



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**A gestão do *delirium* para a promoção da segurança da
pessoa em situação crítica: intervenção especializada de
enfermagem**

Delirium management for promoting safety in critically ill patient: specialized
nursing intervention

Daniela Carvalho Plácido

**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**A gestão do *delirium* para a promoção da segurança da
pessoa em situação crítica: intervenção especializada de
enfermagem**

Delirium management for promoting safety in critically ill patient: specialized
nursing intervention

Daniela Carvalho Plácido

Orientadora: Professora Joana Moreira Ferreira Teixeira

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer à minha família por todo o apoio incondicional concedido durante todo este percurso, que só poderia ser assim realizado.

A todos os meus colegas de Mestrado, que desde o início fomos à luta neste projeto bastante complexo e ambicioso. Conseguimos durante este percurso construir e formar uma verdadeira equipa.

Em particular à Daniela Almeida, que abraçou esta etapa comigo desde o momento da inscrição, e à Susana Pinto, que desde sempre estiveram a meu lado neste grande desafio, acompanhando todas as oscilações de sentimentos, incertezas e preocupações.

A todos os colegas e amigos que me acompanharam e proporcionaram ajuda no meu exercício profissional, mesmo quando me encontrava assoberbada pelo cansaço.

À professora Joana Teixeira que, incondicionalmente, me compreendeu enquanto pessoa e estudante, e que teve em conta todas as minhas particularidades e apoiou em todo o percurso árduo percorrido.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Disability, 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

AS - Avaliação Sistemática

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAM - Confusion Assessment Method

CD - Controlo da Dor

CIDNUR - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

CIP - Critically Ill Patient

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EC - Estimulação Cognitiva

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation

ES - Estimulação sensorial

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GA - Gestão do Ambiente

GCS -Glasgow Coma Score

ICDSC - Intensive Care Delirium Screening Checklist

IH - Intervenção Hormonal

MP - Mobilização Precoce

PAD -Pain, Agitation and Delirium

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

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PF - Participação da Família

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PS - Promoção do Sono

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RO - Reorientação

SAV – Suporte Avançado de Vida

SDS – Suspensão Diária da Sedação

SPA – Sistema de Prevenção Automático

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

UQ – Unidade de Queimados

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

O *delirium* é uma síndrome, com elevados níveis de prevalência e incidência no contexto dos cuidados críticos. Conduz a *outcomes* dramáticos na pessoa em situação crítica (PSC) e família, com um elevado impacto na morbidade, mortalidade, custos em saúde, consequência do aumento dos dias de ventilação mecânica invasiva (VMI) da PSC, como do aumento dos dias de internamento hospitalar. Assim, a sua gestão e controlo são fundamentais. Para tal é necessária a sua prevenção, identificação, com recurso a escalas validadas, monitorização e avaliação através da vigilância do doente, para delinear, posteriormente, intervenções de enfermagem neste âmbito.

Este relatório surge assim para ilustrar o percurso formativo de desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista, tendo por base a metodologia de projeto e a temática da promoção da segurança da PSC na gestão do *delirium*. Como sustentação do pensamento de Enfermagem orientador da minha intervenção, foram tidos por base os referenciais teóricos de Meyer & Lavin - Teoria de *Vigilance: the essence of nursing* - e de Locsin - *Teoria de Technological Competency as Caring in Nursing*.

O desenvolvimento das competências supramencionadas ocorreu em contexto de serviço de urgência (SU), unidade de queimados (UQ) e unidade de cuidados intensivos (UCI). Para cada um deles, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos, bem como atividades para os concretizar.

Todo este percurso formativo permitiu a mobilização de novos conhecimentos da disciplina de Enfermagem e o aprofundamento de competências pré-existentes com o objetivo primordial de, numa perspetiva evolutiva de iniciado a perito, antecipar, problematizar e estabelecer um plano de intervenção especializada de enfermagem à PSC e sua família, bem como partilhar evidência científica com os pares.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica, gestão do *delirium*, intervenção especializada, promoção da segurança

ABSTRACT

Delirium is a syndrome with high prevalence and incidence in critical care. It produces dramatic outcomes in the critically ill patient (CIP) and family, with a high impact in morbidity, mortality, health care costs, as a consequence of the increase in the number of days of invasive ventilation of the CIP, such as the increase in the number of days of hospital stay. Therefore, effective management and control are fundamental.

This involves prevention, identification, use of validated scales, patient surveillance, and subsequent outline of nursing interventions in this area.

This report appears to illustrate the formative path of developing competencies of master nurse and specialist, based on the theme of promoting the safety of CIP in the management of delirium. The theoretical frameworks of Meyer & Lavin – Theory of Vigilance: the essence of nursing – and Locsin – Theory of Technological Competence as Caring in Nursing, were the support of the thinking in nursing in my intervention.

The skills mentioned above were developed in the context of critical care, namely in the emergency department, burn unit and intensive care unit. For each, general and specific objectives and activities to achieve them have been established.

This entire training course allowed the mobilization of new knowledge in the nursing discipline and the deepening of pre-existing competencies, with the primary objective of evolving from a beginner to an expert, anticipating, problematizing and establishing a specialized nursing intervention plan for CIP and their family, as well as sharing scientific evidence with peers.

Keywords: critically ill patient, delirium management, specialized intervention, safety promotion

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. A GESTÃO DO <i>DELIRIUM</i>: REVISÃO DA LITERATURA	12
1.1. A gestão do <i>delirium</i> na PSC.....	12
1.2. Cuidar da PSC com <i>delirium</i> e família.....	15
1.3. Promoção da Segurança na gestão do <i>delirium</i> na PSC.....	19
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	23
2.1. Serviço de urgência geral.....	24
2.2. Unidade de queimados.....	29
2.3. Unidade de cuidados intensivos polivalente	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38

APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos Específicos e atividades desenvolvidos para o serviço de urgência

Apêndice II – Objetivos Específicos e atividades desenvolvidos para a unidade de queimados

Apêndice III – Objetivos Específicos e atividades desenvolvidos para a unidade de cuidados intensivos polivalente

Apêndice IV – Póster “Gestão do Delirium no doente queimado: intervenção especializada de Enfermagem”

ANEXOS

Anexo I – Comprovativo de registo no PROSPERO da *Umbrella review*

Anexo II – Comprovativo de submissão da revisão da *Umbrella review*

Anexo III – Certificado do curso de Suporte Avançado de Vida

Anexo IV – Certificado do curso de Suporte Avançado de Vida em Trauma

Anexo V – Certificado de participação no Congresso Internacional de Emergência 23'

Anexo VI – Certificado do curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico

Anexo VII – Certificado de participação nas VIII Jornadas de Medicina Intensiva

Anexo VIII – Comprovativo de registo no PROSPERO da revisão integrativa da literatura

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, inserida no terceiro trimestre do segundo ciclo de estudos em Enfermagem, foi-me proposta a realização deste trabalho com a finalidade de demonstrar as competências desenvolvidas ao longo deste percurso. Este contempla o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem, como se encontra descrito (Lei nº157/2018, 2018), bem como as Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conferidas pela Ordem dos Enfermeiros presentes nos respetivos decretos normativos (Regulamento n.º 429/2018, 2018; Regulamento n.º140/2019, 2019).

Concomitantemente, pretende-se o aprofundamento das competências do enfermeiro, como consta no Modelo de Dreyfus, em que Benner (2001) estabelece a progressão de um estudante por cinco níveis consecutivos, tendo por base a aquisição e/ou desenvolvimento de uma ou mais competências, desde o nível de iniciado a perito, englobando mudanças gerais em três domínios, como a praticabilidade de normas estudadas na teoria transportando-as para a experiência vivenciada, a mudança de paradigma do pensamento relacionado com uma situação e o crescente envolvimento na execução de intervenções, desde a observação exclusiva à execução na sua totalidade.

Para ilustrar o desenvolvimento das competências supramencionadas tive por base o estudo do tema: a gestão do *delirium* para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica: intervenção especializada de enfermagem. Torna-se pertinente aprofundar esta temática no meu percurso académico porque, no decurso da minha prática clínica, que é em contexto de UCI, a PSC, vivencia este distúrbio de forma angustiante, devido à perda de noção do tempo, privação das relações humanas e o medo. Na sua grande maioria, existem repercussões do seu impacto até ao período após o internamento (Gaete Ortega et al., 2020).

A PSC, sendo perspectivada por Benner et al. (2011) como aquela que por lesão ou doença, se encontra incapaz de manter a sua estabilidade hemodinâmica de forma autónoma ou, de apresentar um elevado risco de instabilidade, encontra-se presente normalmente nos contextos de SU e/ou UCI.

O *delirium* é caracterizado por ser uma perturbação neurocognitiva resultante de fatores fisiopatológicos que provoca flutuação ou perturbação aguda da atenção, da consciência e/ou cognição, não podendo estas alterações serem justificadas por uma patologia neurocognitiva pré-existente ou pela diminuição da presença de estímulos (American Psychiatric Association, 2013; International Council of Nurses, 2019; Luttrull et al., 2019; Stewart et al., 2024).

A gestão do *delirium* envolve a avaliação do doente/situação clínica, o planeamento das intervenções de enfermagem, a implementação das intervenções não farmacológicas/farmacológicas definidas no planeamento e a sua posterior reavaliação (Oliveira et al., 2022). Esta gestão enfatiza a importância da família, que enquanto conceito se define como uma unidade básica do cuidado composta pelos membros significativos para a pessoa, com ou sem ligação por consanguinidade (Benner et al., 2011).

A gestão do *delirium* na PSC é uma área sensível aos cuidados de enfermagem impactando de forma significativa na prevenção de complicações no doente, o que se traduz também em *outcomes* positivos para a família e para as organizações de saúde (Luttrull et al., 2019; Regulamento nº 361/2015, 2015). Como profissionais de saúde, os enfermeiros desempenham um papel contínuo de observação sistematizada da PSC para obter dados que possibilitem uma tomada de decisão adequada, de forma a prevenir a ocorrência de eventos adversos e/ou complicações, constituindo um dos elementos fulcrais para o seu exercício clínico; na observação encontra-se contemplada a identificação precoce de problemas potenciais, implementando medidas direcionadas à sua prevenção ou intervenção, minimizando o risco do desenvolvimento dos mesmos e promovendo a segurança do doente, tendo sempre por base a evidência científica mais atual e, se necessário, o envolvimento da equipa multidisciplinar (Regulamento nº 361/2015, 2015).

O estudo desta área teve por base os seguintes referenciais teóricos de enfermagem: a Teoria de *Vigilance: the essence of nursing* (Meyer & Lavin, 2005), em que é dada ênfase à vigilância e a importância da tecnologia que permita uma abordagem multimodal do doente como nos é apresentado por Locsin (2017) sua teoria denominada *Technological Competency as Caring in Nursing*.

Com o intuito de dar resposta ao desenvolvimento das competências supramencionadas, foram definidos como objetivos gerais: a) desenvolver competências de mestre e especialista na abordagem à PSC em contexto de SU e UCI; b) desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão do *delirium* para a promoção da segurança na PSC e família no SU e na UCI. Para alcançar estes objetivos gerais, foram delineados objetivos específicos e atividades para os concretizar ao longo deste ciclo de estudos, entre elas, estágios em SU, UCI e UQ, que serão objeto de análise neste trabalho.

Este relatório encontra-se subdividido em dois capítulos, o primeiro referente à revisão de literatura sobre o tema e o segundo que retrata a análise do percurso de desenvolvimento de competências de mestre e especialista efetuado.

A elaboração de todo o trabalho teve como base o manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2023) e a referência foi elaborada segundo a norma da American Psychological Association (2020), sétima edição.

1. A GESTÃO DO *DELIRIUM*: REVISÃO DA LITERATURA

1.1. A gestão do *delirium* na PSC

A PSC caracteriza-se por possuir incapacidade de manutenção de estabilidade fisiológica por presença de lesão ou patologia, apresentando assim, o risco de desencadear um elevado nível de instabilidade, necessitando de meios avançados de suporte para a sua sobrevivência (Benner et al., 2011).

A PSC por vezes pode apresentar *delirium* (Park & Lee, 2019), sendo este manifestado por uma perturbação aguda ou subaguda, em que se encontra alterado o funcionamento cognitivo básico do doente, caracterizado por perturbações na atenção, consciência e noutros aspetos do domínio cognitivo que não podem ser explicados por outra doença neurocognitiva ou por uma pré-existente (American Psychiatric Association, 2013; Maldonado, 2018). É caracterizado por distúrbios da consciência e alterações na cognição que se podem desenvolver num curto espaço de tempo e de forma flutuante, sendo a sua sintomatologia reversível e breve; frequentemente associado a alterações do ciclo sono-vigília, é considerado uma emergência clínica, sendo o primeiro passo para a sua abordagem, a identificação das causas subjacentes ao mesmo (American Psychiatric Association, 2013; Blevins, 2021; Resnick, 2019; Townsend & Morgan, 2018).

Existem fatores de risco predisponentes e precipitantes que concorrem para a ocorrência de *delirium*: a idade superior a 65 anos, o género masculino, comorbilidades ou perturbações neurocognitivas pré-existentes, história de enfarte ou evento isquémico, um score da *American Society of Anesthesiologists* >2, valor da hemoglobina mais baixo face ao valor do pré-operatório, sendo que a literatura ainda descreve cerca de mais de 25 fatores, como, as doenças do foro respiratório, a idade avançada, os hábitos etanólicos marcados, processos demenciais, os desequilíbrios hidroelectrolíticos/acidose metabólica, a necessidade de uso de vasopressores, uso de sedação e analgesia e administração de elevadas doses de opióides, imobilização, privação de sono, uso de VMI, compromisso neuro sensitivo, ambiente desconhecido, sofrimento emocional (Chen et al., 2022; Devlin et al., 2018; Kotfis et al., 2018; Oldroyd et al., 2017).

O *delirium* pode também ser desencadeado por outras causas, incluindo a presença de doença crítica, uso de fármacos ou drogas, trauma ou cirurgia. A maioria das causas não são relacionadas com a função cerebral. No entanto, doenças neurológicas

primárias, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), contribuem para o aumento da incidência do *delirium* (Wilson et al., 2020).

A fisiopatologia do *delirium* incide na presença de anomalias em diferentes localizações cerebrais, envolvendo diversas vias e sistemas de neurotransmissão. A principal e mais bem aceita teoria para a explicação do mesmo, é o declínio da atividade colinérgica com o concomitante aumento da atividade dopaminérgica, devido a uma perturbação transitória do normal funcionamento do sistema nervoso central motivada por um distúrbio sistémico (Dunne et al., 2021; León-Salas et al., 2020; Prayce et al., 2018). Estes neurotransmissores são fundamentais para a função motora e cognitiva, para a aprendizagem, memória, atenção e no ciclo de sono-vigília, traduzindo-se clinicamente pelo défice de atenção e alterações da função motora, características fundamentais à ocorrência de *delirium* (Dunne et al., 2021; León-Salas et al., 2020; Prayce et al., 2018; Wilson et al., 2020).

O diagnóstico de *delirium* engloba estados de hiperatividade e/ou hipoatividade na função motora dos doentes, podendo ser explicados pela alteração dos neurotransmissores supramencionados (Wilson et al., 2020). Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – V* (American Psychiatric Association, 2013), o *delirium* pode ser dividido em três categorias, nomeadamente: o hiperativo, em que o doente apresenta um nível de hiperatividade psicomotora representada por alterações do humor, agitação e até recusa de prestação de cuidados de saúde, associado a um *score* na escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) entre (+1) e (+4); hipoativo, em que o doente apresenta um nível de hipoatividade psicomotora que pode ser acompanhado por letargia, prostração ou estupor, representado por *score* entre (0) e (-3) na escala de RASS; e misto, em que o doente apresenta oscilações no nível de atenção e *awareness* que podem variar entre um *score* de (-3) a (+4) na escala de RASS (American Psychiatric Association, 2013; Faizal et al., 2024).

Existe ainda a designação de *delirium* subsindrómico, que descreve doentes que apresentam algumas características de *delirium*, mas não preenchem todos os critérios para o seu diagnóstico; este surge em cerca de 30% das pessoas em cuidados críticos (Devlin et al., 2018; Wilson et al., 2020). Contudo, os dois subtipos mais comuns de *delirium* são o misto (54%) e o *delirium* hipoativo (44%). O *delirium* hiperativo manifesta-se de uma forma extremamente rara (1,6%) (Kotfis et al., 2018; Park & Lee, 2019). Os doentes com

delirium hiperativo e misto, possuem um elevado nível de atividade psicomotora, com a presença de alucinações, apresentando-se inquietos no leito e agitados (Park & Lee, 2019). A agitação caracteriza-se pela presença de movimentos exacerbados com vários níveis de intensidade, que podem levar à remoção acidental de dispositivos médicos com apresentação de episódios de auto e/ou heteroagressividade física, sendo o *delirium* uma das causas mais comuns da agitação (Lough, 2022). Consequências desta agitação e agressividade presente na PSC com *delirium*, são a tentativa e/ou remoção de dispositivos médicos, como cateteres, máscaras faciais, drenos, potenciando grandes repercussões ao nível da segurança da PSC (Chen et al., 2022; Faria & Moreno, 2013; Kotfis et al., 2018).

Diversos estudos demonstram que o *delirium* presente na PSC tem impacto no aumento de dias de VMI, do tempo de internamento, dos custos e aumento da ocorrência de disfunções cognitivas após a alta dos cuidados críticos e mortalidade elevada (Chen et al., 2022; Devlin et al., 2018; Kotfis et al., 2018; Park & Lee, 2019; Prayce et al., 2018; Zhang et al., 2021).

A prevalência de *delirium* em Portugal, é desconhecida. No entanto, pensa-se que seja semelhante aos restantes países europeus, sendo necessária a realização de estudos que permitam contextualizar esta problemática a nível nacional. Relativamente à sua incidência a nível internacional, o diagnóstico de *delirium* no SU surge em 5% a 20% dos utentes admitidos, enquanto que na UCI a sua incidência ronda os 83% a 87% (Prayce et al., 2018).

Os objetivos da intervenção de enfermagem no doente que experiencia *delirium* passam por eliminar a etiologia do mesmo, promover a segurança do doente e facilitar o retorno ao maior nível de capacidade funcional para o mesmo (Townsend & Morgan, 2018).

Assim, ao atuar na prevenção e gestão do *delirium* da PSC, o enfermeiro mestre e especialista atua também na prevenção de complicações, identificando precocemente a potencial ocorrência de *delirium* e atuando de acordo com a evidência mais atual com o objetivo de prevenir, minimizar ou mitigar os efeitos indesejáveis deste síndrome (Regulamento nº 361/2015, 2015).

1.2. Cuidar da PSC com *delirium* e família

Como parte integrante da unidade fundamental e básica do cuidado à PSC, encontra-se a unidade - família. Esta define-se como um conjunto de pessoas significativas consideradas pela PSC, considerados um sistema maior do que a soma de todos os seus intervenientes (Benner et al., 2011; International Council of Nurses, 2019). Com o reconhecimento do conceito de família, o enfermeiro consegue perceber o contexto familiar particular da pessoa, bem como, as relações estabelecidas entre os diversos elementos (Benner et al., 2011).

O fator ambiental onde são vivenciadas as experiências da pessoa e família define-se por elementos humanos, físicos, organizacionais e políticos. Estes fatores influenciam a prestação de cuidados à PSC e repercutem-se na sua perspetiva de saúde, tendo o enfermeiro a necessidade de intervir de forma complexa e especializada por ter de correlacionar o ambiente, a pessoa e a família a quem presta cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

As intervenções do enfermeiro que envolvem a família enquanto alvo e recurso na prestação de cuidados à PSC, facilitam a relação entre os diversos intervenientes e proporcionam conforto à pessoa, reduzem o fator da ansiedade nos mesmos, assistindo também a família no processo de saúde-doença (Benner et al., 2011). Os enfermeiros devem criar estratégias e aplicar abordagens de cuidados que respondam às necessidades da PSC de uma forma holística, promovendo a conexão humana pessoa-enfermeiro, de forma a tornar a sua experiência com o internamento menos solitária (Gaete Ortega et al., 2020).

Os indicadores relacionados com a segurança da PSC, como a severidade e incidência de *delirium*, o diagnóstico de *delirium* subsindrómico, a presença de eventos adversos, a duração dos dias de VMI, o tempo de internamento hospitalar e os *outcomes* a longo prazo como o agravamento da função cognitiva e qualidade de vida, devem ser monitorizados e otimizados na PSC e família, através da gestão do *delirium* (Burry et al., 2021). Emerge assim, a necessidade de existência de mecanismos de promoção da segurança e prevenção do risco associados à ocorrência desses efeitos adversos, sendo estes definidos como incidentes dos quais resultam danos temporários ou permanentes na pessoa, morte ou aumento do tempo de internamento hospitalar, resultantes da

prestação de cuidados de saúde e não devido à doença em si ou lesão aguda (Zegers et al., 2017).

A intervenção contínua e presente do enfermeiro especialista na prestação de cuidados de saúde nesta área, é crucial na prevenção de eventos adversos, promovendo continuamente a segurança do utente. Esta intervenção contempla o planeamento de cuidados, tendo por base o rigor técnico-científico, a implementação e a avaliação de intervenções com o intuito de minimizar os efeitos adversos face aos focos de instabilidade dos potenciais problemas identificados pelo enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A intervenção de enfermagem deve ter por base a aplicação de medidas multicomponentes, que incluam a educação dos profissionais, formação sobre o trabalho em equipa, utilização de tecnologias de informação, liderança e promoção de uma cultura de segurança, *empowerment* da pessoa e família, ente outras, que promovam a gestão do *delirium* e conseqüentemente, a segurança do doente (Zegers et al., 2017).

Para a gestão do *delirium* e conseqüente promoção da segurança da PSC, a intervenção do enfermeiro deve ter por base o conceito de vigilância, enquanto essência do cuidar, através da qual o enfermeiro procura identificar sinais clinicamente relevantes, calcular o risco inerente à sua prática e apresentar prontidão para atuar de forma eficiente para minimizar o risco e responder a ameaças, como nos é descrito pelo referencial teórico de Meyer & Lavin (2005).

A vigilância é também considerada como uma competência e um meio eficaz na deteção dos eventos adversos, avaliação da eficácia de intervenções específicas para a sua redução, de forma a prevenir e/ou mitigar danos causados ao doente decorrentes do processo de doença, melhorando a segurança dos cuidados prestados (Zegers et al., 2017).

Este referencial teórico realça a necessidade do enfermeiro planear e implementar intervenções para atingir os resultados esperados, recorrendo a uma linguagem universal que realce domínios de atenção na PSC, permitindo assim reconhecer e antecipar riscos, preparando-se para agir prontamente antes, durante e após a ocorrência de um evento (Meyer & Lavin, 2005).

Este referencial realça cinco elementos cruciais da vigilância enquanto intervenção de enfermagem:

- "*Attaching meaning to what is*", em que o envolvimento do enfermeiro no ambiente do doente permite-lhe a observação de sinais que possibilitam prever possíveis alterações no estado de saúde do doente;

- "*Anticipating what might be*", onde são perspetivadas as possibilidades das hipóteses explicativas das alterações do estado clínico do doente, tendo como base o conceito de vigilância, que possibilita a análise de informação e reação às implicações em tempo útil;

- "*Calculating the risk*", em que o enfermeiro perspetiva os eventuais riscos que poderão decorrer da sua prática clínica, no doente;

- "*Staying ready to act*", que significa prontidão para agir de acordo com o observado e interpretado pelo enfermeiro;

- "*Monitoring results/outcomes*", nesta ação o enfermeiro verifica a eficácia das suas intervenções, permitindo ao mesmo, o ajuste contínuo da prestação de cuidados em função dos resultados obtidos (Meyer & Lavin, 2005).

Para estes autores, a vigilância é essencial para garantir a segurança da pessoa no ambiente de cuidados de saúde (Meyer & Lavin, 2005). Contudo, em ambiente de cuidados críticos, o recurso à tecnologia torna-se imperativo, como é retratado por Locsin (2017), na sua teoria *Technological Competency as Caring in Nursing*, desde o uso de uma simples ortótese ocular até à utilização de um dispositivo de monitorização invasiva. A intervenção do enfermeiro baseia-se no conhecimento da pessoa como um todo, que constitui um processo multidimensional, incorporando, assim, a tecnologia na sua prestação de cuidados.

Nesta teoria estão subjacentes cinco pressupostos:

- "*persons are caring by virtue of their humanness*", em que o cuidado é gerido de acordo com a humanidade inerente ao ser humano;

- "*The ideal of wholeness is a perspective of unity*", a ideia de unidade da pessoa enquanto ser completo e não uma soma das suas partes, onde a intervenção do enfermeiro não se restringe a solucionar a falta de uma das partes, abrangendo também a partilha de experiência de cuidados de saúde com o doente;

- "*knowing persons is a multidimensional process*" o enfermeiro e o doente são categorizados como partes dinâmicas do processo do cuidar;

- *"technologies of health and nursing are elements for caring"*, permitindo ao enfermeiro integrar a tecnologia ativamente no processo de cuidar;

- *"nursing as a discipline and a professional practice"*, em que a prática de enfermagem baseia-se no conhecimento da evidência, essencial para a prática de cuidados (Locsin, 2017).

O conhecimento tecnológico constitui uma forma de compreensão das diversas dimensões da pessoa através do recurso a tecnologias, providenciando aos enfermeiros dados que lhe permitam aceder à PSC, através da vigilância da pessoa, atendendo aos dados obtidos pela tecnologia utilizada (Locsin, 2017).

1.3. Promoção da Segurança na gestão do *delirium* na PSC

Tendo como finalidade a gestão do risco e do ambiente que envolve a PSC nomeadamente na prevenção de complicações, a intervenção do enfermeiro especialista deve ter por base a evidência existente, permitindo a elaboração de protocolos de atuação que contemplem dimensões fisiológicas, emocionais e psíquicas que decorram da doença aguda ou crónica agudizada presentes e/ou dos processos médicos e cirúrgicos complexos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Como tal, para ilustrar a evidência presente acerca da temática em estudo, foi elaborada uma *Umbrella review*, cujo protocolo foi registado no PROSPERO (Anexo I), encontrando-se em fase de revisão por pares em revista com fator de impacto (Anexo II). Este tipo de artigo de revisão possibilita uma visão global sobre a temática em estudo, através da seleção de revisões sistemáticas existentes e que cumpram os critérios de inclusão e exclusão delineados (Joanna Briggs Institute, 2024).

De acordo com o dados obtidos, é possível apurar que a gestão do *delirium* assenta numa abordagem multimodal e ativa, que contempla a prevenção, identificação, intervenção e posterior avaliação dos *outcomes* produzidos, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados, promovendo a segurança do doente (Dahlstrom et al., 2020).

Na gestão do *delirium* na PSC, as intervenções mais impactantes na prevenção do mesmo, com cerca de 81,5% de eficácia, face à implementação de intervenções-padrão, resultam do recurso à utilização de uma estratégia multimodal. Esta estratégia engloba as intervenções no âmbito da controlo da dor (CD); promoção do sono (PS), onde estão incluídas estratégias de redução do ruído e otimização dos cuidados prestados no período noturno; mobilização precoce (MP) e atividade física; participação da família (PF), estimulação cognitiva (EC); reorientação (RO); estimulação sensorial (ES); gestão do ambiente (GA); avaliação sistemática (AS); intervenção hormonal (IH); sistema de prevenção automático (SPA); suspensão diária da sedação (SDS) e reajuste do planeamento das intervenções. As intervenções quando implementadas de forma isolada, têm uma menor efetividade face à incidência do *delirium* (Bannon et al., 2019; Chen et al., 2022; Flannery et al., 2016; Matsuura et al., 2022; Saritas & Tarlaci, 2021).

No estudo de Matsuura et al. (2022) foi observado que duas *bundles* (PS, EC, MP, CD, AS) e (PS, EC) foram eficazes na diminuição da incidência do *delirium*. De acordo com as *guidelines* sobre *Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium*,

Immobility, and Sleep Disruption (PADIS), para além das estratégias acima descritas, deve ser promovida a otimização da visão e audição na PSC, pela utilização de próteses e ortóteses, que muitas vezes são retiradas à pessoa internada. Apesar de estratégias não-farmacológicas multicomponentes se revelarem eficazes na prevenção da incidência do *delirium*, existem descritas pelos enfermeiros barreiras na sua aplicação, como a falta de tempo, elevada carga de trabalho e a elevada complexidade na implementação das intervenções em ambiente de UCI (Matsuura et al., 2022).

O episódio de internamento numa unidade de cuidados críticos, por si só, acarreta stress, vazio emocional, problemas sociais, que interferem no risco de a PSC desenvolver *delirium*, sendo que, a intervenção de profissionais de saúde permite a prevenção de cerca de um terço (1/3) dos casos (Oldroyd et al., 2017; Saritas & Tarlaci, 2021).

Outra dificuldade dos profissionais neste âmbito, reside na distinção do *delirium* face a outras condições psico e neurocognitivas, por não utilização de ferramentas adequadas de avaliação do mesmo (Saritas & Tarlaci, 2021). Torna-se imperativo compreender os instrumentos de avaliação da presença de *delirium* existentes na evidência científica.

A evolução da avaliação do *delirium* demonstrado por Schuurmans, et al. (2003), revela que muito esforço foi feito para desenvolver instrumentos que diagnostiquem, avaliem e quantifiquem a severidade da sintomatologia associada ao *delirium*, sendo que o diagnóstico *standard* era realizado por parte de um médico utilizando os critérios do DSM (American Psychiatric Association, 2013). No entanto, a subjetividade do avaliador constituía um obstáculo à fiabilidade desta avaliação.

As *guidelines da pain, agitation and delirium* (PAD) de 2013 serviram de guia para a abordagem na gestão, avaliação e prevenção da dor, agitação, sobriedação e *delirium* nos doentes críticos, referindo, já nessa altura, que a *Confusion Assessment Method* (CAM) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) seriam as escalas mais fiáveis e válidas, sugerindo que a ICDSC teria uma maior sensibilidade em relação à CAM-ICU na deteção do *delirium* nos doentes de UCI, mas é mais demorada e de difícil aplicação. A CAM-ICU pode ser utilizada em doentes sob VMI através de métodos de avaliação visuais ou auditivos, revelando ser mais fácil e rápida de ser utilizada durante a prestação de cuidados ao doente crítico. No entanto, só é eficaz se for aplicada de forma sistemática

na avaliação da presença de *delirium*, mais do que duas vezes por dia (Barr et al., 2013; Ho et al., 2020).

Quando existe a presença de *delirium*, existem estratégias não-farmacológicas e farmacológicas que contemplam uma abordagem multimodal. De acordo com a evidência encontrada, a intervenção que se revela mais eficaz na redução na incidência de *delirium* é a participação da família (94%), seguida da atividade física (74%), intervenções multicomponentes (68%), estimulação cognitiva (58%), gestão do ambiente físico (26%) e redução da sedação (18%) (Deng et al., 2020). Demonstrou-se uma evolução no que diz respeito ao uso dos fármacos no tratamento do *delirium*, sendo atualmente sugerido o uso da dexmedetomidina como o fármaco mais benéfico na diminuição da sua incidência e duração (Bingham & Flint, 2022; Burry et al., 2020; Halpin et al., 2020; Kim et al., 2020; Tao et al., 2018).

Para avaliação da implementação de medidas de prevenção, identificação e tratamento do *delirium* na PSC, existem *outcomes* que traduzem a sua gestão e consequente promoção da segurança da PSC nomeadamente o impacte no número de eventos adversos, tempo de internamento, mortalidade, morbilidade e tempo de VMI (Burry et al., 2021; Deng et al., 2020; Hu et al., 2015; Trogrlić et al., 2015).

A utilização da *bundle Awakening and Breathing Coordination, Delirium monitoring/management and Early exercise/mobility*, engloba ainda, intervenções que privilegiem a ventilação espontânea, mobilização precoce e gestão de medidas ambientais para a promoção do sono, com o objetivo de alcançar melhorias adicionais nos *outcomes* da PSC, especialmente em UCI (Barr et al., 2013).

A intervenção do enfermeiro na gestão do *delirium* deve centrar-se nesta estratégia multimodal, que tem impacte não só na pessoa como nas instituições de saúde. O recurso à tecnologia, como nos retrata Locsin (2017), permite a participação de uma forma presencial e/ou indireta da família com a utilização de telemóveis, de intercomunicadores, fotografias, entre outros recursos. A mobilização precoce consegue ser alcançada através do recurso a auxiliares da marcha, de cadeirões adaptados, ou outras tecnologias que permitam otimizar a intervenção do enfermeiro nesta área. A gestão do ambiente onde se encontra inserida a PSC, permite ao enfermeiro detetar precocemente sinais e alterações no padrão da mesma através de tecnologias como os monitores de telemetria, permitindo ao enfermeiro atuar precoce e prontamente nas

situações decorrentes da prestação de cuidados de enfermagem, tendo sempre em conta os riscos inerentes à sua prática (Locsin, 2017; Meyer & Lavin, 2005). A promoção do sono e controlo da dor permitem alcançar melhores resultados na gestão do *delirium* na PSC, possibilitando o seu envolvimento na prestação de cuidados, ao serem aplicadas escalas de avaliação da dor enquanto recurso tecnológico e, concomitantemente, protocolos de gestão da mesma. O uso destas tecnologias e recursos no processo multidimensional de conhecimento da PSC é um processo dinâmico que permite obter ganhos em saúde nesta área (Locsin, 2017; Meyer & Lavin, 2005).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, este capítulo surge com a finalidade de demonstrar o desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem, tal como preconizado pela legislação (Lei nº157/2018, 2018; Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019). Para tal, foi utilizada a metodologia de projeto (Sousa, 2007), contemplando as diferentes fases do processo para a obtenção do resultado pretendido – o desenvolvimento de competências de mestre e especialista numa perspetiva de evolução -, tal como consta no Modelo de Dreyfus, adaptado por Benner (2001). Esta autora, estabelece a progressão de um enfermeiro por cinco níveis consecutivos, tendo por base a aquisição e/ou desenvolvimento de uma ou mais competências, desde iniciado a perito, englobando mudanças gerais em três domínios, como a praticabilidade de normas estudadas na teoria transportando-as para a experiência vivenciada, a mudança de paradigma do pensamento relacionado com uma situação e o crescente envolvimento na implementação de intervenções desde a sua apreciação, ao diagnóstico e plano de intervenção, com a respetiva reavaliação.

Este projeto concretizou-se através da realização de diversas atividades, entre as quais, ensinamentos clínicos em serviço de urgência geral polivalente, com a duração de cerca de 225 horas, em UQ, e, numa unidade de cuidados intensivos polivalente com a duração conjunta de cerca de 448 horas. Para tal, foram definidos como objetivos gerais: a) desenvolver competências de mestre e especialista na abordagem à PSC em contexto de SU e UCI; b) desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão do *delirium* para a promoção da segurança na PSC e família no SU e na UCI.

Para estes objetivos, foram definidos objetivos específicos e atividades desenvolvidas para a sua concretização, que se encontram em apêndice (Apêndice I, Apêndice II e Apêndice III).

2.1. Serviço de urgência geral

Neste percurso de desenvolvimento de competências, realizei o ensino clínico num serviço de urgência geral polivalente, inserido na área metropolitana de Lisboa, constituído por vários setores, nomeadamente: quatro postos de triagem; duas salas de balcões (macas e ambulatório), apoiadas por um gabinete de administração terapêutica; o Centro de Apoio ao Serviço de Urgência (CASU), com cinco salas de serviço de observação, e uma sala complementar para isolamento de doentes positivos ao COVID-19; quatro salas de emergência, em que duas estão designadas para abordagem ao doente de trauma, por ser um centro de trauma, e as outras duas estão designadas aos doentes do foro médico; uma sala de isolamento e ainda o gabinete de apoio às diferentes especialidades. A equipa de enfermagem constitui ainda a equipa de emergência médica intra-hospitalar. São encaminhados/referenciados ainda doentes para o centro de extra corporeal membrane oxygenation (ECMO) e via-verde paragem cardiorrespiratória (PCR).

As atividades desenvolvidas, decorreram num total de cerca de 225 horas, e constam em apêndice (Apêndice I).

Ao conhecer o circuito do doente e realizar turnos nos diferentes setores, foi-me possível perceber a dinâmica do serviço, permitindo-me compreender as respostas existentes para a prestação de cuidados ao doente que recorre ao SU.

Na abordagem à PSC e família, foi-me possível desenvolver competências na administração de cuidados de elevada complexidade com a identificação precoce dos focos de instabilidade da PSC, como o nível de consciência, por exemplo, através da identificação precoce de sinais de deterioração clínica, avaliando sistematicamente a necessidade de aumentar o nível de vigilância nos cuidados, por exemplo, nas áreas de ambulatório, onde não existe possibilidade de monitorização contínua com monitor multiparâmetros (Regulamento nº 429/2018, 2018). Para tal, tive por base os conhecimentos desenvolvidos nos diversos cursos realizados previamente, como o curso de SAV (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020) cujo certificado se encontra em anexo (Anexo III) e SAV trauma (American College of Surgeons, 2018), cujo certificado se encontra, também, em anexo (Anexo IV).

A abordagem de protocolos terapêuticos complexos, como a via verde coronária (Norma nº 002/2015, 2015), AVC (Norma nº 015/2017, 2017) ou trauma (Norma nº 012/2022, 2022) possibilitou-me participar na abordagem sistematizada à PSC presente no SU, e perceber a coordenação necessária entre a equipa multidisciplinar intra e inter-hospitalar. Para tal, o trabalho em equipa constituiu-se como essencial na continuidade de cuidados, orientados para um objetivo comum, com recurso a uma linguagem comum em que todos os elementos são responsáveis pelos resultados alcançados (Webber, 2015).

No que diz respeito à gestão de protocolos terapêuticos complexos como a gestão da dor, compreendi a importância do enfermeiro nesta área, pois, a sua intervenção permite identificar, com o recurso a escalas adequadas, avaliar sistematicamente, e implementar as medidas não-farmacológicas na gestão da dor e, se necessário, articular com a equipa médica a necessidade de recurso a medidas farmacológicas complementares. Como exemplo, na abordagem a um doente com hematuria com necessidade de algaliação por parte da especialidade de urologia, devido a retenção urinária, e consequente necessidade de lavagem vesical, a gestão da dor foi realizada durante todas as fases do procedimento, tendo sido explicado ao doente o procedimento, adquirido o seu consentimento e proporcionada privacidade, avaliada a dor de forma sistemática e aplicadas medidas farmacológicas simultaneamente à realização e técnica de algaliação, com reavaliação da intervenção posteriormente.

Na vertente relativa à família, encontra-se designado um enfermeiro que contacta telefónica ou presencialmente com os familiares dos doentes internados. A minha colaboração neste âmbito, permitiu-me desenvolver competências de comunicação eficaz com o doente e a família (Lei nº157/2018, 2018), onde foram promovidas estratégias como a escuta ativa, gestão de conflitos e esclarecimento de dúvidas. Um dos exemplos, foi a necessidade de gestão de conflitos e de informação junto a familiares que se deslocavam ao SU, tendo sido esclarecidas todas as suas dúvidas num ambiente calmo e privado, e possibilitada a visita dos seus familiares, tendo em conta a dinâmica do SU. Acerca deste temática senti a necessidade de realizar uma reflexão que me permitisse compreender o impacto da transição saúde-doença no doente e na família. Da análise efetuada, constatei que enfermeiro aborda as mudanças inerentes às transições dos doentes e família e como tal pode ser um elemento facilitador, capacitando o doente e

família para o processo de aprendizagem de novas habilidades de acordo com a transição vivenciada (Meleis et al., 2000).

No setor da triagem, tive a oportunidade de contactar com a abordagem rápida e sistematizada dos doentes, através do sistema de Triagem de Manchester (Freitas et al., 2011; Grupo Português de Triagem, 2010), bem como com os protocolos existentes com as diferentes especialidades médicas e respetivos encaminhamentos. Um dos exemplos é a presença de um protocolo de monotrauma na triagem, em que o enfermeiro tem a possibilidade de prescrição de uma radiografia previamente à observação médica. Tendo em conta que o primeiro elo da cadeia de sobrevivência assenta no reconhecimento de uma situação de risco de vida, o ponto de partida dos cuidados de enfermagem passa por uma correta apreciação, permitindo ao enfermeiro detetar precocemente alterações no estado da pessoa intervindo prontamente em concordância (Figueira & Pereira, 2020). Esta intervenção tem o objetivo de gerir de forma mais eficiente os recursos materiais, de tempo e humanos. Esta competência conferida ao enfermeiro que se encontra a realizar a triagem, proporciona uma melhor gestão dos recursos existentes e do tempo, indo ao encontro de uma abordagem mais eficaz, rápida e efetiva na prestação de cuidados de saúde (Bowen et al., 2019). Neste setor são realçadas as competências de diagnóstico, prescrição de meios complementares de diagnóstico, abreviando em benefício do doente, a prestação de cuidados de saúde (Bowen et al., 2019). Em última análise, contribui para alcançar melhores cuidados de saúde e menores custos associados (Bowen et al., 2019). Em resposta às mudanças nas práticas e necessidades de saúde da sociedade atual, onde muitas vezes os recursos são inferiores às necessidades, torna-se imperativo o desenvolvimento de uma prática avançada de enfermagem. Os enfermeiros de prática avançada em enfermagem gerem os cuidados a populações complexas, prestando cuidados clínicos especializados aos doentes, apoiando a aprendizagem dos enfermeiros e das equipas interdisciplinares e facilitam a inovação e os resultados do sistema de saúde de acordo com a sua descrição individual de funções (Jokiniemi et al., 2022).

Durante a prestação de cuidados em balcão de macas e de ambulatórios, o desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção, e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, revelou-se um desafio, na medida em que, para a implementação destas estratégias era necessário o ajuste contínuo destas medidas

devido ao elevado número de doentes. Um dos exemplos deste ajuste foi a demonstração à equipa da fácil e rápida desinfeção do monitor de avaliação de sinais vitais entre as diversas utilizações, através da presença de um antisséptico (como o álcool a 70°C), junto ao equipamento. Por outro lado, consegui identificar que, já existiam estratégias como a presença de kits de algáliação, kits de colheita de hemoculturas, que facilitam ao enfermeiro o cumprimento de normas e *guidelines* de intervenção, de forma mais célere (Lebre et al., 2017).

De acordo com a minha temática de estudo, na prestação de cuidados aos doentes presentes nas salas de observação, as medidas de gestão do *delirium* foram mais facilmente implementadas/verificadas, em comparação com os outros setores, na medida em que, o fluxo de pessoas é menor e as condições ambientais, como o nível de ruído, a luminosidade, eram menores nesses setores, pela dimensão e estrutura das salas. Foi partilhado com os pares, informalmente, evidência atual acerca da gestão do *delirium*, e as potencialidades de algumas intervenções de enfermagem nesta área, como a participação/inclusão da família nos cuidados, tendo sempre como foco a promoção da orientação da pessoa e consequente promoção da sua segurança, contribuindo assim para a formação contínua de pares (Lei nº157/2018, 2018).

O desenvolvimento de julgamento crítico foi igualmente desenvolvido nas salas de emergência, ao, por exemplo, priorizar a abordagem a um doente que aparentava ter menor gravidade, mas que através da vigilância e após abordagem sistematizada *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* (ABCDE), percebeu-se o contrário. Posteriormente à estabilização do mesmo, pude proceder ao envolvimento da família junto do doente, salvaguardando sempre os princípios éticos e legais inerentes à prestação de cuidados e à vontade do doente (Regulamento nº140/2019, 2019).

A dinâmica do SU é constantemente modificada pela elevada afluência de doentes. Para tal o enfermeiro que gere a equipa, deve adequar os recursos humanos, materiais e até organizacionais, com o intuito de otimizar os cuidados. Assim, ao realizar turnos com enfermeiros com funções de gestão de equipas, pude desenvolver competências de gestão que visassem ter uma visão global do serviço, permitindo adequar os recursos humanos e materiais disponíveis, de forma a dar resposta eficiente às necessidades dos doentes e da equipa (Regulamento nº140/2019, 2019).

Durante o percurso de desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem, a abordagem a situações de exceção, emergência e catástrofe podem não ocorrer de forma frequente ou visível. Como tal, a oportunidade de participar no Congresso Internacional Emergência '23, cujo certificado se encontra em anexo (Anexo V), foi crucial pois permitiu o desenvolvimento de competências nesta área e também no âmbito do transporte do doente crítico da população pediátrica e adulta, permitindo a integração de conhecimentos para gerir questões complexas. Aqui se inclui a reflexão proporcionada pela participação no evento, sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais existentes na resolução de situações novas, desconhecidas, que exigem soluções extensíveis à equipa multidisciplinar (Lei nº157/2018, 2018).

Para tal, foi-me possível perceber a necessidade da presença permanente de condições de segurança, na resposta à vítima, com ou sem trauma, em idade adulta ou pediátrica, correlacionando a formação adquirida no SAV pediátrico, conforme certificado em anexo (Anexo VI).

Constatei, que a evacuação de doentes pediátricos e adultos, pode decorrer com o recurso às forças armadas, em situação de resgate aéreo, marítimo ou terrestre, garantindo uma continuidade dos cuidados, transmitindo e registando a informação nos sistemas de informação adequados para o efeito (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Concomitantemente, a apresentação dos planos de emergência externos apresentados, nomeadamente a realidade de um hospital espanhol e de um hospital português, permitiu-me perceber o tipo de planeamento de resposta à situação de catástrofe, bem como as atualizações necessárias a este plano, identificadas durante a realização de simulacros. A definição do papel de cada um na equipa, comunicando de forma assertiva verbalmente e através de cartões de ação, a definição de prioridades de atuação de acordo com a triagem primária e secundária, e a abordagem nas áreas de tratamento, onde o doente é tratado e reavaliado com regularidade, foi essencial para o desenvolvimento destas competências (Regulamento nº 429/2018, 2018).

2.2 Unidade de queimados

No segundo ano do presente mestrado, realizei o ensino clínico numa UQ, inserida na área metropolitana de Lisboa, constituída por cinco salas individuais com fluxo de pressão positiva, características presentes em cada unidade do doente, justificada pela perda da camada protetora da pele na pessoa queimada, o que lhe confere um maior risco de infeção, sépsis, e falência multiorgânica (Endorf & Ahrenholz, 2011; Ren et al., 2022). O serviço apresenta também uma sala de bloco operatório onde se efetuam as diversas intervenções cirúrgicas necessárias ao tratamento delineado pela equipa multidisciplinar e uma sala de balneoterapia, tratamento que se realiza a cada admissão ou sempre que se constitua como uma intervenção necessária. Com a realização de turnos nos diversos setores, foi-me possível perceber a dinâmica do serviço e conhecer o circuito do doente permitindo-me compreender as diferentes respostas de prestação de cuidados existentes naquele contexto.

As atividades desenvolvidas, decorreram num total de cerca de 380 horas, e encontram-se descritas em apêndice (Apêndice II). Mantive o recurso aos conhecimentos desenvolvidos anteriormente, nos cursos de SAV (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020) (Anexo III) e SAV trauma (American College of Surgeons, 2018) (Anexo IV). Consultei, ainda, evidência lecionada na UC e nas bases de dados, acerca da PSC grande queimada, de forma a compreender as diferenças na abordagem ao doente queimado comparativamente à PSC que não apresenta esta especificidade.

Como referido anteriormente, na admissão do doente na UQ é realizado o procedimento da balneoterapia, etapa fundamental do controlo de infeção na pessoa com queimadura, que consiste na limpeza da ferida o mais rapidamente possível após a exposição a um agente externo (Markiewicz-Gospodarek et al., 2022). Requer uma abordagem holística da equipa multidisciplinar, composta por médico anestesista, cirurgião plástico e equipa de enfermagem, nomeadamente enfermeira de apoio à anestesia, enfermeira circulante e enfermeira instrumentista. Este procedimento é realizado numa sala com características específicas nomeadamente pressão positiva, de forma a garantir o isolamento protetor necessário à prestação de cuidados ao doente queimado, devido ao elevado risco de infeção (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

A minha área de intervenção atual agiu como um agente facilitador na prestação de cuidados ao doente queimado em contexto intraoperatório, na medida em que presto cuidados ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos e me encontro familiarizada com a abordagem a esta tipologia de doentes, nomeadamente na gestão da dor. Por outro lado, a especificidade no tratamento de queimaduras e opções terapêuticas/cirúrgicas revelaram-se um elemento desconhecido e desafiador. Tive a necessidade de recorrer à pesquisa de evidência existente que me permitiu o desenvolvimento de conhecimentos na prestação de cuidados ao doente queimado. De acordo com a especificidade da temática em estudo, especialmente o doente grande queimado, enfrenta procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral morosos e de duração extensa durante a abordagem cirúrgica das queimaduras, o que concorre para a ocorrência de *delirium* (Ren et al., 2022).

Durante a gestão de protocolos terapêuticos complexos, compreendi a intervenção de enfermagem e o seu impacto na gestão do tratamento das queimaduras, envolvendo a equipa multidisciplinar. Na abordagem à PSC com queimadura, a gestão da dor não existe apenas durante a execução dos tratamentos. A avaliação da dor e o conhecimento da história de dor da PSC, permite ao enfermeiro colaborar com a equipa médica na adequação da terapêutica farmacológica e não-farmacológica na gestão da dor antes, durante e após o procedimento (Lavrentieva et al., 2017). Um dos exemplos foi, a relação terapêutica estabelecida com a PSC/família, que permitiu conhecer a história de dor e a terapêutica prévia ao internamento, o que em articulação com a equipa médica, possibilitou o reinício da sua terapêutica habitual, contribuindo para uma melhoria na gestão da dor (Teixeira & Silva, 2023). Complementarmente, foram aplicadas medidas não-farmacológicas da dor, como técnicas de relaxamento, proporcionando assim, melhores resultados nesta área (Devlin et al., 2018).

Neste local, as visitas encontram-se restritas desde o contexto pandémico, existindo uma barreira física, um vidro transparente entre o doente e a família, podendo este constituir-se como um obstáculo ao estabelecimento da relação entre eles e até com o meio que o envolve. De acordo com a evidência, a participação da família na gestão do *delirium* representa a intervenção mais eficaz, quando utilizada de forma isolada, na redução da sua incidência em cerca de 94%, representando uma das intervenções presentes na estratégia multimodal realçada na literatura (Deng et al., 2020; Sosnowski

et al., 2023). Neste âmbito, devido às barreiras físicas explicitadas anteriormente, o desenvolvimento de competências foi alcançado através do estabelecimento de uma comunicação eficaz com o doente e a família (Lei nº157/2018, 2018), através do recurso a intercomunicadores presentes dentro e fora das unidades dos doentes e/ou pela deslocação a um corredor externo que permitia a interação direta entre com a família. Na prestação de cuidados à PSC e família para a gestão do *delirium*, tendo em conta as particularidades da unidade anteriormente referidas, e sendo a participação da família a intervenção com maior impacto na gestão do *delirium* (Deng et al., 2020), fomentei a participação da família, proporcionando a sua presença quer por via telefónica ou presencial junto da PSC. Baseando-me na evidência atual acerca da gestão do *delirium* na PSC, promovi o envolvimento dos pares tendo sempre como foco a orientação para a realidade e o suporte emocional, com consequente promoção da segurança dos doentes, contribuindo assim para a formação contínua da enfermagem (Deng et al., 2020; Lei nº157/2018, 2018; Sosnowski et al., 2023). Como exemplo, destaco a presença de fotografias da família que impactou de forma positiva a gestão do *delirium* num doente que tinha sido pai há relativamente pouco tempo. Em entrevista à família, realizada no corredor externo onde são efetuadas as visitas, foi possível instituir estratégias com foco na orientação para a realidade, na gestão da ansiedade e motivação do doente, na promoção do sentimento de presença constante da sua família, através da partilha de fotografias com o doente.

Durante a prestação de cuidados ao doente queimado, a necessidade de desenvolver competências não só na identificação de potenciais focos de instabilidade como na área do conhecimento do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA) foi crucial para a otimização da intervenção de enfermagem junto a estes doentes. Constata-se que entre 28% a 65% das mortes após lesão por queimaduras estão relacionadas com infeção (Markiewicz-Gospodarek et al., 2022). Cerca de 91% dos pacientes que morrem por sépsis associada à presença de queimadura têm culturas bacterianas ou fúngicas positivas (Roth & Hughes, 2016). A presença de lesão na pele causada por uma queimadura, promove um meio cultural propício ao desenvolvimento de microrganismos, bem como, o stress, choque e supressão imunológica intrínseca, contribuindo para aumento da ocorrência de infeções, tendo como ponto de partida as lesões, evoluindo para sépsis no doente queimado (Ren

et al., 2022). O conhecimento da intervenção especializada do enfermeiro na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção baseado na evidência científica, o conhecimento das estratégias de prevenção e controlo da infeção existentes na UQ, adequando os procedimentos e circuitos já estabelecidos face às vias de transmissão permitiu-me o desenvolvimento de competências neste âmbito (Ordem dos Enfermeiros, 2017; Regulamento n.º 361/2015, 2015; Ren et al., 2022).

O desenvolvimento de julgamento crítico, nomeadamente no doente queimado, requer uma abordagem sistematizada ABCDE, metodologia que tive oportunidade de continuar a desenvolver neste contexto, onde me foi possível priorizar e realizar intervenções especializadas ao doente queimado (Norma 022/2012, 2017). Após a estabilização do mesmo, compreendi a necessidade de apoiar o doente e a família, devido às modificações fisiológicas, psicológicas e sociais decorrentes do processo de doença vivenciado, salvaguardando sempre os princípios éticos e legais inerentes à prestação de cuidados (Regulamento n.º140/2019, 2019).

Tive a oportunidade de realizar um turno com a enfermeira chefe, que me permitiu desenvolver competências de gestão, o que permitiu a obtenção de uma visão global do serviço e dos recursos necessários. Relativamente à escolha de recursos foi-me possibilitada a participação numa reunião multidisciplinar com a comissão de dispositivos médicos da respetiva Unidade Local de Saúde (ULS). Nas instituições de saúde, a aquisição de dispositivos médicos tem de estar em conformidade com a legislação europeia e nacional, que deve ser assegurada em todo o processo de aquisição e receção dos mesmos, sendo esta fiscalizada pela Comissão de Dispositivos Médicos (Lei n.º 29/2024, 2024). Compete à mesma a emissão de pareceres sobre questões técnicas no âmbito da aquisição dos respetivos dispositivos, com a máxima de otimizar as intervenções inerentes à prestação de cuidados (Lei n.º 46/2012, 2012; Regulamento n.º140/2019, 2019).

Frequentei as VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, cujo certificado se encontra em anexo (Anexo VII). O seu programa incidiu nos objetivos terapêuticos para o doente crítico no âmbito da ressuscitação, com especial ênfase nas medidas adotadas na prevenção e intervenção no controlo de infeção do doente crítico, abordagem do doente em choque séptico, apresentação das experiências vivenciadas pela PSC e família durante

o internamento em cuidados críticos, com apresentação de resultados e exposição dos mesmos após o internamento em UCI.

A sua frequência permitiu-me desenvolver inúmeras competências no âmbito do controlo de infeção e do PPCIRA, visto o doente queimado apresentar um elevado risco de infeção; no âmbito da gestão e controlo da dor na execução do tratamento às queimaduras; gestão de protocolos terapêuticos complexos e de abordagem à PSC e família nas perturbações emocionais consequentes do processo de doença crítica, bem como nas alterações de autoimagem do doente queimado (Lavrentieva et al., 2017; Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019; Ren et al., 2022).

A gestão da ventilação, a ressuscitação volémica, com o recurso à fórmula de Parkland, a nutrição, a gestão térmica, a gestão do ambiente do doente numa abordagem de controlo de infeção, revelaram-se aspetos singulares e específicos do doente queimado, pelo que recorri à evidência atual para adequar as intervenções de enfermagem ao doente queimado (Cartotto et al., 2024; Endorf & Ahrenholz, 2011; Ren et al., 2022; Stanley et al., 2022).

Desta forma, o enfermeiro mestre e especialista desempenha uma intervenção especializada na prevenção, intervenção e controlo de infeção, por ser um vetor essencial na implementação dos feixes de intervenções, que possibilitam a prevenção da infeção e consequentemente o decréscimo da resistência à terapêutica antimicrobiana (Regulamento nº 429/2018, 2018), sendo-me possível, enquanto estudante, a reflexão crítica da importância da intervenção especializada do enfermeiro a esta população específica (Ren et al., 2022). Por exemplo, na abordagem do doente queimado, deve ser adotada técnica asséptica durante a prestação de cuidados de higiene e conforto no leito devido à presença de lesão por queimadura e/ou dos diversos dispositivos médicos invasivos que contribuem para o aumento do risco de infeção (Ren et al., 2022). No doente queimado, as diversas lesões na pele causadas pelas queimaduras provocam cicatrizes e alterações cutâneas hipertróficas, que impactam na sua autoimagem (Endorf & Ahrenholz, 2011). Assim, a intervenção especializada do enfermeiro tem também como objetivo o cuidado à pessoa/família nas perturbações emocionais consequentes do processo de doença crítica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Ainda nas Jornadas que referi anteriormente, foi apresentado o testemunho de uma doente internada numa UCI polivalente, sobre a consulta de *follow-up* após o seu

internamento em UCI. As sequelas decorrentes da doença crítica afetam a PSC e a sua família (Cardoso et al., 2024). Como tal, é crucial o reconhecimento e a compreensão das práticas envolvidas nos cuidados prestados em ambiente de UCI, tendo o objetivo de obter contributos para otimizar a prestação de cuidados de saúde, contribuindo assim para a sua melhoria contínua (Cardoso et al., 2024; Regulamento nº140/2019, 2019; Santos et al., 2023). A relevância da partilha de experiências em cuidados intensivos por parte dos doentes, referindo os seus medos, angústias, preocupações, permitiu a consciencialização sobre a necessidade de reavaliação e inclusão de intervenções de enfermagem direcionadas às necessidades transmitidas pelos doentes e que anteriormente poderiam ser de difícil perceção por parte do enfermeiro.

Com o intuito de reflexão crítica do meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, realizei reflexões de situações vivenciadas durante o ensino clínico, uma das quais, foi elaborada sob a forma de um jornal de aprendizagem. Este foi centrado na minha presença no bloco operatório da UQ, mais especificamente sobre a intervenção na gestão da dor e do bem-estar da PSC, gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e prestação de cuidados ao doente queimado no apoio à anestesia, no intraoperatório, com a observação de desbridamento cirúrgico e enxertos de queimaduras, permitindo a articulação de conhecimentos e sua aplicação na prática clínica nesta área (Lei nº157/2018, 2018; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Foi também realizado um estudo de caso, com o intuito de sistematizar e apresentar as intervenções de enfermagem ao doente queimado, de acordo com a taxonomia da CIPE (International Council of Nurses, 2019). No meu percurso de estudante, os contributos com a realização deste estudo de caso, permitiram-me a clarificação de conceitos e das fases do processo de enfermagem, nomeadamente a etapa de elaboração de diagnósticos, e prescrição das intervenções especializadas de enfermagem, com obtenção de resultados esperados/potenciais, bem como a sua reavaliação, recorrendo a uma linguagem universal (International Council of Nurses, 2019).

Durante a minha presença na UQ, os obstáculos identificados na gestão do *delirium* da PSC, foi uma das limitações por mim identificada. Para a lacuna de conhecimentos existente, senti a necessidade de desenvolver uma revisão integrativa da

literatura (RIL) acerca desta temática nesta tipologia específica de doentes, com a colaboração da enfermeira e professora orientadoras e com o envolvimento da equipa pedagógica do Projeto *Id.Care* registado no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), para otimização da intervenção especializada de enfermagem nesta área, cujo registo do protocolo se encontra em anexo (Anexo VIII). Para ilustrar a evidência encontrada foi realizada a apresentação de um póster no *Webinar* Inovação em enfermagem: produção do conhecimento e exercício clínico, que se encontra em apêndice (Apêndice IV).

Este contexto constituiu um ambiente de aprendizagem enriquecedor no desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem na área da PSC, tendo como principais indicadores a necessidade de especificidade na intervenção do enfermeiro tendo em conta as diversas características do doente queimado, através da integração de conhecimentos, promovendo o raciocínio e julgamento clínico acerca do mesmo (Lei nº157/2018, 2018).

Com a orientação tutorial desenvolvida, consegui aplicar medidas de gestão de *delirium* na PSC, nomeadamente a redução do ruído ou luminosidade, promoção da participação da família nos cuidados prestados, através do recurso a fotografias providenciadas pela mesma, ou da realização de videochamadas; a utilização de dispositivos que permitissem a orientação para a realidade, como a presença de relógios e calendários; a mobilização precoce, privilegiando a autonomia do doente nos posicionamentos; e no levante com a colaboração com profissionais de saúde da área da reabilitação, tendo como objetivo a prevenção/gestão *delirium* e consequente promoção da segurança da pessoa, tendo por base as teorias de Meyer & Lavin (2005) e de Locsin (2017), realçando-se assim a importância do uso de tecnologias na vigilância, apreciação e conhecimento do doente de forma multimodal, como forma de mitigar as dificuldades neste âmbito.

2.3. Unidade de cuidados intensivos polivalente

No segundo ano do presente mestrado, tive também a oportunidade de realizar um ensino clínico no serviço onde presto cuidados. Tracei como objetivo específico, a identificação de oportunidades de melhoria no âmbito da temática em estudo, e delinear um projeto de melhoria das práticas no âmbito da gestão do *delirium* na PSC.

Este serviço designa-se como uma UCI polivalente, que se encontra inserida na área metropolitana de Lisboa, constituída por múltiplos setores, nomeadamente cinco salas com a totalidade de 22 camas de nível III; uma sala para realização de procedimentos invasivos, como por exemplo, para a colocação de eletrocateres; uma sala para realizar técnica de substituição da função renal intermitente, que comporta até dois doentes em simultâneo.

Tendo em conta o objetivo referido, as atividades desenvolvidas, decorreram num período de cerca de 76,5 horas e encontram-se especificadas numa tabela (Apêndice III).

Dada a brevidade da minha frequência neste contexto, projetei atividades no âmbito da formação contínua em enfermagem (Lei nº157/2018, 2018), para o desenvolvimento de um estudo de investigação-ação, exploratório e observacional, com objetivo de avaliar o impacto de um programa educativo para enfermeiros no âmbito da gestão do *delirium* na pessoa em situação crítica.

O mesmo contempla quatro fases:

- Fase um - exploratória – através da realização de uma *Umbrella review* sobre o tema (já efetuada e a aguardar decisão); obtenção das características sociodemográficas dos enfermeiros da unidade e levantamento de indicadores através da aplicação do questionário digital e uma grelha de observação, tendo por base a *Bundle* da PADIS (Devlin et al., 2018) e os resultados da *Umbrella review* desenvolvida.
- Fase dois – aplicação de um programa educativo dirigido aos enfermeiros, tendo em conta a triangulação dos resultados obtidos na fase um;
- Fase três – reavaliação dos mesmos indicadores pós intervenção/aplicação de programa de educativo;
- Fase quatro – planeamento e execução de *follow up* a cada três meses, para garantir a sustentabilidade do projeto.

Atualmente, este estudo foi submetido ao Centro de investigação da ULS, tendo obtido aprovação, conforme parecer da Comissão de Ética para a Saúde. Encontra-se em desenvolvimento a fase 1, fase exploratória do projeto. Este estudo demonstra a parceria entre a prática clínica e a ESEL, por via do projeto *id.Care*, do CIDNUR, salvaguardando não só os princípios éticos e legais, como a relação entre a prática e a academia, como forma de colmatar as reais necessidades da prática, dando também visibilidade à enfermagem enquanto disciplina e profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de desenvolvimento de competências especializadas na PSC exige a experiência e um rápido julgamento clínico, bem como resposta a situações de risco de vida, onde o potencial de erro deve ser minimizado; ser enfermeiro nestes contextos é intelectual e emocionalmente desafiante.

O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem é considerado um processo complexo e dinâmico, onde existe a necessidade de delinear as etapas que envolvem ativamente o estudante na procura de conhecimento científico, como por exemplo através da realização da revisão da literatura, de forma a sustentar as suas intervenções de enfermagem, proporcionando também a divulgação aos pares e a geração de novas hipóteses, enriquecendo, assim, o conhecimento da disciplina.

Os conhecimentos profissionais inerentes à prestação de cuidados ao doente crítico que possuía previamente, agiram como um agente facilitador na abordagem à PSC nos diversos contextos que contactei, o que me permitiu desenvolver competências de forma diferenciada, adequando ao contexto vivenciado. Tendo como referencial teórico para o desenvolvimento do julgamento clínico na tomada de decisão, a autora Tanner (2006), considero que a tomada de decisão em enfermagem é composta pelo exercício de um julgamento clínico adequado através do desenvolvimento da habilidade da perceção da enfermagem em relação aos domínios físico, psicológico e social da patologia em si, considerando, a experiência da PSC e família no processo da doença.

O desenvolvimento de conhecimentos acerca da temática escolhida, tendo em conta a prática baseada na evidência, contribui para a realização de uma *Umbrella review* e de uma RIL, aspeto desafiante por necessitar de estratégias de gestão de tempo e pela necessidade de aquisição e aprendizagem no uso de novas ferramentas tecnológicas para execução dos diversos trabalhos académicos.

As principais dificuldades que senti durante todo este processo de aprendizagem foram a gestão de tempo na conjugação entre a componente académica, profissional e pessoal, o que não promoveram um rápido desenvolvimento de competências, por necessitar de efetuar pausas durante o percurso. Por outro lado, senti que estas pausas foram cruciais para o consistente desenvolvimento de competências e gestão de energia despendida no percurso. A complexa articulação entre as teorias e a sua aplicação na

prática, também se revelou um desafio. Como estratégias recorri à evidência científica presente nas diversas bases de dados e biblioteca, que me permitiram desenvolver conhecimentos e discutir acerca da temática em estudo e outras. No entanto para possibilitar o uso das bases de dados foi necessário o aprofundamento de conhecimentos na manipulação das mesmas, e para isso recorri a formações neste âmbito e orientações tutoriais.

Assim, considero que ao longo de todo o percurso de mestrado, foi-me possível desenvolver as competências: a) na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC com avaliação do risco de falência orgânica ou antecipação do mesmo, salvaguardando os princípios éticos e legais; b) na assistência da PSC/família nas suas perturbações emocionais decorrentes do processo de saúde/doença crítica ou falência orgânica, promovendo a comunicação interpessoal e o estabelecimento de uma relação terapêutica; c) na gestão da dor e do bem-estar da PSC; d) na gestão de protocolos terapêuticos complexos; no conhecimento do PPCIRA; e) no suporte e agindo como agente transmissor de conhecimentos na prática de cuidados tendo por base a evidência; f) na gestão de cuidados em situações de emergência, catástrofe ou exceção à PSC; g) na realização de investigação e divulgação/disseminação do conhecimento.

Futuramente ambiciono a publicação da *Umbrella review* que se encontra em revisão na revista *Acute and Critical Care*, bem como a publicação da RIL acerca da gestão do *delirium* no doente queimado. A realização de um projeto de investigação na ULS onde exerço a minha prática clínica, permitirá conhecer a incidência do *delirium* na UCI polivalente, bem como otimizar a intervenção do enfermeiro na gestão do *delirium* na PSC, tendo por base a evidência mais atual acerca da temática. Perspetiva-se posteriormente, a partilha de evidência em eventos de divulgação científica, constituindo-se estes como oportunidades de comunicação e divulgação de ciência, que reflita a melhoria na prestação de cuidados de enfermagem à PSC neste âmbito.

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados*. ACSS.
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual* (C. Merrick (ed.); 10th ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM - 5* (Fifth).
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Bannon, L., McGaughey, J., Verghis, R., Clarke, M., McAuley, D., & 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>
- Barr, J., Kishman, C., & Jaeschke, R. (2013). The Methodological Approach Used to Develop the 2013 Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines for Adult ICU Patients. *Critical Care Medicine*, 41, S1–S15. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a167d7>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care A Thinking-in-Action Approach* (Second). Springer Publishing Company.
- Bingham, K., & Flint, A. (2022). Management of delirium in older adults: challenges and opportunities. *International Psychogeriatrics*, 34(10), 861–864. <https://doi.org/10.1017/S1041610221000569>
- Blevins, C. (2021). Delirium: Prevention, Early Recognition, and Treatment. In M. Boltz, E. A. Capezuti, D. Zwicker, & T. Fulmer (Eds.), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols For Best Practice* (6th ed., pp. 317–330). Springer Publishing Company.
- Bowen, D., Bryant-Lukosius, D., Byres, D., Carr, M., Cooper, R., Allen, D., Rogerson, C., Lachance, J., Little, L., Martin-Misener, R., Rauliuk, M., Roussel, J., Stansfield, K., & Walls, C. (2019). *Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework*. Canadian Nurses Association.
- Burry, L., Cheng, W., Williamson, D., Adhikari, N., Egerod, I., Kanji, S., Martin, C., Hutton, B., & Rose, L. (2021). Pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 47(9), 943–960. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06490-3>
- Burry, L., Cheng, W., Williamson, D., Adhikari, N., Egerod, I., Kanji, S., Martin, C., Hutton, B., Rose, L., Zhang, S., Han, Y., Xiao, Q., Li, H., Wu, Y., Chen, T. J., Traynor, V., Wang, A. Y., Shih, C. Y., Tu, M. C., ... Davidson, P. M. (2020). Postoperative Delirium in Older Patients: A Systematic Review of Assessment and Incidence of Postoperative

Delirium. *Journal of Clinical Anesthesia*, 9(10), 110157. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01440-6>

- Cardoso, T., Jardim, M., Vales, C., Moniz, A., Tintim, C., Coimbra, I., & Gomes, E. (2024). Recomendações para o seguimento da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos. *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, 1–50.
- Cartotto, R., Johnson, L., Savetamal, A., Greenhalgh, D., Kubasiak, J., Pham, T., Rizzo, J., Sen, S., & Main, E. (2024). American Burn Association Clinical Practice Guidelines on Burn Shock Resuscitation. *Journal of Burn Care & Research*, 45(3), 565–589. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irad125>
- Chen, T., Traynor, V., Wang, A., Shih, C., Tu, M., Chuang, C., Chiu, H., & Chang, H. (2022). Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 131(250), 104239. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104239>
- Dahlstrom, E., Han, J., Healy, H., Kennedy, M., Arendts, G., Lee, J., Carpenter, C., & Lee, S. (2020). Delirium prevention and treatment in the emergency department (ED): A systematic review protocol. *BMJ Open*, 10(10), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037915>
- Deng, L., Cao, L., Zhang, L., Peng, X., & 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>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., van den Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Dunne, S. S., Coffey, J. C., Konje, S., Gasior, S., Clancy, C. C., Gulati, G., Meagher, D., & Dunne, C. P. (2021). Biomarkers in delirium: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 147, 110530. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110530>
- Endorf, F., & Ahrenholz, D. (2011). Burn management. *Current Opinion in Critical Care*, 17(6), 601–605. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32834c563f>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). *Manual para a elaboração de trabalhos académicos e referência*.
- Faizal, N., Tan, J., Tan, M., Khoo, C., Sahibulddin, S., Zolkafli, N., Hod, R., & Tan, H. (2024). Electroencephalography as a tool for assessing delirium in hospitalized patients: A single-center tertiary hospital experience. *Journal of Central Nervous System Disease*, 16. <https://doi.org/10.1177/11795735241274203>
- Faria, R., & Moreno, R. (2013). Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality.

Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>

- Figueira, A., & Pereira, M. (2020). Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do National Early Warning Score. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*.
- Flannery, A., Oyler, D., & Weinhouse, G. (2016). The Impact of Interventions to Improve Sleep on Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 44(12), 2231–2240. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001952>
- Freitas, P., Marques, A., Guedes, A., & Valença, A. (2011). O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E AS VIAS VERDES. *Grupo Português de Triagem*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/documentos-comunicacoes/documentacao-gpt/>
- Gaete Ortega, D., Papathanassoglou, E., & Norris, C. M. (2020). The lived experience of delirium in intensive care unit patients: A meta-ethnography. *Australian Critical Care*, 33(2), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.01.003>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Manual de Triagem de Manchester* (3ª edição). Direção-Geral da Saúde.
- Halpin, E., Inch, H., & O'Neill, M. (2020). Dexmedetomidine's Relationship to Delirium in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(1), 28–38. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000289>
- Ho, M., Montgomery, A., Traynor, V., Chang, C., Kuo, K., Chang, H., & Chen, K. (2020). Diagnostic Performance of Delirium Assessment Tools in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4), 301–310. <https://doi.org/10.1111/wvn.12462>
- Hu, R., Jiang, X., Chen, J., Zeng, Z., Chen, X., Li, Y., Huining, X., Evans, D., & Wang, S. (2015). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008808.pub2>
- Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Suporte Avançado de Vida* (1ª Edição).
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)* (Versão 2.0). Ordem dos Enfermeiros.
- Joanna Briggs Institute. (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (J. Z. Aromataris E., Lockwood C., Porritt K., Pilla B. (ed.)). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Jokiniemi, K., Tervo-Heikkinen, T., Peltokoski, J., & Mikkonen, S. (2022). Construct validity of Advanced Practice Role Delineation tool: A confirmatory factor analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5). <https://doi.org/10.1111/ijn.13064>
- Kim, M., Rhim, H., Park, A., Kim, H., Han, K., Patkar, A., Pae, C., & Han, C. (2020). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological interventions for the treatment and prevention of delirium: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 125, 164–176. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.03.012>

- Kotfis, K., Marra, A., & Ely, E. (2018). ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 50(2), 160–167. <https://doi.org/10.5603/AIT.a2018.0011>
- 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*, 2(2). <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=29021727&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Lebre, A., Alves, A., Félix, A., Cruz, A., Palos, C., Noriega, E., Neves, I., Valente, M., Silva, M., Faria, M., & Pacheco, P. (2017). *PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS*. www.dgs.pt
- Lei n.º 29/2024. (2024). Assegura a execução, na ordem jurídica interna, do Regulamento (UE) 2017/745, relativo aos dispositivos médicos. *Diário Da República, I Série(Nº68)*, 1–24.
- Lei n.º 46/2012. (2012). Aprova a orgânica do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. In *Diário da República: Vol. I Série*.
- Lei n.º157/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, aprovado pelo decreto de lei n.º 65/2018, de 16 de Agosto. *Diário Da República, I Série(Nº 157 de 16-08-2018)*, 4147–4182. [eli:https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879)
- León-Salas, B., Trujillo-Martín, M. M., del Castillo, L. P. M., García, J. G., Pérez-Ros, P., Ruiz, F. R., & Serrano-Aguilar, P. (2020). Pharmacologic interventions for prevention of delirium in hospitalized older people: A meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90(April), 104171. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104171>
- Locsin, R. (2017). The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64(1.2), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Lough, M. (2022). Sedation, Agitation, and Delirium Management. In L. Urden, K. Stacy, & M. Lough (Eds.), *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (9th ed., pp. 140–149). Elsevier Inc.
- Luttrull, M., Boulter, D., Kirsch, C., Aulino, J., Broder, J., Chakraborty, S., Choudhri, A., Ducruet, A., Kendi, A., Lee, R., Liebeskind, D., Mack, W., Moritani, T., Roca, R., Shah, L., Sharma, A., Shih, R., Symko, S., & Bykowski, J. (2019). ACR Appropriateness Criteria® Acute Mental Status Change, Delirium, and New Onset Psychosis. *Journal of the American College of Radiology*, 16(5), S26–S37. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2019.02.024>
- Maldonado, J. (2018). 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>
- Markiewicz-Gospodarek, A., Koziół, M., Tobiasz, M., Baj, J., Radzikowska-Büchner, E., & Przekora, A. (2022). Burn Wound Healing: Clinical Complications, Medical Care, Treatment, and Dressing Types: The Current State of Knowledge for Clinical Practice.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1338. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031338>
- Matsuura, Y., Ohno, Y., Toyoshima, M., & Ueno, T. (2022). Effects of non-pharmacologic prevention on delirium in critically ill patients: A network meta-analysis. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12780>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12–28.
- Meyer, G., & Lavin, M. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Norma 022/2012. (2017). Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. *Direção Geral de Saúde, nº 14/2012 de 26 de Janeiro*, 1–29.
- Norma nº 002/2015. (2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Direção Geral de Saúde, nº 14/2012 de 26 de Janeiro*, 1–23.
- Norma nº 012/2022. (2022). Via Verde Trauma no Adulto. *Direção Geral de Saúde, n.º 2534/2021, de 5 de março.*, 1–37.
- Norma nº 015/2017. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Direção Geral de Saúde, nº14/2012 de 26 de Janeiro*, 1–25.
- Oldroyd, C., Scholz, A., Hinchliffe, R., McCarthy, K., Hewitt, J., & Quinn, T. (2017). A systematic review and meta-analysis of factors for delirium in vascular surgical patients. *Journal of Vascular Surgery*, 66(4), 1269-1279.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.04.077>
- Oliveira, C., Nobre, C. F. G. M., Marques, R. M. D., Mendes, M. M. M. L., & Sousa, P. C. P. (2022). The nurse's role in preventing delirium in critically ill adult/elderly patients. *Revista Cuidarte*, 13(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados 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; na área d.*
- Park, S., & Lee, H. (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>
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. (2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Regulamento nº 361/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, II Série(Nº 123)*, 17240–17243.
- Regulamento nº 429/2018. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aprovado pelo decreto de Lei nº 135/2018, de 16 de Julho. *Diário Da República, II Série(N.º 135*

- de 16-07-2018), 8656–8657. eli:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciaspecificenfessoasituacaocritica.pdf
- Regulamento nº140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo decreto de Lei nº156/2015, de 16 de Setembro. *Diário Da República, II Série*(N.º 26 de 06-02-2019), 4744–4750. eli:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ren, Y., Zhang, Y., Luo, J., Liao, W., Cheng, X., & Zhan, J. (2022). Research progress on risk factors of delirium in burn patients: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry, 13*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.989218>
- Resnick, B. (2019). Paciente Idoso Criticamente Doente. In P. Morton & D. Fontaine (Eds.), *Cuidados Críticos em Enfermagem: uma abordagem holística* (11th ed., pp. 122–143). Guanabara Koogan.
- Roth, J., & Hughes, W. (2016). *The Essencial Burn Unit Handbook* (2nd ed.).
- Santos, A., Ventura, C., & Lusquiños, A. (2023). A Família. In L. Bento, N. Germano, R. Cavaco, S. Cardoso, & S. Dias (Eds.), *Objetivos para o Doente Crítico* (1st., pp. 771–783). Ad. Médic, Lda.
- Saritas, S., & Tarlaci, S. (2021). A Systematic Review of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Delirium at Intensive Care Units. *Psychiatry and Behavioral Sciences, 11*(2), 1. <https://doi.org/10.5455/PBS.20210301081740>
- Schuurmans, M., Deschamps, P., Markham, S., Shortridge-Baggett, L., & Duursma, S. (2003). The measurement of delirium: review of scales. *Research & Theory for Nursing Practice, 17*(3), 207–223.
- Sosnowski, K., Lin, F., Chaboyer, W., Ranse, K., Heffernan, A., & Mitchell, M. (2023). The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of life in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 138*, 104410. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104410>
- Sousa, A. (2007). *O Método dos Projetos*. eli:
<https://sites.google.com/site/albertobarrossousa/metodologias-de-educacao/metodologia-de-projeto>
- Stanley, G., Barber, A., O'Brien, A., Hamill, C., Boardman, G., Frear, C., Edgar, D., Seymour, H., & Wood, F. (2022). Delirium in hospitalised adults with acute burns – A systematic review. *Burns, 48*(5), 1040–1054. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.05.023>
- Stewart, D., Naegle, M., Rolland, E., Hughes, F., & Ryan, K. (2024). *Guidelines on mental health nursing*. International Council of Nurses.
- 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>
- Tao, R., Wang, X., Pang, L., Cheng, J., Wang, Y., Gao, G., Liu, Y., & Wang, C. (2018). Pharmacologic prevention of postoperative delirium after on-pump cardiac surgery. *Medicine, 97*(43), e12771. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012771>

- Teixeira, J., & Silva, M. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica : uma revisão integrativa de literatura Pain assessment and measurement in critically ill patients : an -integrative review. *Brazilian Journal of Health Review, January*. <https://doi.org/10.341119/bjhrv6n1-082>
- Townsend, M., & Morgan, K. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: concepts of care in evidence-based practice* (S. Rhyner & S. Olin (eds.); 9th ed.). F.A. Davis Company.
- Troglić, Z., van der Jagt, M., Bakker, J., Balas, M., Ely, E., van der Voort, P., & Ista, E. (2015). A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. *Critical Care, 19*(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0886-9>
- Webber, M. (2015). Teams, Change, and Leadership: Practical Lessons from Malcolm Webber. *Management and Administrative Sciences Review, 4*(5).
- Wilson, J., Mart, M., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T., MacLulich, A., Slooter, A., & Ely, E. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers, 6*(1), 90. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>
- Zegers, M., Wollersheim, H., Wensing, M., Vincent, C., & Grol, R. (2017). Patient safety and risk prevention. In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Eds.), *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2nd ed., pp. 254–268). Willey Blackwell.
- Zhang, S., Han, Y., Xiao, Q., Li, H., & Wu, Y. (2021). Effectiveness of Bundle Interventions on ICU Delirium: A Meta-Analysis. *Critical Care Medicine, 49*(2), 335–346. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004773>