fibrinolise dirigida por Cateter no Doente Vascular - Henrique Guedes da Rocha
15h00 – 15h10	Intervalo/ Break
15h10 – 16h20	Ventilatory weaning - state of the art • Ventilatory weaning units - for whom and when? - Inês Machado Vaz • Extubation and decannulation of ventilator unweanable patients with ventilatory pump failure - John Bach
16h20 – 16h30	Intervalo/ Break
16h30 – 18h00	Sleep pathology and COVID • OSA and COVID-19: only a associated comorbidity or risk factor? - Maria José Guimarães • Delirium and sleep disturbances in COVID-19: a possible role for melatonin in hospitalized patients? - Armando D'Agostino • Changes in sleep pattern and quality during COVID-19 lockdown - Sara Ramos Fernandes
18h00 – 19h30	Inovações e desafios em nutrição clínica Moderador: Lino Mendes • Dados pessoais e clínica: uma relação de amor/ódio - Maria de Lourdes Fernandes • Acessibilidade à fast-food: um estudo nacional com contributos para a nutrição clínica - João Almeida Santos • Data science for precision nutrition and diet assessments - Mário Macedo • Gliomas e dieta cetogénica: o estado da arte - Beatriz Sargaço • Paralisia cerebral em pediatria: dificuldades e soluções na avaliação nutricional - Ana Catarina Moreira • Anorexia no idoso: foco na proteína - Marisa Cebola • Ética na nutrição clínica – habits of excellent - Lino Mendes

08h30	Abertura/ Opening
09h00 – 10h20	Obstetrícia e Neonatologia • A grávida com COVID-19: quando é expectável que haja complicações? - Daniela Gonçalves • Particularidades do tratamento da grávida com COVID-19 grave - António Braga • Abordagem do RN de mãe com COVID-19 - Sara Leite • EPICENTRE.PT Register Neonatal Data - Daniel Virella • NP em Neonatologia: bolsas padronizadas vs. individualizadas, a perspetiva farmacêutica - Sameiro Lemos
10h20 – 10h30	Intervalo/ Break
10h30 – 11h30	Cuidados Intensivos Pediátricos Moderador: Paula Cristina Fernandes • EPICENTRE- dados nacionais de Cuidados Intensivos Pediátricos - Cristina Camilo • SARS CoV2 em CI Pediátricos - da doença aguda à Síndrome Inflamatória Multissistémica (MIS-C) - Daniel Meireles
11h30 – 13h00	Emergência Pré-hospitalar - Cambridge • REBOA/ECPR - Rob Greenhalgh • Prehospital blood products - Adriana Cordier • Damage control resuscitation - Rod Mackenzie • Human factors/crew resource management - Amy Hughes
13h00 – 14h00	Almoço/ Lunch
14h00 – 15h00	Simpósio GERMI - O internamento no doente idoso – enfoque nas consequências nutricionais e físicas Moderadores: Ana Pessoa, Sofia Duque • Consequências do internamento hospitalar - Ana Pessoa • Como minimizar as consequências do internamento no idoso - intervenção nutricional - Antónia Vigário • Como minimizar as consequências do internamento no idoso - intervenção física - Montserrat Conde
15h00 – 15h10	Intervalo/ Break
15h10 – 16h30	ATENA - Ventilador médico invasivo desenvolvido no âmbito da pandemia por Covid-19 - Tiago Rebelo, Sara Gomes, Humberto Machado, José Artur Paiva
16h30 – 18h00	O papel da nutrição na prevenção e tratamento de feridas: documento de consenso APTFeridas e APNEP • Visão geral do documento - Paulo Alves, Abílio Cardoso Teixeira • Avaliação nutricional da pessoa com ferida - Diana Mendes • Importância da nutrição na pessoa com ferida - Cátia Borges • Casos especiais - Luísa Albuquerque

08h30	Abertura/ Opening
09h00 – 10h20	Dor Moderador José Romão • Avaliação da Dor no Doente Crítico - Fernando Alves • O Doente Crítico Medicado Cronicamente com Medicamentos Opioides - Cláudia Armada • Como asseguro a continuidade da terapêutica crónica no doente crítico? - Maria Teresa Fernandes Cunha • Dor Crónica nos Sobreviventes dos Cuidados Intensivos - Dalila Veiga • Papel da Inteligência Artificial na Medicina Intensiva - Miguel Silva
10h20 – 10h30	Intervalo/ Break
10h30 – 12h00	E depois da UCI, mais nada? • Após a UCI - Pedro Tiago Lopes • Síndrome pós-cuidados intensivos: gestão depois da alta - Ana Carolina Roque • Reconciliação terapêutica e follow up nos cuidados de saúde primários - Paulo André Lopes
12h00 – 13h00	Hot topics • Respiratory care: ultrasound monitoring of the ARDS patient, respiratory support in acute brain injury - Jorge Carrizosa • Profilaxia da úlcera de stress na Unidade de Cuidados Intensivos - Sofia Bizarro Ponte • Utilização de fármacos vasopressores em cateter periférico - Filipa Pereira Corte-Real
13h00 – 14h00	Almoço/ Lunch
14h00 – 15h00	Mesa Enfermagem: Como as novas ciências influenciam a arte do cuidar • Inteligência artificial - Paulo Gomes • A matemática - Rui Pimenta • A bioética - Carla Teixeira • Medicina Integrativa: Osteopatia - Nelson Costa • Medicina Integrativa: Acupuntura - Ricardo Picão
15h00 – 15h10	Intervalo/ Break
15h10 – 16h20	Mesa Enfermagem: Vamos falar claro • Dos cuidados de fim de vida aos paliativos - Cada vez mais são mais - A minha visão - Júlia Sousa Alves • Está tudo dito, referente à eutanásia? - Padre Borga • Humanização no SNS - O cidadão competente - Paulo Baltazar
16h20 – 16h30	Intervalo/ Break
16h30 – 17h30	• Nutritional care: Brain shock and optic nerve sheath diameter in critical care - Jorge Carrizosa • Cytokine removal in septic shock: where are we now? - Patrick Honore • Role of adsorption in blood purification - Claudio Ronco • Sedación inhalatoria en UCI - Manuela García Sánchez
17h30 – 17h40	Intervalo/ Break
17h40 – 18h30	Hot Topics • Polimioneuropatia do doente crítico - Thiago Gonçalves • Particularidades da nutrição no doente neurocrítico - Sofia Beirão • Diagnosis in SARI - Paulo Mergulhão • Rehabilitación del Paciente Crítico, Patricia Obando
18h30 – 19h30	Imunomodulação no Doente Crítico • Síndrome hemofagocítico do adulto - Raquel Faria • Síndrome antisintetase no doente crítico - Ana Campar • Vasculites sistémicas no doente crítico - Mariana Brandão • Microangiopatia trombótica no doente crítico - Graziela Carvalheiras

Anexo VII:
Certificado de participação no VIII Congresso internacional de cuidados
intensivos

VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos

XXIV Congresso APNEP

VII Simpósio Internacional de Enfermagem



CERTIFICADO

PARTICIPAÇÃO

Marcia Silva

Certifica-se para os devidos efeitos que **Marcia Silva**, esteve presente no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022. (Duração: 20 horas).

19 e 20 Fev 2022



e2c420d928d4b8ce0ff2ec19b371514.GDIFK.E



ORGANIZAÇÃO:




Aníbal Marinho


José António Pinho

Anexo VIII:

Certificado de submissão de poster no VIII Congresso internacional de
cuidados intensivos



CERTIFICADO

APRESENTAÇÃO DE POSTER

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: Gestão do Delirium na Pessoa em Situação Crítica: uma revisão integrativa da literatura** participou com apresentação de Poster no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022.

Autor(es) do trabalho: **Márcia Aurélia Cardoso Pereira da Silva; Joana Ferreira Teixeira; Maria Cândida Durão.**

19 e 20 Fev 2022

f033ab37c30201f73f142449d037028d1f6g.j



ORGANIZAÇÃO:




Aníbal Marinho


José António Pinho

