



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

**A segurança da Pessoa em Situação Crítica com  
*Delirium*: Intervenção especializada de  
enfermagem**

**Diogo Fernandes Gonçalves**



**Lisboa  
2021**



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

**A segurança da Pessoa em Situação Crítica com  
*Delirium*: Intervenção especializada de  
Enfermagem**

**Diogo Fernandes Gonçalves**



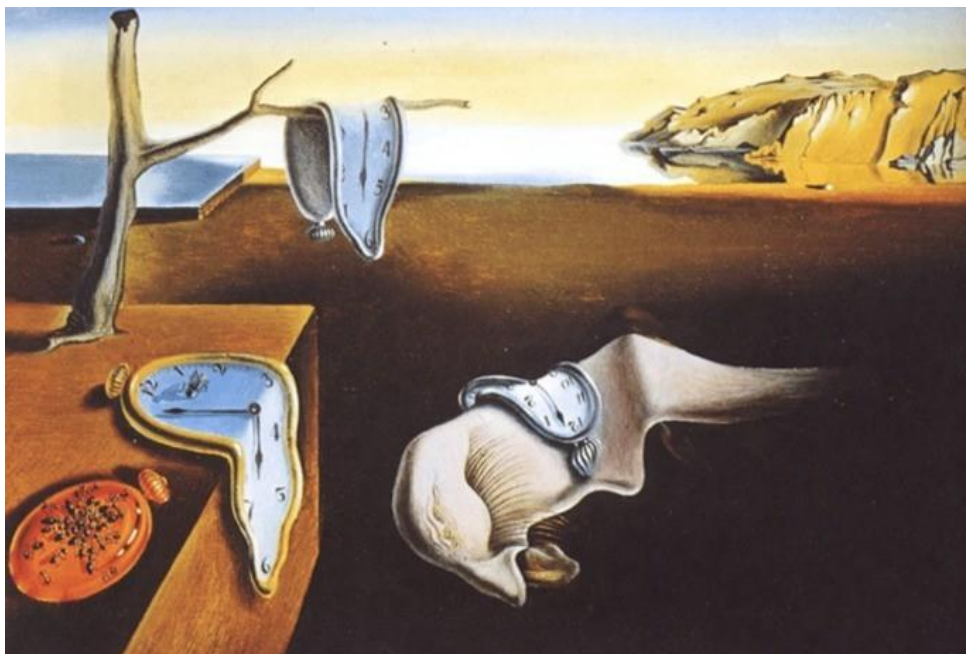
Orientador: Professora Maria Cândida Durão



**Lisboa  
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





La persistència de la memòria, Salvador Dali, 1931

“Sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”

João Lobo Antunes



## AGRADECIMENTOS

À Professora Cândida Durão, por me ter guiado e ter cuidado de mim quando a esperança era ténue e o caminho pouco definido, num verdadeiro significado do

“Nursing as Caring.”

Aos meus orientadores, Enf<sup>a</sup> Fátima Sousa, Enf<sup>a</sup> Filomena Antunes e Enf<sup>o</sup> Tiago Ribeiro, por terem conseguido moldar e transmitir o conhecimento e terem tido a sensibilidade de me dar as ferramentas profissionais e pessoais que precisava,

nos momentos certos.

À “minha equipa” de VMER pelo apoio incondicional, pelas discussões sobre o tema e pelo suporte constante.

À Dr.<sup>a</sup> Gilda Ferreira pelo gesto e pela mão com que me segurou no momento mais difícil desta jornada.

À minha equipa de Unidade, elementos presentes e passados, pela paciência e reconhecimento do meu trabalho nesta área; pelos momentos de maior cansaço, terem sido o alento e o apoio no equilíbrio entre a vertente profissional e académica.

À minha família, por uma ausência quase ininterrupta da minha parte, onde o telefone e a internet foram a linha de partilha de angústias e alegrias.

À Sara, por ter embarcado comigo numa aventura que seria incapaz de realizar sozinho. Por ter sido a pessoa que mais vivenciou os meus medos e angústias, sem nunca me deixar desistir.

A todos estes e àqueles que partilharam e partilham o caminho comigo, um agradecimento sentido por me terem ensinado a Cuidar do outro e de mim.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE - *Assess, Prevent, and Manage Pain, Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials, Choice of Analgesia and Sedation, Delirium: Access, Prevent and Manage, Early Mobility and Exercise*

ABCDE (ACS) - Airway, Breathing, Circulation, (Neurologic) Dysfunction, Exposure

ABCDEF - *Assess, Prevent, and Manage Pain, Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials, Choice of Analgesia and Sedation, Delirium: Assess, Prevent and Manage, Early Mobility and Exercise and Further Care*

ACS - American College of Surgeons

APA - American Psychiatric Association

ATCN<sup>®</sup> - Advanced Trauma Care for Nurses

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - Bispectral Index System

BPS - Behavioral Pain Scale

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

CIPE<sup>®</sup> - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPOT - Critical Care Pain Observation Tool

DGS - Direção Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

EEG - Eletroencefalograma

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESICM - European Society of Intensive Care Medicine

EV - Endovenoso

GABA - Ácido  $\gamma$ -aminobutírico

GSC-M - Glasgow Coma Scale - motor componente

HSA - Hemorragia Subaracnoideia

IM - Intramuscular

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LCR - Líquido Cefalorraquidiano

NAS - Nurse Activities Score

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAD - *Pain, Agitation and Delirium Bundle*

PAM - Pressão arterial média

PEE - Plano de Emergência Externo

PENG - *Pericapsular Nerve Block*

PIC - Pressão Intracraniana

PICO - População, Intervenção, Comparação, Outcome

PICo - População, Intervenção, Contexto

PPC - Pressão de perfusão cerebral

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PVC - Pressão Venosa Central

QTc - Intervalo QT corrigido (relacionado com traçado cardíaco)

RASS - Richmond Agitation and Sedation Scale

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

ROTEM<sup>®</sup> - *Rotational Thromboelastometry* (tromboelastograma)

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SO - Sala de Observação

SR - Sala de Reanimação

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TCE - Traumatismo Craneoencefálico

TEV - Tromboembolismo venoso

TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28

TOF - Train of Four

TPC - Tempo de preenchimento capilar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV - Vias Verdes para a Vida

VVT - Via Verde Trauma

## RESUMO

O Delirium é uma condição clínica descrita como falência cerebral, com riscos graves para o doente (Lamond, Murray, & Gibson, 2018). A principal premissa do Delirium é, por definição, uma alteração psicofisiológica relacionada com toda a atividade sensorial do doente, regulação entre sistema simpático e parassimpático, na resposta a estímulos stressores, motivados por doença, iatrogenias e alterações ambientais (Lamond et al., 2018).

A incidência de Delirium numa Unidade de Cuidados Intensivos ronda entre os 60% a 80% (Athanasakis, 2012). A prevenção, deteção e tratamento das causas que predisõem o Delirium são fundamentais para diminuir a taxa de mortalidade associada ao mesmo (10%), co morbilidades, tempos prolongados de internamento (Nelson, 2009).

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a realização de um relatório de estágio, compilando as experiências formativas que definiram o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem segundo os Descritores de Dublin relativos ao 2º ciclo do ensino superior e nas competências gerais e específicas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros. A prestação de cuidados à PSC foi desenvolvida em contexto de Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos, com enfoque na área temática escolhida – “A segurança da Pessoa em Situação Crítica com *Delirium*: Intervenção especializada de Enfermagem”.

Ancorado nos modelos teóricos Nursing as Caring (Boykin & Schoenhofer, 2013) e The Fundamentals of Care Framework (Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, & Lyons, 2013), declarando os objetivos propostos e as atividades realizadas, pretende-se explicar e enquadrar os resultados obtidos que permitiram alcançar a mobilização de novos conhecimentos baseados na experiência e evidência científica, aplicação contínua de um julgamento clínico crítico, garantindo a intencionalidade no ato de cuidar da pessoa em situação crítica e família.

Palavras-chave: Cuidados Críticos; Delírio; Enfermagem de Cuidados Críticos; Unidades de Terapia Intensiva; Serviço Hospitalar de Emergência



## ABSTRACT

Delirium is a clinical condition described as brain failure, with serious risks for the patient (Lamond, Murray, & Gibson, 2018). The main premise of Delirium is, by definition, a psychophysiological alteration related to the entire patient's sensory activity, regulation between the sympathetic and parasympathetic system, in response to stressor stimuli, motivated by acute disease, iatrogenies and environmental changes (Lamond *et al.*, 2018).

The incidence of Delirium in an Intensive Care Unit ranges from 60% to 80% (Athanasakis, 2012). The prevention, detection and treatment of the causes that predispose Delirium are essential to decrease the mortality rate associated with it (10%), with morbidities, prolonged hospitalization times (Nelson, 2009).

Within the scope of the Internship of the 9th Master's Degree Course in Specialized Nursing Care to Critical Care Patients, from Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, it was proposed to carry out an internship report, compiling the training experiences that defined the path of acquisition and development of specialized nursing skills according to the Dublin and general and specific skills required by the Ordem dos Enfermeiros. The provision of care to PSC was developed in the context of the Multipurpose Emergency Department and the Intensive Care Unit, with a focus on the chosen thematic area - "Promotion of safety in the care of People in Critical Situation with Delirium: Specialized Nursing Intervention".

Anchored in the theoretical models as Nursing as Caring (Boykin & Schoenhofer, 2013) and The Fundamentals of Care Framework (Kitson *et al.*, 2013), declaring the proposed objectives and the activities carried out, it is intended to explain and frame the results obtained that allowed to reach the mobilization of new knowledge based on experience and scientific evidence, continuous application of critical clinical judgment, ensuring intentionality in the act of caring for the person in critical situation and family.

**Keywords:** Critical Care Nursing; Delirium; Critical Care; Intensive Care Units; Emergency Service, Hospital



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
1.1. Operacionalização do Cuidado à PSC com <i>Delirium</i> .....	24
1.2. Cuidar da PSC com <i>Delirium</i> - do conceito de <i>Delirium</i> às particularidades do Cuidado .....	26
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	33
2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Neurocríticos e Trauma .....	34
2.2. Urgência Geral Polivalente .....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	69

## ANEXOS

ANEXO I - Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva – Programa

ANEXO II – Tabela de fatores predisponentes e precipitantes de *Delirium*

## APÊNDICES

APÊNDICE I - Revisão Integrativa da Literatura (Protocolo): “A segurança da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem”

APÊNDICE II - Revisão Integrativa da Literatura (Protocolo): “Cuidados especializados de Enfermagem à PSC com *Delirium* em contexto de Serviço de Urgência/Emergência”



## ÍNDICE DE FIGURAS, IMAGENS E TABELAS

<b>FIGURA 1. TRIÁDE DOR, AGITAÇÃO E DELIRIUM – CAUSAS E INTERAÇÕES .....</b>	<b>30</b>
--	-----------



## INTRODUÇÃO

Após o percurso formativo desenvolvido no 3º semestre do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), através do desenvolvimento do estágio em contexto clínico, surge a intenção da realização deste relatório como uma reflexão pormenorizada das atividades desenvolvidas alicerçadas no conhecimento e experiências adquiridas, e no contínuo crescimento promovido pela frequência deste mestrado.

Este percurso foi desenhado atendendo à temática definida no projeto de estágio desenvolvido previamente, “A segurança da Pessoa em Situação Crítica com *Delirium*: Intervenção especializada de enfermagem”.

As competências a desenvolver neste percurso suportam-se nos Descritores de Dublin dispostos no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, capítulo III, artigo 15º:

- Conhecimento e capacidade de compreensão: desenvolver e aprofundar os conhecimentos de nível de 1º ciclo e constituir base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação;
- Aplicação de conhecimentos e compreensão: saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Realização de julgamento/tomada de decisões: demonstrar a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos;
- Comunicação: ser capaz de comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências de autoaprendizagem: tenham desenvolvido as competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo;

A par com as anteriores, foram desenvolvidas competências presentes no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), bem como o quadro de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018). É também imprescindível o suporte do exercício da profissão através do seu Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015), promovendo a todo o momento um agir profissional e ético sustentado, como apoio à tomada de decisão perante as situações de cuidado.

A problemática identificada surge com o início do desenvolvimento profissional, num serviço de Medicina interna, direcionado ao internamento de pessoas com doença do foro neurológico. Por via

da experiência, criei em mim um espírito de curiosidade nos cuidados à pessoa com alteração do estado neurológico. Pude constatar que as alterações do estado de consciência agudas, estavam intimamente relacionadas com mau prognóstico, quando associadas a alterações metabólicas como hipóxia e alterações hemodinâmicas, levando a uma taxa de mortalidade alta no meu serviço. Em regra, a monitorização por via da tecnologia num serviço desta tipologia era diminuta, sendo a vigilância de enfermagem, a monitorização contínua de excelência – “*professional vigilance is the essence of caring in nursing, and, as such, defines the key role of nursing within the health care system*” (Meyer & Lavin Ann, 2005, p.1). Este era o ponto fulcral da integração de um profissional no serviço, valorizando a vigilância de Enfermagem como apoio à tomada de decisão do enfermeiro, o cerne dos cuidados de enfermagem prestados nesse serviço de internamento.

No consenso da equipa, o *gut feeling* de que a pessoa não estaria bem e a identificação de sinais como a alteração do estado de consciência aguda ou do padrão habitual da pessoa, eram os preditores de situação crítica, em que a avaliação dos sinais vitais apenas serviria de confirmação ou apoio à tomada de decisão. Foi durante este mestrado que conceptualizei este *gut feeling*, no que Benner afirma no seu Domínio de diagnóstico e vigilância: “A vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente.”(Benner, 2001, p.123), salientando a experiência revisitada, constantemente, através dos sinais e sintomas de deterioração clínica que permitem ao enfermeiro desenvolver uma capacidade quase inata de identificar estes mesmos sinais de forma precoce e posteriormente poder tomar uma decisão fundamentada nos mesmos (Lasater, 2011). Esta curiosidade levou-me ao pedido de transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos, onde pude aprofundar o meu conhecimento sobre esta temática.

Com o crescente investimento pessoal na área, inicialmente pelos sinais de deterioração clínica (Elliott & Coventry, 2012) ao aprofundamento na temática do *Delirium*, percebi que esta alteração do estado de consciência aguda, muitas das vezes flutuante, tinha origem em alterações metabólicas e que não era tratável por si só, mas pela investigação das causas subjacentes, estas sim, tratáveis (Peterson *et al.*, 2006; Reade & Finfer, 2014). Portanto, o que poderia eu, enfermeiro, fazer para minimizar a ocorrência desta disfunção neurológica, indicadora de falência multiorgânica? Esta foi a pergunta que me levou na persecução de um investimento académico e profissional, no qual me encontro neste momento.

A ambição em desenvolver competências especializadas no cuidado a pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica, mobilizando conhecimentos e habilidades de forma complexa, correlacionando os conhecimentos previamente adquiridos com os recém-aprendidos, permitiram-me desenhar objetivos gerais e específicos para alcançar estas mesmas competências. Para as alcançar delineei o objetivo geral de:

- Desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC e sua família, sendo que investigarei a intervenção especializada de Enfermagem promotora da segurança da Pessoa em Situação Crítica com *Delirium*, em contexto de Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos.

A escolha dos contextos de estágio está intimamente ligada aos objetivos específicos a cumprir, relacionados com as competências a adquirir e com a temática a desenvolver.

O estágio de Unidade de Cuidados Intensivos foi realizado numa UCI de nível III (Paiva *et al.*, 2017; Valentin, Ferdinande, & ESICM Working Group on Quality Improvement, 2011), num Hospital Central, com competências específicas no cuidado à Pessoa com patologia neurológica aguda e o estágio de Urgência Geral foi realizado numa Urgência Geral Polivalente (Direção-Geral de Saúde, 2001), num Hospital Central.

Este relatório subdivide-se:

- Numa vertente teórica e reflexiva, onde será exposto o enquadramento da temática, das teorias de Enfermagem inicialmente abordadas em contexto de projeto;
- Numa vertente ligada à prática clínica, onde os objetivos foram operacionalizados, com suporte na vertente teórica anteriormente descrita e sua evolução, fruto da correlação entre o experienciado e a teoria;
- Numa conclusão sobre as dificuldades sentidas e estratégias desenvolvidas, uma reflexão sobre este caminho desenvolvido na aquisição de competências profissionais e também pessoais.

A sequência de apresentação corresponde temporalmente aos contextos de estágio em si. De forma a apresentar uma sequência lógica de desenvolvimento de competências, decidi apresentar os resultados do estágio em Unidade de Cuidados Intensivos e posteriormente em Urgência Geral Polivalente.



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enfermeiro é evidenciado como um elemento preponderante no processo de recuperação da pessoa, mas não o único, o que me levou a uma reflexão ponderada sobre a visão atual dos enfermeiros sobre a sua profissão. Nestes últimos anos, a frase “fazer a diferença” tornou-se um cliché entre os enfermeiros (Hawley & Jensen, 2007). Inclusive é um slogan utilizado mundialmente para promover a profissão. Mas o que é fazer a diferença para os enfermeiros afinal? A visão enfermeiro-centrista, de que tudo depende de nós, é uma meia verdade. Somos, como evidenciado acima, um elemento preponderante na recuperação da pessoa, mas não somos detentores do cuidado.

O conceito de *Caring*, o ato de cuidar, é um elemento central em várias teorias de Enfermagem. No que difere o ato de cuidar de uma mãe para o ato de cuidar de um enfermeiro? Ou a diferença do cuidar de um enfermeiro de outro profissional de saúde? Valentine (1997), sugeriu que a dimensão do cuidar é multidimensional, coincidindo com os atributos essenciais de um enfermeiro, pelo seu conhecimento profissional, vigilância da Pessoa e comunicação terapêutica. Considerando que a vigilância profissional caracteriza a *praxis* de Enfermagem, assumindo-se como grande parte da essência da profissão, podemos afirmar que o ato de cuidar do enfermeiro, é veiculado pela sua vigilância (Meyer & Lavin Ann, 2005).

Não sendo um conceito estanque no tempo, a vigilância do enfermeiro foi sofrendo mutações, paralelamente aos modelos de cuidados. Do modelo biomédico, com a sua visão disjuntiva associada à vigilância de disfunção de órgão; ao holístico e a sua vigilância do doente como um “todo”; modelos incompletos, por não terem a capacidade de observar a pessoa ao pormenor, sem perder o foco do seu todo (Hesbeen, 2000) – o modelo complexo.

Prestar cuidados à PSC é cuidar de pessoas com doença aguda, que ou não conseguem manter a sua estabilidade fisiológica ou que apresentam um alto risco de desenvolver instabilidade fisiológica (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A própria definição de Benner remete para um contexto mais fisiológico de pessoa em situação crítica, deixando a descoberto a vulnerabilidade da pessoa, do profissional e família - na relação diária do profissional de saúde com seu cliente ambas as partes, profissionais e clientes, são vulneráveis (Coli, Anjos, & Pereira, 2010); as pessoas que necessitam de cuidados de saúde/enfermagem são mais vulneráveis porque estão expostas a muitos fatores de risco e as suas capacidades de autoproteção estão comprometidas (Sellman, 2005); a vulnerabilidade pode ser situacional (doença grave da pessoa ou de um familiar...) (Rogers, 1997).

Onde impera o risco, a incerteza, interdependência da pessoa, da equipa e da família, das várias variáveis ou decisões, torna-se fulcral o exercício mental complexo; é neste exercício que se apoia o cuidar de Enfermagem supracitado. Esta complexidade advém das várias variáveis e

da tomada de decisão, onde todos estes elementos são tecidos em conjunto, tornando todo e qualquer momento irrepitível e único para a pessoa e cuidador (Hesbeen, 2000). É nesta complexidade que se reveste o ato de cuidar, tornando esta ação numa arte; o ato contínuo e dinâmico de combinar as suas competências pessoais e profissionais numa relação de ajuda ao próximo.

Cuidar atendendo à vulnerabilidade significa cuidar e ser cuidado através da partilha dos seus medos, ânsias e incapacidades, traduzido por MacIntyre (2001, p.162) – “todo o ser humano está potencialmente exposto a sofrer uma incapacidade extrema, é possível que, mais tarde ou mais cedo, necessite de alguém que seja um segundo eu e fale em seu nome”. Esta vulnerabilidade como descrito anteriormente, traduz-se em limitações físicas, psicológicas e sociais fruto de um processo de doença, no entanto não se cinge a tal, sendo uma relação bidirecional entre o cuidado e quem cuida, seja família ou profissional. Sinto na minha prática diária a necessidade de perceber a vulnerabilidade do outro e permitir que a minha própria vulnerabilidade, trabalhada de forma profissional, me capacite para criar uma ligação com a pessoa que cuido. É uma experiência humana, que tanto afeta a pessoa doente, família, como os enfermeiros, podendo ser causada por uma variedade de situações. Nos enfermeiros é vivenciada pelo envolvimento emocional, intelectual e físico, no cuidar da Pessoa (Heaslip & Board, 2014). Sem este envolvimento, o ato de cuidar fica vazio, despersonalizado, sendo que se torna impossível criar uma relação terapêutica eficaz, na sua essência. Podemos tratar, curar, mas nunca cuidar.

Pela empatia e vulnerabilidade, necessitamos de conhecer a Pessoa doente e no processo conhecemo-nos a nós próprios (Bailey, 2018). A personalização de cuidados acontece, quando o processo anterior decorre. Identificamos a necessidade do indivíduo, em parceria, baseado nas suas crenças e características. O objetivo é desenvolver o potencial da pessoa, como ser dinâmico.

### **1.1. Operacionalização do Cuidado à PSC com *Delirium***

A escolha de um modelo teórico que pudesse abordar o conhecimento mútuo entre pessoa cuidada, família e cuidador profissional; o envolvimento da família no cuidado enquanto parceira; a integração de uma equipa multiprofissional convergente nos objetivos definidos pela e para a PSC, de forma a exponenciar a sua capacidade de adaptação e recuperação no processo de doença; foi difícil.

Esta escolha prendeu-se com a interligação de duas Teorias de Enfermagem que me fizeram sentido perante a minha visão da temática e dos cuidados a prestar; mas mais importante, teorias que me fizessem sentido numa aplicação verdadeiramente prática, com as quais me identificasse.

As Teorias inicialmente escolhidas foram a *Fundamentals of Care Framework* de Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, & Lyons (2013) e a *Nursing as Caring* de Boykin & Schoenhofer (2013).

*Fundamentals of Care Framework* dirige-se para o que é considerado além do cuidado básico; o cuidado fundamental. Este cuidado fundamental é na maioria das vezes, confundido com o cuidado básico. As suas definições tocam-se sem nunca se cruzarem. Assim é a diferença de beber e hidratar, tal como comer e nutrir, o cuidado básico e o fundamental bebem da mesma origem, tendo primariamente a diferença na sua relevância para a sobrevivência da pessoa, que atinge a sua importância máxima no cuidado à PSC.

Atendendo que a pessoa, no seu estado crítico está vulnerável como descrito anteriormente, o enfermeiro tem de surgir como o elemento de saúde que medeia as necessidades da pessoa e modela o meio envolvente e a resposta que é necessária dar para a supressão destas mesmas necessidades. Para isto, o enfermeiro tem de se posicionar no papel da pessoa doente e perceber, em conjunto com a mesma, estas necessidades através da sua vigilância, que variam de pessoa para pessoa, na sua singularidade. O central desta teoria é a relação estabelecida com a pessoa doente, sendo que esta migra de uma dependência elevada à sua readaptação e independência. Neste processo, o enfermeiro medeia e gere o contexto de cuidados, seja relativo ao ambiente, pessoal ou políticas institucionais, para servir o melhor propósito da pessoa doente.

É no âmbito desta relação estabelecida com objetivo a suprir as necessidades fundamentais que surgem os conceitos de equipa de saúde, *caring*, e da dança de cuidadores, definidos por Boykin & Schoenhofer (2013) na teoria *Nursing as Caring*.

*Caring*, na minha perspetiva pessoal não é passível de tradução em português, pelo significado complexo atribuído pelas autoras. Parte do pressuposto que para este ser efetivo, tem de haver uma relação terapêutica entre a Pessoa doente, família, e a Pessoa Enfermeiro. Enfermagem é uma disciplina e uma profissão, não pode haver uma dissociação entre o Enfermeiro profissional e Enfermeiro Pessoa; desta forma o *caring* assume uma dimensão superior ao que se designa de cuidado, na sua essência.

No contexto do cuidado, o profissional tem características, crenças e valores pessoais que o moldam como profissional, sendo também ele uma pessoa na sua complexidade. Desta forma, o ser Pessoa, é reforçado através da participação em alimentar as relações com os outros, alvos de cuidados – eu cuidando, sou cuidado, remetendo para os conceitos de vulnerabilidade apresentados anteriormente.

Vivenciando o *Caring*, deixa de ser um modelo rígido profissional, assumindo contornos mais pessoais, um modo de vida. Permite a que todos os elementos integrantes no ato de cuidar possam manter-se unidos e completos a cada momento. O cuidar torna-se um ato real, genuíno e humano. É através deste ato de humanidade que se quebram barreiras num ambiente sobejo em

tecnologia, emocionalmente agressivo para todos...os que são alvo de cuidados e aqueles que cuidam.

Se advogamos a singularidade das situações e das várias variáveis existentes no cuidar, não podemos deixar de mencionar os restantes profissionais de saúde. Independentemente de se concordar ou não com a existência do ato de cuidar por parte dos mesmos, algo que divide ainda os enfermeiros, não podemos deixar de valorizar a sua participação nesta equipa.

A compreensão das interações ou relacionamentos que são incorporados no cuidado é um ponto fulcral para o desenvolvimento do *nursing as caring* (Bailey, 2018). Desta forma o conceito de equipa tem de ser alargado para todos os que interagem com a pessoa doente com o objetivo de uma intervenção em saúde. Tal como o médico estabelece um diagnóstico e uma linha de tratamento, também o enfermeiro deve revestir os seus diagnósticos e as suas intervenções de intencionalidade. E é como gestor de cuidados que o enfermeiro exerce a sua mais-valia na equipa de cuidados. A relação privilegiada que toma com a família, a proximidade com a pessoa doente, a relação estabelecida entre os diversos profissionais define-o como elemento-eixo, a ponto de articulação de todos com a pessoa doente; identifica as necessidades e os recursos. A influência dos enfermeiros como facilitadores no processo de transição situacional das famílias, especialmente em momentos de stress associados aos cuidados críticos (Pryzby, 2005) é patente pela sua intervenção na inclusão dos mesmos no cuidado à pessoa doente (Wilkin & Slevin, 2004, p.8).

## **1.2. Cuidar da PSC com *Delirium* - do conceito de *Delirium* às particularidades do Cuidado**

O *delirium* é uma condição clínica descrita como falência cerebral aguda e constitui em si uma emergência médica, com riscos graves para o doente (Lamond et al., 2018) sendo a sua principal premissa, por definição, um síndrome neurocomportamental causado pela desregulação da atividade neuronal, secundário a alterações ou anormalidades sistémicas (Maldonado, 2013).

Existem várias teorias sobre a patofisiologia do mesmo, estando a ser investigadas duas que correlacionam a libertação e distribuição dos neurotransmissores (dopamina, acetilcolina e ácido  $\gamma$ -aminobutírico - GABA), que regulam o comportamento, cognição e humor, bem como as respostas simpáticas/parassimpáticas associadas (Dammeyer et al., 2012). O aumento ou diminuição dos mesmos poderá condicionar a atividade neuronal e transmissão de impulsos elétricos entre neurónios. Isto traduz-se numa alteração psicofisiológica relacionada com toda a atividade sensorial do doente, regulação entre sistema simpático e parassimpático, na resposta a estímulos stressores, motivados por doença, iatrogenias e alterações ambientais (Lamond et al., 2018). Esta flutuação neuroquímica influencia a distribuição de substância branca e mielina, que

tem a função de sustentação, isolamento elétrico e nutrição dos neurónios. Esta distribuição é menor no corpo caloso, tornando os impulsos elétricos difusos. Da mesma forma influencia uma atrofia cerebral, mais importante no pré-frontal, podendo conduzir a doenças cerebrais degenerativas, após este evento (Kalvas & Monroe, 2019). Neste mesmo estudo, estão associadas lesões secundárias a *delirium* como lesões isquémicas, edema e inflamação, estruturalmente identificadas no lobo frontal e sistema límbico, responsáveis pelos comportamentos acima descritos por Lamond (2018) e Dammeyer (2012). Estas alterações foram identificadas por Squire & Zola-Morgan (1988) e pela American Psychiatric Association (APA) em 2013, embora não sendo relacionadas na altura, pelos mesmos, à ocorrência de *delirium*.

Podem-se considerar então, três subtipos de *Delirium*; estes subtipos dividem-se pela agitação ou letargia da pessoa ou pela flutuação entre estes dois estados.

O *delirium* hiperativo, associado a movimentos de inquietude, agitação psicomotora e/ou agressividade estão associadas a uma libertação crescente de dopamina e acetilcolina, potenciando uma reação de “fuga ou luta”, pela ativação do stress simpático (Maldonado, 2013). Este subtipo de *delirium* condiciona as mesmas respostas do Síndrome de Emergência de Cannon: midríase, vasoconstrição periférica; vasodilatação muscular; vasoconstrição renal e gastrointestinal; taquicardia e hipertensão; taquipneia e broncodilatação; hiperglicemia por aumento da biodisponibilidade de glicémia na corrente sanguínea; atividade mental aumentada; aumento da velocidade de coagulação e aumento do metabolismo celular.

Da mesma forma, o *delirium* hipoativo é condicionado por inibição da neurotransmissão, produzindo uma lentificação dos processos neurológicos. Esta lentificação manifesta-se, na observação direta da pessoa, por apatia, sonolência e uma resposta lenta aos estímulos produzidos. Apesar de haver esta percepção, a patofisiologia deste subtipo de *delirium* mantém-se pouco definida (MacLulich, Ferguson, Miller, de Rooij, & Cunningham, 2008), mas estimando-se que o aumento dos processos inflamatórios sistémicos possam ter uma grande influência.

A ocorrência de *delirium* está estreitamente ligada à redução de acetilcolina, que atua como regulador do funcionamento destes neurotransmissores, um regulador colinérgico. A redução da mesma, foi comprovada pelo aumento de *delirium* com o uso de drogas anticolinérgicas (Hshieh, Fong, Marcantonio, & Inouye, 2008).

Na avaliação primária do doente crítico em situação de falência de órgão é referida a agitação ou letargia e desorientação, na fase aguda e crítica da abordagem. Existe uma multiplicidade de causas para o mesmo e podem-se simplificar e dividir em quatro grandes fatores: hipoxia, alterações hemodinâmicas, alterações metabólicas e infeção, o que corrobora o descrito anteriormente. Em paralelo, está a necessidade de ventilação mecânica e de restrição física e química para uma melhor tolerância e adaptação aos meios terapêuticos na manutenção da vida (Dammeyer *et al.*, 2012). Estes fatores influenciam os processos neuroquímicos acima

descritos e são assinalados como fatores predisponentes de *delirium* (Wang, Lyu, Tang, Wang, & Liu, 2017).

Por haver esta estreita relação entre o *delirium* e a pessoa em situação crítica é comum que a maior incidência do mesmo se verifique numa Unidade de Cuidados Intensivos com uma taxa de prevalência que ronda entre os 60% a 80% (Athanasakis, 2012), pela instabilidade dos processos fisiológicos que esta pessoa apresenta. Relativamente à existência de PSC com *delirium* em Serviços de Urgência, não se obtiveram dados específicos sobre a sua incidência. No entanto, existe uma prevalência notada na população com idade superior a 65 anos (Hsieh, Madahar, Hope, Zapata, & Gong, 2015). Dessa mesma forma, em estudos desenvolvidos nos Estados Unidos da América está associada uma taxa de mortalidade nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos de 10% (Nelson, 2009), provando-se ser um indicador independente de mortalidade dos mesmos (Ely *et al.*, 2004).

Segundo dados obtidos no mesmo país, aqueles que sobrevivem acabam por ter comorbilidades associadas, tempo de ventilação mecânica aumentado até 10 dias (Brummel *et al.*, 2014), maior número de extubações falhadas, aumento do tempo de internamento hospitalar (Schuurmans, Duursma, & Shortridge-Baggett, 2008), culminando num custo hospitalar que ronda, sensivelmente, o dobro de uma pessoa sem *delirium* durante o seu internamento (Milbrandt *et al.*, 2004). Schuurmans *et al.* (2008) realizaram uma revisão de literatura que comprovou a robustez destes dados.

Considera-se, inclusive, a existência de risco de *impairment* cognitivo nestes doentes (Sakuramoto, Subrina, Unoki, Mizutani, & Komatsu, 2015), durante um intervalo de 6 meses a 1 ano, podendo conduzir, como descrito anteriormente, a um aumento da prevalência de doenças neuro degenerativas.

De uma forma resumida, pode-se considerar, perante a evidência reunida, que o aparecimento de *delirium* está intimamente ligado a processos de desregulação do metabolismo cerebral, com contornos complexos, influenciado por outros fatores intrínsecos à pessoa doente, nomeadamente dos seus antecedentes pessoais, sociais ou mesmo familiares, assim como a fatores iatrogénicos que advêm do tratamento clínico ao qual são submetidos em meio hospitalar - Ali *et al.* (2011), divide estes fatores em predisponentes e precipitantes, sendo os primeiros relativos ao que a pessoa já terá previamente ao processo agudo de doença e os segundos relativos à agudização da mesma (Anexo II).

Atendendo ao identificado anteriormente, quais seriam as intervenções do enfermeiro para a manutenção da segurança da PSC com *delirium*? Como seria a operacionalização dessas mesmas intervenções sob a intencionalidade do cuidar do Enfermeiro? Estas questões que se levantaram durante a investigação mais profunda do que seria o *delirium* e quais as alterações provocadas na PSC, levaram à realização de um processo de investigação formal.

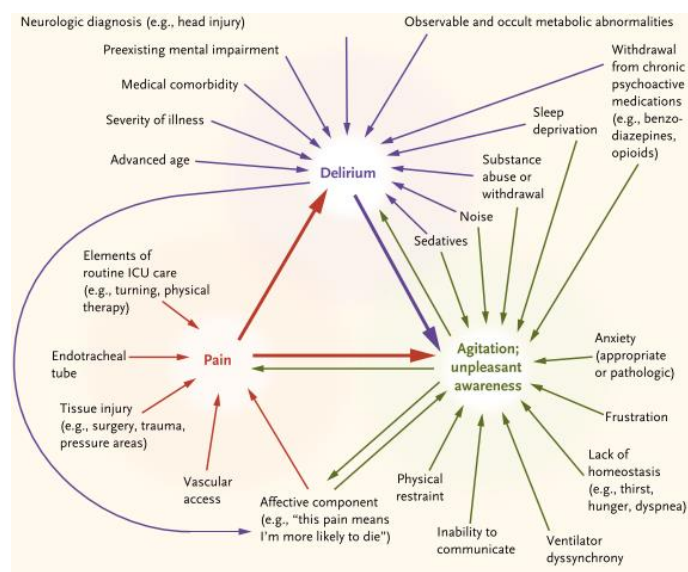
No desenvolvimento da Revisão Integrativa de Literatura (RIL), com a pergunta de investigação “PICO”, omitindo a comparação: Quais as intervenções do Enfermeiro na PSC com *Delirium*, promotoras de segurança.

Foram identificados 23 artigos, de nível de evidência identificado bastante variável, com prevalência em estudos coorte prospectivos: Balas *et al.*(2012); Balas *et al.* (2014); Barr *et al.* (2013); Bryczkowski, Lopreiato, Yonclas, Sacca, & Mosenthal (2014); Cullen & Balas (2017); Dale *et al.* (2014); Gregory (2016); Herling *et al.* (2018); Jablonski *et al.* (2017); Johnson, Fleury, & McClain (2018); Khan *et al.* (2014); Lamond, Murray, & Gibson (2018); Luther & McLeod (2018); Mansouri *et al.* (2013); Martínez, Donoso, Marquez, & Labarca (2017); Mitchell *et al.* (2017); Rivosecchi, Kane-Gill, Svec, Campbell, & Smithburger (2016); Santos *et al.* (2017); Simons *et al.* (2016); Smith & Grami (2017); Sullinger *et al.* (2017); van de Pol, van Iterson, & Maaskant (2017); Wassenaar *et al.* (2018).

Obtiveram-se resultados fundamentais para o enquadramento da temática, não só reforçando o conhecimento sobre a patofisiologia, mas essencialmente nos ajustes necessários a implementar no cuidado da PSC e da sua família.

É defendida uma abordagem à Dor, Agitação e *Delirium* de forma sistemática, com vigilância do comportamento da pessoa, concomitante à vigilância fisiológica da mesma. Os sinais e sintomas associados a estes 3 elementos são comuns, sendo que poderão inclusivamente, se não resolvidos, provocar uma manifestação dos restantes (Acevedo-nuevo, González-gil, Romera-ortega, Latorre-marco, & Rodríguez-huerta, 2017; Balas *et al.*, 2012; Balas *et al.*, 2014; Barr *et al.*, 2013; Bryczkowski *et al.*, 2014). Esta relação está facilmente evidenciada no esquema apresentado na figura 1.

**Figura 1.** Tríade Dor, Agitação e *Delirium* – causas e interações



**Fonte:** Reade & Finfer (2014). Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *New England Journal of Medicine*, 370(5), 444–454.

<https://doi.org/10.1056/NEJMra1208705>

Nesta abordagem multidisciplinar, identificada pelos resultados da RIL, são referidas duas *bundles*/protocolos criados para, de uma forma lógica abordar a PSC:

- A *bundle* PAD (*Pain, Agitation and Delirium Bundle*);
- A *Bundle* ABCDE (*Assess, Prevent, and Manage Pain, Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials, Choice of Analgesia and Sedation, Delirium: Access, Prevent and Manage, Early Mobility and Exercise*), sendo que a última recentemente foi ajustada para ABCDEF, onde a letra F responde ao *further care*. Este item representa o *engagement* familiar e o *empowerment* da mesma (Acevedo-nuevo *et al.*, 2017; Gregory, 2016), a promoção da higiene do sono, nutrição e hidratação.

Nestas *bundles*, estão privilegiados os cuidados atendendo à manutenção de um ciclo de vigília e promoção do sono, potenciando o processo de estabilização neuronal e metabólica da pessoa doente, sendo que, os sedativos são reduzidos durante um período diurno, permitindo uma avaliação neurológica e respiratória mais eficaz assim como a promoção da neuroestimulação e atividade física durante este período, proporcionando à pessoa um período de descanso noturno, o mais fisiológico possível. É imprescindível que, para além da criação destas *bundles*, se mantenha individualização dos cuidados, através da exploração do historial clínico pelos antecedentes clínicos, medicação ou hábitos pessoais. Esta aproximação do ambiente clínico ao ambiente pessoal (escolhas musicais, objetos pessoais, ...), tem ganhos em saúde (Balas *et al.*, 2012; Bryczkowski *et al.*, 2014). O estímulo sensorial é revisto em todos os estudos como de

extrema importância, seja ele com os métodos descritos anteriormente ou com a presença de familiares, sendo que a relação entre a pessoa doente e os mesmos deve ser monitorizada pelo enfermeiro de forma a controlar possíveis picos de agitação ou ansiedade provocada por esta, mediando a intensidade que esta estimulação social e emocional provoca (Martínez *et al.*, 2017), de salientar também a constante avaliação com a equipa médica da necessidade de dispositivos invasivos e não-invasivos para vigilância da PSC, que possam alterar os estímulos sensoriais da mesma e que sejam potenciais focos de infeção (algália, sonda nasogástrica, cateteres periféricos ou centrais e linhas arteriais). Estes mesmos dispositivos devem ser encarados como lesivos para a PSC, apesar de serem facilitadores na vigilância da mesma e nos cuidados prestados.

Correlacionando os fatores precipitantes de *delirium* mencionados por Ali *et al.* (2011) e os resultados obtidos pela RIL, torna-se clara a presença inestimável do enfermeiro na ligação entre a pessoa doente e os restantes profissionais e família, sendo um facilitador não só nos cuidados prestados, vigilância e conforto, mas acima de tudo, na manutenção das necessidades fundamentais de segurança, espiritualidade, laços familiares e sociais. São, portanto, práticas multifatoriais, com aplicações amplas no cuidado, onde o enfermeiro é responsável de uma forma direta ou indireta, através da sua vigilância e relação terapêutica com a pessoa doente e família.

Nesta linha de pensamento, o que ganha a PSC com *delirium*, com um enfermeiro a cuidar de si? Tal como o cuidado à PSC tem contornos complexos, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros neste contexto reveste-se de complexidade, diversidade e engloba-se subtilmente no processo de cura da pessoa (Hawley & Jensen, 2007). Quando uma Unidade de Cuidados Intensivos é referida como um local desumanizante (Dracup & Bryan-Brown, 1995), pelos atos provocados à pessoa com o intuito de a curar, é simples perder a mão humana do cuidar. A pessoa com *delirium* que, por ter uma alteração do seu estado de consciência e perda da sua perceção, aumenta exponencialmente a sua vulnerabilidade, tornando-se muito mais desafiante estabelecer uma relação de confiança mútua, para que a relação terapêutica se estabeleça. É neste sofrimento fisiológico e psicológico que se encontra esta pessoa, sem poder confiar na sua perceção, logo nos estímulos sentidos, pessoas e ambiente. Na deturpação de sentidos, as pessoas que sofreram *delirium* referem um sentimento de abandono, isolamento e desespero, quererem fazer uma conexão que se refletisse em sentimentos de segurança e cuidado, onde o próprio toque dos enfermeiros e o tom de voz foram relevantes (Whitehorne, Gaudine, Meadus, & Solberg, 2015).

É identificada assim a necessidade extrema de manter a segurança da PSC com *delirium*, através do *caring* – vigilância e proteção da vulnerabilidade acrescida da PSC com *delirium* e sua família.



## 2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A tomada de decisão exige uma progressão na prática baseada na melhor evidência, com o uso consciencioso, explícito e judicioso da mesma (Rycroft-Malone *et al.*, 2004) e num contexto de prestação de cuidados, sendo cada vez mais complexo, os enfermeiros precisam de, não só adquirir novos conhecimentos, mas acima de tudo, contextualizar as suas práticas. Todo o ato de Enfermagem se deve revestir de intencionalidade. Para tal, o enfermeiro tem de se capacitar para realizar o julgamento clínico; resultado do pensamento e raciocínio crítico.

No fundo, é um processo pelo qual se fazem julgamentos, para gerar alternativas à problemática existente, pesando com base em evidência e na resposta ao mesmo, pelos *outcomes* da intervenção. Este processo, investigado por Tanner (2006), assenta nestes mesmos pressupostos. É igualmente defendido por Benner (2001), quando define os estádios de competência clínica, onde o enfermeiro perito deve aliar o seu julgamento clínico à identificação e conhecimento das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, criando uma resposta especializada e uma tomada de decisão competente face a uma área de intervenção específica.

Partindo do pressuposto anterior, foi construído um percurso de estágio que me levasse a procurar não só dar resposta à minha busca por melhores práticas, apoiado no investimento teórico anteriormente abordado, mas poder presenciar e experimentar contextos e práticas diferentes, que se enquadrassem nesta mesma busca.

Para que a mesma não fosse anárquica, o Modelo de Dreyfus adaptado à profissão de Enfermagem por Patricia Benner (2001), foi o ponto de ligação entre a realidade teórica e prática; a pedra basilar na definição, consecução e reflexão dos objetivos, geral e específicos, para cada local de estágio.

“Com o domínio da atividade vem a transformação da competência” (Benner, 2001, p. 59), resultante do choque entre a teoria e a aplicação da mesma na prática.

Atendendo ao nível exigido para 2º ciclo, é esperado que na finalização deste Mestrado, tenha atingido as competências de perito, um enfermeiro que “age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p. 58). Como tal, a componente prática acaba por ser fundamental, porque “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”(Benner, 2001, p.61) . Este foi um conceito revisitado constantemente durante os estágios desenvolvidos. Como tal, os objetivos delineados foram constantemente reajustados à realidade experienciada nos locais de estágio.

Os objetivos a desenvolver em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Neurocríticos e Trauma e Urgência Polivalente são:

- Aprofundar competências de Enfermagem na deteção precoce de alterações neurológicas na PSC;
- Aprofundar competências de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e sua família, mobilizando família, equipa profissional e PSC como equipa de cuidados;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na área do cuidado à PSC com alteração neurológica, influenciando processos de mudança na prática clínica;
- Aprofundar competências de Enfermagem na deteção precoce de alterações metabólicas graves, indutoras de *delirium*;
- Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à PSC com *delirium* presente;
- Desenvolver processos de reflexão crítica, mobilizando princípios éticos e a melhor evidência disponível, no apoio à tomada de decisão.

## **2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Neurocríticos e Trauma**

Esta Unidade tem uma especificidade de se organizar em dois locais físicos: 4 camas de apoio ao Bloco de Neurocirurgia no antigo serviço de Neurocríticos e numa nova localização estão as restantes camas, 8 camas de nível III, 4 camas de nível II (atualmente desocupadas) e 4 camas de nível I, segundo os níveis de cuidados estabelecidos pela ESICM - Definitions of ICU Levels of Care (Valentin *et al.*, 2011).

Em consonância com a equipa de médicos intensivistas, colaboram também anesthesiologistas, neurocirurgiões e neurorradiologistas em apoio à necessidade de exames de imagem, que descobri ser uma necessidade constante.

Foi proposto à orientadora que desempenha funções de chefia de equipa, a realização de um turno de observação no desempenho dessas funções. Permitiu-me ter uma visão global das pessoas internadas, dinâmica de equipa e passagem de ocorrências entre chefes de equipa.

Esta função é apenas desempenhada por enfermeiros especialistas ou peritos, sendo que quando assumem esta função, não assumem cuidados diretos, de forma a poderem apoiar os cuidados dos enfermeiros prestadores de cuidados diretos e gerirem o serviço mediante as necessidades que existirem, colaborando também com a equipa médica no planeamento do turno e discussão dos casos clínicos. No fundo, o exercício destas competências permitem aumentar a vigilância, a identificação atempada de complicações, a tomada de decisão e ação, e ativação de uma equipa que dê resposta às necessidades emergentes (Gephart, McGrath, & Effken, 2011). A

posição desempenhada por este enfermeiro é fulcral para manter fluidez no turno, controlando as várias ocorrências ou necessidades identificadas pela equipa. Apesar de não se encontrar diretamente mencionada nos objetivos de estágio, também a experiência de ter acompanhado o enfermeiro nesta função, permitiu-me aprofundar o meu conhecimento na competência de tomada de decisão/julgamento, bem como competências de liderança e gestão de equipa, intimamente relacionadas com a competência de comunicação.

Neste turno de chefia, pude observar, inclusivamente, o acolhimento à família e o apoio à comunicação com as mesmas, bem como resolução de potenciais conflitos. Não pude evitar de fazer um paralelismo do exercício destas funções à Teoria *Nursing as Caring* (Boykin & Schoenhofer, 2013) onde existe o esforço consciente de manter a dança dos cuidadores, conhecendo os doentes, colegas e família, articulando as necessidades de cada um para que o cuidado não se perca, entre profissionais, família e doente, quase como um facilitador do cuidado em si. Foi uma perspetiva enriquecedora, que me levou a refletir na atividade de manutenção do ambiente seguro. Manter um ambiente seguro não se restringe apenas ao cuidado direto ao doente, mas à manutenção de um ambiente positivo no local de trabalho, zelando pela segurança e bem-estar dos profissionais, pessoas doentes e família.

Relativamente à transmissão de informação entre pares e equipa médica, senti dificuldades na adaptação ao sistema informático e folhas de registo clínico. Tendo tido uma necessidade de me manter metódico durante este estágio, especialmente nestes momentos, apoiei-me nos conhecimentos adquiridos no ATCN® e na experiência profissional que já detenho, consolidando a minha passagem de informação de forma coerente, abordando a pessoa segundo a mnemónica ABCDE, adaptada a DABCE, de forma cefalocaudal, reportando as alterações e variabilidade ao longo do turno, incluindo no final um F de família, mantendo a família integrada no plano de cuidados. Da mesma forma, transmiti a informação ao enfermeiro chefe de equipa para o planeamento do turno seguinte.

A equipa permitiu-me discutir cuidados e avanços nos mesmos dentro da minha área temática, bem como esclarecer dúvidas na área dos cuidados à pessoa neurocrítica e a extensão do cuidado à família como cuidado à pessoa. Esta abertura permitiu-me explorar a necessidade de implementação de uma avaliação e cuidado à Pessoa com *delirium* apoiada nos cuidados já prestados à pessoa com lesões/perturbações neurológicas. Senti que a minha crítica era valorizada pela equipa, mas que por motivos alheios a este relatório, o protocolo elaborado em serviço sobre esta temática não era efetuado apesar de montado, e a formação sobre o tema nunca se desenvolveu. Após consulta do mesmo, pude validar a minha investigação através da RIL neste tema. Perante a minha experiência pessoal e apoiada nos resultados da RIL, a formação mais efetiva para a intervenção do enfermeiro no *delirium* deve ser em contexto de cuidados, em formação *peer-to-peer* (Gregory, 2016), com crítica construtiva durante a avaliação e prática contínua, criando ao enfermeiro uma oportunidade de aprendizagem ao testemunhar os resultados

da sua avaliação e os *outcomes* da sua intervenção. Foi dessa mesma forma que evidenciei em prática de cuidados a necessidade da implementação e a sensibilização para esta temática e da relação estreita que tem com os cuidados praticados. Sob o olhar da “A segurança da Pessoa em Situação Crítica com *Delirium*: Intervenção Especializada de Enfermagem”, decidi, após reflexão no que foi vivenciado no turno de chefia, redirecionar os meus objetivos e plano de atividades previamente desenhados. Também aqui tive de reinventar e adaptar as expectativas e planos que tinha para a realidade apresentada. Esta capacidade de adaptação também foi uma das competências desenvolvidas no contexto de estágio, tão necessárias para quem desempenha funções de coordenação de equipas, bem como fulcrais a um enfermeiro Mestre e especialista em PSC.

Tornou-se clara para mim, a necessidade premente de colocar todo o plano de atividades em *standby*, tendo decidido começar a explorar o cuidado à Pessoa em Situação Crítica internada em Neurocríticos, consolidando conhecimentos e desenvolvendo de forma mais profunda competências, ainda que não diretamente relacionadas com o cuidado à PSC com *delirium*, de forma a poder mobilizar esse conhecimento para enriquecer o meu desenvolvimento como enfermeiro com a possibilidade de translacionar esse mesmo conhecimento para o estudo da área temática.

Por já ter experiência em Cuidados Intensivos foi-me questionado qual o tipo de abordagem de estágio pretendia. Atendendo à necessidade de aprofundar competências numa área clínica, para mim desconhecida, decidi optar por ser um observador participativo no início do estágio. Benner (2001), é clara quanto aos níveis de competência, nas quais me revejo. Independentemente de ser noutra ambiente clínico ou até no mesmo, quando um enfermeiro desempenha as mesmas funções, com o corpo de conhecimento adquirido e experiência pode ser considerado perito, no entanto, o mesmo não pode ser considerado quando se encontra presente a uma experiência nova, devendo gradualmente ganhar perícia e mestria para desempenhar as suas funções.

Por ter experiência no cuidado a pessoas em situação crítica sob Técnicas de Substituição Renal Contínuas, acabei por ser um suporte para a equipa no manuseamento do equipamento e nos cuidados à PSC durante a modalidade terapêutica em questão: Hemodiafiltração Venovenosa Contínua. Esta partilha de conhecimentos mostrou-se benéfica na minha afirmação na equipa iniciando positivamente a minha interação com os presentes, mostrando uma atitude humilde e de partilha, tendo sido aceite como que de um novo elemento da equipa se tratasse. A integração nestas equipas de Unidade de Cuidados Intensivos é demorada e complexa, por vários motivos: são bastante rotinadas, com um elevado grau de experiência e mestria nos cuidados. A integração numa equipa com estas características é desafiante, pela sua capacidade na prestação de cuidados complexos à PSC e no trabalho de equipa necessário à manutenção de um ambiente seguro. Este

juízo é tido pela experiência pessoal que tenho como integrante e integrador de novos elementos na minha equipa.

A pessoa submetida à modalidade terapêutica supracitada estava internada por um choque séptico com ponto de partida numa colangite aguda com litíase vesicular. Atendendo que a resolução da sepsis é a abordagem do foco que a provoca, assim que determinado (Rhodes *et al.*, 2017), é necessário previamente proceder à estabilização clínica da pessoa. A reposição adequada de volémia e o uso de vasopressores no caso de choque é a terapia de base, sendo protocolado também na *Surveillance Sepsis Campaign* a vigilância do valor do lactato sérico (<2mmol/L). Enquanto estas questões permanecem em debate, o consenso permanece na vigilância constante da hipoperfusão e hipoxia tecidual. A importância da vigilância de enfermagem vai muito além da monitorização dos sinais vitais presentes nos vários monitores descritos, mas a presença de sinais de hipoperfusão cutânea, que são mais precoces que essas mesmas alterações de parâmetros, nomeadamente os sinais de *mottling* e a vigilância do tempo de preenchimento capilar (TPC) e débito urinário, bem como as alterações do padrão respiratório, caracterizado como superficial e rápido (Elliott & Coventry, 2012), todos eles considerados sinais vitais na PSC. A alteração do estado de consciência também é um dado adquirido na falência de órgão, considerada das mais sensíveis a identificar, onde se salienta a presença comum de *delirium* hipotivo, como descrito por Dammeyer *et al.* (2012). Ao conjunto de conhecimento adquirido ao longo da vigilância poderá ser considerado um ato de conhecer o doente, base indispensável para a tomada de decisão e antecipação de cuidados, como defendido por Pfrimmer *et al.* (p.4, 2017): “*nurses expressed surveillance through (a) knowing the patient, (b) shared understanding and decision making, and (c) thinking ahead*”.

Relativamente à avaliação do TPC, Yasufumi *et al.* (2019), refere no seu estudo que o diferencial entre a medição sérica de lactato e o preenchimento capilar do doente é mínimo, sendo considerado pelos mesmos um avaliador fidedigno e vital para avaliação de preenchimento e perfusão periférica do doente, não-invasivo e que requer uma curva de aprendizagem curta, algo que incorporei na minha avaliação da PSC com compromisso hemodinâmico, tendo impacto inclusivamente no doente neurocrítico.

Esta pessoa de quem cuidei tinha *delirium* misto, a presença de agitação psicomotora e apatia, chamando por familiares seus, com desorientação temporal e espacial presente, bem como alteração sensorial por necessidade de contenção física. Atendendo que fiquei responsável pela mesma, inicialmente em colaboração com a enfermeira presente e posteriormente como enfermeiro responsável, iniciei algumas intervenções para melhorar esta alteração neurológica, com suporte nos resultados obtidos pela RIL realizada, nomeadamente medidas de orientação específicas durante os cuidados de higiene, promovendo a independência e autonomia possível atendendo à situação, orientando a pessoa para se lateralizar para os lados esquerdo ou direito para que este os reconhecesse, pedindo para agarrar a grade da cama, sempre que solicitado. A

própria remoção de contenção mecânica sob vigilância profissional foi uma mais valia, atendendo que o doente começou a “*sentir*” os lençóis, a sua cama, o seu espaço, inclusivamente os dispositivos médicos sob supervisão do enfermeiro, para que concomitantemente lhe fosse explicada a necessidade dos mesmos. A estimulação motora e sensorial é um dos passos fulcrais para melhorar o estado confusional que esta apresentação clínica provoca (Colombo *et al.*, 2012). Em conjunto com a equipa de Enfermagem de reabilitação do serviço, iniciou-se levante e orientação progressiva do doente, regulando o seu ciclo vigília-sono (Herling *et al.*, 2018). Considero que este momento de aprendizagem comum a todos os elementos presentes, bem como o reforço de efetividade da temática estudada serviu como formação não-formal e sensibilização para a gestão deste tipo de situações. Aquando da transferência da pessoa para outro hospital do mesmo Centro Hospitalar, neste caso, uma unidade de Nefrologia, a estabilidade da pessoa permitia que esta fizesse um *step-down* em cuidados para enfermagem, onde a necessidade de suporte de órgão de forma crítica não fosse, de momento, necessária. Esta evolução é corroborada por Balk (2000), que explica de forma muito sucinta quais as alterações *major* no caso da sepsis, orientando os profissionais para a resolução da mesma.

A sepsis, continua a ser uma das patologias mais prevalentes em contexto hospitalar, com necessidade de se privilegiar uma Via Verde no contexto da mesma, estando ainda em reformulação pelo INEM em contexto pré-hospitalar e ainda em fase de implementação em muitas realidades hospitalares, sendo que a data da circular normativa da DGS para a montagem da Via Verde Sepsis remonta a 2010 (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Em contexto de congresso (Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, ANEXO I), foi abordado este mesmo tema. Na reanimação do doente em choque, foi inicialmente abordado o choque séptico, onde as principais observações foram dirigidas à utilização de aminas e qual a relação temporal no uso das mesmas contra balanceando a reanimação do doente séptico com fuidoterapia. Foi apresentado o estudo de Rivers *et al.*, (2001), “*Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock*”. Este estudo, direcionado para tratamento clínico direcionado a objetivos terapêuticos ajustados ao doente, significando isto que o tratamento da sepsis, inicialmente dirigido a metas globais para todos os doentes, tem também uma abordagem desenhada à especificidade de cada um, envolvendo ajustes contínuos à função cardíaca apresentada (*preload*, *afterload* e contratibilidade) para balancear a oferta de O<sub>2</sub> ao consumo. Durante as primeiras 6h a vigilância do doente era intensiva e horária, onde a temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e pressão venosa central (PVC) seriam monitorizadas. Concomitantemente, são avaliadas gasimetrias arteriais e venosas, lactato e variações na coagulação, como descrito por Balk (2000). Durante as 6h iniciais, não houve grande variabilidade na frequência cardíaca ou PVC. No entanto, existem outras variabilidades à medida que o doente passa de uma resposta sistémica para sepsis e posteriormente choque séptico. Estas mudanças são sobretudo patogénicas, com impacto na hipoxia e hipoperfusão tecidual.

O maior ganho descrito no estudo passa pela aplicação destes objetivos terapêuticos em fases cada vez mais precoces, de forma a atenuar o impacto da sepsis na pessoa, onde os alvos de identificação precoce passam pela deteção de hipoxia e hipoperfusão tecidual.

Neste aspeto, foi altamente valorizada a observação da pessoa contrariamente à vigilância analítica de lactato sérico, como mencionado no estudo de Yasufumi (2019).

Neste mesmo contexto, a abordagem e vigilância à Pessoa em Situação Crítica, operada, com co-morbilidades graves associadas, como o foco da intervenção cirúrgica e a vigilância da disfunção de órgão acabam por remeter também aos cuidados do Enfermeiro de Cuidados Críticos, para o que pode ser considerado uma vigilância pós-operatória alargada, com contornos complexos, um contexto de cuidados também experienciado neste estágio. O impacto de uma cirurgia complexa, pode não só estar relacionado com contexto de choque séptico, mas com todas as restantes variantes de choque: distributivo, cardiogénico, obstrutivo e hipovolémico; sendo os mais comuns o choque distributivo por sepsis e o hipovolémico, já sob estudo em 1984 (Wagner, 1984), como ocorrências comuns em contexto de Bloco Operatório. Esta falência multiorgânica pode perpetuar-se pelo tempo, pelo que é necessária uma manutenção de cuidados exigente, uma observação cuidada e direcionada. Neste contexto, o apoio do Enfermeiro da Unidade de Cuidados Intensivos é uma mais valia, pela sua expertise, na gestão da Pessoa em Situação Crítica com falência multiorgânica, aliando a tecnologia de monitorização invasiva e não-invasiva, com os conhecimentos, experiência no cuidar da PSC (Benner *et al.*, 2011) e intuição profissional (Tanner, 2006) resultante da combinação e desenvolvimento deste conhecimento e experiência aliada ao fundamento dos cuidados a prestar, a intencionalidade de cada intervenção.

Testemunhei também, o reforço da lavagem e desinfeção das mãos aos familiares e profissionais, guiada pela Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2010). Este reforço contínuo levou a que muitos familiares, quando retornavam à visita, já incorporavam a lavagem e desinfeção na rotina da mesma. Esta era uma das temáticas abordadas no acolhimento à família.

Assisti a uma auditoria programada não-informada por enfermeiros-elo da PPCIRA, responsáveis pela dinamização destes cuidados na unidade, onde eram aleatoriamente observados cuidados diretos ao doente e o cumprimento da orientação da DGS supracitada.

Foi notório em toda a equipa o cumprimento de cuidados seguros para o profissional, doente e família, através do contexto acima descrito. A segurança depende da intervenção de todos - quando anteriormente a pessoa doente era vista como um recetor passivo do cuidado prestado, neste momento é também ele responsável pelos cuidados que a sua situação exige, sendo um participante ativo no seu cuidado, assim como a sua família. Este é um pressuposto defendido por Ballard (2003), que comprova estatisticamente a necessidade do envolvimento de toda a equipa de saúde através da melhoria nos *outcomes* das pessoas doentes, dos profissionais e organizações, indo de encontro às teorias de enfermagem enunciadas neste relatório.

“O doente neurocrítico é um doente crítico, apenas mais complexo.” (Dr. Ricardo Matos *in* Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, 2019). Esta foi uma observação que senti na prestação de cuidados ao longo do estágio.

Quando observei a prestação de cuidados à PSC com patologia neurológica grave, senti receio de participar diretamente nos mesmos. A envolvência tecnológica para suporte das pessoas com patologia neurocrítica é, de si, tão envolvente que o meu receio fosse perder a pessoa no meio da tecnologia e conhecimento necessário para manusear e monitorizar através das mesmas. Esta perceção foi notória nos primeiros turnos, onde procurei a minha zona de conforto, junto das pessoas com patologias médicas ou cirúrgicas, das quais detenho alguma perícia em cuidar. Não só me senti bloqueado como vulnerável à experiência de algo que me era desconhecido. A exposição desta problemática às Enf<sup>a</sup> orientadoras foi fulcral, sendo guiado inicialmente no cuidado, primeiramente centrado na pessoa e posteriormente na família. É na coragem em manifestar o medo de falhar (Thorup, Rundqvist, Roberts, & Delmar, 2012) que crescemos como pessoas e profissionais. Foi através deste caminho, escolhido abertamente por mim, que iniciei o meu percurso de estágio, apoiado por uma equipa de enfermagem, para além das enfermeiras orientadoras, onde não só imperou a supervisão, mas a contínua discussão dos casos clínicos e das problemáticas do cuidar.

Contrariamente ao espectável existem pessoas conscientes e orientadas, não ventiladas invasivamente, internadas em contexto de Cuidados Intensivos (nível III), com patologia neurocrítica.

A oportunidade de cuidar destas pessoas, maioritariamente com lesões ocupantes de espaço, facilitou a quebra da barreira para o doente neurocrítico mais complexo.

Na verdade, o cérebro humano, ainda não totalmente mapeável, traduz-se em alterações de consciência se submetido a trauma significativo, sendo este patológico ou cirúrgico. Destas alterações de estado de consciência, segundo Alexandre Amaral e Silva e João Alcântara, o “coma é a sua expressão maior” (Silva & Alcântara, 2015. Coma e estados Alterados de Consciência. In Ponce, P., Mendes, J. (coord.), Lidel (Ed.), Manual de Medicina Intensiva (p.3). Lisboa: Lidel.). Segundo estes autores, estar consciente, é ter a perceção de si mesmo, do meio envolvente e das suas inter-relações, enquanto que coma é estritamente o oposto. Era tudo muito mais linear se este mundo fosse desenhado a preto e branco: coma ou consciência. Na verdade, há vários estados intermédios na obtenção destes dois resultados. Estes estados intermédios variam consoante duas variáveis, sendo elas o nível de consciência ou vigília e o conteúdo da consciência.

O esclarecimento do enquadramento do *delirium* nas perturbações agudas do estado de consciência foi uma preocupação, atendendo que, sendo este fruto de alterações bioquímicas e processos inflamatórios, sistémicos ou locais, também estão associados a traumas craneoencefálicos, convulsões, alterações vasculares (relacionados com a PSC) e hipoxemia, alterações metabólicas e hidroeletrolíticas, desidratação ou hipotensão, dor e privação de sono,

ventilação mecânica, imobilização prolongada e síndromes de privação (causas iatrogénicas/ambientais) (Silva & Alcântara, 2015).

É lícito afirmar que, de uma forma mais simples, que qualquer agressão cerebral ou sistémica que envolva processos neurológicos influencia o estado de consciência da pessoa e, conseqüentemente, a capacidade cerebral de autorregulação.

Segundo o “Update in Neurocritical Care: a summary of the 2018 Paris international conference of the French Society of Intensive Care”(Oddo *et al.*, 2019), as *guidelines* major prendem-se com 3 intervenções chave, com os seus timings específicos, para o doente neurocrítico:

- A gestão do doente comatoso;
- A gestão do doente com *delirium*;
- A gestão da reabilitação por imobilidade.

Nesta Unidade tive oportunidade de aprofundar o meu conhecimento e prática na avaliação neurológica da pessoa em coma, concomitantemente à exploração das patologias associadas. Foi na consistência e treino nas avaliações neurológicas que a perspetiva da neuromonitorização, complexa de avaliar, que abriu o espaço que necessitava para a prática e investigação das intervenções de enfermagem independentes e interdependentes com e sem recurso a tecnologia, que permitem essa mesma avaliação - o quebrar a barreira do contacto com a pessoa, de lhe tocar com intencionalidade, inclusivamente provocando-lhe dor com intenção de avaliar a reação motora, algo que, inicialmente senti como antinatural.

As escalas de apoio a esta avaliação são a de RASS e a GCS-M. A primeira avalia o comportamento da pessoa perante o estímulo verbal e toque, e a segunda avalia os reflexos do tronco, com enfoque à reação pupilar (simetria, reação à luz, desvios, nistagmo horizontal/vertical). Estas escalas eram aplicadas a todos os doentes internados, o que poderia ser uma crítica atendendo que poderia ser um ato padronizado. No entanto, com a alta variabilidade de estados de consciência, também em doentes com patologias que não a neurocirúrgica, com a possibilidade da existência de *delirium*, ganha intencionalidade na manutenção de uma avaliação neurológica consistente em todos, pela disfunção multiorgânica que motivaram o seu internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos. Esta vigilância através das escalas é uma função da equipa de enfermagem, que em caso de dúvida consulta os seus pares. No entanto, a sua variabilidade é ajuizada pelos mesmos, contactando o médico quando existem alterações suscetíveis de disfunção neurológica. Esta tomada de decisão é cimentada no conhecimento clínico subjacente e no conhecimento da PSC (Boykin & Schoenhofer, 2013) em si, onde é detetada uma alteração na consistência da sua resposta aos estímulos ou associada a outros sinais e/ou sintomas, bem como valores da monitorização cerebral multimodal existente. É na dualidade do ato manual, no contacto direto com a pessoa e a utilização da tecnologia (Locsin, 1998), que,

em conjunto, o enfermeiro articula com o médico antevendo a necessidade de cuidados adicionais, trabalhando e articulando com a equipa para resolver ou minimizar a situação crítica.

O meu primeiro contacto com uma pessoa vítima de trauma craneoencefálico (TCE), foi uma pessoa vítima de atropelamento com trauma torácico e craniano, com um cateter de PIC intraparenquimatoso. A minha inexperiência na vigilância com métodos invasivos era total, no entanto com conceitos de fisiologia de base, tornou-se claro a necessidade deste dispositivo.

Segundo a doutrina de Monro-Kellie (Wilson, 2016), perante a dinâmica vascular existente no crânio, sempre que a pressão intracerebral se eleve por ocupação de espaço, ocorre um período de autorregulação pelo cérebro, deste mesmo espaço. Consideramos então que, a pressão intracraniana é exercida pelo volume combinado de três componentes intracranianos: parenquimatoso (estruturas encefálicas); líquido (constituído pelo líquido cefalorraquidiano e pelo líquido cerebrospinal); vascular (sangue circulante). No entanto, se esta massa esgotar a capacidade de acomodação reduzindo o líquido cefalorraquidiano, começa a comprimir a massa encefálica, reduzindo o volume restante: o sanguíneo. Perante esta redução, a resposta fisiológica à herniação cerebral é a Tríade de Cushing: bradipneia, bradicardia e hipertensão, com sinais diretos na alteração pupilar, pela compressão; anisocoria e posteriormente midríase. Este processo fisiológico representa o esgotamento da autorregulação supracitada.

Em doentes neurocríticos, é permissivo uma hipertensão sistémica, mesmo que sob vasopressores, de forma a manter uma PAM (*trágus*)  $<90\text{mmHg}>130\text{mmHg}$ . Estes valores foram adotados como sendo balizares para a manutenção de autorregulação cerebral entre a vasoconstrição e vasodilatação cerebral em contexto de lesão cerebral (Gray & Rosner, 1987), comum nos doentes neurocríticos nesta unidade. Esta avaliação permite o cálculo da PPC (pressão de perfusão cerebral), indicador importante para a manutenção de função cerebral. Ao contrário do percebido por mim, no cuidado à PSC sem patologia neurocrítica, os valores de referência para a PAM, lidas ao nível da aurícula esquerda seriam de  $65\text{mmHg}$ , para manter uma perfusão sistémica de órgãos mínima, valor alvo para doentes em choque séptico como exemplo (Rhodes *et al.*, 2017).

A referir que na vigilância do doente neurocrítico, apenas a interpretação de um sinal ou valor é insuficiente, tal como assumir um valor teórico não é a base de uma prática correta, mas sim o estabelecimento, com a equipa médica, os valores basais ou esperados e estar atento às oscilações, podendo ser estas lentas ou bruscas, como indicadoras de potenciais problemas. Numa das ocasiões observadas, assisti à perda da sensibilidade do sensor de PIC, tendo sido este retirado, pode não permitir uma avaliação consistente; assim como assisti, num potencial dador de órgãos, a tríade de Cushing, encravamento e posteriormente morte cerebral, onde o valor de PPC atingiu o zero, significando que o fluxo sanguíneo cerebral cessou. Quando questionei o médico o porquê de não haver nenhuma repercussão no lactato sérico (indicador de hipoperfusão ou desidratação), atendendo ao padrão de morte cerebral e à poliúria de seguida, a explicação foi simples e que me

levou à aprendizagem seguinte: o volume de sangue necessário para irrigação cerebral deixou de ser fornecido e conseqüentemente, o retorno desse volume para a circulação sistêmica, provoca, em conjunto com a perda de autorregulação cerebral, perda de volume por débito urinário. No fundo a poliúria é resposta ao aumento do volume circulante intravascular, que ocorre após retorno venoso do volume cerebral.

Com tanta complexidade de cuidado, onde se centra o enfermeiro, além das avaliações de estado de consciência e monitorização cerebral?

Na verdade, quando a autorregulação é comprometida, o fluxo sanguíneo cerebral e o conseqüente transporte de O<sub>2</sub> flutua de acordo com a pressão arterial sistêmica, o que explica a necessidade de avaliação de PAM para o cálculo da PPC. Isto significa que qualquer atividade que influencie ou aumento ou diminuição da PAM, pode aumentar ou diminuir o fluxo sanguíneo cerebral e conseqüentemente agravar a PIC. Esta ligação íntima entre a autorregulação cerebral e as alterações fisiológicas como a respiração, temperatura e hemodinâmica influencia o fluxo sanguíneo cerebral. As alterações fisiológicas de uma pessoa ansiosa, que hiperventile e comece a sentir os dedos das mãos dormentes pela vasoconstrição periférica e que acaba por desmaiar, tem o mesmo paralelismo com o doente neurocrítico, a um grau mais minucioso.

Este conceito foi evidente na quantidade de monitorização necessária, para além da monitorização multimodal cerebral (da qual experienciei apenas a vigilância por cateter de PIC, monitorização contínua por EEG implantado na região frontal e BIS e TOF). A constante monitorização respiratória através da leitura e interpretação do valor de etCO<sub>2</sub> e pCO<sub>2</sub> (por via de gasometria), tem uma influência tremenda, não apenas no status ventilatório do doente, mas do transporte e perfusão cerebral.

O dióxido de carbono é um potente vasodilatador e a hipocapnia conduz a vasoconstrição e conseqüente redução do volume sanguíneo cerebral. O controlo agressivo da oxigenação e dos níveis de dióxido de carbono expirado e arterial, são indicadores secundários de perfusão cerebral. Apesar do paralelismo entre esta afirmação ser contraditória, na realidade, a redução do volume sanguíneo cerebral reduzirá a PIC, como mencionado anteriormente, mas provocará hipoperfusão cerebral, agravando a isquemia. Nesta relação entre observação, análise e comunicação contínua com a equipa médica, os vários ajustes de sedação e ventilação para atingir os *targets* terapêuticos definidos, inclusivamente à necessidade de introdução de curarizantes para um controlo total da ventilação, sendo neste contexto possível a colocação de um sensor de TOF, que permite previamente à curarização avaliar o estímulo elétrico pelas fibras nervosas e a supressão das mesmas sob o curarizante, garantindo a eficácia da atitude terapêutica. O prolongamento destas atitudes no tempo, provocam polineuropatia dos cuidados intensivos (Olkowski & Shah, 2017), comum em Unidades de Cuidados Intensivos com doentes neurocríticos, onde, apesar dos protocolos nutricionais, atingem um grau de imobilidade no leito importante.

A monitorização da temperatura é um dado fulcral para a noção de atividade cerebral. Em contexto de prática clínica foi observado o descalor de sedação num doente neurocrítico, submetido a craniotomia descompressiva por hidrocefalia secundária a um AVC isquémico com efeito de massa. Inicialmente, com necessidade de anti convulsivantes por um estado de mal refratário, desenvolveu hipertermia quando iniciou a redução progressiva dos anti convulsivantes e sedação, refratária a antipiréticos. A ocorrência do estado de mal refratário estava relacionada com o trauma grave, que implicou uma craniotomia descompressiva de urgência, onde o enfermeiro observou uma alteração pupilar coincidente ao processo de aumento de PIC anteriormente descrito – miose bilateral com anisocoria de seguida e diminuição do valor de GCS. Durante esta avaliação não foi identificado nenhum parâmetro vital alterado, para além de uma diminuição progressiva da frequência respiratória.

Na fase posterior aos cuidados e com o aumento térmico generalizado, a minha suspeita, atendendo à experiência que trazia, seria de um quadro de infeção. No entanto, sempre que se aumentava novamente a sedação, diminuía a hipertermia. Após discussão com a enfermeira orientadora, pesquisei qual a relação que poderia haver nesta alteração. Na realidade a hipertermia em contexto de lesão cerebral é bastante comum. Walter & Carraretto, (2016), definem este conceito, sendo claro que a manutenção da hipertermia pode levar, a edema das estruturas, perda de diferenciação entre matéria branca e cinzenta bem como a lesões permanentes no tecido encefálico.

As conjugações de todas estas ocorrências validaram a minha observação em contexto de projeto, quando a vigilância de enfermagem (Meyer & Lavin Ann, 2005) é um dos principais promotores de segurança na PSC e um dos pilares na supressão das necessidades fundamentais descritas por Kitson *et al.* (2013). No entanto, o cuidado de enfermagem não se define apenas pela vigilância, mas pela conjugação de intervenções associadas à mesma, pelo corpo de ciência e arte que Enfermagem dispõe. É nesta conjugação crítica, validação dos resultados e concretização de objetivos que a profissão se define.

Durante a prestação de cuidados à PSC com patologia neurocrítica, identifiquei que as prioridades dos cuidados prestados pela equipa não seriam diretamente à lesão primária, mas sim à minimização da lesão secundária. A vigilância de enfermagem tem um peso influente na mesma, mas não é o único cuidado que promove a segurança da PSC. Os cuidados de enfermagem diretos são efetuados em *bundle*, de forma a evitar a estimulação desnecessária da pessoa, protegendo o processo de recuperação da autorregulação cerebral, atendendo que a estimulação tem um efeito substancial no metabolismo neurológico, subindo a PIC.

Onde poderia ser interpretada uma padronização dos cuidados, é onde a maior intenção do enfermeiro é revelada, à luz desta proteção contra uma lesão secundária e o *delay* ou impedimento da autorregulação.

Existe intencionalidade do Enfermeiro em todo o cuidado que presta: desde a vigilância neurológica à aspiração de secreções, que não tem apenas a finalidade de limpeza de vias aéreas mas também o estímulo de dor e reflexo que provoca, sendo um dado acrescido na avaliação neurológica, à promoção da mobilização ou evicção da mesma, mantendo um posicionamento a 30° e alinhamento corporal, fulcral à manutenção das vias de perfusão (carótidas e jugulares) e drenagem de LCR (pela descida via mesencéfalo, dura-máter e raízes espinhosas), a otimização da oxigenação previamente à aspiração por pré-oxigenação, o pensamento crítico na colocação de nastro ou adesivo na fixação do tubo endotraqueal, o controlo de ruído e luz, bem como a intervenção dos familiares.

Esta agregação de cuidados era realizada com maior rapidez e cuidado quando a pessoa se encontrava em protocolo de neuroprotecção. Este momento, definido como o mais crítico, era iniciado quando se antecipava ou identificava como uma perda de autorregulação cerebral, para diminuição do estímulo e, conseqüentemente, do metabolismo cerebral, consumo energético por consumo de O<sub>2</sub> e glicose, atividade elétrica e aumento da circulação de sangue, podendo progredir para uma lesão secundária.

Quando se identificava um padrão da estabilização do quadro clínico, progressivamente se passava para um ambiente de neuroestimulação, onde se aumentavam os estímulos, a conversa e o contacto, a reabilitação, a presença ativa da família para melhorar a cognição. Todos estes cuidados obedeciam a *timings* específicos, avaliados com a equipa médica, sendo que no controlo ambiental o enfermeiro dispunha de autonomia para o regular consoante o resultado da sua vigilância.

A definição da participação da família foi discutida várias vezes. A importância da preservação do silêncio era imperiosa, onde testemunhei picos hipertensivos e alterações respiratórias apenas pelo som da voz da família. Entendo assim, que a não participação da família não pode deixar de ser considerado um envolvimento nos cuidados, quando esta é devidamente informada da necessidade de diminuir a sua presença ou mesmo ausentar-se.

É uma gestão complexa de se efetuar, na qual esta Unidade em específico se preocupa. As famílias de pessoas vítimas de trauma são também elas extensíveis à gravidade do mesmo. Sendo uma área clínica com uma variabilidade de idades enorme, de adolescentes a idosos, reúne em si uma complexidade acrescida, especialmente na primeira abordagem. Mitchell *et al.* (2019), define um conceito de família de pessoa vítima de trauma súbito como uma família com necessidades especiais, sendo comum a não aceitação do acontecido pelas famílias, um processo de negação e perda de papéis perante uma situação de crise, onde é fundamental um cuidado individualizado a cada uma.

É desta forma que a família é abordada neste contexto clínico, onde as reações ao acontecimento variam, desde a necessidade da família exercer uma presença contínua, à ausência da mesma, numa fase inicial. Esta temática foi abordada com a Enf<sup>a</sup> chefe do serviço, que refere

o supracitado. A estratégia de deixar vir a família até à equipa para gradualmente se estabelecer uma relação de confiança é importante antes de a envolver completamente no cuidado. Esta mediação deve ser realizada não só pelo enfermeiro, mas por toda a equipa profissional.

Numa situação de crise e de perda de papéis testemunhada em cuidados, o pai da pessoa ligou-se muito ao assistente operacional, o irmão a um dos enfermeiros e a mãe à chefe de enfermagem. Mais importante que ser o enfermeiro o único responsável por uma ligação emocional à família, é ter uma equipa sensibilizada para esta abordagem e permitir que seja a família a estabelecer este elo que deve ser saudável e suportado por todos. No fundo, todos cuidamos. Esta ligação permite a que haja um *engagement* da família ao cuidado, abrindo espaço para que esta se torne parceiro no cuidar, mesmo que isto signifique, no *timing* de neuroprotecção, um afastamento consciente.

Pela realidade da doença neurológica, os *outcomes* clínicos são variáveis. É comum a abordagem inicial da família de forma tensa, com necessidade de informação, para saber do estado do seu familiar, se está melhor, ou pior... A informação médica era dada sempre que a família o desejasse, uma vez por dia e apenas ao acompanhante de referência, sendo este o responsável pela transmissão da mesma aos restantes. Ao enfermeiro cabia a responsabilidade de não só transmitir informações sobre o estado geral da pessoa, mas perceber as interações familiares, para intervir se necessário e ajustar os papéis de cada um, guiando a família através do seu *distress* emocional no percurso da doença (Mitchell *et al.*, 2019), dando uma esperança realista durante a abordagem terapêutica à pessoa neurocrítica. É nesta relação de verdade e transparência, acolhendo a família, que esta se sente mais segura, não só nos cuidados prestados a si como nos prestados ao seu familiar doente (Mendes, 2016), onde a necessidade de informação se torna muitas das vezes um motivo de busca por um suporte emocional.

De facto, tendo experienciado estas vivências consegui perceber o paralelismo possível de se fazer com a temática desenvolvida. O *delirium* está intimamente ligado à autorregulação cerebral. Assim sendo e para a manutenção desta autorregulação, muitos dos cuidados prestados à pessoa neurocrítica são translacionáveis para o cuidado à PSC com *delirium*. Também foi importante perceber os *timings* de neuroprotecção e neuroestimulação, que partiam da decisão da equipa multidisciplinar e operacionalizados pelos enfermeiros, envolvendo a família no cuidado, com a sua presença ou ausência dos mesmos. Durante a pesquisa da RIL, foram identificados dois momentos importantes para a presença ou ausência de estimulação ou família, quando o *delirium* seria hípico ou hipoativo: no *delirium* hípico diminuir a estimulação e hipoativo o contrário. Também estes momentos devem ser avaliados pela equipa multidisciplinar, do comportamento da pessoa e da interação familiar, salvaguardando a segurança da pessoa, através da manipulação ambiental.

Tanto pela observação como pela intervenção ativa nos cuidados, desenvolvi competências no cuidado à PSC com um grande enfoque na família, pelas situações traumáticas

e disruptivas que experienciei em estágio. assim – desta forma, consegui dar resposta às competências gerais e específicas da OE, delineadas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC, bem como aos definidos nos Descritores de Dublin onde:

- Cuidei da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pela gestão de protocolos complexos, atendendo à individualidade da pessoa cuidada na gestão dos cuidados à PSC com patologia neurológica grave e a comunicação trabalhada com a família em situações traumáticas e disruptivas;

- Maximizei a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, transversais à prática clínica, constantemente discutidos pela relação íntima com a temática a desenvolver e reforçadas em todos os cuidados prestados e educação para a saúde constante à família.

A gestão da equipa foi um ganho importante neste campo de estágio, onde percebi que o papel de um líder de equipa não deverá ser rígido e sim fluído, permitindo à equipa crescer e respirar apoiada entre os seus elementos. Esta fluidez permite uma partilha mais ampla de conhecimentos, experiências e aprendizagem entre todos reforçando a coesão e conhecimento direcionado à prática de cuidados de qualidade. A discussão e partilha foram uma constante com os orientadores e restantes elementos da equipa, nomeadamente sobre a temática proposta, mas não se cingindo à mesma, onde:

- Garanti um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, partilhando a experiência que detenho na área da Qualidade e Segurança relacionadas com o envolvimento da família nos cuidados;

- Desenvolvi práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, através da investigação científica e partilha da mesma com a equipa e percecionando como a gestão da qualidade era imperativa no serviço pelas constantes reuniões de equipa no início de cada turno;

- Adaptei o meu perfil de liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, através do turno de chefia de equipa experienciado e constante discussão sobre o papel formal e informal do chefe de equipa de enfermagem do serviço;

- Desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, pelo desenvolvimento de estratégias pessoais de adaptação, pelo reconhecimento de limites pessoais e profissionais no local de estágio, pela observação na gestão de conflitos na gestão de família e recursos profissionais;

- Baseei a minha praxis clínica especializada em evidência científica, pela constante pesquisa científica, correlacionando com a prática clínica desenvolvida no local de estágio e atuando como formador oportuno mediante situações de cuidados relacionados com a temática entre outras que identifiquei como pertinentes, identificando esta estratégia como a mais adequada à equipa.

## **2.2. Urgência Geral Polivalente**

A Urgência Geral deste hospital encontra-se classificada como polivalente segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), caracterizada como uma unidade com o grau máximo de diferenciação para responder a situações urgentes e emergentes complexas na sua área de influência, região ou a nível nacional.

Sendo um centro de resposta nacional, o fluxo de pessoas doentes a que ela recorre é vastamente superior ao experienciado por mim no meu contexto laboral. Por esta razão, foi fulcral o conhecimento da estrutura física do Serviço de Urgência, com especial enfoque nos vários circuitos desenhados dentro da mesma. Para tal, pude percorrer estes circuitos como se fosse um utente, na companhia do Enf<sup>o</sup> Chefe e do orientador.

Partindo do acesso da triagem hospitalar, realizada segundo o Protocolo de Manchester (Direção-Geral da Saúde, 2018; A. Marques & Freitas, 2010), é possível dividir este serviço de uma forma lógica em dois ramos - crítico vs. não-crítico:

- No ramo do cuidado à PSC encontramos 2 salas de reanimação com 3 vagas (2+1) atribuídas para atendimento de pessoas em situações emergentes, provenientes da “rua” ou de qualquer setor do SU, um setor de cuidados a pessoas triadas de Laranja, um acesso privilegiado ao serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Observação e vários elevadores de acesso ao Bloco Operatório, Imagiologia (de intervenção ou convencional), Laboratório de Hemodinâmica ou Unidade de Queimados, para citar apenas alguns;

- A Pessoa com doença aguda não-crítica fica isolada deste circuito, sendo o setor de atendimento a pessoas triadas de Azul, Verde e Amarelo destinado ao outro ramo do atendimento, pós-triagem.

Esta diferenciação com impacto nos cuidados prestados, demonstra um esforço notório em capacitar o Serviço de Urgência Geral, no seu desenho estrutural, de uma abordagem à PSC com relativa qualidade.

O sentimento experienciado no início deste estágio foi a desesperança por falta de organização e confusão que este local me transmitia. Esta é uma das características mais comumente mencionadas (Patterson, Bayley, Burnell, & Rhoads, 2010) pelos enfermeiros que, como eu, nunca experienciaram de forma imersiva o contexto de trabalho de um Serviço de Urgência. No entanto, a existência destes circuitos e a organização que imprimem em contexto

de prestação de cuidados foi considerado um facilitador, não só para uma integração estruturada durante o período de estágio, mas como uma mais-valia na prestação de cuidados diretos à PSC, pela uniformização de processos.

Existem 3 vagas destinadas para abordar e avaliar a PSC emergente, seja ela proveniente do exterior (primário), de outra entidade hospitalar (secundário) ou de um outro setor da Urgência Geral. Organizadas em duas salas (2+1), têm como recursos humanos afetos, dois enfermeiros. O enfermeiro responsável pela sala que dispõe das duas vagas é titular do telemóvel “VVT”, inicialmente direcionado para a Via Verde Trauma (VVT) mas utilizado para contactos internos e para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Ambas as salas estão dotadas de material de abordagem à PSC emergente com necessidades complexas de suporte multiorgânico – ventiladores, material de acesso venoso e arterial invasivo, terapêutica emergente com a existência de 3 carros de reanimação (adulto e pediátrico) entre outros. Está desenhada para uma abordagem sistematizada à PSC pela equipa multidisciplinar hospitalar, através do ABCDE do American College of Surgeons (ACS), cujo objetivo principal é identificar rapidamente a PSC e gerir as suas necessidades por gravidade/ameaça à vida (Robertson & Al-Haddad, 2013).

Os circuitos com maior visibilidade no SU são as Vias Verdes (VV), integradas na SR e Triagem. As Vias Verdes foram criadas com vista a responder ao Plano Nacional de Saúde, delineado pela DGS, onde o modelo conceptual do mesmo aborda quatro questões fundamentais: acesso, qualidade e políticas saudáveis assentes num modelo de cidadania e educação para a saúde da população (Ministério da Saúde & Direção Geral da Saúde, 2015).

Estas Vias Verdes, como o nome indica são circuitos prioritários para PSC com compromisso orgânico identificado em contexto de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Trauma, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Sepsis.

Este local de estágio apresenta as 4 Vias Verdes, sendo que, tal como o objetivo principal das mesmas é o tratamento definitivo, estas foram adaptadas de acordo com a realidade e práticas existentes entre o Serviço de Urgência e o *endpoint* da PSC, nomeadamente as UCI's e/ou Laboratórios de Hemodinâmica e Angiografia de Intervenção.

A ativação das mesmas é, sempre que possível, realizada na SR e pelo enfermeiro responsável da mesma, iniciando de imediato cuidados à PSC.

O meu estágio foi iniciado neste setor do SU, como local primário de abordagem à PSC emergente. O trabalho desenvolvido na mesma toca em alguns pontos comuns com os meus locais de trabalho: VMER e UCI. Mobilizei competências e conhecimentos adquiridos previamente para me apoiar na integração ao SU, nos protocolos complexos a aplicar e no desenvolvimento aprofundado destas mesmas competências, fazendo a ponte entre os cuidados de enfermagem desenvolvidos em ambiente extra-hospitalar e os cuidados de enfermagem nas UCI, como que um contínuo dos mesmos.

É neste local que se operacionalizam as VV e se inicia a estabilização da PSC com falência de um ou mais órgãos.

O Enfermeiro é o único profissional com posto de trabalho neste setor. Esta responsabilidade exige ao mesmo competências acrescidas, não só do ponto de vista de conhecimento científico, mas também em capacidade organizacional e tomada de decisão. Por esses motivos, o enfermeiro que desenvolva funções neste local tem de adquirir experiência nos restantes postos de trabalho, sendo avaliado progressivamente o potencial de desenvolvimento profissional do mesmo, pelo seu Enfº Chefe de Equipa, até à tomada de decisão de o escalar na SR. Esta estratégia permite não só o desenvolvimento contínuo e progressivo do Enfermeiro, mas também a manutenção de cuidados seguros à PSC, fruto do desenvolvimento do espírito crítico e conhecimento adquirido através da experiência profissional, da exploração dos protocolos do contexto e da busca de informação atualizada (artigos e estudos). Esta motivação surge pela constante pressão do contexto e da motivação imprimida pelo enfermeiro chefe de equipa; o mesmo percurso defendido por Patterson *et al.* (2010) no crescimento profissional tutelado em contexto de SU. Paralelamente a esta experiência, pela busca das competências necessárias do Enfermeiro em contexto de SU, identifiquei formalmente esta estratégia aplicada no serviço. Chu & Hsu (2011) definiram este processo de obtenção de competências através de 4 níveis sequenciais de aprendizagem: conhecimento básico das rotinas, procedimentos emergentes básicos e controlo de sintomas; fisiopatologia, farmacodinâmica e resposta a tratamentos; identificação de novas doenças, *update* de tratamentos e procedimentos emergentes, discussão de tratamentos médicos; identificação e aplicação dos valores de enfermagem. É inevitável fazer um paralelismo com Patrícia Benner no seu Modelo de Dreyfus (Benner, 2001), no qual baseei o meu desenvolvimento de competências no decorrer da minha carreira profissional.

A SR tem uma *checklist* a ser preenchida pelo enfermeiro responsável pela sala. Nela consta o material necessário para a intervenção da equipa hospitalar. A confirmação por esta *checklist* permitiu-me identificar o material, a sua localização e testar o mesmo. Conhecer o material e os protocolos instituídos facilitou o processo de antecipação das necessidades na prestação de cuidados à PSC; um jogo subconsciente desempenhado no exercício rápido e sequencial na abordagem da PSC. Também Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) referem-se a esta capacidade como *thinking-in-action*: um processo de pensamento em que os exemplos, protocolos, conhecimento clínico e função da tecnologia não são decorados e de utilização única. São sim, apoiados nas experiências adquiridas e na capacidade criativa do Enfermeiro de se transformarem e de se tornarem solução para problemas novos ou desconhecidos. Jogando com a antecipação de cuidados, a instabilidade da PSC e os recursos existentes, que se podem alterar pela mudança de espaço, inexistência de material, de tempo e de recursos humanos (Patterson *et al.*, 2010). Esta é a maior diferença que encontro dos meus locais de trabalho para o local onde me encontrei a estagiar. A necessidade de planificar e ter uma linha condutora para os cuidados a

prestar, mas ter a consciência de que o planeado não será a solução definitiva para os mesmos, pela constante mudança de variáveis, sejam elas materiais, humanas ou fisiológicas da PSC. O desenvolver deste *thinking-in-action* permitiu-me gerir melhor o meu stress pessoal, motivado pelo choque do desconhecido – “nunca se sabe o que vai entrar pela porta desta SR”, uma frase que me foi dita pelo orientador nos primeiros turnos.

Sob orientação, fui preparando a sala de acordo com as minhas necessidades. A capacidade de *insight* é fundamental. O reconhecimento das minhas vulnerabilidades levou-me a fazer uma gestão *tailored* do material com vista à antecipação de dificuldades na minha prestação de cuidados e não apenas aos desafios que a prestação de cuidados à PSC apresenta.

Foi numa situação na qual apoiei a equipa, na prestação de cuidados a uma PSC vítima de Trauma grave, helitransportada do Hospital de Faro, que testemunhei a real necessidade de identificação precoce das necessidades fundamentais da PSC.

A PSC é admitida em choque, sob fluídoterapia (4 litros de cristalóides previamente administrados), com uma hemoglobina de 4 mg/dl à saída da instituição hospitalar. De forma rápida se reuniu consenso na equipa: manutenção do choque, acidose mista, hipoperfusão com lactato sérico aumentado e hemoglobina baixa – estávamos perante um choque hipovolémico com compromisso do transporte de O<sub>2</sub> aos tecidos, hemodiluído com o soro. De imediato, suspendemos os soros, iniciámos suporte de vasopressor e realizou-se o painel de análises, incluído o ROTEM<sup>®</sup>. Até ao transporte para o Bloco Operatório, houve melhoria na estabilização hemodinâmica da pessoa, fruto do trabalho de equipa na decisão tomada.

A identificação precoce dos fatores de coagulação, com enfoque especial no Trauma é, portanto, essencial. A existência de ROTEM<sup>®</sup> (estudo por tromboelastograma) permite o estudo das necessidades reais de componentes e derivados sanguíneos. Este tema foi abordado nas V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, que frequentei. O protocolo “4444” – antigo protocolo de transfusão maciça, onde seriam administrados 4 concentrados eritrocitários, 4 plasmas, 4 *pool* de plaquetas e 4gr de fibrinogénio, era a abordagem standard para a vítima de trauma, que já se encontra em desuso. Esta mesma utilização provoca aumento de mortalidade, tempo de internamento hospitalar, aumento de disfunção de órgão, infeção, TEV, reações adversas, crescimento tumoral e custos.

Na PSC é comum, quando existe necessidade de transfusões de forma continuada, o aparecimento de lesões pulmonares agudas relacionadas com o mesmo (TRALI), originando uma lesão pulmonar de difícil controlo, algo que já testemunhei durante o meu percurso como profissional em UCI. É lícito haver protocolos de transfusão maciça nos hospitais, mas o seu acesso deve ser monitorizado, prevenindo o aparecimento destas mesmas lesões ou outras que agravem posteriormente a situação clínica da PSC. Está balizada pela norma da DGS 038/2012 – “Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto” e na recente atualização da “*European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma*”

(Spahn *et al.*, 2019). Foi sugerido inclusivamente começar a realizar estudos de coagulação precocemente para responder às necessidades reais das PSC que necessitem de corrigir o choque hipovolémico, para se racionalizar os hemoderivados e fluídos mediante a necessidade de reposição volémica *vs.* transporte de O<sub>2</sub>. É nestes estudos de coagulação que se insere o tromboelastograma, um estudo que individualiza o cuidado à PSC pela avaliação das necessidades reais de hemoderivados da mesma.

Esta situação também me obrigou a repensar no papel do enfermeiro na SR. Atendendo que o mesmo se encontra sozinho, por ser o único com posto de trabalho fixo, tem de assumir o primeiro contacto com a PSC, até chegar a equipa médica. Esta responsabilidade acrescida no Enfermeiro força o desenvolvimento de priorização de cuidados. Foi novamente em Benner, que dedica um capítulo no seu livro “De Iniciado a Perito” chamado “Identificação e tomada a cargo da crise de um doente até à chegada do médico”, que identifiquei uma nova competência do Enfermeiro de SU:

determinar a gravidade de uma situação e a necessidade de uma intervenção rápida – o que pode e deve ser posto em marcha enquanto se espera a chegada do médico. Nestas situações, a enfermeira encontra-se numa situação delicada: ela não deve pôr em perigo a vida do doente retardando decisões necessárias à sobrevivência deste e, ao mesmo tempo, não deve ir para além das suas prerrogativas. (Benner, 2001, p.211)

Esta capacidade de triar e priorizar cuidados, incluindo o que não pode ou não deve realizar, seja por competência profissional ou por priorização de cuidados é fundamental (Patterson *et al.*, 2010).

Foi comum durante os turnos na SR ter de assumir a receção da PSC, triagem e priorização de cuidados, assim como a priorização de PSC em situação instável *vs.* estável, atendendo às vagas limitadas para responder às solicitações. Esta gestão desenvolvida em contexto de SR permitiu ter o seu desenvolvimento posteriormente em SO, onde existem PSC, assim como pessoas com doença aguda não-crítica, num rácio superior ao existente na SR, com movimentações constantes entre exames, transferências e novas admissões.

Relativamente à dinâmica de equipa encontrada em SR, senti que o enfermeiro acaba por ser a ponte de contacto com os restantes profissionais envolvidos, gerindo a segurança e os cuidados da PSC, negociando a priorização dos mesmos com as várias especialidades, numa constante responsabilização de cada um perante a PSC desde a prescrição médica ao contacto com a família, defendendo, assim, os pressupostos do seu Código Deontológico, como principal “advogado” da pessoa e da sua família. Este eixo enquadra-se na teoria de Enfermagem “Nursing as Caring” (Boykin & Schoenhofer, 2013) e na articulação da mesma, onde todos os elementos participantes cuidam dentro da sua responsabilidade, o enfermeiro identifica as necessidades fundamentais (Kitson, 2018) e detém o conhecimento para lhes dar resposta, mesmo que fora do seu âmbito profissional, chamando ao cuidado o profissional adequado. Esta intencionalidade

estende-se muito para além da SR. A partir do momento em que o enfermeiro seleciona o membro a punccionar e da forma como executa a técnica – puncciona e da mesma picada colhe o sangue, diminuindo o desconforto da pessoa e antecipando a necessidade da colheita; a seleção do membro fundamental para a sequência de cuidados extra-urgência (abordagem na sala da hemodinâmica ou para injeção de contraste na realização de Angio-TAC na Imagiologia). Esta intencionalidade (Tanner, 2006) na capacidade de antever necessidades da equipa e atuando no melhor interesse da PSC, traz ganhos para a pessoa na poupança de tempo e na potencialidade de causar dor ou desconforto, num ambiente já de si hostil (Pryzby, 2005; Schriver, Talmadge, Chuong, & Hedges, 2003).

A segurança da PSC passa acima de tudo pela sua vigilância. Através da mesma, o enfermeiro conhece quem cuida, num contexto em que a informação é limitada. A ausência de informação pode vir não só da PSC e família, mas também da ausência de tecnologia ou recursos para conhecer o outro. Este sentimento de insegurança foi algo experienciado e minorado ao longo do estágio. É conhecido e descrito a dependência de tecnologia por parte dos Enfermeiros prestadores de Cuidados em UCI. No entanto, pela experiência em contextos de enfermaria e VMER, consegui ultrapassar essa dificuldade com relativa facilidade. A vigilância do enfermeiro (Dresser, 2012; Meyer & Lavin Ann, 2005; Pfrimmer *et al.*, 2017) é uma das intervenções que mais promove segurança nos cuidados. Envolve não só a identificação de deterioração clínica mas também a vigilância do meio que rodeia a PSC e é multidimensional (Kelly & Vincent, 2011) apoiada na capacidade de julgamento clínico (Lasater, 2011). É mais do que olhar, é ver e antever, combinando o padrão de situações clínicas que advêm da experiência profissional, conhecimento teórico e intuição clínica. Esta característica é essencial à prática de cuidados à PSC, podendo ser determinante para a sobrevivência da pessoa (Rodrigues, 2013; Romero-Brufau *et al.*, 2019). Saber vigiar implica conhecer a tecnologia usada, interpretar valores e dados, relacionando os mesmos com potenciais alterações fisiológicas, onde a comunicação entre a pessoa e o enfermeiro se faz através dessa tecnologia (Locsin, 2017). No entanto, vigilância é também saber olhar para a pessoa sem o apoio da mesma. Para largar a dependência da tecnologia é necessário voltar à Enfermagem ensinada no curso-base, à interpretação de sinais e sintomas, revesti-los de uma nova intencionalidade e complexidade...um desafio que abracei em contexto de SO, a abordar posteriormente neste relatório.

O contacto com a família é altamente valorizado pelos Enfermeiros, evitando a entrada da mesma em SR sem previamente falar com a equipa médica e de Enfermagem, protegendo-a do choque emocional e trauma que uma situação de crise provoca (M. Mitchell *et al.*, 2019). Esta proteção poderia ser percebida como uma relutância à entrada da família no processo de cuidado, considerados ainda como um estorvo nos SU (Pryzby, 2005). No entanto, a sua presença é fundamental, podendo ter uma influência enorme na tomada de decisão, através da troca de informação sobre a PSC (Eisenberg *et al.*, 2005).

Interpretando à luz das teorias de Enfermagem, considero este contacto, uma das estratégias de integração da família no cuidado. Da mesma forma que a sua presença pode ser importante para a PSC na SR, o enfermeiro tem de estar desperto para a importância que poderá ter a presença da mesma para um processo de luto. Este luto pode não significar que a PSC esteja num processo de morte, mas na necessidade que a família tem de absorver o impacto emocional profundo que tem a presença do seu familiar nesta mesma sala, num contexto de saúde grave e potencialmente fatal (Mitchell *et al.*, 2019). Esta presença é incentivada pela equipa, mas apenas e só se não se sobrepuser às necessidades das PSC dentro da sala. A privacidade é mantida pela montagem de biombos entre doentes e na entrada da sala. É confirmada a informação clínica com a família, explicada a “imagem” do que irão presenciar, de forma clara e transparente, deixando a decisão da presença em SR com a família. As respostas presenciadas foram diversas, com a decisão inequívoca de entrar e outros que se abstiveram de entrar pelo choque emocional em que se encontravam. A comunicação verbal e não-verbal tem de ser cuidadosa, não inferindo julgamentos de valor com a decisão de não presença da família, sendo o grande receio das mesmas o julgamento social neste período de vulnerabilidade. O suporte emocional profissional do enfermeiro é a intervenção e a chave da manutenção da relação de saúde entre a PSC e a sua família (Kirchhoff, Song, & Kehl, 2004).

A permanência da PSC na SR deve ser limitada no tempo, pela dualidade entre recursos existentes e procura. No entanto, várias foram as vezes em que assumi cuidados de Enfermagem a PSC que se encontravam há mais de 8 horas nestas salas. A sua permanência era motivada pela necessidade de transferência para UCI que, de momento, se encontravam sem vaga ou com a necessidade de vigilância acrescida. Era assumido pela equipa médica e de enfermagem a permanência em SR de PSC com alterações de estado de consciência, hemodinâmicas e/ou ventilatórias graves para garantir a manutenção do nível de cuidados complexos exigidos.

Em casos específicos é admitida a transferência para SO se garantida a segurança da PSC. Uma das consequências desta gestão é a manutenção de potenciais dadores de órgão ou PSC com suporte multiorgão na SR, a aguardar vaga em UCI. Perante este desafio, constatei que vários enfermeiros durante a passagem de turno mencionavam cuidados específicos e complexos, comuns em contexto de UCI. Estes cuidados, que tive oportunidade de prestar (prevenção da pneumonia associada à ventilação através de cuidados de enfermagem como lavagem bucal com clorhexidina/cabeceira a 30°, utilização de urímetro para vigilância horária de débito urinário entre outros), demonstram que os cuidados de Enfermagem têm de ser transversais e que devem quebrar paredes entre UCI e SU, se houver oportunidade de os prestar.

O início do estágio na SR foi propositado, como descrito anteriormente, pela proximidade ao meu contexto de trabalho, promovendo uma integração progressiva ao SU, um contexto para mim desconhecido. Operacionalizando o conhecimento adquirido, iniciei turnos de estágio no SO. Este setor, com 16 camas no seu espaço físico dotadas de monitorização não-invasiva e

invasiva, acaba por exceder a sua lotação devido aos programas descritos como o Programa Nacional de Abordagem ao Traumatismo Craneoencefálico ou à afluência de utentes com patologia do foro ortopédico a aguardar tempo cirúrgico. Assim sendo, a ocupação em SO acabava por se concentrar em doentes do foro cirúrgico (neurocirurgia, cirurgia geral e ortopedia). Os doentes de foro médico eram em menor número, sendo identificados contextos de Sepsis, Diabetes descompensada, patologias respiratórias com necessidade de ventilação não-invasiva e patologias cardio-cerebrais como EAM ou AVC, previamente abordados na SR. A multiplicidade de situações de cuidados e a rotação constante de doentes no serviço era assustadora, atendendo ao meu contexto de origem. Senti-me inseguro em iniciar a prestação de cuidados, sem antes perceber a dinâmica da equipa de saúde. Foi decidido então, efetuar um turno com o Enf<sup>o</sup> Coordenador de SO. Esta função é semelhante à do enfermeiro chefe de equipa, mas circunscrita ao SO – coordena as entradas e saídas de doentes para transferências intra e extra-hospitalares, exames e/ou necessidades na execução de cuidados complexos, gere o tempo e acompanhamento de visitas, assume a responsabilidade pela equipa de Enfermagem dentro deste setor. Desempenhando todas estas funções, que são de elevada complexidade e que exigem a todo o momento a capacidade de tomada de decisão do enfermeiro, ficou definido que este elemento não assume cuidados diretos aos doentes, o que não invalida que este não conheça cada um dos doentes no seu setor, acompanhando a passagem de turno, questionando a equipa.

Quando questionado o orientador sobre estas funções e a rotação de doentes neste contexto, este afirma que, por turno de 8h é comum haver, em média, 16 transferências por turno.

O método de trabalho é o individual, com atribuição de doentes ao cuidado de cada enfermeiro não excedendo os 6 por enfermeiro. Perante a existência de macas, a equipa é reforçada com elementos pela gestão do chefe de equipa.

O *handoff* é realizado na presença de toda a equipa de enfermagem. Esta presença fortifica a sensação que tive durante a prestação de cuidados: os doentes são de todos. Perante a complexidade de gestão e priorização de cuidados, assim como de doentes, atendendo que coexistem doentes críticos e não-críticos no mesmo espaço, considero como elementos facilitadores do desenvolvimento de competências a partilha de conhecimento e estratégias, e o trabalho em equipa.

A identificação e triagem precoce de doentes críticos de não-críticos e da potencialidade de deterioração clínica (Fasolino & Verdin, 2015; Robertson & Al-Haddad, 2013), a identificação e planeamento de cuidados fundamentais e da previsão do tempo necessário para a execução dos mesmos, diferenciando-os de cuidados não-essenciais foram as estratégias implementadas, num espaço temporal contínuo pela constante necessidade de adaptação.

Este treino apoiou e reforçou a minha capacidade de tomada de decisão, assente nos referenciais teóricos desenvolvidos até então. A grande intervenção de Enfermagem neste setor é, em comum com a SR, a vigilância. Habitado a utilizar métodos de vigilância invasivos, em

rácios de enfermeiro:PSC diminutos, foi um choque voltar a encontrar uma realidade presente quando iniciei o meu percurso profissional num serviço de internamento de Medicina Interna, em que o contexto hospitalar não dispunha de qualquer tipo de suporte à PSC para além do SU. A vigilância de Enfermagem com recursos tecnológicos limitados obriga o Enfermeiro a olhar para a PSC com outros olhos. Uma intervenção de alta complexidade e multidimensional (Kelly & Vincent, 2011) pela mobilização contínua de conhecimento, experiência e intuição profissional – o julgamento clínico defendido por Tanner (2006).

Foi a cuidar de doentes em maca no corredor sem vaga no SO que este desafio se colocou com maior preponderância. É com base na vigilância de Enfermagem que se transmite e mantém a segurança da pessoa que se cuida (Dresser, 2012; Pryzby, 2005).

O trabalho em equipa é também fundamental. Perante a movimentação contínua de doentes, entrada e saída de enfermeiros para acompanhamento dos mesmos a exames ou transferências é realizado um constante *handoff* aos colegas que ficam no serviço, dividindo e assumindo o cuidado contínuo aos doentes. O Enf<sup>o</sup> coordenador acaba por apoiar estas movimentações, sem assumir os cuidados diretos como supracitado, mas assume um apoio na vigilância, mantendo a segurança dos doentes em SO. Quando algum elemento da sua equipa lhe pede opinião sobre uma possível situação de cuidados, agravamento da pessoa ou insegurança na vigilância, este toma a iniciativa de realocar os doentes fisicamente, para dentro do espaço físico do SO se tiver vagas, ou na proximidade deste para uma vigilância mais intensiva. Esta tomada de decisão obedece exclusivamente à equipa de Enfermagem. No entanto, existe uma colaboração muito próxima com as equipas médicas residentes em SO – Cirurgia Geral, Medicina Interna e Anestesiologia. Não só trocam entre si impressões clínicas como se apoiam na tomada de decisão, sendo o enfermeiro envolvido na mesma. A presença de um anestesiológico no SO é de uma mais-valia notória, atendendo a que este presta apoio nas situações de agravamento clínico súbito e no controlo algico, com enfoque na pessoa com patologia ortopédica, cuja imobilidade, potenciada pela patologia, agrava a dor. Em colaboração com o mesmo pude apoiar no controlo da dor com suporte farmacológico e posicionamento antiálgico, na execução de um bloqueio PENG (*Pericapsular Nerve Block*) em vários doentes com fratura peri-trocantérica. Aliando o conhecimento dos dois campos profissionais, conseguimos com sucesso diminuir a dor e melhorar a desesperança dos doentes que chegam a aguardar até 7 dias por uma intervenção cirúrgica.

O prolongamento do tempo em SO é uma problemática real com impacto na saúde da pessoa, não só pela dor e pela imobilidade, mas também pelo impacto emocional que todo o ambiente deste setor provoca. Um local que nunca pára de dia e de noite, tem não só impacto no sono e capacidade de recuperação fisiológica, como também aumenta o stress de quem se encontra internado, de quem trabalha e de quem visita.

O stress da família pode ser disruptivo no cuidado, mas o próprio stress da pessoa doente, sendo crítica ou não, tem uma grande influência na relação terapêutica com o Enfermeiro. Ambos

os doentes críticos e não-críticos experienciam o cuidado da mesma forma (Elmqvist & Frank, 2015), podendo sentir o abandono do profissional assim que se encontram a melhorar. Esta sensação de abandono leva a que este possa simular um agravamento clínico como chamada de atenção, pelo medo, solidão e desesperança, como mencionado por Elmqvist & Frank (2015). Muitas vezes a correr contra o tempo e ainda a adaptar-me à dinâmica, fazia um sinal aos meus doentes atribuídos, um piscar de olho ou um sinal com a mão, obtendo sorrisos de volta. A intenção de diminuir esta sensação de abandono tinha duplo motivo: um suporte emocional através uma relação terapêutica estabelecida entre nós e um ato de vigilância do estado geral.

O horário de visitas está compreendido em 30 minutos, duas vezes por dia. O controlo da entrada e gestão da presença das mesmas está ao cargo do Enf<sup>o</sup> Coordenador de SO. Este horário é flexível, mediante decisão deste elemento, sendo que pode ser adiada ou terminada na ocorrência de situações disruptivas de origem clínica ou não-clínica. É uma gestão complexa, mediada por este elemento propositadamente. Não assumindo cuidados diretos, consegue, não só observar a interação entre família-pessoa-profissional, como tem o distanciamento emocional para mediar conflitos.

O stress profissional está sempre latente na prestação de cuidados em SU (Healy & Tyrrell, 2011), especialmente no decorrer de intervenções de elevada complexidade como gestão de reanimações, peri-paragem ou apenas pelo volume de trabalho num determinado momento. Da mesma forma, a família que aguarda a visita está sob stress, atrás de uma porta fechada, sem possibilidade de visualização para o seu interior, sem informação sobre o seu familiar, que com o retardar do período de visita, tem tendência para agravar. A incerteza é indutora de stress para todos os envolvidos (Cypress, 2014). Foi comum identificar a necessidade de informação sobre o estado de saúde, a demora da presença do familiar no SU e a gestão da situação de saúde com as suas vidas pessoais, tendo um impacto para além das paredes hospitalares. É necessário desenvolver estratégias que consigam mitigar este stress, com o risco de perdermos a família no cuidado à pessoa. Vários artigos (Baumhover & May, 2013; Cypress, 2014; Hsiao *et al.*, 2017; Kirchoff *et al.*, 2004; Mitchell *et al.*, 2019) descrevem e confirmam a assunção assumida em contexto de estágio: a família necessita de comunicação e usufrui dela como um meio de conforto e redução de stress; uma comunicação efetiva e não apenas em contexto de “más notícias”.

Na persecução da temática deste relatório, foi uma preocupação crescente perceber se a PSC desenvolvia *delirium* em contexto de SU.

Durante a elaboração do projeto de estágio, foi realizada uma entrevista a uma enfermeira responsável do serviço onde desenvolvi o mesmo. Quando questionada sobre a temática, recebi respostas que cruzavam conceitos de demência e *delirium*, sendo relevante duas condicionantes identificadas como potenciais causadoras de *delirium*: o tempo de internamento em SO assim como a ausência de controlo ambiental.

Na RIL efetuada para a definição dos objetivos de estágio, ainda incluída no projeto, não houve nenhum artigo que fosse direcionada para a prestação de cuidados em contexto de SU, sendo todos direcionados a cuidados em contexto de UCI.

Perante esta indefinição do ponto de vista de apoio científico, decidi realizar uma 2ª RIL, cuja questão de investigação foi: “Quais as intervenções do Enfermeiro na PSC com *Delirium*, em contexto de Serviço de Urgência?”, segundo a terminologia PICO, população, intervenção e contexto.

Surgiram-me apenas 8 estudos que cumpriam com o delineado na metodologia. Investigando em literatura cinzenta, por projetos executados neste contexto, apenas foi identificado um grupo de trabalho associado ao ICUDELIRIUM da Universidade Vanderbilt, criado em 2019 para estudar esta problemática em Serviços de Urgência. Tornou-se claro pela evidência científica encontrada e o ano de publicação, que esta problemática é um novo campo de investigação.

Na realidade da prática de cuidados, seja em contexto de estágio ou profissional, a presença de *delirium* é identificada por diversos nomes e definições. A desorientação ou confusão são algumas das terminologias associadas ao *delirium*, se bem que, na sua definição, são demasiado latas no seu significado, podendo ser aplicadas a várias manifestações de alterações neurológicas, onde se enquadra, por exemplo, a demência.

Também foi sentida esta dificuldade durante a discussão da temática com o Enf<sup>o</sup> orientador. Na consulta dos artigos, identifiquei 10 sugestões para a discussão da temática em SU. Cullen & Balas (2017), definiram estas 10 sugestões de abordagem da temática do *delirium* na PSC como:

- Uso de nomenclatura correta;
- Reconhecimento das características clínicas do *delirium*;
- Reconhecimento da prevalência e *outcomes* na PSC;
- Uso de estratégias validadas para reconhecimento/*screening* de *delirium*;
- Identificação e remoção, se possível, de fatores desencadeantes;
- Realizar diagnósticos diferenciais e exames de diagnóstico adicionais;
- Parar medicações desnecessárias que potenciem *delirium*;
- Prescrever e administrar intervenções não-farmacológicas;
- Prescrever contenção química apenas se necessária;
- Assegurar cuidados no follow-up / *handover*.

Esta abordagem acaba por confirmar a minha dificuldade na discussão do tema. A nomenclatura da CIPE® e criada pelo Conselho Internacional de Enfermagem em 2011 foi Confusão Aguda (Marques *et al.*, 2013). Este conceito, definindo o percurso agudo próprio do *delirium*, deixa a indefinição do conceito de confusão: um processo de pensamento distorcido,

englobando um compromisso da memória, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa; comum a mais que uma patologia clínica. Urge então encarar a definição de *delirium* à luz do conhecimento atual, uma apresentação clínica definida como emergência médica.

Reconhecendo que, qualquer fator supracitado tem impacto na autorregulação cerebral, podemos concluir que o *delirium* estará presente na PSC em contexto de SU – tendo sido identificado por mim várias vezes em contexto de estágio, nos dois setores escolhidos.

A abordagem inicial da PSC, utilizando a mnemónica criada pela ACS – ABCDE, confirma esta linha de pensamento. A estabilização primária do ABC (Via aérea, ventilação e hemodinâmica), promove uma avaliação correta do D (disfunção neurológica). Se os problemas identificados em ABC não estiverem resolvidos, a potencialidade de haver disfunção neurológica é elevada. Assim sendo, é possível relacionar a prevenção de *delirium* com a implementação das VV nos circuitos hospitalares e definir o *delirium* não apenas uma apresentação clínica, mas como um sinal importante de disfunção cerebral e de deterioração clínica. Esta correlação advém da experiência no contexto de uma situação de cuidados explanada no Jornal de Aprendizagem e na análise do estudo “*Clinical deterioration in older adults with delirium during early hospitalisation: A prospective cohort study*” (Hsieh *et al.*, 2015), que interpreta a ocorrência de *delirium* como uma alteração de estado de consciência, um sinal de falência multiorgânica (Elliott & Coventry, 2012).

No SU, existem outras estratégias potencialmente preventivas, nomeadamente a constante comunicação com a pessoa doente como estratégias de reorientação temporal e espacial a pessoas sem défice neurológico, bem como a pessoas “desorientadas” em SR e SO (Bannon, McGaughey, Clarke, McAuley, & Blackwood, 2018; Colombo *et al.*, 2012; Darbyshire, Greig, Vollam, Young, & Hinton, 2016); a tentativa de controlo ambiental (redução ou controlo de estímulos luminosos e sonoros no SO no turno da noite); o uso de máscaras faciais como vendas, a pedido dos doentes para proteção do sono. No entanto, são mantidas as transferências para os internamentos a qualquer hora do dia ou noite. Esta gestão mantém a fluidez de um serviço que nunca fecha portas, gerando uma rotação contínua de doentes pelos diversos setores, incluindo o SO. Esta mesma rotação, condiciona o descanso e recuperação metabólica da pessoa doente (Day, Higgins, & Koch, 2008), propiciando o aumento de casos de *delirium*, com prevalência do *delirium* hiperativo.

A gestão farmacológica na agitação foi também um desafio neste contexto, onde por várias vezes sugeri e discuti as opções de sedação com a equipa, assim como a vigilância e potenciais efeitos secundários, suportado pelos resultados obtidos na RIL desenvolvida para este local, bem como a anteriormente desenvolvida em contexto de projeto de estágio. A recorrência no uso de opióides e benzodiazepinas para o controlo da agitação neste SU advém da experiência de cada profissional médico. Esta constatação foi observada por mim e comentada pela equipa multidisciplinar. No entanto, em contexto de SU, o uso de antipsicóticos atípicos como o

Haloperidol e Quetiapina (Devlin *et al.*, 2011; Palacios-Ceña *et al.*, 2016), assim como o uso de Cetamina (Ho *et al.*, 2013; Hopper *et al.*, 2015) tem trazido benefícios no controlo da agitação psicomotora e não no tratamento *per se*, sendo este dirigido para as causas metabólicas indutoras de *delirium*. Foi presenciado inclusivamente reações paradoxais no uso continuado de benzodiazepinas, num doente com HSA, vítima de acidente de viação, internado em SO. Esta situação foi discutida entre mim orientador e equipa médica, tendo-se mudado o plano terapêutico para Haloperidol, com melhoria da agitação psicomotora.

O trabalho com a equipa de enfermagem, relativamente a efeitos secundários na administração de fármacos foi abordado no seguimento da publicação N.º 166/CD/100.20.200 (INFARMED, 2019), sobre a administração do Haloperidol, sendo recomendada que a mesma seja efetuada por via IM. É também descrito que a via EV não está desconsiderada, sendo recomendada monitorização contínua do ECG em relação a prolongamento do intervalo QTc e arritmias ventriculares. Esta informação, apoiada na discussão da vigilância de Enfermagem e identificação de efeitos secundários, reduziu o receio das equipas na administração deste fármaco, muito motivado pelo desconhecimento dos potenciais riscos de administração de antipsicóticos atípicos e como identificar os mesmos atempadamente.

Na discussão contínua dos casos clínicos, cuidados de enfermagem relacionados com a temática, foi progressivamente notória a confiança depositada em mim, tendo conseguido sensibilizar a equipa para a necessidade de vigilância das alterações neurológicas agudas, com enfoque para o *delirium* na PSC. Esta resposta está direcionada para a maior problemática identificada na implementação de protocolos de Prevenção e Tratamento de *delirium* em SU, que parte essencialmente da identificação de fatores de risco e nomeação correta do *delirium* (Noel, Cirbus, & Han, 2016). Consequentemente a avaliação da presença de *delirium* com escalas validadas (Han *et al.*, 2015, 2013; Mariz, Castanho, Teixeira, Sousa, & Santos, 2016), gestão ambiental, planeamento de intervenções preventivas na continuidade de cuidados (Cullen & Balas, 2017; Day *et al.*, 2008) e o registo em processo de enfermagem (Traynor *et al.*, 2016) não poderão ser realizadas com a intencionalidade devida.

A equipa de enfermagem gira a sua atividade em redor do seu elemento central, desempenhado pelo chefe de equipa, que conhece intimamente o serviço como cada um dos seus elementos, estando em permanente movimento entre os setores, contactável por qualquer elemento da equipa profissional. Esta função é desempenhada por elementos com vasta experiência na área de atendimento à PSC, preferencialmente com vários anos dedicados a este serviço.

A coordenação de um SU é um trabalho desafiante, sendo o enfermeiro responsável por dar resposta em situações exigentes, que se prendem essencialmente com gestão de stress e *burnout* da equipa, gestão de conflitos, apoio na resolução de situações clínicas complexas e priorização de cuidados num âmbito global, mantendo a fluidez entre setores.

A responsabilidade de gestão de recursos é primariamente deste elemento, sejam eles materiais ou humanos, mobilizando os mesmos consoante as necessidades identificadas em todo o SU. A gestão interna do SO é realizada por um elemento da sua equipa, sem doentes atribuídos, articulando-se com o Enf<sup>o</sup> chefe de equipa na gestão de vagas e recursos humanos entre os dois contextos.

Durante o estágio, não tive oportunidade de acompanhar um turno de gestão de equipa, embora tenha discutido as funções do Enf<sup>o</sup> chefe de equipa com o orientador que sendo o chefe da equipa onde desempenhei o estágio me esclareceu quais as funções e perfil de gestão que desempenha, estendendo a sua influência a todos os setores da Urgência com especial enfoque à Sala de Reanimação e em situações de exceção.

O hospital no qual desenvolvi o meu estágio, tem de responder a situações de exceção que possam ocorrer intra e extra-hospital, atendendo que responde, segundo o plano estratégico para a Referenciação Hospitalar de Emergência/Urgência da Direção Geral de Saúde (2001), à região Oeste de Lisboa: Caldas da Rainha, Torres Vedras e Loures. Tendo capacidade para responder, pela polivalência clínica, a qualquer situação de saúde, é *per si*, uma organização preferencial para receber multivítimas de um *mass casualty* nesta região.

Neste momento, qualquer hospital está a trabalhar no limite da sua capacidade e atendendo que as instituições hospitalares são complexas e vulneráveis, num contexto de catástrofe, fica comprometido o acesso aos cuidados necessários e em segurança (World Health Organisation, 2011). A DGS recomenda através da Orientação n<sup>o</sup>007/2010 - “Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde” (Direção Geral de Saúde, 2010), a elaboração de planos de emergência médica, ativados excecionalmente em situações de crise - um “contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções” (Direção Geral de Saúde, 2010).

Neste local de estágio está delineada a sua capacidade de resposta num documento específico, doravante nomeado PEE (Plano de Emergência Externo).

Relativamente ao PEE, este é ativado quando existem dois níveis de emergência:

- A existência de 7 ou mais vitimas traumatizadas ou doentes graves transportadas para este hospital, num período de 60 minutos; ou um acidente que resulte de vários acontecimentos, no qual seja previsível a ultrapassagem da capacidade normal do hospital.

É neste contexto que toda o SU é redesenhado segundo este plano e perde as suas características e circuitos originais. A adequação dos recursos muda, sendo estes cativados de acordo com o nível de resposta necessário, podendo no seu expoente máximo, envolver todos os funcionários do hospital.

Para esta resposta inicial está preparado um gabinete de Crise no serviço, onde os responsáveis iniciais (Chefe de Equipa Médico de Medicina e/ou Cirurgia e Enf<sup>o</sup> Coordenador do

SU) iniciam o plano. Neste gabinete encontra-se afeto material de abordagem inicial como kits de triagem de catástrofe, malas de resposta a situações médicas e de trauma, ventiladores de transporte, entre outros.

Consoante o nível ativado, também ficam cativas vagas e equipas especializadas para a abordagem à PSC fora do SU, nomeadamente no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) para um total de 36 vagas com o plano completamente ativo. O En<sup>o</sup> Chefe de Equipa é o substituto presencial do En<sup>o</sup> Chefe de Serviço em situações de exceção, como é o caso da ativação do PEE, ou em situações de potencial contágio.

Foi experienciado por mim em contexto de estágio o início das cadeias de contágio por Coronavírus (COVID-19) em território Nacional, nomeadamente na região de Lisboa, onde, na ausência de um plano estratégico oficial definido pelo Ministério da Saúde ou da Instituição em si até ao momento dos primeiros casos provenientes da Ásia e da zona de Trieste, em Itália, coube ao chefe de equipa de enfermagem operacionalizar os recursos disponíveis para minimizar os riscos de contágio e dar resposta efetiva a uma situação de saúde. Esta situação de exceção permitiu-me explorar a gestão de serviço em catástrofe com o orientador, atendendo que o mesmo executa funções de chefia de equipa e operacionalizou uma situação real de suspeita de infeção COVID-19. Com a abertura de um isolamento específico, com porta exterior, consegue-se isolar a pessoa infetada dos circuitos dos doentes agudos, contendo a possibilidade de contágio da restante população. Este isolamento foi montado para dar resposta à epidemia provocada pelo Ébola em 2014. A implementação deste circuito isolado e o treino nas medidas preventivas de contágio permitiram ao serviço uma capacidade de resposta atempada e organizada, sendo este isolamento utilizado para outras doenças transmissíveis como Sarampo, Tuberculose Pulmonar, entre outras.

Perante a análise da situação pandémica que evoluiu após o meu estágio, foram subtilmente identificados os vários passos tomados de acordo com este PEE, através da comunicação social e por comunicados oficiais da entidade hospitalar, já apoiados numa boa gestão organizacional local iniciada no meu contexto de estágio.

Este contexto foi bastante rico em aprendizagens, tendo consolidado estratégias e cuidados que foram identificados e trabalhados no campo de estágio anterior. Embora seja contra-corrente ao circuito da PSC, que entra pelo SU até à UCI, permitiu-me sair de um meio mais controlado e familiar, com ganhos nos cuidados aprofundados, específicos e complexos, para um campo de estágio em que os pude articular, desenvolver e explorar em contextos mais amplos. Não significa isto que não existiram momentos novos de aprendizagem. Atendendo que nunca exerci em SU, sendo esta uma realidade nova, senti a necessidade de recrutar todo o conhecimento adquirido nos vários contextos profissionais para me apoiar no meu desempenho neste local.

Assim sendo, consegui dar resposta às competências gerais e específicas da OE, delineadas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC, bem como aos definidos nos Descritores de Dublin onde:

- Cuidei da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pela gestão de protocolos complexos, atendendo à individualidade da pessoa cuidada na gestão dos cuidados à PSC, com enfoque nos cuidados à PSC com lesão neurológica e trauma grave;

- Maximizei a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, transversais à prática clínica, pelo cumprimento das regras delineadas pela PPCIRA local, colocando sempre a segurança da equipa e da pessoa cuidada em primeiro lugar;

A gestão da equipa por parte do enfermeiro chefe de equipa enriqueceu as competências desenvolvidas no estágio anterior, com uma menção especial à tomada de decisão e à capacidade de ajuste constante nas decisões tomadas respeitantes à gestão pessoal dos cuidados prestados à PSC, como em gestão da equipa em si, mantendo a fluidez dos postos de trabalho mediante as necessidades de serviço, ou a necessidades mais específicas no cuidado à PSC:

- Garanti um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, partilhando a experiência que detenho na área da Qualidade e Segurança em contexto de UCI, sugerindo a implementação de estratégias para a melhoria assistencial;

- Adaptei o meu perfil de liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, através dos turnos de chefia de equipa experienciados e constante discussão sobre o papel formal e informal do chefe de equipa de enfermagem do serviço, na gestão da equipa, locais físicos e PEE;

- Desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, pelo desenvolvimento de estratégias pessoais de adaptação, pelo reconhecimento de limites pessoais e profissionais no local de estágio, melhorando a minha capacidade de tomada de decisão, apoiada nos referenciais teóricos e prática experienciada;

- Baseei a minha *praxis* clínica especializada em evidência científica, pela constante pesquisa científica, correlacionando com a prática clínica desenvolvida no local de estágio e atuando como formador oportuno mediante as situações de cuidados, aproveitando momentos de *debriefing*, conversas informais e discussão contínua confrontando a minha experiência pessoal, fundamentação científica e as práticas do serviço.

- Garanti sempre um ambiente seguro para a PSC, família e profissionais, especialmente porque o contexto de cuidados me era desconhecido, demonstrando a minha vulnerabilidade e trabalhando a mesma com a equipa multidisciplinar ao longo do estágio.

- Garanti uma prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, com um enfoque importante para o direito à privacidade, uma competência complexa a desenvolver em contexto de SU, pelas limitações estruturais do serviço e pela necessidade de abordagens emergentes na prestação de cuidados;

- Apoiei e investiguei a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, na sua conceção à ação, no momento da receção de vítimas de trauma grave, procurando preservar e documentar corretamente as lesões em situações de suspeita de crime (rodoviário ou outros), assim como explorei o PEE e apoiei na decisão e implementação do mesmo no início da resposta à pandemia COVID-19.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As razões mencionadas no início deste relatório serviram de mote para o meu percurso desenvolvido até ao término desta jornada, marcada por este relatório.

Pelo conhecimento que detenho de colegas e outros contextos de trabalho, partilho uma opinião muito própria, sentida ao longo do meu percurso profissional - a PSC com disfunção neurológica é complexa no seu cuidado, incompreendida por muitos de nós que encaramos o cuidado à mesma como difícil, frustrante, morosa e, por vezes, infrutífera. Este sentimento estendeu-se ao ponto de necessitar de validar se o meu trabalho com a PSC se revestia de Enfermagem ou se me tinha tornado meramente tecnicista, desligado do que realmente significaria cuidar.

Na corrente de pensamento das necessidades fundamentais da PSC (Kitson *et al.*, 2013), o enfermeiro estabelece uma relação com o seu alvo de cuidados, a PSC e família. Independentemente de esta estar com um estado de consciência mantido ou não, como constatado durante o estágio, conhecer a pessoa que cuidamos é uma mais-valia para a identificação precoce de antecedentes pessoais relevantes ou antecipação de cuidados necessários, como supracitado. Foi através do conhecer, do foco, da confiança, da antecipação e avaliação, que guiei a minha postura em estágio, sendo estes os pilares necessários para estabelecer uma relação terapêutica, segundo as autoras.

Cuidar de pessoas é aceitar que estas sejam únicas em si, que nem todas respondam da mesma forma à corrente de tratamento ou melhorem. Esta individualidade própria de cada pessoa, a qual prestei cuidados, chocou muito com a minha necessidade de controle, de método e foco. Esta foi uma das limitações pessoais sentidas e que tive necessidade de encontrar estratégias de *coping* para conseguir atingir os objetivos a que me propus. Foi apenas quando tomei noção de que o meu controlo era ilusório e impraticável, que me deixei envolver no cuidado do outro e família. Foi na vulnerabilidade sentida que me apoiei e avancei, aceitando-a como sendo inevitável.

No decorrer do estágio de UCI, aprofundi a relação entre o *delirium* e a autorregulação cerebral e qual a intervenção do enfermeiro na manutenção da mesma. Relacionando estes conceitos e cuidados, que aparentemente simples, se revestem de complexidade pela sua intencionalidade. São efetivamente translacionáveis entre os dois contextos de cuidados, de acordo com a pesquisa realizada previamente, tanto em literatura cinzenta como pela RIL. No entanto, a experiência adquirida foi mais profunda, tendo-me surpreendido como profissional e pessoa, pela sensibilidade e beleza da transformação de uma equipa profissional em equipa de saúde, uma rede de suporte completa, abarcando família, pessoa doente e profissionais.

A dualidade entre o humanismo e a tecnologia, levaram à necessidade evidente de pesquisa sobre meios de intervenção e tecnologia aplicada à vigilância da PSC. Não só senti necessidade de enquadrar a tecnologia no cuidado como ato de vigilância, mas como um meio de comunicação, entre a pessoa doente e o enfermeiro, uma forma aumentada de estabelecer uma linha de conhecimento mútuo melhorando a segurança na prestação de cuidados; um complemento ao cuidar e uma extensão da pessoa doente, diminuindo o espaço entre o enfermeiro e a pessoa, sem nunca substituir a tecnologia pela mesma. É um meio facilitador à prestação de cuidados e tomada de decisão.

No contexto de Urgência Polivalente, o desenvolvimento de competências centrou-se na tomada de decisão, atendendo à falta de recursos existentes, sendo eles materiais ou humanos. Para esta tomada de decisão desenvolvi estratégias de triagem e priorização de cuidados a PSC e a pessoas com doença aguda em situação não-crítica. Outras competências pessoais foram desenvolvidas de forma mais aprofundada neste estágio, como a gestão de stress perante o desconhecido, capacidade de organização e o treino constante do desapego emocional, libertando-me de ideias ou pensamentos preconcebidos que me limitam o julgamento clínico e a capacidade de moldagem perante situações não expectáveis. O planeamento excessivo conduz progressivamente a estados de frustração quando o plano não decorre como espectável, da mesma forma que este planeamento não corresponde à antecipação profissional nos cuidados a prestar. Este estado de sobrecarga emocional e de *stress* conduz a uma prestação profissional condicionada e, nesta situação em específico, numa limitação séria à aprendizagem.

Também fruto da reflexão em contexto de prática clínica, assumi que num ambiente *fast paced*, com as particularidades específicas do local de estágio, a tomada de decisão do Enfermeiro é fulcral para conseguir identificar as necessidades fundamentais; articular com a equipa a priorização na resolução de problemas relacionados com a supressão destas mesmas necessidades; a decisão de atuar e principalmente o não-atuar; o uso consciencioso da tecnologia e quando abdicar dela. Esta gestão e priorização é suportada pelo modelo de Tanner (2006), o *clinical judgement* do enfermeiro. Uma boa decisão clínica, o *clinical judgement* em Enfermagem implica, não só um conhecimento patofisiológico e de impressões diagnósticas na apresentação clínica da pessoa doente e do seu processo de doença, mas também o que esta situação representa para a pessoa e para a sua família física, sociológica e emocionalmente, das suas forças e estratégias de *coping* (Tanner, 2006).

As competências desenvolvidas com base nos Descritores de Dublin, pelas quais se pautam as competências definidas no CMEPSC e nos pressupostos da Ordem dos Enfermeiros enunciadas na introdução deste trabalho, foram também complementadas pelas que desenvolvi num cariz pessoal, onde senti que foram as que mais me surpreenderam e ajudaram a suplantar algumas limitações que detinha previamente, que se estendiam ao âmbito profissional.

Consegui cumprir os objetivos propostos com sucesso, focando-me para além da minha temática, aumentando o espetro de aprendizagem e conseguindo relacionar as mesmas com o meu foco de estudo, o cuidado à PSC com *delirium*.

As limitações sentidas durante este percurso centraram-se no desconhecimento parcial ou total das equipas nesta temática. Uma das estratégias utilizadas e enunciadas anteriormente foi o reajuste do foco na temática, que sendo mais abrangente, facilitou a identificação de cuidados de enfermagem à PSC com disfunção neurológica grave, translacionáveis à PSC com *delirium*. Aliada à formação informal das equipas, estabelecendo pontes entre o conhecimento e experiência das mesmas, com a evidência pesquisada por mim, fomentou um crescimento mútuo entre mim e estas equipas.

Os maiores facilitadores da minha aprendizagem foram as equipas e a comunidade académica, desde os meus colegas à professora orientadora. Através da discussão contínua da temática, aplicada empiricamente por cada enfermeiro que contactei, permitiu-me ter inúmeros pontos de vista e opiniões que enriqueceram o meu desenvolvimento, ajudando-me a direcionar as minhas pesquisas e o meu desenvolvimento pessoal e profissional em direção aos meus objetivos e competências a aprofundar.

O caminho não se encerra neste ciclo. Espero futuramente poder aplicar os conhecimentos adquiridos neste mestrado no meu local de trabalho, através do planeamento de uma intervenção multidisciplinar à PSC com *Delirium*, com a participação de todos os profissionais, englobando a família neste processo.

Em suma, das maiores aprendizagens que retiro neste aprofundamento do cuidar da PSC, é a seguinte: o enfermeiro deverá desenvolver a sua capacidade de antever e planear a sua resposta a eventos adversos, no cuidado à PSC e família, mas o ato de “*Caring*” de uma PSC é a capacidade de se adaptar às circunstâncias e manter este cuidado ao longo da imprevisibilidade que a doença os possa levar: pessoa doente, família e equipa (Boykin & Schoenhofer, 2013).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo-nuevo, M., González-gil, M. T., Romera-ortega, M. Á., Latorre-marco, I., & Rodríguez-huerta, M. D. (2017). placed on ECMO and with difficult sedation : A case report. *Intensive & Critical Care Nursing*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.013>
- Ali, S., Patel, M., Jabeen, S., Bailey, R. K., Patel, T., Shahid, M., ... Arain, A. (2011). Insight into delirium. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(10), 25–34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22132368>
- Athanasakis, E. (2012). Health science journal ®. *Health Science Journal*, 6(4), 773–783.
- Bailey, D. N. (2018). Caring Defined: A Comparison and Analysis. *International Journal of Human Caring*, 13(1), 16–31. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.13.1.16>
- Balas, M. C., Rice, M., Chaperon, C., Smith, H., Disbot, M., & Fuchs, B. (2012). Management of Delirium in Critically Ill Older Adults. *Critical Care Nurse*, 32(4), 15–26. <https://doi.org/10.4037/ccn2012480>
- Balas, Michele C, Vasilevskis, E. E., Olsen, K. M., Schmid, K. K., Shostrom, V., Cohen, M. Z., ... Burke, W. J. (2014). Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle\*. *Critical Care Medicine*, 42(5). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000129>
- Balk, R. A. (2000). PATHOGENESIS AND MANAGEMENT OF MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION OR FAILURE IN SEVERE SEPSIS AND SEPTIC SHOCK. *Critical Care Clinics*, 16(2), 337–352. [https://doi.org/10.1016/S0749-0704\(05\)70113-5](https://doi.org/10.1016/S0749-0704(05)70113-5)
- Ballard, K. A. (2003). Patient safety: A shared responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3), 43–57.
- Bannon, L., McGaughey, J., Clarke, M., McAuley, D. F., & Blackwood, B. (2018). Designing a nurse-delivered delirium bundle: What intensive care unit staff, survivors, and their families think? *Australian Critical Care*, 31(3), 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.007>

- Barr, J., Fraser, G. L. G., Puntillo, K., Ely, E. W. E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F. J. J. F., ... Davidson, J. E. J. J. E. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, *41*(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Baumhover, N. C., & May, K. M. (2013). A vulnerable population: Families of patients in adult critical care. *AACN Advanced Critical Care*, *24*(2), 130–148. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e318286489e>
- Benner, Patrícia. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto E). Coimbra.
- Benner, Patricia, Kyriakidis, P. L. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (2ª Edição). New York: Springer Publishing Company.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as Caring A Model for Transforming Practice*. (Project Gutenberg, Ed.). Project Gutenberg. Retrieved from <http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-h/42988-h.htm>
- Brummel, N. E., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Dittus, R. S., ... Girard, T. D. (2014). Delirium in the ICU and subsequent long-term disability among survivors of mechanical ventilation. In *Critical Care Medicine* (Vol. 42, pp. 369–377). <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a645bd>
- Bryczkowski, S. B., Lopreiato, M. C., Yonclas, P. P., Sacca, J. J., & Mosenthal, A. C. (2014). Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. *Journal of Surgical Research*, *190*(1), 280–288. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.02.044>
- Chu, W., & Hsu, L.-L. L. (2011). Developing Practical Knowledge Content of Emergency Nursing Professionals. *Journal of Nursing Research*, *19*(2), 112–118. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e31821aa0eb>
- Coli, R. de C. P., Anjos, M. F. dos, & Pereira, L. L. (2010). The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *18*(3), 324–330. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300005>

- Colombo, R., Corona, A., Praga, F., Minari, C., Giannotti, C., Castelli, A., & Raimondi, F. (2012). A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiologica*, 78(9), 1026–1033. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22772860>
- Cullen, E., & Balas, M. C. (2017). Delirium monitoring and management in the acute care setting. *The Nurse Practitioner*, 42(12), 37–42. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000526764.53348.d1>
- Cypress, B. S. (2014). The emergency department experiences of patients, families, and their nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(2), 164–176. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000017>
- Dale, C. R., Kannas, D. A., Fan, V. S., Daniel, S. L., Deem, S., Yanez, N. D., ... Treggiari, M. M. (2014). Improved Analgesia, Sedation, and Delirium Protocol Associated with Decreased Duration of Delirium and Mechanical Ventilation. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(3), 367–374. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201306-210OC>
- Dammeyer, J. A., Mapili, C. D., Palleschi, M. T., Eagle, S., Browning, L., Heck, K., ... George, C. (2012). Nurse-Led Change. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(1), 2–14. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31823b1fec>
- Darbyshire, J. L., Greig, P. R., Vollam, S., Young, J. D., & Hinton, L. (2016). Correction: “I can remember sort of vivid people...but to me they were plasticine.” Delusions on the intensive care unit: What do patients think is going on? *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160296>
- Day, J., Higgins, I., & Koch, T. (2008). Delirium and older people: what are the constraints to best practice in acute care? *International Journal of Older People Nursing*, 3(3), 170–177. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00115.x>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Riker, R. R., Hinderleider, E., Roberts, R. J., Fong, J. J., ... Garpestad, E. (2011). Impact of quetiapine on resolution of individual delirium symptoms in critically ill patients with delirium: a post-hoc analysis of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Critical Care (London, England)*, 15(5), R215. <https://doi.org/10.1186/cc10450>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis

(VVS). *Circulares Normativas DGS, N°01*, 1–20.

Direção-Geral da Saúde. Norma 002/2018 Sistemas de Triagem de Serviços urgência, Norma n° 002/2018 de 09/01/2018 § (2018). Retrieved from [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Retrieved from <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>

Direção Geral de Saúde. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (2010). Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>

Direcção-Geral da Saúde. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, (n°13). Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-bona-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude-pdf.aspx>

Dracup, K., & Bryan-Brown, C. W. (1995). Humane care in inhumane places. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 4(1), 1–3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7894550>

Dresser, S. (2012). The role of nursing surveillance in keeping patients safe. *Journal of Nursing Administration*, 42(7–8), 361–368. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182619377>

Eisenberg, E. M., Murphy, A. G., Sutcliffe, K., Wears, R., Schenkel, S., Perry, S., & Vanaerhoef, M. (2005). Communication in emergency medicine: Implications for patient safety. *Communication Monographs*, 72(4), 390–413. <https://doi.org/10.1080/03637750500322602>

Elliott, M., & Coventry, A. (2012). Critical care: the eight vital signs of patient monitoring. *British Journal of Nursing*, 21(10), 621–625.

Elmqvist, C., & Frank, C. (2015). Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 145–151. <https://doi.org/10.1111/scs.12143>

- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., ... Dittus, R. S. (2004). Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of the American Medical Association*, 291(14), 1753–1762. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
- Fasolino, T., & Verdin, T. (2015). Nursing Surveillance and Physiological Signs of Deterioration. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(6), 397–402. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ca11ab2c-ad1d-4249-ad3a-a7963c497679@sessionmgr4005&vid=1&hid=4212%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26863702>
- Gephart, S. M., McGrath, J. M., & Effken, J. A. (2011). Failure to Rescue in Neonatal Care. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(3), 275–282. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318227cc03>
- Gray, W. J., & Rosner, M. J. (1987). Pressure-volume index as a function of cerebral perfusion pressure. Part 2: The effects of low cerebral perfusion pressure and autoregulation. *Journal of Neurosurgery*, 67(3), 377–380. <https://doi.org/10.3171/jns.1987.67.3.0377>
- Gregory, K. A. (2016). Easy as ABC: How Staff Nurses Transformed Unit Culture to Assess and Manage Delirium in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 36(5), 73–76. <https://doi.org/10.4037/ccn2016821>
- Han, J. H., Vasilevskis, E. E., Schnelle, J. F., Shintani, A., Dittus, R. S., Wilson, A., & Ely, E. W. (2015). The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*, 22(7), 878–882. <https://doi.org/10.1111/acem.12706>
- Han, J. H., Wilson, A., Vasilevskis, E. E., Shintani, A., Schnelle, J. F., Dittus, R. S., ... Ely, E. W. (2013). Diagnosing Delirium in Older Emergency Department Patients: Validity and Reliability of the Delirium Triage Screen and the Brief Confusion Assessment Method. *Annals of Emergency Medicine*, 62(5), 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.003>
- Hawley, M. P., & Jensen, L. (2007). Making a Difference in Critical Care Nursing

- Practice. *Qualitative Health Research*, 17(5), 663–674.  
<https://doi.org/10.1177/1049732307301235>
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), 31–37.  
<https://doi.org/10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611>
- Heaslip, V., & Board, M. (2014). Does nurses' vulnerability affect their ability to care? *British Journal of Nursing*, 21(15), 912–916.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.15.912>
- Herling, S. F., Greve, I. E., Vasilevskis, E. E., Egerod, I., Bekker Mortensen, C., Møller, A. M., ... Thomsen, T. (2018). Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(11).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009783.pub2>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa perspectiva de Cuidar*. (M. É. Intereditions, Ed.). Lusociência. Retrieved from  
[https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-45284-dt-content-rid-196935\\_1/courses/201819-S1-6734-9-6734046-1/201516-S1-6734-9-6734046-1\\_ImportedContent\\_20151020125440/201213-S1-6734-2-9-6734046\\_ImportedContent\\_20121012025353/Cuidar é complexo\\_cui](https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-45284-dt-content-rid-196935_1/courses/201819-S1-6734-9-6734046-1/201516-S1-6734-9-6734046-1_ImportedContent_20151020125440/201213-S1-6734-2-9-6734046_ImportedContent_20121012025353/Cuidar%20%C3%A9%20complexo_cui)
- Ho, J. D., Smith, S. W., Nystrom, P. C., Dawes, D. M., Orozco, B. S., Cole, J. B., & Heegaard, W. G. (2013). Successful management of excited delirium syndrome with prehospital ketamine: Two case examples. *Prehospital Emergency Care*, 17(2), 274–279. <https://doi.org/10.3109/10903127.2012.729129>
- Hopper, A. B., Vilke, G. M., Castillo, E. M., Campillo, A., Davie, T., & Wilson, M. P. (2015). Ketamine Use for Acute Agitation in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 48(6), 712–719.  
<https://doi.org/10.1016/J.JEMERMED.2015.02.019>
- Hshieh, T. T., Fong, T. G., Marcantonio, E. R., & Inouye, S. K. (2008). Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(7), 764–772.  
<https://doi.org/10.1093/gerona/63.7.764>
- Hsiao, P.-R., Redley, B., Hsiao, Y.-C., Lin, C.-C., Han, C.-Y., & Lin, H.-R. (2017).

- Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Hsieh, S. J., Madahar, P., Hope, A. A., Zapata, J., & Gong, M. N. (2015). Clinical deterioration in older adults with delirium during early hospitalisation: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 5(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007496>
- INFARMED. (2019). N.º 166/CD/100.20.200 “Haloperidol, solução injetável – Alteração da via de administração.”
- Jablonski, J., Gray, J., Miano, T., Redline, G., Teufel, H., Collins, T., ... Martin, N. D. (2017). Pain, agitation, and delirium guidelines: Interprofessional perspectives to translate the evidence. *Dimensions of Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000239>
- Johnson, K., Fleury, J., & McClain, D. (2018). Music intervention to prevent delirium among older patients admitted to a trauma intensive care unit and a trauma orthopaedic unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.007>
- Kalvas, L. B., & Monroe, T. B. (2019). Structural Brain Changes in Delirium: An Integrative Review. *Biological Research For Nursing*, 21(4), 355–365. <https://doi.org/10.1177/1099800419849489>
- Kelly, L., & Vincent, D. (2011). The dimensions of nursing surveillance: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 652–661. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x>
- Khan, B. A., Fadel, W. F., Tricker, J. L., Carlos, W. G., Farber, M. O., Hui, S. L., ... Boustani, M. A. (2014). Effectiveness of Implementing a Wake Up and Breathe Program on Sedation and Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(12), e791–e795. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000660>
- Kirchhoff, K. T., Song, M.-K., & Kehl, K. (2004). Caring for the family of the critically ill patient. *Critical Care Clinics*, 20(3), 453–466. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2004.03.009>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic*

*human needs. Adelaide.* Adelaide, South Australia: School of Nursing, The University of Adelaide. Retrieved from [https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl\\_75843.pdf](https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf)

Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, *67*(2). <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>

Lamond, E., Murray, S., & Gibson, C. E. E. (2018). Delirium screening in intensive care: A life saving opportunity. *Intensive and Critical Care Nursing*, *44*, 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.014>

Lasater, K. (2011). Clinical judgment: The last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*, *11*(2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.013>

LeBlanc, A., Bourbonnais, F. F., Harrison, D., & Tousignant, K. (2017). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, *44*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.002>

Locsin, R. C. (1998). Technologic Competence as Caring in Critical Care Nursing. *Holistic Nursing Practice*, *12*(4), 50. <https://doi.org/10.1097/00004650-199807000-00008>

Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, *64*(1–2). <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>

Luther, R., & McLeod, A. (2018). The effect of chronotherapy on delirium in critical care - a systematic review. *Nursing in Critical Care*, *23*(6), 283–290. <https://doi.org/10.1111/nicc.12300>

MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales dependientes*. Barcelona: Paidós.

MacLulich, A. M. J., Ferguson, K. J., Miller, T., de Rooij, S. E. J. A., & Cunningham, C. (2008). Unravelling the pathophysiology of delirium: A focus on the role of aberrant stress responses. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*(3), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.019>

Maldonado, J. R. (2013). Neuropathogenesis of delirium: Review of current etiologic

- theories and common pathways. *American Journal of Geriatric Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.09.005>
- Mansouri, P., Javadpour, S., Zand, F., Ghodsbin, F., Sabetian, G., Masjedi, M., & Tabatabaee, H. R. (2013). Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: A randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 28(6), 918–922.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.06.019>
- Mariz, J., Castanho, T. C., Teixeira, J., Sousa, N., & Santos, N. C. (2016). Delirium diagnostic and screening instruments in the emergency department: An up-to-date systematic review. *Geriatrics (Switzerland)*, 1(3), 1–14.  
<https://doi.org/10.3390/geriatrics1030022>
- Marques, A., & Freitas, P. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência*. (Grupo Português de Triagem, Ed.) (2<sup>o</sup> Edition). Amadora, Lisboa: Blackwell Publishing LTD Oxford.
- Marques, P., Cruz, S. S., Marques, M. M., Alexandre, P., Marques, O., Sílvia, S., ... Marques, M. M. (2013). Conceito de delirium versus confusão aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(n<sup>o</sup> 10), 161–169.  
<https://doi.org/10.12707/RIII1228>
- Martínez, F., Donoso, A. M., Marquez, C., & Labarca, E. (2017). Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 37(6), 36–46. <https://doi.org/10.4037/ccn2017531>
- Mendes, A. P. (2016). SENSIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO: EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Meyer, G., & Lavin Ann, M. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 10p. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Milbrandt, E. B., Deppen, S., Harrison, P. L., Shintani, A. K., Speroff, T., Stiles, R. A., ... Ely, E. W. (2004). Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 32(4), 955–962.  
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000119429.16055.92>

- Ministério da Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 38. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Mitchell, M., Dwan, T., Takashima, M., Beard, K., Birgan, S., Wetzig, K., & Tonge, A. (2019). The needs of families of trauma intensive care patients: A mixed methods study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *50*, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.009>
- Mitchell, M. L., Kean, S., Rattray, J. E., Hull, A. M., Davis, C., Murfield, J. E., & Aitken, L. M. (2017). A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, *40*, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.001>
- Nelson, L. S. (2009). Teaching staff nurses the CAM-ICU for delirium screening. *Critical Care Nursing Quarterly*, *32*(2), 137–143. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181a27ee0>
- Noel, C., Cirbus, J., & Han, J. H. (2016). 127 Emergency Department Interventions and Their Effect on Delirium’s Natural Course: The Folly May Be in the Foley. *Annals of Emergency Medicine*, *68*(4), S50. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.08.139>
- Oddo, M., Bracard, S., Cariou, A., Chanques, G., Citerio, G., Clerckx, B., ... Taccone, F. S. (2019). Update in Neurocritical Care: a summary of the 2018 Paris international conference of the French Society of Intensive Care. *Annals of Intensive Care*, *9*(1). <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0523-x>
- Olkowski, B. F., & Shah, S. O. (2017). Early Mobilization in the Neuro-ICU: How Far Can We Go? *Neurocritical Care*, *27*(1), 141–150. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0338-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Lisboa: Assembleia da República. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

- Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 (2019). Regulamento.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., ... Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/2017-01-27-RNEHRMedFisicaReabVersaoFinal.pdf>
- Palacios-Ceña, D., Cachón-Pérez, J. M., Martínez-Piedrola, R., Gueita-Rodríguez, J., Perez-de-Heredia, M., & Fernández-de-Las-Peñas, C. (2016). How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ Open*, *6*(1), e009678. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009678>
- Patterson, B., Bayley, E. W., Burnell, K., & Rhoads, J. (2010). Orientation to emergency nursing: Perceptions of new graduate nurses. *Journal of Emergency Nursing*, *36*(3), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.006>
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K., & Ely, E. (2006). Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(3), 479–484. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x>
- Pfrimmer, D. M., Johnson, M. R., Guthmiller, M. L., Lehman, J. L., Ernste, V. K., & Rhudy, L. M. (2017). Surveillance: A Nursing Intervention for Improving Patient Safety in Critical Care Environment. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *36*(1), 45–52. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000217>
- Pryzby, B. J. (2005). Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, *21*(1), 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.06.008>
- Reade, M. C., & Finfer, S. (2014). Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *New England Journal of Medicine*, *370*(5), 444–454. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1208705>
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., ... Dellinger, R. P. (2017). *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016*. *Intensive Care Medicine* (Vol. 43). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>

- Rivers, E., Nguyen, B., Havstad, S., Ressler, J., Muzzin, A., Knoblich, B., ... Tomlanovich, M. (2001). Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. *New England Journal of Medicine*, *345*(19), 1368–1377. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa010307>
- Rivosecchi, R. M., Kane-Gill, S. L., Svec, S., Campbell, S., & Smithburger, P. L. (2016). The implementation of a nonpharmacologic protocol to prevent intensive care delirium. *Journal of Critical Care*, *31*(1), 206–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.09.031>
- Robertson, L. C., & Al-Haddad, M. (2013). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, *14*(1), 11–14. <https://doi.org/10.1016/J.MPAIC.2012.11.010>
- Rodrigues, L. M. de O. (2013). A Família Parceira no Cuidar : Intervenção do Enfermeiro, 148. Retrieved from file:///C:/Users/Laptop/Downloads/D2012\_10001822012\_21016011\_1.pdf
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, *26*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>
- Romero-Brufau, S., Gaines, K., Nicolas, C. T., Johnson, M. G., Hickman, J., & Huddleston, J. M. (2019). The fifth vital sign? Nurse worry predicts inpatient deterioration within 24 hours. *JAMIA Open*, *2*(August), 1–6. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooz033>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, *47*(1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Sakuramoto, H., Subrina, J., Unoki, T., Mizutani, T., & Komatsu, H. (2015). Severity of delirium in the ICU is associated with short term cognitive impairment. A prospective cohort study. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, *31*(4), 250–257. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.001>
- Santos, E., Cardoso, D., Neves, H., Cunha, M., Rodrigues, M., & Apóstolo, J. (2017). Effectiveness of haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk of delirium: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and*

*Implementation Reports*. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003391>

- Schrivver, J. A., Talmadge, R., Chuong, R., & Hedges, J. R. (2003). Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 29(5), 431–439. [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(03\)00346-5](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(03)00346-5)
- Schuurmans, M. J., Duursma, S. A., & Shortridge-Baggett, L. M. (2008). Early recognition of delirium: review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6), 721–729. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2001.00548.x>
- Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 6(1), 2–10. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00202.x>
- Silva, A. A. e, & Alcântara, J. (2015). Manual de Medicina Intensiva. In *Manual de Medicina Intensiva*. Lidel. Retrieved from <https://www.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-saude/medicina-geral-medicina-interna-e-intensiva/manual-de-medicina-intensiva/>
- Simons, K. S., Laheij, R. J. F., van den Boogaard, M., Moviat, M. A. M., Paling, A. J., Polderman, F. N., ... de Jager, C. P. C. (2016). Dynamic light application therapy to reduce the incidence and duration of delirium in intensive-care patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, 4(3), 194–202. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)00025-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)00025-4)
- Smith, C. D. S., & Grami, P. (2017). Feasibility and Effectiveness of a Delirium Prevention Bundle in Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 19–27. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017374>
- Spahn, D. R., Bouillon, B., Cerny, V., Duranteau, J., Filipescu, D., Hunt, B. J., ... Rossaint, R. (2019). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Critical Care*, 23(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2347-3>
- Squire, L. R., & Zola-Morgan, S. (1988). Memory: brain systems and behavior. *Trends in Neurosciences*, 11(4), 170–175. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(88\)90144-0](https://doi.org/10.1016/0166-2236(88)90144-0)
- Sullinger, D., Gilmer, A., Jurado, L., Zimmerman, L. H., Steelman, J., Gallagher, A., ...

- Acquista, E. (2017). Development, Implementation, and Outcomes of a Delirium Protocol in the Surgical Trauma Intensive Care Unit. *Annals of Pharmacotherapy*, 51(1), 5–12. <https://doi.org/10.1177/1060028016668627>
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02921.x>
- Thorup, C. B., Rundqvist, E., Roberts, C., & Delmar, C. (2012). Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 427–435. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x>
- Traynor, V., Cordato, N., Burns, P., Xu, Y., Britten, N., Duncan, K., ... Mckinnon, C. (2016). Is delirium being detected in emergency? *Australasian Journal on Ageing*, 35(1), 54–57. <https://doi.org/10.1111/ajag.12255>
- Valentin, A., Ferdinande, P., & ESICM Working Group on Quality Improvement. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Valentine, K. L. (1997). Exploration of the Relationship between Caring and Cost. *Holistic Nursing Practice*, 11(4), 71–81. <https://doi.org/10.1097/00004650-199707000-00008>
- van de Pol, I., van Iterson, M., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.008>
- Wagner, D. L. (1984). Shock in the operating room. *American Journal of Emergency Medicine*, 2(1), 92–99. [https://doi.org/10.1016/0735-6757\(84\)90116-5](https://doi.org/10.1016/0735-6757(84)90116-5)
- Walter, E. J., & Carraretto, M. (2016). The neurological and cognitive consequences of hyperthermia. *Critical Care*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1376-4>
- Wang, X.-T., Lyu, L., Tang, B., Wang, C., & Liu, D.-W. (2017). Delirium in Intensive

- Care Unit Patients: Ten Important Points of Understanding. *Chinese Medical Journal*, 130(20), 2498–2502. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.216405>
- Wassenaar, A., Rood, P., Boelen, D., Schoonhoven, L., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2018). Feasibility of Cognitive Training in Critically Ill Patients: A Pilot Study. *American Journal of Critical Care*, 27(2), 124–135. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018467>
- Whitehorne, K., Gaudine, A., Meadus, R., & Solberg, S. (2015). Lived Experience of the Intensive Care Unit for Patients Who Experienced Delirium. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 474–479. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015435>
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 50–59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00814.x>
- Wilson, M. H. (2016). Monro-Kellie 2.0: The dynamic vascular and venous pathophysiological components of intracranial pressure. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism : Official Journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 36(8), 1338–1350. <https://doi.org/10.1177/0271678X16648711>
- World Health Organisation (WHO). (2011). 3rd GLOBAL PLATFORM FOR DISASTER RISK REDUCTION, (May), 2009–2012.
- Yasufumi, O., Morimura, N., Shirasawa, A., Honzawa, H., Oyama, Y., Niida, S., ... Takeuchi, I. (2019). Quantitative capillary refill time predicts sepsis in patients with suspected infection in the emergency department: an observational study. *Journal of Intensive Care*, 7(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40560-019-0382-4>



## **ANEXOS**

**ANEXO I – Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva  
- Programa**





# V JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

04 e 05 de novembro de 2019  
Faculdade de Medicina Dentária  
Lisboa, Portugal

Cursos Pré Jornadas (Inscrições limitadas)  
01, 02 e 03 de novembro de 2019

**RESSUSCITAÇÃO**

**Programa Científico**



## V JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

### Comissão Organizadora

Enfa. Alexandra Neves  
Dra. Ana Rita Oliveira  
Dr. Armando Graça  
Enfa. Clara Santa-Rita  
Enfa. Cláudia Serrano  
Enf. Filipe Ramos  
Dra. Frederica Faria  
Dra. Joana Queiró  
Dr. João Melo Alves

Dr. José Paxiuta Paiva  
Dra. Michele Costa  
Enf. Paulo Vaz  
Dr. Pedro Silva  
Dr. Philip Fortuna  
Dra. Raquel Cavaco  
Dra. Rita Francisco  
Dra. Rosa Mendes  
Dra. Sara Ventura

### Comissão Científica

Dr. Francisco Lucas Matos  
Enf. José Joaquim Abelha  
Prof. Doutor Luís Bento  
Enfa. Maria Ana Trocado  
Prof. Doutor Rui Moreno  
Enfa. Laurinda Santos  
Dr. Vítor Lopes

Enfa. Maria José Mendes  
Dr. Manuel Sousa  
Enfa. Maria Adelaide Pacheco Silva  
Dr. Nuno Germano  
Enfa. Alexandra Ferreira

## Segunda-feira | 04 de Novembro 2019

08:00h Abertura do Secretariado

09:00--10:30h **CONFERÊNCIA MAGISTRAL**  
**O início da atividade das UCI em Portugal**  
*Moderadores:* Luís Bento e Mariana Trocado  
*Palestrantes:* Resina Rodrigues, Jorge Pimentel, Fernando Rua e José Nunes

10:30-11:00h Pausa para café

11:00-12:30h **SESSÕES CIENTÍFICAS**  
**Ressuscitação cardiorrespiratória**  
*Moderadores:* Luís Reis e Iolanda Bernardo  
**Ressuscitação pré-hospitalar: *Stay and play or scoop and go***  
Jorge Nunes  
**Reanimação cardiorrespiratória avançada: Para além do algoritmo**  
Roberto Roncon  
**Cuidados pós-reanimação e prognóstico**  
Filipe Ramos

12:30-13:30h Almoço Simpósio

13:30-15:00h **SESSÕES CIENTÍFICAS**  
**Ressuscitação do doente em choque**  
*Moderadores:* Hugo Corte-Real e Clara Vital  
**Choque séptico: *Beyond Rivers***  
Pedro Póvoa  
**Choque hipovolémico: 4444?**  
André Caiado  
**Choque cardiogénico: Opções extracorporais**  
Pedro Coelho  
**Choque obstrutivo: Como poupar o VD?**  
Luís Morais

15:00-15:30h Pausa para café

- 15:30-17:00h **SESSÕES CIENTÍFICAS**  
**Ressuscitação do doente com insuficiência respiratória**  
*Moderadores:* Antero Fernandes e Mafalda Silva  
**Abordagem da via aérea: Da difícil!**  
Francisco Matos  
**Ventilação não invasiva: VNI contemporânea**  
Ana Marques  
**Alto fluxo: Quente ou frio?**  
Paulo Baltazar  
**Ventilação mecânica invasiva VT 4-8 ou Dp?**  
Rui Gomes
- 17:00-17:45h **ENCONTRO COM OS ESPECIALISTAS**  
**Abordagem das Arritmias no doente crítico**  
*Moderadores:* Luís Bento e Ana Cristina Rolo  
*Palestrante:* Mário Oliveira
- 18:00h Encerramento do primeiro dia das Jornadas

## Terça-feira | 05 de Novembro 2019

- 08:30h Abertura do Secretariado
- 09:00-10:30h **SESSÕES CIENTÍFICAS**  
**Ressuscitação do doente com lesão neurológica aguda**  
*Moderadores:* João Alcântara e Maria João Duarte  
**Estado de mal refratário**  
Inês Menezes Cordeiro  
**Acidente vascular isquémico: Crítico**  
Ana Nunes  
**Acidente vascular hemorrágico: Abordagem cirúrgica**  
Pedro Branco  
**Hemorragia subaracnoideia: Abordagem endovascular**  
Isabel Fragata
- 10:30-11:00h Pausa para café

- 11:00-12:30h **SESSÕES CIENTÍFICAS**  
**Ressuscitação do politraumatizado**  
*Moderadora:* Laurinda Santos  
**Trauma de crânio: HIC**  
Susana Afonso  
**Trauma de tórax: Para onde olhar?**  
João Eurico Reis  
**Trauma do abdómen: *Damage control***  
Carlos Mesquita  
**Trauma de bacia e membros**  
Rodrigo Catarino
- 12:30-13:30h Almoço Simpósio
- 13:30-15:00h **SESSÕES CIENTÍFICAS**  
**Ressuscitação do doente cirúrgico**  
*Moderadores:* Hugo Pinto Marques e Cristina José  
**Pós transplante hepático**  
Filipe Cardoso  
**Pós transplante pancreático**  
Nuno Germano  
**Pós transplante cardíaco**  
Valdemar Marques Gomes  
**Pós transplante pulmonar**  
Luísa Semedo
- 15:00-15:30h Pausa para café
- 15:30-16:15h **ENCONTRO COM OS ESPECIALISTAS**  
**A câmara hiperbárica na Medicina Intensiva**  
*Moderadores:* Rita Francisco e Clara Santa Rita
- 16:15-17:00h **SESSÃO DE ENCERRAMENTO**  
**O papel da Medicina Intensiva no Hospital**  
*Moderadores:* Luís Bento e Mariana Trocado  
*Palestrante:* José Artur Paiva



**ANEXO II** – Tabela de fatores predisponentes e precipitantes de *Delirium*



**Tabela de fatores predisponentes e precipitantes de *Delirium***

Fatores predisponentes
Idades extremas
Demência
<i>Impairment</i> funcional nas atividades de vida diárias
Comorbilidades
História de abuso ou dependência de álcool/drogas
Gênero masculino
<i>Impairment</i> sensorial (surdez, cegueira, ...)
Fatores precipitantes
Evento Cardíaco agudo (Enfarte agudo do Miocárdio, Edema Agudo Pulmonar)
Evento Pulmonar agudo (Tromboembolismo pulmonar, DPOC agudizada)
Confinamento ao leito
Alterações hidroeletrólíticas (incluindo desidratação)
Hipoxémia por situação clínica
Síndrome de abstinência (sedativos, álcool)
Infeção (respiratória, urinária)
Medicação (especial enfoque nos psicoativos, anticolinérgicos e opióides)
Dor mal controlada
Retenção urinária e fecal
Dispositivos médicos (cateter urinário, cateter venoso central, cateter arterial, ...)
Anemia severa
Uso de imobilização
Lesões intracranianas (Acidente Vascular Cerebral, infecção, sangramento, epilepsia)

**Fonte:** Acevedo-nuevo, M., González-gil, M. T., Romera-ortega, M. Á., Latorre-marco, I., & Rodríguez-huerta, M. D. (2017). placed on ECMO and with difficult sedation: A case report. *Intensive & Critical Care Nursing*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.013>

Ali, S., Patel, M., Jabeen, S., Bailey, R. K., Patel, T., Shahid, M., ... Arain, A. (2011). Insight into delirium. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(10), 25–34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22132368>

Athanasakis, E. (2012). Health science journal ©. *Health Science Journal*, 6(4), 773–783.

- Bailey, D. N. (2018). Caring Defined: A Comparison and Analysis. *International Journal of Human Caring*, 13(1), 16–31. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.13.1.16>
- Balas, M. C., Rice, M., Chaperon, C., Smith, H., Disbot, M., & Fuchs, B. (2012). Management of Delirium in Critically Ill Older Adults. *Critical Care Nurse*, 32(4), 15–26. <https://doi.org/10.4037/ccn2012480>
- Balas, Michele C, Vasilevskis, E. E., Olsen, K. M., Schmid, K. K., Shostrom, V., Cohen, M. Z., ... Burke, W. J. (2014). Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle\*. *Critical Care Medicine*, 42(5). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000129>
- Balk, R. A. (2000). PATHOGENESIS AND MANAGEMENT OF MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION OR FAILURE IN SEVERE SEPSIS AND SEPTIC SHOCK. *Critical Care Clinics*, 16(2), 337–352. [https://doi.org/10.1016/S0749-0704\(05\)70113-5](https://doi.org/10.1016/S0749-0704(05)70113-5)
- Ballard, K. A. (2003). Patient safety: A shared responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3), 43–57.
- Bannon, L., McGaughey, J., Clarke, M., McAuley, D. F., & Blackwood, B. (2018). Designing a nurse-delivered delirium bundle: What intensive care unit staff, survivors, and their families think? *Australian Critical Care*, 31(3), 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.007>
- Barr, J., Fraser, G. L. G., Puntillo, K., Ely, E. W. E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F. J. J. F., ... Davidson, J. E. J. J. E. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Baumhover, N. C., & May, K. M. (2013). A vulnerable population: Families of patients in adult critical care. *AACN Advanced Critical Care*, 24(2), 130–148. <https://doi.org/10.1097/NCL.0b013e318286489e>
- Benner, Patrícia. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto E). Coimbra.
- Benner, Patricia, Kyriakidis, P. L. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (2ª Edição). New York: Springer Publishing Company.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as Caring A Model for Transforming Practice*. (Project Gutenberg, Ed.). Project Gutenberg. Retrieved from <http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-h/42988-h.htm>
- Brummel, N. E., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Dittus, R. S., ... Girard, T. D. (2014). Delirium in the ICU and subsequent long-term disability among survivors of mechanical ventilation. In *Critical Care Medicine* (Vol. 42, pp. 369–377). <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a645bd>
- Bryczkowski, S. B., Lopreiato, M. C., Yonclas, P. P., Sacca, J. J., & Mosenthal, A. C. (2014). Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of

- older adults. *Journal of Surgical Research*, 190(1), 280–288.  
<https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.02.044>
- Chu, W., & Hsu, L.-L. L. (2011). Developing Practical Knowledge Content of Emergency Nursing Professionals. *Journal of Nursing Research*, 19(2), 112–118.  
<https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e31821aa0eb>
- Coli, R. de C. P., Anjos, M. F. dos, & Pereira, L. L. (2010). The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 324–330. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300005>
- Colombo, R., Corona, A., Praga, F., Minari, C., Giannotti, C., Castelli, A., & Raimondi, F. (2012). A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiologica*, 78(9), 1026–1033. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22772860>
- Cullen, E., & Balas, M. C. (2017). Delirium monitoring and management in the acute care setting. *The Nurse Practitioner*, 42(12), 37–42.  
<https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000526764.53348.d1>
- Cypress, B. S. (2014). The emergency department experiences of patients, families, and their nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(2), 164–176.  
<https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000017>
- Dale, C. R., Kannas, D. A., Fan, V. S., Daniel, S. L., Deem, S., Yanez, N. D., ... Treggiari, M. M. (2014). Improved Analgesia, Sedation, and Delirium Protocol Associated with Decreased Duration of Delirium and Mechanical Ventilation. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(3), 367–374. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201306-210OC>
- Dammeyer, J. A., Mapili, C. D., Palleschi, M. T., Eagle, S., Browning, L., Heck, K., ... George, C. (2012). Nurse-Led Change. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(1), 2–14.  
<https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31823b1fec>
- Darbyshire, J. L., Greig, P. R., Vollam, S., Young, J. D., & Hinton, L. (2016). Correction: “I can remember sort of vivid people...but to me they were plasticine.” Delusions on the intensive care unit: What do patients think is going on? *PLoS ONE*.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160296>
- Day, J., Higgins, I., & Koch, T. (2008). Delirium and older people: what are the constraints to best practice in acute care? *International Journal of Older People Nursing*, 3(3), 170–177.  
<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00115.x>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Riker, R. R., Hinderleider, E., Roberts, R. J., Fong, J. J., ... Garpestad, E. (2011). Impact of quetiapine on resolution of individual delirium symptoms in critically ill patients with delirium: a post-hoc analysis of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Critical Care (London, England)*, 15(5), R215.

<https://doi.org/10.1186/cc10450>

- Direção-Geral da Saúde. (2010). Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS). *Circulares Normativas DGS, Nº01*, 1–20.
- Direção-Geral da Saúde. Norma 002/2018 Sistemas de Triage de Serviços urgência, Norma nº 002/2018 de 09/01/2018 § (2018). Retrieved from [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direção de Serviços de Planeamento*, 24. Retrieved from <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>
- Direção Geral de Saúde. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (2010). Retrieved from <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, (nº13). Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boa-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude-pdf.aspx>
- Dracup, K., & Bryan-Brown, C. W. (1995). Humane care in inhumane places. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 4(1), 1–3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7894550>
- Dresser, S. (2012). The role of nursing surveillance in keeping patients safe. *Journal of Nursing Administration*, 42(7–8), 361–368. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182619377>
- Eisenberg, E. M., Murphy, A. G., Sutcliffe, K., Wears, R., Schenkel, S., Perry, S., & Vanaerhoef, M. (2005). Communication in emergency medicine: Implications for patient safety. *Communication Monographs*, 72(4), 390–413. <https://doi.org/10.1080/03637750500322602>
- Elliott, M., & Coventry, A. (2012). Critical care: the eight vital signs of patient monitoring. *British Journal of Nursing*, 21(10), 621–625.
- Elmqvist, C., & Frank, C. (2015). Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 145–151. <https://doi.org/10.1111/scs.12143>
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., ... Dittus, R. S. (2004). Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of the American Medical Association*, 291(14), 1753–1762. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
- Fasolino, T., & Verdin, T. (2015). Nursing Surveillance and Physiological Signs of Deterioration. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(6), 397–402. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com.ez>

jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ca11ab2c-ad1d-4249-ad3a-a7963c497679@sessionmgr4005&vid=1&hid=4212%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26863702

- Gephart, S. M., McGrath, J. M., & Effken, J. A. (2011). Failure to Rescue in Neonatal Care. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(3), 275–282. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318227cc03>
- Gray, W. J., & Rosner, M. J. (1987). Pressure-volume index as a function of cerebral perfusion pressure. Part 2: The effects of low cerebral perfusion pressure and autoregulation. *Journal of Neurosurgery*, 67(3), 377–380. <https://doi.org/10.3171/jns.1987.67.3.0377>
- Gregory, K. A. (2016). Easy as ABC: How Staff Nurses Transformed Unit Culture to Assess and Manage Delirium in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 36(5), 73–76. <https://doi.org/10.4037/ccn2016821>
- Han, J. H., Vasilevskis, E. E., Schnelle, J. F., Shintani, A., Dittus, R. S., Wilson, A., & Ely, E. W. (2015). The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*, 22(7), 878–882. <https://doi.org/10.1111/acem.12706>
- Han, J. H., Wilson, A., Vasilevskis, E. E., Shintani, A., Schnelle, J. F., Dittus, R. S., ... Ely, E. W. (2013). Diagnosing Delirium in Older Emergency Department Patients: Validity and Reliability of the Delirium Triage Screen and the Brief Confusion Assessment Method. *Annals of Emergency Medicine*, 62(5), 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.003>
- Hawley, M. P., & Jensen, L. (2007). Making a Difference in Critical Care Nursing Practice. *Qualitative Health Research*, 17(5), 663–674. <https://doi.org/10.1177/1049732307301235>
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), 31–37. <https://doi.org/10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611>
- Heaslip, V., & Board, M. (2014). Does nurses' vulnerability affect their ability to care? *British Journal of Nursing*, 21(15), 912–916. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.15.912>
- Herling, S. F., Greve, I. E., Vasilevskis, E. E., Egerod, I., Bekker Mortensen, C., Møller, A. M., ... Thomsen, T. (2018). Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009783.pub2>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa perspectiva de Cuidar*. (M. É. Intereditions, Ed.). Lusociência. Retrieved from [https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-45284-dt-content-rid-196935\\_1/courses/201819-S1-6734-9-6734046-1/201516-S1-6734-9-6734046-1\\_ImportedContent\\_20151020125440/201213-S1-6734-2-9-6734046\\_ImportedContent\\_20121012025353/Cuidar é complexo\\_cui](https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-45284-dt-content-rid-196935_1/courses/201819-S1-6734-9-6734046-1/201516-S1-6734-9-6734046-1_ImportedContent_20151020125440/201213-S1-6734-2-9-6734046_ImportedContent_20121012025353/Cuidar%20%C3%A9%20complexo_cui)

- Ho, J. D., Smith, S. W., Nystrom, P. C., Dawes, D. M., Orozco, B. S., Cole, J. B., & Heegaard, W. G. (2013). Successful management of excited delirium syndrome with prehospital ketamine: Two case examples. *Prehospital Emergency Care, 17*(2), 274–279. <https://doi.org/10.3109/10903127.2012.729129>
- Hopper, A. B., Vilke, G. M., Castillo, E. M., Campillo, A., Davie, T., & Wilson, M. P. (2015). Ketamine Use for Acute Agitation in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine, 48*(6), 712–719. <https://doi.org/10.1016/J.JEMERMED.2015.02.019>
- Hshieh, T. T., Fong, T. G., Marcantonio, E. R., & Inouye, S. K. (2008). Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 63*(7), 764–772. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.7.764>
- Hsiao, P.-R., Redley, B., Hsiao, Y.-C., Lin, C.-C., Han, C.-Y., & Lin, H.-R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing, 30*, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Hsieh, S. J., Madahar, P., Hope, A. A., Zapata, J., & Gong, M. N. (2015). Clinical deterioration in older adults with delirium during early hospitalisation: A prospective cohort study. *BMJ Open, 5*(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007496>
- INFARMED. (2019). N.º 166/CD/100.20.200 “Haloperidol, solução injetável – Alteração da via de administração.”
- Jablonski, J., Gray, J., Miano, T., Redline, G., Teufel, H., Collins, T., ... Martin, N. D. (2017). Pain, agitation, and delirium guidelines: Interprofessional perspectives to translate the evidence. *Dimensions of Critical Care Nursing, 17*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000239>
- Johnson, K., Fleury, J., & McClain, D. (2018). Music intervention to prevent delirium among older patients admitted to a trauma intensive care unit and a trauma orthopaedic unit. *Intensive and Critical Care Nursing, 47*, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.007>
- Kalvas, L. B., & Monroe, T. B. (2019). Structural Brain Changes in Delirium: An Integrative Review. *Biological Research For Nursing, 21*(4), 355–365. <https://doi.org/10.1177/1099800419849489>
- Kelly, L., & Vincent, D. (2011). The dimensions of nursing surveillance: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 67*(3), 652–661. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x>
- Khan, B. A., Fadel, W. F., Tricker, J. L., Carlos, W. G., Farber, M. O., Hui, S. L., ... Boustani, M. A. (2014). Effectiveness of Implementing a Wake Up and Breathe Program on Sedation and Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine, 42*(12), e791–e795. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000660>
- Kirchhoff, K. T., Song, M.-K., & Kehl, K. (2004). Caring for the family of the critically ill patient.

- Critical Care Clinics*, 20(3), 453–466. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2004.03.009>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide. Adelaide, South Australia: School of Nursing, The University of Adelaide. Retrieved from [https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl\\_75843.pdf](https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf)
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2). <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Lamond, E., Murray, S., & Gibson, C. E. E. (2018). Delirium screening in intensive care: A life saving opportunity. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.014>
- Lasater, K. (2011). Clinical judgment: The last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.013>
- LeBlanc, A., Bourbonnais, F. F., Harrison, D., & Tousignant, K. (2017). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium : A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 44, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.002>
- Locsin, R. C. (1998). Technologic Competence as Caring in Critical Care Nursing. *Holistic Nursing Practice*, 12(4), 50. <https://doi.org/10.1097/00004650-199807000-00008>
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, 64(1–2). <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Luther, R., & McLeod, A. (2018). The effect of chronotherapy on delirium in critical care - a systematic review. *Nursing in Critical Care*, 23(6), 283–290. <https://doi.org/10.1111/nicc.12300>
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales dependientes*. Barcelona: Paidós.
- MacLulich, A. M. J., Ferguson, K. J., Miller, T., de Rooij, S. E. J. A., & Cunningham, C. (2008). Unravelling the pathophysiology of delirium: A focus on the role of aberrant stress responses. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(3), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.019>
- Maldonado, J. R. (2013). Neuropathogenesis of delirium: Review of current etiologic theories and common pathways. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.09.005>
- Mansouri, P., Javadpour, S., Zand, F., Ghodsbin, F., Sabetian, G., Masjedi, M., & Tabatabaee, H. R. (2013). Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: A randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 28(6), 918–922. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.06.019>
- Mariz, J., Castanho, T. C., Teixeira, J., Sousa, N., & Santos, N. C. (2016). Delirium diagnostic

- and screening instruments in the emergency department: An up-to-date systematic review. *Geriatrics (Switzerland)*, 1(3), 1–14. <https://doi.org/10.3390/geriatrics1030022>
- Marques, A., & Freitas, P. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência*. (Grupo Português de Triagem, Ed.) (2<sup>o</sup> Edition). Amadora, Lisboa: Blackwell Publishing LTD Oxford.
- Marques, P., Cruz, S. S., Marques, M. M., Alexandre, P., Marques, O., Sílvia, S., ... Marques, M. M. (2013). Conceito de delirium versus confusão aguda. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(n<sup>o</sup> 10), 161–169. <https://doi.org/10.12707/RIII1228>
- Martínez, F., Donoso, A. M., Marquez, C., & Labarca, E. (2017). Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 37(6), 36–46. <https://doi.org/10.4037/ccn2017531>
- Mendes, A. P. (2016). SENSIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO: EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Meyer, G., & Lavin Ann, M. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 10p. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Milbrandt, E. B., Deppen, S., Harrison, P. L., Shintani, A. K., Speroff, T., Stiles, R. A., ... Ely, E. W. (2004). Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 32(4), 955–962. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000119429.16055.92>
- Ministério da Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 38. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Mitchell, M., Dwan, T., Takashima, M., Beard, K., Birgan, S., Wetzig, K., & Tonge, A. (2019). The needs of families of trauma intensive care patients: A mixed methods study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.009>
- Mitchell, M. L., Kean, S., Rattray, J. E., Hull, A. M., Davis, C., Murfield, J. E., & Aitken, L. M. (2017). A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.001>
- Nelson, L. S. (2009). Teaching staff nurses the CAM-ICU for delirium screening. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(2), 137–143. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181a27ee0>
- Noel, C., Cirbus, J., & Han, J. H. (2016). 127 Emergency Department Interventions and Their Effect on Delirium's Natural Course: The Folly May Be in the Foley. *Annals of Emergency Medicine*, 68(4), S50. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.08.139>
- Oddo, M., Bracard, S., Cariou, A., Chanques, G., Citerio, G., Clerckx, B., ... Taccone, F. S. (2019). Update in Neurocritical Care: a summary of the 2018 Paris international conference of the French Society of Intensive Care. *Annals of Intensive Care*, 9(1).

- <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0523-x>
- Olkowski, B. F., & Shah, S. O. (2017). Early Mobilization in the Neuro-ICU: How Far Can We Go? *Neurocritical Care*, 27(1), 141–150. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0338-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Lisboa: Assembleia da República. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 (2019). Regulamento.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., ... Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/2017-01-27-RNEHRMedFisicaReabVersaoFinal.pdf>
- Palacios-Ceña, D., Cachón-Pérez, J. M., Martínez-Piedrola, R., Gueita-Rodríguez, J., Perez-de-Heredia, M., & Fernández-de-Las-Peñas, C. (2016). How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ Open*, 6(1), e009678. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009678>
- Patterson, B., Bayley, E. W., Burnell, K., & Rhoads, J. (2010). Orientation to emergency nursing: Perceptions of new graduate nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.006>
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K., & Ely, E. (2006). Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(3), 479–484. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x>
- Pfrimmer, D. M., Johnson, M. R., Guthmiller, M. L., Lehman, J. L., Ernste, V. K., & Rhudy, L. M. (2017). Surveillance: A Nursing Intervention for Improving Patient Safety in Critical Care Environment. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(1), 45–52. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000217>
- Pryzby, B. J. (2005). Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(1), 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.06.008>
- Reade, M. C., & Finfer, S. (2014). Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *New England Journal of Medicine*, 370(5), 444–454. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1208705>
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., ... Dellinger, R. P. (2017). *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Medicine* (Vol. 43). Springer Berlin Heidelberg.

<https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>

- Rivers, E., Nguyen, B., Havstad, S., Ressler, J., Muzzin, A., Knoblich, B., ... Tomlanovich, M. (2001). Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. *New England Journal of Medicine*, 345(19), 1368–1377. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa010307>
- Rivosecchi, R. M., Kane-Gill, S. L., Svec, S., Campbell, S., & Smithburger, P. L. (2016). The implementation of a nonpharmacologic protocol to prevent intensive care delirium. *Journal of Critical Care*, 31(1), 206–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.09.031>
- Robertson, L. C., & Al-Haddad, M. (2013). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14(1), 11–14. <https://doi.org/10.1016/J.MPAIC.2012.11.010>
- Rodrigues, L. M. de O. (2013). A Família Parceira no Cuidar : Intervenção do Enfermeiro, 148. Retrieved from file:///C:/Users/Laptop/Downloads/D2012\_10001822012\_21016011\_1.pdf
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65–72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>
- Romero-Brufau, S., Gaines, K., Nicolas, C. T., Johnson, M. G., Hickman, J., & Huddleston, J. M. (2019). The fifth vital sign? Nurse worry predicts inpatient deterioration within 24 hours. *JAMIA Open*, 2(August), 1–6. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooz033>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Sakuramoto, H., Subrina, J., Unoki, T., Mizutani, T., & Komatsu, H. (2015). Severity of delirium in the ICU is associated with short term cognitive impairment. A prospective cohort study. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 31(4), 250–257. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.001>
- Santos, E., Cardoso, D., Neves, H., Cunha, M., Rodrigues, M., & Apóstolo, J. (2017). Effectiveness of haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk of delirium: A systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003391>
- Schrivver, J. A., Talmadge, R., Chuong, R., & Hedges, J. R. (2003). Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 29(5), 431–439. [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(03\)00346-5](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(03)00346-5)
- Schuermans, M. J., Duursma, S. A., & Shortridge-Baggett, L. M. (2008). Early recognition of delirium: review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6), 721–729. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2001.00548.x>
- Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nursing Philosophy : An International Journal for Healthcare Professionals*, 6(1), 2–10.

- <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00202.x>
- Silva, A. A. e, & Alcântara, J. (2015). Manual de Medicina Intensiva. In *Manual de Medicina Intensiva*. Lidel. Retrieved from <https://www.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-saude/medicina-geral-medicina-interna-e-intensiva/manual-de-medicina-intensiva/>
- Simons, K. S., Laheij, R. J. F., van den Boogaard, M., Moviat, M. A. M., Paling, A. J., Polderman, F. N., ... de Jager, C. P. C. (2016). Dynamic light application therapy to reduce the incidence and duration of delirium in intensive-care patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, 4(3), 194–202. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)00025-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)00025-4)
- Smith, C. D. S., & Grami, P. (2017). Feasibility and Effectiveness of a Delirium Prevention Bundle in Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 19–27. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017374>
- Spahn, D. R., Bouillon, B., Cerny, V., Duranteau, J., Filipescu, D., Hunt, B. J., ... Rossaint, R. (2019). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Critical Care*, 23(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2347-3>
- Squire, L. R., & Zola-Morgan, S. (1988). Memory: brain systems and behavior. *Trends in Neurosciences*, 11(4), 170–175. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(88\)90144-0](https://doi.org/10.1016/0166-2236(88)90144-0)
- Sullinger, D., Gilmer, A., Jurado, L., Zimmerman, L. H., Steelman, J., Gallagher, A., ... Acquista, E. (2017). Development, Implementation, and Outcomes of a Delirium Protocol in the Surgical Trauma Intensive Care Unit. *Annals of Pharmacotherapy*, 51(1), 5–12. <https://doi.org/10.1177/1060028016668627>
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02921.x>
- Thorup, C. B., Rundqvist, E., Roberts, C., & Delmar, C. (2012). Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 427–435. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x>
- Traynor, V., Cordato, N., Burns, P., Xu, Y., Britten, N., Duncan, K., ... Mckinnon, C. (2016). Is delirium being detected in emergency? *Australasian Journal on Ageing*, 35(1), 54–57. <https://doi.org/10.1111/ajag.12255>
- Valentin, A., Ferdinande, P., & ESICM Working Group on Quality Improvement. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Valentine, K. L. (1997). Exploration of the Relationship between Caring and Cost. *Holistic Nursing Practice*, 11(4), 71–81. <https://doi.org/10.1097/00004650-199707000-00008>
- van de Pol, I., van Iterson, M., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the

- incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.008>
- Wagner, D. L. (1984). Shock in the operating room. *American Journal of Emergency Medicine*, 2(1), 92–99. [https://doi.org/10.1016/0735-6757\(84\)90116-5](https://doi.org/10.1016/0735-6757(84)90116-5)
- Walter, E. J., & Carraretto, M. (2016). The neurological and cognitive consequences of hyperthermia. *Critical Care*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1376-4>
- Wang, X.-T., Lyu, L., Tang, B., Wang, C., & Liu, D.-W. (2017). Delirium in Intensive Care Unit Patients: Ten Important Points of Understanding. *Chinese Medical Journal*, 130(20), 2498–2502. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.216405>
- Wassenaar, A., Rood, P., Boelen, D., Schoonhoven, L., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2018). Feasibility of Cognitive Training in Critically Ill Patients: A Pilot Study. *American Journal of Critical Care*, 27(2), 124–135. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018467>
- Whitehorne, K., Gaudine, A., Meadus, R., & Solberg, S. (2015). Lived Experience of the Intensive Care Unit for Patients Who Experienced Delirium. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 474–479. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015435>
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 50–59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00814.x>
- Wilson, M. H. (2016). Monro-Kellie 2.0: The dynamic vascular and venous pathophysiological components of intracranial pressure. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism: Official Journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 36(8), 1338–1350. <https://doi.org/10.1177/0271678X16648711>
- World Health Organisation (WHO). (2011). 3rd GLOBAL PLATFORM FOR DISASTER RISK REDUCTION, (May), 2009–2012.
- Yasufumi, O., Morimura, N., Shirasawa, A., Honzawa, H., Oyama, Y., Niida, S., ... Takeuchi, I. (2019). Quantitative capillary refill time predicts sepsis in patients with suspected infection in the emergency department: an observational study. *Journal of Intensive Care*, 7(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40560-019-0382-4>



## **APÊNDICES**



**APÊNDICE I – Revisão Integrativa da Literatura**  
**(Protocolo)**  
“A segurança da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção  
Especializada de Enfermagem”



# A segurança da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem

Diogo Gonçalves RN  
Intensive Care Nurse and PH Emergency Nurse  
Hospital Vila Franca de Xira; INEM  
Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

Cândida Durão RN MSc  
Professor of ESEL, Coordinator of ATLS® Portugal  
Lisboa, Portugal

## Resumo

**Objetivo.** Realizar um protocolo de revisão integrativa de literatura para análise e síntese de evidência científica relacionada com a intervenção especializada de enfermagem na segurança da Pessoa em Situação Crítica com *Delirium*.

**Background.** O *Delirium* é uma emergência clínica, preditor independente de mortalidade na Pessoa em Situação Crítica. Desenvolve-se associado a disfunção multiorgânica, sendo um dos sinais de maior gravidade clínica. Tem uma prevalência alta em UCI, com custos em saúde elevados, originando tempos de ventilação invasiva e internamento elevados, com disfunção neurológica durante o mesmo e após a alta.

**Desenho.** Revisão integrativa de literatura através de pesquisa sistematizada de estudos com critérios de inclusão.

**Método.** Esta revisão irá avaliar e sintetizar evidência científica qualitativa e quantitativa identificada através da pesquisa sistemática. Primariamente, os estudos serão selecionados de acordo com os critérios de inclusão definidos.

Os dados recolhidos, avaliação da qualidade e análise dos mesmos serão realizadas. A pesquisa será realizada em duas bases de dados eletrónicas (CINAHL, MEDLINE). Os dados vão incluir análise de temática e conteúdo.

**Palavras-chave:** Cuidados **Intensivos**, Enfermagem de Cuidados Críticos, Delirium, Deterioração Clínica, Segurança do Paciente

## Abstract

**Aim.** To describe an integrative review protocol to analyze and synthesize peer-reviewed research evidence in specialized nursing care related to safety of critical patients with *Delirium*,

**Background.** *Delirium* is a medical emergency, an independent mortality predictor in Critical Care. Widely associated to multiorganic dysfunction, as is one of the signs of major clinical risk. It has a high predominance in ICU, associated to an increase of healthcare costs, mechanical ventilation dependency time and in-hospital length of stay, with neurologic dysfunction even after discharge.

**Design.** Integrative review.

**Review method.** This review will evaluate and synthesize qualitative and quantitative research evidence identified through a systematic search. Primary studies will be selected according to inclusion criteria. Data collection, quality appraisal and analysis of evidence found will be conducted. The search will be made in two electronic databases (CIHNALL, MEDLINE). The data analysis will include content and thematic analysis.

**Keywords:** critically ill patient, critical nursing care, *delirium*, clinical deterioration, patient safety

## Introdução

O *Delirium* é uma condição clínica descrita como falência cerebral aguda e constitui em si uma emergência médica, com riscos graves para o doente (Lamond *et al.*, 2018) sendo a sua principal premissa, por definição, um síndrome neuro comportamental causado pela desregulação da atividade neuronal, secundário a alterações ou anormalidades sistêmicas (Maldonado, 2013).

Estas alterações ocorrem na distribuição de neuroquímicos (Dammeyer *et al.*, 2012), responsáveis pelas funções primordiais cerebrais, como o Síndrome de Cannon, ou tarefas mais complexas que envolvem estimulação cognitiva e sensorial, processos fisiológicos de impacto diário, como acordar e adormecer, a manutenção de um estado de alerta ou de relaxamento. Da mesma forma que se desregulam neuroquímicos, também os neuroreceptores e algumas estruturas físicas no cérebro são afetadas. Há perda de substância branca e mielina (Kalvas & Monroe, 2019), pelo que a condução elétrica entre

neurónios fica afetada e existe uma relação estreita entre a atrofia cerebral do lobo frontal (Kalvas & Monroe, 2019) e esta apresentação clínica, que é o *Delirium*.

Os sintomas associados ao mesmo variam entre desorientação, agitação psicomotora, alucinações a hipoatividade e letargia (LeBlanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2017).

Na avaliação primária do doente crítico, em situação de falência de órgão, é referida a agitação ou letargia e desorientação na fase aguda e crítica da abordagem. Existe uma multiplicidade de causas para o mesmo. Podem-se simplificar e dividir em três grandes fatores: hipoxia, alterações metabólicas, e infeção, comuns em Pessoas em Situação Crítica (PSC) (Dammeyer *et al.*, 2012).

Por haver esta estreita relação entre o *Delirium* e a pessoa em situação crítica é comum que a maior incidência do mesmo se verifique numa Unidade de Cuidados Intensivos com uma taxa de prevalência que ronda entre os 60% a 80% (Athanasakis, 2012), pela instabilidade dos processos fisiológicos que esta pessoa apresenta. Dessa mesma forma, está associada uma taxa de mortalidade nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos de 10% (Nelson, 2009), provando-se ser um indicador independente de mortalidade dos mesmos (Ely *et al.*, 2004).

Aqueles que sobrevivem acabam por ter co morbilidades associadas, tempo de ventilação mecânica aumentados até 10 dias (Brummel *et al.*, 2014), maior número de extubações falhadas, aumento do tempo de internamento hospitalar (Nelson, 2009), culminando num custo hospitalar que ronda sensivelmente o dobro de uma pessoa sem *Delirium* durante o seu internamento (Milbrandt *et al.*, 2004).

Considera-se inclusive a existência de risco de *impairment* cognitivo nestes doentes (Sakuramoto *et al.*, 2015), existente num intervalo de 6 meses a 1 ano, podendo, como descrito anteriormente a um aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas.

Tal como o cuidado à pessoa em situação crítica tem contornos complexos, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros neste contexto reveste-se de complexidade, diversidade e engloba-se subtilmente no processo de cura da pessoa (Hawley & Jensen, 2007). Mas onde se coloca o enfermeiro perante a PSC com *Delirium*?

Na deturpação de sentidos, as pessoas que sofreram *Delirium* referem um sentimento de abandono, isolamento e desespero, quererem fazer uma conexão que se refletisse em sentimentos de segurança e cuidado, onde o próprio toque dos enfermeiros e o tom de voz foram relevantes (Whitehorne *et al.*, 2015). Embora esta seja a visão de quem

sofre com o *Delirium*, a atuação do enfermeiro deve-se revestir de uma intenção mais complexa, centrando o seu cuidado na segurança e vigilância da PSC.

## **Metodologia**

Esta revisão irá avaliar e sintetizar evidência científica qualitativa e quantitativa identificada através da pesquisa sistemática. Para responder à temática, foi criada uma pergunta de investigação PICO, com a comparação omissa: “Quais as intervenções do Enfermeiro na PSC com *Delirium*, promotoras de segurança?”

Após estabelecida a população, intervenção e *outcome*, relativos à questão de investigação, será delineada a estratégia de pesquisa. Através do motor de busca EBSCO, pelas bases de dados CINAHL e MEDLINE, com recurso a descritores naturais (*Critical Care; Delirium; Care Management; Nursing Activities; Outcomes; Prevention*) e indexados para a CINAHL (*Critical Illness; Delirium Management; Nursing Attitudes; Early Intervention; Outcomes (Healthcare)*) e MEDLINE (*Critical Care Nursing; Delirium; Clinical Protocols; Nurse's Role; Early Diagnosis; Patient Safety*).

Os critérios de inclusão dos estudos serão definidos de forma a incluir todos os tipos de estudo, relacionados com os descritores apresentados.

Os critérios de exclusão foram selecionados de acordo com a temática em estudo. Atendendo a que a opção de estudo seria realizada apenas em adultos, optou-se por introduzir um limitador de idade disponível na base de dados ( $\geq 19$ anos).

O segundo limitador é temporal. Foi decidido limitar temporalmente desde 2011, por motivos específicos relacionados com o tema. O *Delirium*, apesar de já identificado pela comunidade médica internacional através da American Psychiatric Association em 2002 e pela OMS em 2003, apenas foi reconhecida como Confusão Aguda pelo Conselho Internacional de Enfermagem em 2011 (P. Marques *et al.*, 2013). Apesar de haver definições díspares, do que será Confusão Aguda e *Delirium*, foi tido em conta que, apenas houve envolvimento da comunidade de Enfermagem na temática a partir de 2011, definindo assim, o limite temporal até ao dia da realização da pesquisa.

Para a extração dos artigos, são excluídos os duplicados e avaliados segundo o título que apresentam, devendo responder à pergunta de investigação. De seguida, serão analisados os resumos dos sobrantes e posteriormente os textos completos, sendo escolhidos para uma análise final e discussão os que respondem à pergunta de investigação.

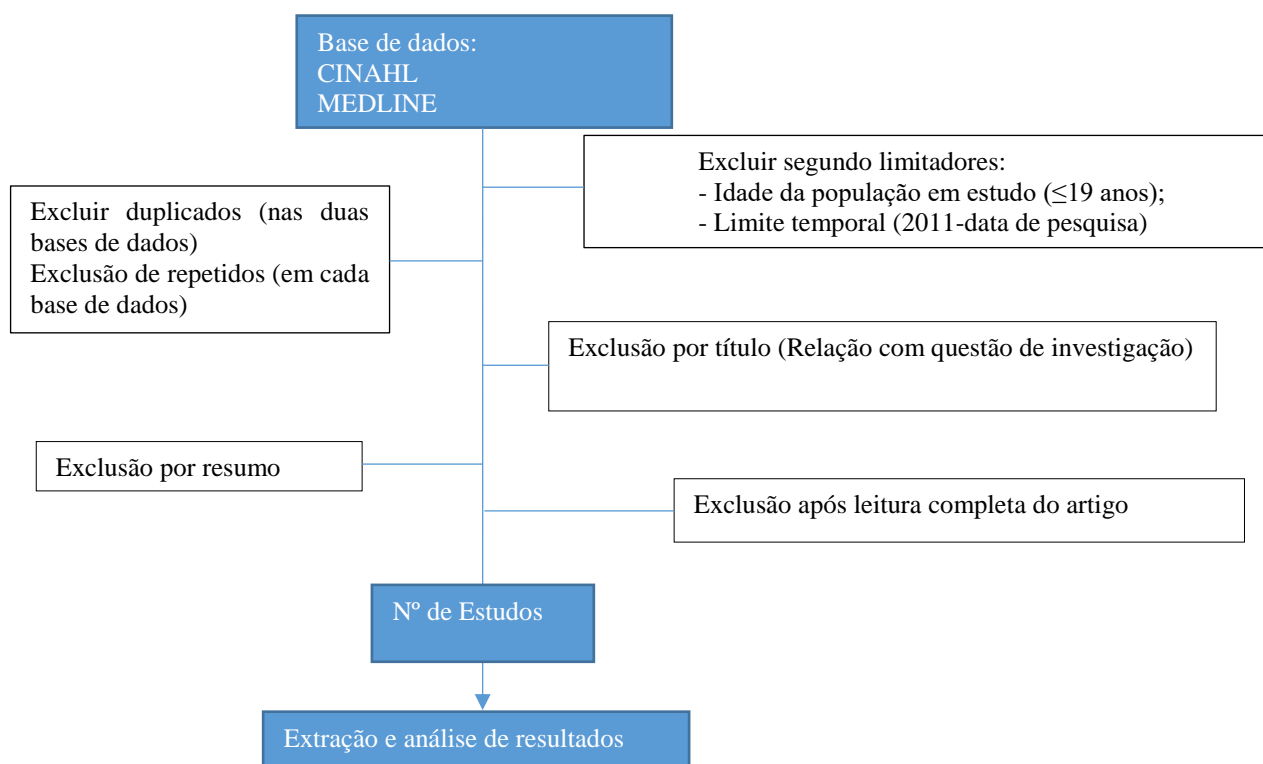


Figura 2 - Fluxograma da pesquisa, identificação e seleção de artigos. Diagrama PRISMA Flow (Moher *et al.* 2009)

## Discussão de resultados

Pretende-se com este protocolo identificar cuidados, estratégias, protocolos e respetivos *outcomes* da aplicação dos mesmos. Mediante a análise dos mesmos, pretende-se confrontar a os vários dados recolhidos de forma a encontrar pontos de convergência entre eles. Sem limitação da tipologia de estudo, considerando estudos quantitativos e qualitativos ou metodologia mista, é intencional que a informação obtida seja abrangente e relevante para profissionais de saúde a prestar cuidados à PSC, bem como a profissionais responsáveis pela gestão de unidades referentes ao cuidado à PSC, pela introdução de protocolos e mudança de paradigmas pré-existentes na prática clínica.

É, portanto, expectável que, o desenvolvimento deste protocolo possa esclarecer dúvidas respeitantes à patofisiologia do *Delirium*, cuidados diretos à PSC, bem como à sua família, podendo ser uma fonte de conhecimento para o apoio na implementação de práticas atuais no que respeita ao cuidado da PSC com *Delirium*.

## Limitações

Existem possíveis limitações ao desenho deste estudo. Esta revisão pode não identificar todas as estratégias possíveis e válidas de aplicar à PSC com *Delirium*, tendo

em vista a segurança da mesma. Apesar de não haver limitação na língua, poderá haver limitação na tradução direta dos artigos analisados. A data estipulada como limite poderá retirar do espectro da pesquisa os estudos sobre a temática anteriores a 2011. A própria investigação em apenas duas bases de dados pode ser identificada como uma potencial limitação.

Nesta revisão, a discussão será conduzida pelos pontos de convergência dos artigos para minimizar as discrepâncias entre si, tidas como limitações a este estudo.

## **Conclusão**

A identificação de estratégias para a implementação de cuidados à PSC com *Delirium* e suas famílias é tida como fulcral para a manutenção da segurança dos cuidados prestados. Através desta revisão, serão analisadas as recomendações dos estudos identificados, de forma a facilitar a aplicação de políticas e práticas no cuidado à PSC com *Delirium*, apontando novos caminhos através da educação e investigação com vista à melhoria constante da prática com base na evidência científica

**APÊNDICE II – Revisão Integrativa da Literatura**  
(Protocolo)

“Cuidados especializados de Enfermagem à PSC com Delirium  
em contexto de Serviço de Urgência/Emergência”



# Cuidados especializados de Enfermagem à PSC com Delirium em contexto de Serviço de Urgência/Emergência

Diogo Gonçalves RN  
Intensive Care Nurse and PH Emergency Nurse  
Hospital Vila Franca de Xira; INEM  
Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

Cândida Durão RN MSc  
Professor of ESEL, Coordinator of ATLS® Portugal  
Lisboa, Portugal

## Resumo

**Objetivo.** Realizar um protocolo de revisão integrativa de literatura para análise e síntese de evidência científica relacionada com a intervenção especializada de enfermagem nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium* em contexto de Serviço de Urgência Geral/Emergência, determinando a prevalência e estratégias de abordagem das PSC com esta apresentação clínica.

**Background.** O *Delirium* é uma emergência clínica, preditor independente de mortalidade na Pessoa em Situação Crítica. Desenvolve-se associado a disfunção multiorgânica, sendo um dos sinais de maior gravidade clínica. O *Delirium* tem maior expressividade nas UCI, sendo pouco abordado em contexto de Serviço de Urgência/Emergência, embora exista referência ao mesmo nas PSC com disfunção neurológica aguda ou prévia à admissão.

**Desenho.** Revisão integrativa de literatura através de pesquisa sistematizada de estudos com critérios de inclusão/exclusão.

**Método.** Esta revisão irá avaliar e sintetizar evidencia científica qualitativa e quantitativa identificada através da pesquisa sistemática. Primariamente, os estudos serão selecionados de acordo com os critérios de inclusão definidos.

Os dados recolhidos, avaliação da qualidade e análise dos mesmos serão realizadas. A pesquisa será realizada em duas bases de dados eletrónicas (CINAHL, MEDLINE). Os dados vão incluir análise de temática e conteúdo.

**Palavras-chave:** Serviço Hospitalar de Emergência, Enfermagem de Cuidados Críticos, Delirium, Deterioração Clínica, Segurança do Paciente

## **Abstract**

**Aim.** To describe an integrative review protocol to analyze and synthesize peer-reviewed research evidence in specialized nursing care on critical patients with *Delirium* in Emergency departments and Emergency room settings, to determine prevalence and strategies applied on these patients.

**Background.** *Delirium* is a medical emergency, an independent mortality predictor in Critical Care. Widely associated to multiorganic dysfunction, as is one of the signs of major clinical risk, with little scientific approach in Emergency care settings, despite the high prevalence of acute neurologic dysfunction on admission in the Emergency department.

**Design.** Integrative review.

**Review method.** This review will evaluate and synthesize qualitative and quantitative research evidence identified through a systematic search. Primary studies will be selected according to inclusion criteria. Data collection, quality appraisal and analysis of evidence found will be conducted. The search will be made in two electronic databases (CIHNALL, MEDLINE). The data analysis will include content and thematic analysis.

**Keywords:** critically ill patient, critical nursing care, *delirium*, clinical deterioration, patient safety, Emergency department

## **Introdução**

O *Delirium* é uma condição clínica descrita como falência cerebral aguda e constitui em si uma emergência médica, com riscos graves para o doente (Lamond *et al.*, 2018) sendo a sua principal premissa, por definição, um síndrome neuro comportamental causado pela desregulação da atividade neuronal, secundário a alterações ou anormalidades sistémicas (Maldonado, 2013).

Estas alterações ocorrem na distribuição de neuroquímicos (Dammeyer *et al.*, 2012), responsáveis pelas funções primordiais cerebrais, como o Síndrome de Cannon, ou tarefas mais complexas que envolvem estimulação cognitiva e sensorial, processos fisiológicos de impacto diário, como acordar e adormecer, a manutenção de um estado de alerta ou de relaxamento. Da mesma forma que se desregulam neuroquímicos, também os neuroreceptores e algumas estruturas físicas no cérebro são afetadas. Há perda de substância branca e mielina (Kalvas & Monroe, 2019), pelo que a condução elétrica entre neurónios fica afetada e existe uma relação estreita entre a atrofia cerebral do lobo frontal (Kalvas & Monroe, 2019) e esta apresentação clínica, que é o *Delirium*.

Os sintomas associados ao mesmo variam entre desorientação, agitação psicomotora, alucinações a hipoatividade e letargia (LeBlanc *et al.*, 2017).

Na avaliação primária do doente crítico, em situação de falência de órgão, é referida a agitação ou letargia e desorientação na fase aguda e crítica da abordagem. Existe uma multiplicidade de causas para o mesmo. Podem-se simplificar e dividir em três grandes fatores: hipoxia, alterações metabólicas, e infecção, comuns em Pessoas em Situação Crítica (PSC) (Dammeyer *et al.*, 2012). Reconhecendo que qualquer fator supracitado tem impacto na auto-regulação cerebral, podemos concluir que o Delirium estará presente na PSC em contexto de Serviço de Urgência.

Por haver esta estreita relação entre o *Delirium* e a pessoa em situação crítica é comum que a maior incidência do mesmo se verifique numa Unidade de Cuidados Intensivos com uma taxa de prevalência que ronda entre os 60% a 80% (Athanasakis, 2012), pela instabilidade dos processos fisiológicos que esta pessoa apresenta. Dessa mesma forma, está associada uma taxa de mortalidade nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos de 10% (Nelson, 2009), provando-se ser um indicador independente de mortalidade dos mesmos (Ely *et al.*, 2004).

No entanto, atendendo que a realidade dos serviços de Urgência Geral atualmente, passa por períodos mais prolongados de observação e internamento, a par com o envelhecimento progressivo da população, maior exposição a fatores de risco relacionados com trauma, infecção e doenças neurológicas agudas, o *Delirium* reveste-se de uma significância superior, estendendo-se das UCI aos restantes serviços clínicos, com enfoque no Serviço de Urgência Geral.

## **Metodologia**

Esta revisão irá avaliar e sintetizar evidencia científica qualitativa e quantitativa identificada através da pesquisa sistemática. Para responder à temática, foi criada uma pergunta de investigação PICO: Quais as intervenções do Enfermeiro na PSC com *Delirium*, em contexto de Serviço de Urgência/Emergência?

Após estabelecida a população, intervenção e contexto relativos à questão de investigação, será delineada a estratégia de pesquisa. Através do motor de busca EBSCO, pelas bases de dados CINAHL e MEDLINE, com recurso a descritores naturais (*Critical Ill Patient; Delirium; Acute Care; Care Management; Emergency Room; Emergency Department*) e indexados para a CINAHL (*Critical Illness; Delirium Management; Procedures; Emergency service;*

*Emergency Nursing*) e MEDLINE (*Critical Care Nursing; Delirium; Clinical Protocols; Nursing Assessment; Emergency service, Hospital; Emergency medical services*).

Os critérios de exclusão foram selecionados de acordo com a temática em estudo. Atendendo a que a opção de estudo seria realizada apenas em adultos, optou-se por introduzir um limitador de idade disponível na base de dados ( $\geq 19$ anos).

Não foi realizada limitação temporal, atendendo que a temática no contexto definido é pouco representativa, na busca em literatura cinzenta, prévia à realização deste estudo.

Para a extração dos artigos, são excluídos os duplicados e avaliados segundo o título que apresentam, devendo responder à pergunta de investigação. De seguida, serão analisados os resumos dos sobrantes e posteriormente os textos completos, sendo escolhidos para uma análise final e discussão os que respondem à pergunta de investigação.

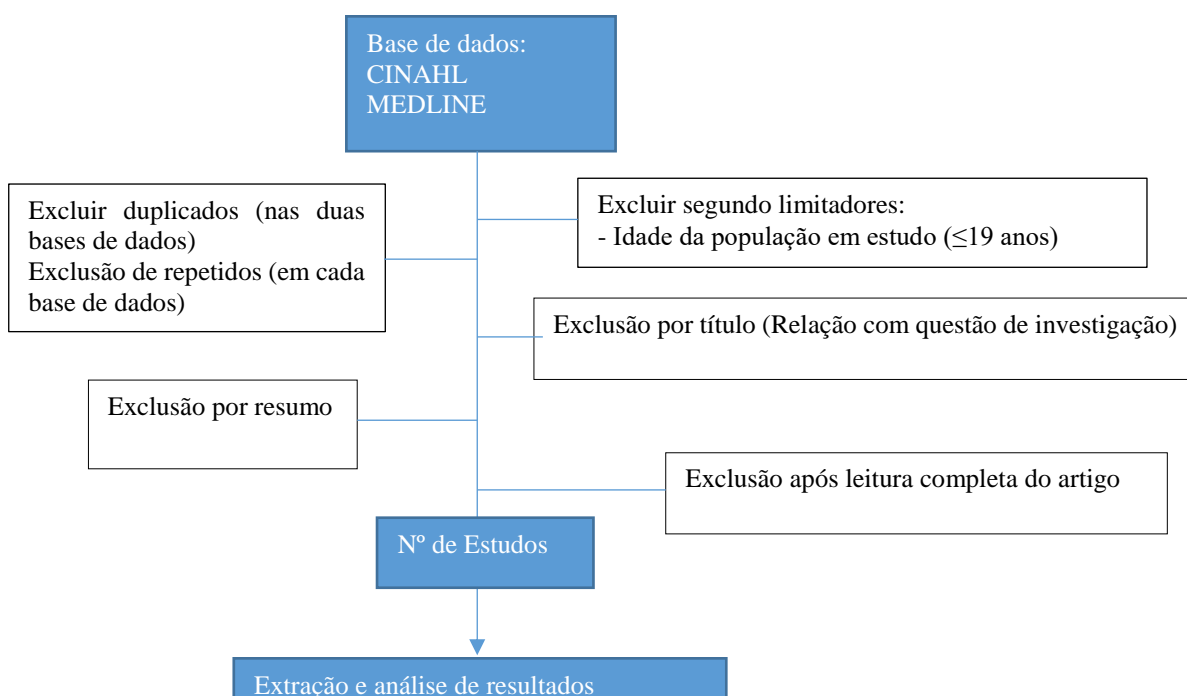


Figura 3 - Fluxograma da pesquisa, identificação e seleção de artigos. Diagrama PRISMA Flow (Moher et al. 2009)

## Discussão de resultados

Pretende-se com este protocolo identificar cuidados, estratégias, protocolos e potencialmente os *outcomes* da aplicação dos mesmos. Mediante a análise dos mesmos, pretende-se confrontar a os vários dados recolhidos de forma a encontrar pontos de convergência entre eles. Sem limitação da tipologia de estudo, considerando estudos quantitativos e qualitativos ou metodologia mista, é intencional que a informação obtida seja abrangente e relevante para profissionais de saúde a prestar cuidados à PSC, bem como a

profissionais responsáveis pela gestão de unidades referentes ao cuidado à PSC, pela introdução de protocolos e mudança de paradigmas pré-existentes na prática clínica.

É, portanto, expectável que, o desenvolvimento deste protocolo possa esclarecer dúvidas respeitantes à patofisiologia do *Delirium*, cuidados diretos à PSC, bem como à sua família, podendo ser uma fonte de conhecimento para o apoio na implementação de práticas atuais no que respeita ao cuidado da PSC com *Delirium*.

### **Limitações**

Existem possíveis limitações ao desenho deste estudo.

Esta revisão pode não identificar todas as estratégias possíveis e válidas de aplicar à PSC com *Delirium*, tendo em vista a segurança da mesma. Apesar de não haver limitação na língua, poderá haver limitação na tradução direta dos artigos analisados.

A identificação de poucos estudos sobre a temática, devido ao contexto escolhido pode ser considerada uma limitação, atendendo que a representação de evidência e a qualidade da mesma é reduzida. Nesta revisão, a discussão será conduzida pelos pontos de convergência dos artigos para minimizar as discrepâncias entre si, tidas como limitações a este estudo.

### **Conclusão**

A identificação de estratégias para a implementação de cuidados à PSC com *Delirium* e suas famílias é tida como fulcral para a manutenção da segurança dos cuidados prestados. Através desta revisão, serão analisadas as recomendações dos estudos identificados, de forma a facilitar a aplicação de políticas e práticas no cuidado à PSC com *Delirium*, apontando novos caminhos através da educação e investigação com vista à melhoria constante da prática com base na evidência científica, atendendo que não existe grande representação científica da temática neste contexto específico.