

***Delirium* no doente crítico: fatores de risco modificáveis**

Nuno Miguel Arteiro Rodrigues

Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientador – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professor Coordenadora

Afiliação – ESSa – IPB

Setembro, 2020

Rodrigues, N.M.A (2020). *Delirium* no doente crítico: fatores de risco modificáveis. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

AGRADECIMENTOS

A realização deste Relatório Final de Estágio é o resultado de uma longa caminhada, um grande esforço e da qual resultou um crescimento pessoal e profissional. Este percurso e consequente realização do estudo, não seria possível sem o incentivo, apoio e colaboração de algumas pessoas, a quem gostaria de agradecer.

À Professora Doutora Maria Augusta Branco pela orientação pedagógica e partilha de conhecimento, apoio, disponibilidade e atenção dispensadas.

Ao Conselho de Administração, Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, Diretor do Serviço de Medicina Intensiva, Dr. Domingos Fernandes e Enfermeira responsável, Enf. Luísa Nunes, por terem autorizado a realização da recolha de dados.

Aos meus pais, pela força e coragem transmitida, pelo apoio incondicional, por tudo o que sou e por tudo que me permitiram alcançar.

À minha namorada, por me fazer acreditar que sou capaz, pela motivação, pelo suporte, pela estabilidade emocional e pelo carinho e amor demonstrado.

A todos os meus colegas de trabalho, pelo acompanhamento, estímulo, carinho e amizade demonstradas, em especial ao Enf. Luís Almeida, Enf. Elisabete Diz, Enf. Carla Teixeira e Rita Diz pelo envolvimento direto.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

A todos, o meu sincero OBRIGADO.

RESUMO

A literatura científica define *delirium*, como síndrome de disfunção mental, multifatorial e com maior prevalência em cuidados intensivos, que exige elevado nível atencional e cuidativo, não só pelo quadro em si, mas sobretudo pelas respetivas consequências. A presença de *delirium* em contexto do doente crítico, desencadeia potencialmente, aumento o tempo de internamento, a mortalidade hospitalar e pós-alta, declínio cognitivo e funcional, custos globais de saúde e sobretudo o stress para a própria pessoa, para a família e para os profissionais, sendo a sua presença um determinante preditor de prognóstico. A monitorização desta síndrome, através de escalas adequadas e validadas, é essencial para a deteção precoce, prevenção e tratamento.

O objetivo geral deste estudo é identificar fatores de risco modificáveis associados ao desenvolvimento de *delirium* em doentes internados no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

Foi desenvolvida um estudo observacional, transversal e de metodologia quantitativa, desenvolvida a partir dos registos de 190 momentos de observação de *delirium* - entre 15 de dezembro de 2019 a 31 de fevereiro de 2020 - numa amostra de 57 doentes críticos admitidos no SMI, e dos dados emergentes, pela aplicação de escalas específicas e um formulário de recolha de dados, que foram submetidos a tratamento, pelo programa estatístico SPSS, versão 23.0.

Os resultados revelam o perfil sociodemográfico desta amostra de doentes críticos, caracterizado, por serem do sexo masculino, com idade superior a 65 anos. O perfil clínico à admissão no SMI enquadrava-o na categoria diagnóstica médica e apresentava HTA como fator prévio. A prevalência de *delirium* identificada nas 190 observações foi de 38,9%, que corrobora intervalos obtidos em estudos prévios. Identificaram-se vários fatores de risco potencialmente modificáveis, nomeadamente gestão de utilização de cateter venoso central, sonda nasogástrica, nutrição entérica, restrição física, imobilidade e sedação (propofol).

Em conclusão e após a concretização dos objetivos propostos, foram identificados os fatores de risco modificáveis presentes no SMI da ULSNE. Não existindo ainda consenso na comunidade científica sobre medidas farmacológicas para a prevenção e tratamento deste fenómeno, pretende-se que todos os doentes críticos adultos sejam diariamente

monitorizados, com escalas validadas para o país e região onde se inserem, identificando os fatores de risco, nomeadamente os modificáveis, intervindo com as medidas não farmacológicas/preventivas que, estas sim, têm vindo a reunir maior consenso internacional.

Palavras chave: *Delirium*, Medicina Intensiva, Fatores de risco

ABSTRACT

The scientific literature defines delirium as a syndrome of mental dysfunction, multifactorial and with a higher prevalence in intensive care, which requires a high level of care and care, not only because of the condition itself, but above all because of the respective consequences. The presence of delirium in the context of the critical patient potentially triggers an increase in hospital stay, hospital and post-discharge mortality, cognitive and functional decline, global health costs and, above all, stress for the person himself, for the family and for professionals, their presence being a determining predictor of prognosis. Monitoring of this syndrome, using appropriate and validated scales, is essential for early detection, prevention and treatment.

The general objective of this study is to identify modifiable risk factors associated with the development of delirium in patients admitted to the Intensive Care Service of the Northeast Local Health Unit.

An observational, transversal and quantitative methodology study was developed, based on the records of 190 moments of observation of delirium - between December 15, 2019 and February 31, 2020 - in a sample of 57 critically ill patients admitted to the SMI, and of emerging data, by applying specific scales and a data collection, which were submitted to treatment by the SPSS statistical program, version 23.0.

The results reveal the sociodemographic profile of this sample of critically ill patients, characterized by being male, over 65 years of age. The clinical profile on admission to the SMI included him in the medical diagnostic category and had hypertension as a previous factor. The prevalence of delirium identified in 190 observations was 38.9%, which corroborates intervals obtained in previous studies. There was a statistical relationship between the development of delirium and the central venous catheter, nasogastric tube, enteral nutrition, physical restriction, early mobilization and sedation (propofol).

In conclusion and after the achievement of the proposed objectives, the modifiable risk factors present in ULSNE's SMI were identified. As there is still no consensus in the scientific community on pharmacological measures for the prevention and treatment of this phenomenon, it is intended that all adult critical patients are monitored daily, with scales validated for the country and region where they operate, identifying the risk factors,

namely the modifiable ones, intervening with the non-pharmacological / preventive measures that, yes, these have been gathering greater international consensus.

Keywords: *Delirium*, Intensive Care Medicine, Risk factors

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AACN - American Association of Critical-Care Nurses

APA – Associação Americana de Psiquiatria

APACHE – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation Score*

ARDS – *Acute Respiratory Distress Syndrome*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAM – Confusion Assessment Method

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

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

CID – Classificação Internacional de Doenças

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EE – Enfermeiro Especialista

ESICM - European Society of Intensive Care Medicine

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICDSC – *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

E-PRE-DELIRIC – *Early Prediction of Delirium for Intensive Care patients*

NIHCE - National Institute for Health and Care Excellence

PADIS - Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruptio

PSC – Pessoa em situação crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

SEMICYUC - Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SAT - Spontaneous Awakening Trials

SBT - Spontaneous Breathing Trials

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

TCE – Traumatismo crânio-encefálico

SCCM - Society of Critical Care Medicine

SNC – Sistema nervoso central

PRE-DELIRIC – *Prediction of Delirium for Intensive Care patients*

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

UCIP - Unidade de Cuidado Intensivos Polivalentes

UCIM - Unidade de Cuidado Intermédios

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

WMA - World Medical Association

INDICE

INTRODUÇÃO	14
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1. Unidade de Cuidados Intensivos / Serviço de Medicina Intensiva	19
2. <i>Delirium</i> : terminologia e definição	21
4. Prevalência de <i>delirium</i>	25
5. Fatores de risco de <i>delirium</i>	26
5.1. Fatores de risco modificáveis.....	28
6. Fisiopatologia de <i>delirium</i>	37
7. Impacto do <i>delirium</i> – principais consequências	39
8. Monitorização do <i>delirium</i>	41
8.1. Escalas para avaliação de presença de delirium em UCI	43
8.2. ICDSC, CAM-ICU e CAM-ICU flowsheet.....	43
9. Prevenção e tratamento de <i>delirium</i>	45
9.1. Medidas preventivas para delirium no doente crítico em UCI	46
9.2. Medidas farmacológicas para delirium no doente crítico em UCI	51
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	53
1. METODOLOGIA	54
1.1. Tipo de estudo.....	54
1.2. População e amostra.....	55
1.3. Instrumento de recolha de dados.....	56
1.4. Procedimentos de recolha de dados	57
1.5. Variáveis do estudo	58
1.6. Considerações éticas.....	59
1.7. Procedimentos de análises de dados.....	60
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	62

2.1. Caracterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e clínicas	62
2.2. Identificar a prevalência de <i>delirium</i> nas oportunidades de observação de <i>delirium</i> , através da escala <i>CAM-ICU flowsheet</i>	63
2.3. Identificar a prevalência dos subtipos de <i>delirium</i>	64
2.4. Analisar a relação entre as variáveis e o desenvolvimento de <i>delirium</i> nas oportunidades de observação de <i>delirium</i>	64
3. DISCUSSÃO.....	71
4. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	96

Anexo I – Operacionalização e categorização das variáveis

Anexo II – Escalas de monitorização de sedação/agitação, dor e *delirium*

Anexo III – Instrumento de recolha de dados

Anexo IV – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

Anexo V – Pedidos de autorização para realização do estudo/deferimento da Comissão de Ética da ULSNE/Orientadora responsável pela dissertação de mestrado

Anexo VI - Submissão de artigo de investigação

Anexo VII - Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Apresentação esquemática das sinaléticas específicas dos Subtipos de <i>delirium</i>	24
Figura 2: Apresentação figurativa e esquemática da tríade neurosintomática relativa à fisiopatologia de <i>delirium</i>	38
Figura 3: Apresentação figurativa e esquemática feixes de intervenção, <i>bundle</i> ABCDEF	48
Figura 4: Apresentação figurativa e esquemática da prevenção de <i>delirium</i> na pessoa em situação crítica internada no SMI	77

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de diagnóstico de <i>delirium</i> segundo a DSM-5.....	22
Tabela 2: Apresentação Esquemática de Fatores predisponentes e precipitantes de <i>delirium</i>	26
Tabela 3: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização sociodemográfica dos doentes da amostra (n=57).....	62
Tabela 4: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização clínica dos doentes da amostra (n=57)	63
Tabela 5: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da avaliação da presença de <i>delirium</i> através da escala CAM-ICU <i>flowsheet</i> , nas oportunidades de observação (n=190).....	64
Tabela 6: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos do subtipo de <i>delirium</i> com maior representatividade (n=74)	64
Tabela 7: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial da relação entre a presença de <i>delirium</i> e o número de dias de internamento (n=190).....	65
Tabela 8: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos de análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e a visita de familiares (n=190).....	65
Tabela 9: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e os dispositivos clínicos invasivos (n=190) ..	66
Tabela 10: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e a sonda nasogástrica (n=190)	66

Tabela 11: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e o tipo de alimentação (n=190).....	67
Tabela 12: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e o déficit auditivo (n=190).....	67
Tabela 13: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e o déficit visual (n=190)	68
Tabela 14: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e a restrição/contenção física (n=190).....	68
Tabela 15: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e a Imobilidade (n=190)	69
Tabela 16: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e a sedação (n=190).....	69
Tabela 17: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e a dor (n=190).....	70
Tabela 18: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de <i>delirium</i> e a hipoxemia (n=190).....	70

INTRODUÇÃO

No SMI pratica-se a enfermagem intensiva que, no seu âmago, é multidisciplinar com o objetivo principal suportar e recuperar funções vitais, de forma a tratar as disfunções orgânicas graves dos doentes que dela necessitam. São relegadas para segundo plano, as consequências que estes procedimentos podem provocar a nível cerebral, particularmente no que se relaciona com as complicações do internamento hospitalar, da ventilação mecânica, dos medicamentos administrados e de todo o meio envolvente de um SMI, que inexoravelmente desagua no *delirium* (Ely et al., 2010).

Barman et al. (2018) dizem-nos que o *delirium* é uma manifestação comum de disfunção cerebral aguda no doente crítico, com graves consequências. Assim, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na qual cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2011), intervir ao nível da prevenção desta disfunção.

Sendo a problemática escolhida na área da Enfermagem em Medicina Intensiva, importa contextualizar a Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), como a área dentro da Enfermagem Médico-Cirúrgica que inclui as competências de exercício inerentes a este contexto. Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), os cuidados de enfermagem à PSC devem ser qualificados e prestados de forma contínua, dando resposta às necessidades afetadas, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, com a finalidade da recuperação total da pessoa. Neste sentido, a abordagem da PSC exige competências específicas de enfermagem, sendo o EEEMC na área da Enfermagem à PSC, o profissional que munido de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na sua prática, se encontra melhor habilitado para melhorar as condições de assistência da PSC, para favorecer o processo de recuperação da pessoa, promovendo a sua autonomia logo que possível, para proporcionar ganhos em saúde e gerir, de forma eficiente, os recursos (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Na abordagem à PSC, este enfermeiro identifica, o mais rápido possível, os problemas da pessoa, tendo competências para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhe os efeitos indesejáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Na sua atuação, EEEMC na área da Enfermagem à PSC presta cuidados de enfermagem de alta complexidade, implementa, de forma apropriada,

medidas de suporte avançado de vida e gere, adequadamente, protocolos de terapêutica complexos, considerando sempre os princípios inerentes à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O *delirium* é frequentemente subdiagnosticado e negligenciado, relacionando-se com um aumento do tempo de internamento e as suas complicações (quedas, úlceras por pressão, infeção), mortalidade hospitalar e pós-alta, declínio cognitivo e funcional (imediate e a longo prazo), a demência, a necessidade de admissão em Lares/ Unidades de longa duração, os custos globais de saúde e sobretudo o stress para a própria pessoa, para a família e para os profissionais, sendo a sua presença um determinante preditor de prognóstico (Cerejeira, 2016; Prayce, Quaresma & Neto, 2017; Carrasco & Zalaquett, 2017).

A capacidade para avaliar o *delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é característica fundamental de qualquer estratégia de avaliação sistemática com o intuito de prevenir e tratar a sua ocorrência. Para que seja possível uma abordagem terapêutica à pessoa com *delirium* em intensivos, é necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para esta temática, de forma a reconhecer precocemente esta síndrome (Brummel, 2013).

A falta ou a menor capacitação dos profissionais para a identificação dos fatores de risco e monitorização do *delirium* através de instrumentos validados justificam a sua incidência e prevalência. Entre as doenças mentais, o *delirium* é a que tem maior prevalência nas pessoas hospitalizadas, sendo que as UCI documentam uma taxa de prevalência superior a 60% com uma taxa de incidência que pode atingir os 87% (Barr et al., 2013; Porter & McClure, 2013; Faria & Moreno, 2013).

Tal como já foi apontado, a pertinência deste estudo, emerge do facto de o *delirium* ser uma problemática atual, mas também porque as aprendizagens empíricas através das experiências profissionais, como enfermeiro a desempenhar funções num SMI vêm progressivamente a revelar que se podem encontrar lacunas na aquisição de conhecimentos sobre esta disfunção, bem como a inexistência de planos de cuidados de enfermagem implementados para a sua prevenção, monitorização e tratamento.

Perante a relevância da problemática, justificada por todas as considerações descritas, foi elaborada a seguinte questão de investigação “Quais os fatores de risco modificáveis associados ao desenvolvimento de *delirium* em doentes internados no SMI da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE)?”.

No sentido de dar corpo e construto à resolução desta questão, o objetivo geral deste estudo centra-se em identificar fatores de risco modificáveis associados ao desenvolvimento de *delirium* em doentes internados no SMI da ULSNE, e objetivos específicos:

1. Caraterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Identificar a prevalência de *delirium* nas oportunidades de observação, através da escala *CAM-ICU flowsheet*;
3. Identificar a prevalência dos subtipos de *delirium*;
4. Analisar a relação entre as variáveis independentes e o desenvolvimento de *delirium* nas oportunidades de observação de *delirium*;
5. Propor um fluxograma de prevenção de *delirium* no SMI.

Com este objeto de estudo em análise “*Delirium* no doente crítico: fatores de risco modificáveis” será seguido um desenho de investigação de carácter observacional e quantitativo, apresentado num texto dividido em 2 capítulos. No primeiro capítulo, é efetuado o enquadramento teórico do estudo, com base na revisão da literatura efetuada, dando a conhecer termos, conceitos, estado de arte perante a abordagem da síndrome. O segundo capítulo, dedicado ao estudo empírico, é descrito o processo metodológico realizado, onde são apresentados, analisados e discutidos os resultados encontrados e realizada uma síntese final das principais conclusões do estudo.

Relativamente ao processo metodológico, iniciamos por descrever tipo de estudo, população/amostra em estudo, período de recolha de dados, bem como o instrumento de e procedimentos de recolha de dados. Finalizamos com a apresentação das variáveis em estudo, considerações éticas e procedimentos aplicados na análise dos dados.

Em seguida apresentamos e analisamos os resultados obtidos, através de tabelas, a partir das quais, emergem os resultados essenciais para a discussão. Iniciamos por uma caraterização sociodemográfica e clínica dos doentes e identificação da prevalência de

delirium e seus subtipos. Posteriormente, apresenta-se a análise da relação entre as variáveis independentes e o desenvolvimento de *delirium* e finalmente propõe-se um fluxograma de prevenção de *delirium* no SMI. A discussão dos resultados obtidos, é feita mediante os objetivos previamente formulados, apresentando as comparações reflexivas entre os resultados de estudos anteriores e os obtidos no presente estudo.

Para finalizar o capítulo dedicado ao estudo empírico, a conclusão apresenta os objetivos e respectivos resultados encontrados, suas implicações práticas e sugerem-se novos trabalhos que complementem e aprimorem os resultados deste estudo, enumerando as limitações sentidas com a elaboração deste Relatório Final de Estágio.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico, segundo Fortin, Côté e Filion (2009), consiste na revisão da literatura para enquadrar a temática que se quer estudar e clarificar a forma como o presente estudo de investigação já foi abordado por outros autores. O primeiro ponto fará uma breve abordagem do ambiente em que este fenómeno é estudado – UCI / SMI.

1. Unidade de Cuidados Intensivos / Serviço de Medicina Intensiva

Ao longo da história foram vários os acontecimentos que conduziram ao desenvolvimento da medicina intensiva e a necessidade de criação de UCI/SMI

As primeiras Unidades com suporte respiratório surgem em 1952 em Copenhaga com a poliomielite bulbar. As Grandes Guerras também permitiram uma grande evolução na resposta médica e cirúrgica na área da emergência e do trauma. Em Portugal, a primeira Unidade de Cuidados Intensivos surge no séc. XX na década de 50 e assim surgem as primeiras preocupações com a medicina intensiva e o seu desenvolvimento (Paiva et al., 2016).

Numa época de constante evolução tecnológica e de conhecimento é necessário que a medicina intensiva consiga avaliar e cuidar do doente crítico de uma forma integrada e multidisciplinar, oferecendo os cuidados necessários e ajustados às suas necessidades, cuidados estes seguros e de qualidade. A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.1).

No seu âmago, a medicina intensiva é multidisciplinar com o objetivo principal de suportar e recuperar funções vitais, de forma a tratar as disfunções orgânicas graves dos doentes que dela necessitam. Para isso, estas unidades concentram competências, saberes e tecnologias, com modelos organizativos e metodológicos, tornando possível atingir os objetivos. Em Portugal, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), (2003), neste conceito assenta a definição de SMI / UCI.

O SMI assume-se como um local qualificado para a prestação de cuidados integrais às pessoas em situação crítica, com falências múltiplas de órgãos, com carácter de suporte, preventivo e revertendo as falências e complicações decorrentes (Aguiar et al., 2019). Exigem recursos humanos e materiais especializados para a monitorização e suporte

contínuos das funções vitais das pessoas, a fim de prevenir e detetar complicações (Penedo et al., 2013; Despíns et al., 2019). O internamento em medicina intensiva é indicado para pessoas que necessitam ou que provavelmente poderão necessitar de suporte ventilatório avançado, pessoas que necessitam de suporte de dois ou mais sistemas orgânicos e pessoas com comprometimento crónico de um ou mais sistemas orgânicos que também necessitam de suporte para uma falência aguda e reversível de outro órgão (Lucena, Gutiérrez, Echer, & Barros, 2010).

As UCI podem ser categorizadas em três níveis de acordo com o nível de complexidade de cuidados prestados, técnicas utilizadas e valências disponíveis, ou seja, podem ser em nível I, II e III (Penedo et al, 2013). Unidade de Nível I – também denominada de Unidade de Cuidados Intermédios, visa uma monitorização normalmente não invasiva de pessoas em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão, com capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outras Unidades de nível superior. Unidade de Nível II – visa uma monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não ter acesso permanente a meios de diagnósticos e a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (cirurgia vascular, cirurgia torácica, cirurgia plástica, neurocirurgia, gastroenterologia), necessitando desta forma garantir articulação com outras Unidades de nível superior. Unidade de Nível III – também denominados de SMI//UCI, onde são preconizados quadros clínicos próprios, com médicos e enfermeiros qualificados, com assistência médica de pelo menos um intensivista, em presença física durante 24 horas. Disponibiliza acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, dando resposta à Urgência e aos restantes serviços do Hospital Polivalente e deverá de instituir controlo contínuo de qualidade e programas de formação/ensino em cuidados intensivos.

No SMI, a abordagem ao doente crítico e a complexidade de cuidados é elevada, a gravidade do estado clínico dos doentes é maior, são administrados uma grande quantidade e variedade de fármacos, existem múltiplos aparelhos e técnicas invasivas, os profissionais de saúde são mais vulneráveis a que ocorram efeitos adversos (Lima, Barbosa, 2015). Deste modo, é muito importante que nos SMI seja implementada uma cultura de melhoria contínua de qualidade e segurança, aumentando assim a qualidade e equidade dos cuidados prestados ao doente, reduzindo a probabilidade de efeitos adversos, diminuindo readmissões e os custos hospitalares.

Os próximos capítulos iram-se debruçar sobre *delirium*, umas das consequências a nível cerebral decorrentes do contexto e procedimentos que um internamento em medicina intensiva implica, e que muitas vezes é relegado para segundo plano.

2. *Delirium*: terminologia e definição

O *delirium* é uma entidade clínica documentada na literatura há mais de 2000 anos, inicialmente descrita por Hipócrates. O termo *delirium* deriva do latim “delirare”, foi usado no primeiro século D.C. por Celso, para descrever distúrbios mentais associados a febre ou traumatismos cranianos (Martins & Fernandes, 2012). Significa “estar fora do lugar”, usado atualmente com o sentido de “estar confuso, perturbado, fora de si”. (Ely et al., 2001).

No último século, tem sido usada terminologia muito variada, incluindo “psicose da UCI, estado confusional agudo, síndrome da UCI, encefalopatia sética ou falência aguda cerebral” (Mittal et al., 2011). O *delirium* só foi inserido na nosografia psiquiátrica na terceira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), em 1980 (Wacker, Nunes & Forlenza, 2005). Em 2008, um esforço internacional culminou com a determinação da terminologia *delirium* para uniformizar o uso dos referidos termos, de acordo com a definição estabelecida no DSM-IV (Morandi et al., 2008).

De acordo com DSM-V, o *delirium* é considerado um distúrbio da consciência com diminuição da capacidade de focar, manter ou desviar a atenção. Este fenómeno, implica uma alteração na cognição ou o desenvolvimento de uma perturbação da perceção que não é melhor explicada por uma demência pré-existente ou em evolução. A perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (horas a dias) e tende a flutuar ao longo do dia existindo evidências de que a perturbação é causada diretamente por uma condição médica (tabela 1).

Atualmente, a ocorrência reconhecida como *delirium* pertence ao grupo dos transtornos neurocognitivos, em que o deficit cognitivo, se constitui a alteração clínica primária e característica central. Neste contexto, são observadas alterações da atenção/inatenção: alteração do estado de consciência e da capacidade de dirigir, manter ou mudar o foco de atenção; alterações cognitivas: comprometimento sensorial e perceção (alucinações, ilusões ou ideias delirantes), alterações da memória, pensamento e compreensão, e

desorientação no tempo e espaço; alteração do ritmo circadiano: fragmentação do ciclo de sono, caracterizado geralmente por sonolência diurna e insônia noturna; desregulação emocional: perplexidade, medo, ansiedade, irritabilidade e/ou raiva (Maldonado, 2017).

Tabela 1: Critérios de diagnóstico de delirium segundo a DSM-5

A - Distúrbio da atenção (isto é, redução da capacidade de dirigir, focar, sustentar ou desviar a atenção) e do nível de consciência (diminuição da percepção do ambiente)
B - O distúrbio desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a dias), representa uma mudança da linha de base dos níveis de atenção e consciência, e tende a flutuar em severidade ao longo do dia
C - Distúrbio cognitivo adicional (por exemplo, déficit de memória, desorientação, perturbação da linguagem, das capacidades viso-espaciais) ou da percepção
D - Os distúrbios nos critérios A e C não se explicam por outro distúrbio neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em evolução, nem ocorrem no contexto de uma redução severa do estado de consciência, tal como o coma
E - Há evidência, a partir da história, exame físico ou laboratorial, que o distúrbio é consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de uma substância (droga de abuso ou medicação), exposição a toxina, ou devido a múltiplas etiologias.

Fonte: DSM-5 (2013)

Apesar da semelhança na sonoridade e fonética das palavras, *delirium* e delírio, são conceitos diferentes. Silva et al. (2013) esclarecem estes termos referindo que *delirium* é uma síndrome associada à diminuição do nível de consciência, estando normalmente associada com a patologia primária, enquanto delírio é um sintoma relacionado com o pensamento patológico, característico dos quadros psicopatológicos graves. *Delirium* é uma síndrome orgânica decorrendo de condições clínicas comuns (por exemplo, pós-cirúrgico). O delírio é associado aos sintomas de doenças do foro psiquiátrico, como a esquizofrenia, em que a percepção do juízo de realidade está alterada, devido ao pensamento patológico.

É também importante separar *delirium* de *delirium tremens*. O *delirium tremens* é um tipo específico de *delirium*, com origem em síndrome de abstinência alcoólica, que surge da privação aguda dos consumos crónicos de bebidas alcoólicas que, nestes casos extremos,

além de tratamento para a situação aguda, terá de ter tratamento independente posteriormente à situação clínica que levou ao internamento.

O desafio da prática clínica está associado a outros distúrbios mentais que induzem o erro diagnóstico, como seja a demência e a depressão. O *delirium* e a demência são as causas mais frequentes de disfunção cognitiva, que é, assumida na bibliografia científica, como a incapacidade de adquirir, reter e utilizar o conhecimento de forma normal. Todavia, e considerando as semelhanças e diferenças, bem como os paralelismos de ocorrência, importa especificar cada uma das situações patológicas. O *delirium* inicia-se subitamente, causa flutuações no funcionamento mental e, na maioria dos casos, é reversível. A demência inicia-se de forma paulatina, é progressiva e, normalmente, é irreversível. Os dois distúrbios também afetam a função mental de maneira diferente. O *delirium* afeta principalmente a atenção, a demência principalmente a memória (DSM-V, 2013). Segundo National Institute for Health and Care Excellence (NIHCE, 2014), caso existam dúvidas no diagnóstico, o tratamento inicial deve ser orientado para o *delirium*.

O termo confusão aguda é o mais comumente utilizado pelos enfermeiros para descrever alterações cognitivas e comportamentais, o que constitui uma barreira para a identificação precisa de *delirium*, uma vez que confusão aguda é definida como um conceito mais amplo, dentro do qual se enquadra o *delirium*. Todas as pessoas com esta síndrome apresentam confusão aguda (falta de ordem ou método, incapacidade para reconhecer diferenças ou distinções, perda de orientação), mas nem todas as que tem confusão aguda apresentam *delirium* (Steis & Fick, 2012). Contudo, e para clarificar a terminologia *delirium*, torna-se pertinente recorrer ao artigo original publicado por Gomes da Silva et al (2011), onde salientam que a dúvida existente entre confusão aguda e de estado de confusão agudo ou *delirium*, como rótulos que significam o mesmo quadro clínico desta síndrome, optando-se por *delirium* por ser o conceito mais específico, com base no DSM-5.

Após contextualização da definição e terminologia da síndrome *delirium*, urge abordar os subtipos e prevalência, fisiopatologia e os fatores de risco que podem despoletar a síndrome *delirium*.

3. Subtipos de *delirium*

O estudo de análise sobre as publicações atuais, nesta matéria, e partindo da revisão bibliográfica efetuada, a partir de vários autores que estudam esta síndrome, o *delirium* pode classificar-se em três tipos: hipoativo, hiperativo e misto (DSM, 2013; Francis & Young, 2015; Carrasco & Zalaquett, 2017; Prayce et al., 2018), como evidencia a figura 1.

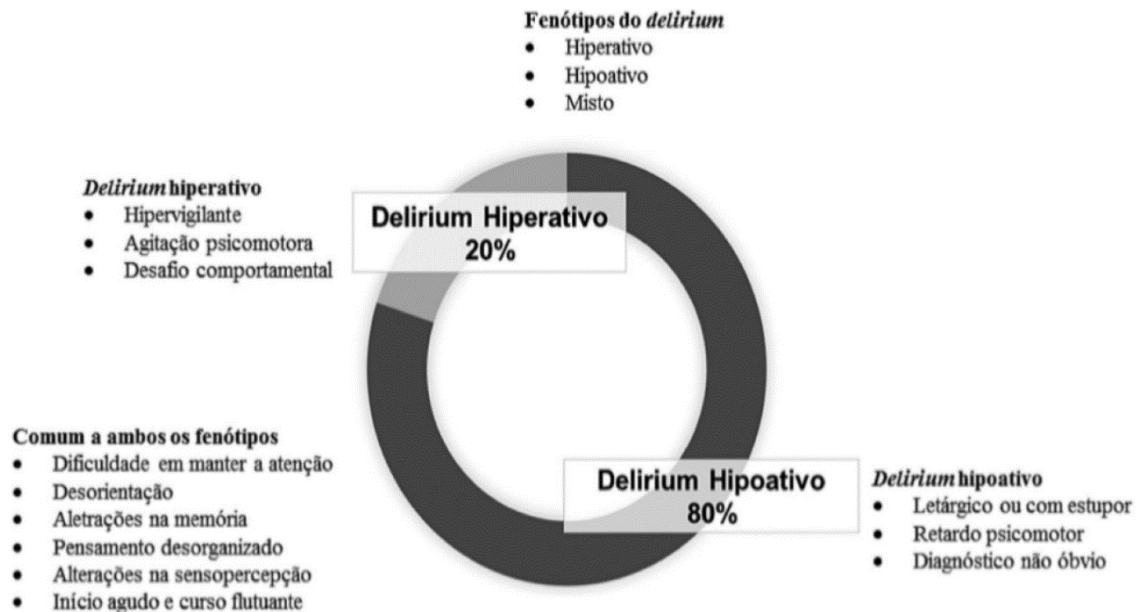


Figura 1: Apresentação Esquemática das sinaléticas específicas dos Subtipos de *delirium*

Fonte: Bisinotto, Silveira, Silva & Martins (2017)

1. O *delirium* hipoativo caracteriza-se por uma diminuição da atividade psicomotora, lentidão, menor concentração, confusão, alucinações visuais ou auditivas, diminuição da mobilidade, distúrbios do sono, alterações do apetite ou letargia, e é muitas vezes erradamente entendido, como fadiga e demência ou associado à idade, sendo desta forma mais difícil de reconhecer. A pessoa encontra-se mais vezes acamada e conseqüentemente o risco de infeção e úlceras de pressão é maior.
2. O *delirium* hiperativo apresenta um aumento da atividade psicomotora, acompanhado de labilidade emocional, agitação e/ou ausência de colaboração nos cuidados de saúde prestados. A segurança da própria pessoa está em risco, vista poder sair da cama, retirar dispositivos, ter movimentos súbitos inadequados, podendo apresentar taquicardia, dilatação pupilar, diaforese e ruborização facial.

3. O *delirium* misto, é caracterizado pela alternância do hiperativo com o hipoativo.

Faria e Moreno (2013) incluem ainda o *delirium subsindromático* e o *delirium sobreposto à Demência*. O subsindromático encontra-se classificado pelo DSM-V como uma forma atenuada da síndrome, em que estão presentes apenas alguns dos critérios. O sobreposto à demência é uma alteração aguda do estado mental (curso flutuante, desatenção, desorganização do pensamento ou alteração do estado de consciência) em doentes com diagnóstico de demência.

4. Prevalência de *delirium*

O *delirium* está entre as doenças mentais mais prevalentes em pessoas hospitalizados por doença aguda. Segundo dados do NIHCE (2014), a sua prevalência situa-se nos 30% nas enfermarias do foro médico e nos 50% nas enfermarias do foro cirúrgico. Barr et al., (2013), Porter & McClure (2013) e Faria & Moreno (2013), referem que é ao nível das UCI que a prevalência e incidência do *delirium* é superior. Estes autores documentaram uma taxa de prevalência superior a 60% com uma taxa de incidência que pode atingir os 87%, alcançando os 100% nos quadros clínicos caracterizados pelo estado hipoativo (Sánchez, González & Guitiérrez, 2013). Bergeron, Dubois, Dumont, Dial & Skrobik, (2001) relatam uma taxa de prevalência de 19% e Ely et al., (2007) de 89%. Haller (2015), num artigo de revisão apresentado, afirma que a prevalência numa UCI varia entre 60 e 82%, nos doentes submetidos a ventilação mecânica, e entre 40 e 60% nos doentes em ventilação espontânea. Acrescenta que a aumenta proporcionalmente ao aumento de doentes cirúrgicos. Nos últimos 5 anos, estudos nas UCI portuguesas relatam taxas de prevalência de *delirium* de 35% (Pereira et al, 2016), de 29,4% e 57,1% (Veiga.C, 2014, 2019) e 28,1 % (Pires.L, 2018).

A prevalência de *delirium* do subtipo hipoativo é maior do que o do subtipo hiperativo, associando-se a *outcomes* negativos como o prolongamento do tempo sob ventilação mecânica invasiva (VMI) com aumento do período de internamento em UCI, e uma maior mortalidade quando comparado com o subtipo hiperativo, embora este último seja o mais precocemente reconhecido. (Sharma, Malhotra, Grover & Jindal, 2012). Hickin et al. (2017), salientam que o subtipo de *delirium* mais comum é o misto (54,9%), seguido do hipoativo (43,5%) e apresentam como o subtipo menos frequente o hiperativo (1,6%).

Ainda segundo estes autores, o hipoativo é o que apresenta um pior prognóstico. Bui, Pham, Shirkey & Swan (2017), constataram que o hiperativo tem expressão de 1% a 23%, o hipoativo em 19% a 68% e o misto em 14% a 55% dos casos. São os doentes com *delirium* hiperativo que apresentam melhor *outcome*, por maior rapidez de deteção da síndrome e consequentemente resolução, contribuindo para menor demora média de internamento hospitalar e menor incidência de mortalidade hospitalar.

5. Fatores de risco de *delirium*

A etiologia do *delirium* é geralmente multifatorial e resulta de uma interação complexa entre fatores predisponentes, relacionados com o estado basal da pessoa e respetivas comorbilidades (vulnerabilidade pessoal do paciente) e fatores precipitantes relacionados com o contexto hospitalar, com a doença aguda e o seu tratamento (insultos nocivos). Os fatores predisponentes correspondem aos fatores presentes à admissão enquanto que os fatores precipitantes, instalados durante o internamento (Matoo, Grover & Gupta, 2010; Balas, 2012) (Tabela 2).

Tabela 2: Apresentação Esquemática de Fatores predisponentes e precipitantes de *delirium*

Fatores Predisponentes	Idade avançada, demência/depressão, alterações cognitivas, múltiplas comorbilidades, polimedicação, tabagismo/etanolismo, doenças crónicas, dependência funcional, diminuição acuidade visual/auditiva, episódio prévio de <i>delirium</i> .
Fatores Precipitantes	Substâncias (opióides, sedação); Ambientais (exposição inadequada à luz, privação/sobrecarga sensorial, limitação funcional, stress emocional, privação do sono); neurológicos (traumatismo crânio-encefálico (TCE), acidente Vascular Cerebral (AVC), neoplasia, epilepsia); Sistémicos (infecção, febre, dor, falência orgânica); Laboratoriais (distúrbio acido-base e hidroeletrólítico, desnutrição, desidratação, anemia); Iatrogénicos (dispositivos invasivos, restrição física, procedimentos médicos e de enfermagem, admissão urgente/emergente).

Fonte: Matoo et al, (2010), Balas (2012), Inouye S (2014)

Os fatores de risco predisponentes têm uma contribuição mais significativa no desenvolvimento do *delirium*, sendo que a probabilidade do seu desenvolvimento é diretamente proporcional ao número de fatores de risco na admissão. Os fatores precipitantes são aqueles que acionam os mecanismos fisiopatológicos do *delirium* (Mittal, 2011).

É importante conhecer e classificar os fatores, uma vez que os fatores predisponentes geralmente não são modificáveis e os fatores precipitantes, na grande maioria, são potencialmente modificáveis (Balas, 2012). Têm surgido estudos de investigação sobre alguns dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis que mais sobressaem na população de doentes adultos críticos internados em UCI, para melhor compreensão do fenómeno, de forma a evitar ou minimizar o impacto com o conhecimento dos fatores específicos de cada população estudada. Hsieh et al. (2015) estabeleceram uma relação entre uma falência respiratória aguda grave – Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), e falência respiratória aguda sem ARDS, sob ventilação mecânica invasiva, com o desenvolvimento de *delirium*. Concluiu que os doentes com ARDS, sob ventilação mecânica invasiva, apresentaram risco superior de cursar com *delirium*, comparativamente com os doentes sem ARDS. Mori et al. (2016), sugeriram que a probabilidade de o doente apresentar *delirium* aumentou em 4% e a contenção física exponenciou esse valor em 44,3 vezes. Verificou-se que os fatores diretamente relacionados com a incidência desta síndrome foram: idades mais avançadas (média $65 \pm 22,0$ anos); uso dos sedativos midazolam e propofol (sete vezes e quase cinco vezes superior em doentes críticos adultos sedados com estes fármacos); uso de analgesia com o opióide morfina (quase três vezes superior nos doentes críticos adultos analgesiados com este fármaco).

Recentemente, uma atualização das *guidelines* norte americanas sobre dor, agitação e *delirium* no doente crítico de UCI, publicaram as *Clinical Practice guidelines for the Prevention and management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption in adult Patients in the ICU – PADIS guidelines*, onde assumiram, com forte evidência, fatores de risco potencialmente modificáveis as transfusões sanguíneas e o uso de benzodiazepinas e fatores de risco não modificáveis as idades avançadas, demência, coma prévio, categoria diagnóstica cirúrgica urgente ou trauma à admissão na UCI e índices específicos de gravidade às 24 horas de admissão ao serviço (Devlin et al., 2018).

S. Ribeiro et al. (2015), desenvolveram um estudo de investigação acerca do conhecimento de enfermagem sobre *delirium* em doentes críticos adultos da UCI, concluem que a informação dos fatores de risco que contribuem para o fenómeno deverão ser do conhecimento de todos os profissionais de saúde que diretamente prescrevem e/ou prestam cuidados diretos aos doentes críticos, imputando na enfermagem um papel determinante na otimização do ambiente físico da UCI, aliada a uma melhor gestão da sedação/analgesia por parte dos médicos, procedimentos que só terão sucesso se adotados em consonância.

5.1. Fatores de risco modificáveis

No sentido de melhor se compreender a associação de alguns fatores de risco potencialmente modificáveis com o desenvolvimento de *delirium*, será apresentada aqui, uma breve abordagem, bem como os estudos científicos mais relevantes.

Visita de familiares

Na busca da melhor forma de assistir os pacientes críticos em *delirium*, a participação dos familiares parece ter um papel relevante no desenvolvimento do cuidado. Nesta perspetiva, Souza, Azzolin & Fernandes (2018) defendem que a família pode e deve ser inserida no ambiente de terapia intensiva, de forma gradual e devidamente orientada pela equipe multiprofissional, e Rosenbloom-Brutton, Henneman & Inouye (2010) afirmam que é indispensável incorporar a família na prevenção e no tratamento do *delirium* e que esta estratégia permitiu reduzir a sua incidência. Na mesma linha de orientação terapêutica, Ocádiz-Carrasco et al. (2013) destacaram que o suporte familiar é também um fator de risco independente para o desenvolvimento de *delirium* e que os doentes estão mais propensos quando o apoio familiar é pobre.

Pela posição que ocupam junto da pessoa internada, Henão-Castano & Amaya-Rey (2014) defendem, que os enfermeiros não só devem facilitar, como incorporar os familiares no cuidado à pessoa. Os autores defendem que este grupo da equipa, pela sua permanente presença, serão naturalmente os elementos indicados para se assumirem como “ponte educativa” entre o doente e os familiares, construindo a sua inclusão no seu real estatuto de elemento terapêutico. Os enfermeiros podem naturalmente, ter intervenções de orientação responsiva a estes familiares, preparando-os para manterem ativos diálogos com os seus doentes: desde as abordagens a notícias ou temas atuais, até

aos exercícios orientados de temáticas e experiências de vida, para fazer apelo ao resgate ou identificação de memórias e relembrando o passado, quer seja através da visualização de fotografias ou ainda permitir que estes escutem músicas que gostem. A família pode revelar-se um recurso facilitador do processo de hospitalização e prevenção de *delirium*, por ser, por um lado, quem melhor descreve a avaliação do estado basal da pessoa e, por outro, são quem sustenta a eficácia de um programa de intervenção após a alta.

A comunicação com a família é fundamental durante todo o processo de internamento numa UCI. Integrar a família nos cuidados prestados vai melhorar a experiência da pessoa internada (Frimpong, Stollings, Carlo & Ely, 2015), facilitando o seu processo de transição.

Pincelli, Waters & Hupsel (2015) referem que a presença de um familiar representa segurança e apoio emocional para a pessoa internada. Com o familiar o vínculo afetivo e de confiança esta consolidado, enquanto que com os profissionais de saúde, a priori, não existe e pode nunca chegar a desenvolver-se durante o internamento.

Longe dos seus familiares, da sua casa e das suas referências afetivas sentem-se sozinhos e desprotegidos. A família é o seu porto de abrigo, o seu suporte, a sua ligação ao mundo exterior, as suas referências afetivas neste momento de grande vulnerabilidade e fragilidade humana. A presença da família faz esquecer a sua situação de doença e transmite segurança (Castro & Botelho, 2017). Pereira et al., (2016), afirma que é indispensável incorporar a família na prevenção e no tratamento do *delirium* e que esta estratégia por si só permite reduzir a incidência desta disfunção.

Souza et al (2018), expressam estar conscientes de que a participação da família traz alguns desafios à equipe multiprofissional, - mas reiteram claramente – que devem ser superados, a fim de beneficiar os pacientes. Dessa forma, os protocolos assistenciais devem ser estruturados considerando a presença dos familiares no desenvolvimento dos cuidados a fim de prevenir e tratar o *delirium*.

Dispositivos Invasivos

No que à gestão dos dispositivos invasivos diz respeito, vários autores apontam para o facto de existir relação entre a utilização de dispositivos invasivos e o desenvolvimento de *delírium* nos doentes internados. Relativamente à gestão dos dispositivos invasivos, Pereira et al. (2016) entre outros autores, apontam para o facto de existir relação entre a

utilização de dispositivos invasivos e o desenvolvimento de *delírium* nos doentes internados. Assim, os mesmos autores, defendem que a utilização de dispositivos invasivos - cateter central e ou cateter arterial - deve ser minimizada, ou pelo menos, o tempo de permanência deve ser o mais indispensável possível, visto que o uso dos mesmos, aumenta o desenvolvimento de *delirium* na pessoa. Além destes, e ainda associado ao uso de dispositivos, surgem também infeções, o que nos remete para a prestação de cuidados de acordo com os princípios básicos da prevenção e controlo de infeções. Estes processos, decorrem sempre sob o cumprimento das normas e protocolos vigentes na instituição, seja na componente preventiva já citada, seja no tratamento das infeções, de carácter oportunista ou não.

Além dos cateteres, mencionados, há outros dispositivos invasivos a considerar. A utilização de algalias é também considerada um fator de risco (Ocadiz-Carrasco et al., 2013, e De Castro et al., 2014) e defendem que a utilização de drenos pós-operatórios apresentou relação semelhante com o *delírium*. Importa aqui apontar a relação positiva entre invasibilidade e ocorrência de *delirium*, facto evidenciado por Raats et al. (2015) ao verificarem, que à medida que os procedimentos se vão tornando mais invasivos, o risco de *delírium* aumenta.

Os profissionais de saúde devem minimizar sempre que possível a utilização de dispositivos invasivos no processo de tratamento dos doentes e os enfermeiros em particular devem sensibilizar os restantes profissionais para a sua real necessidade, refletindo em equipa sobre os ganhos potenciais e os riscos adjacentes. A gestão de risco constitui uma temática emergente neste tipo de unidades e o enfermeiro é um dos principais intervenientes nesse processo. Para além disso, segundo Henao-Castaño e Amaya-Rey (2014) as equipas devem criar protocolos cientificamente validados que sustentem a tomada de decisão relativamente ao tempo de permanência dos diferentes dispositivos, nomeadamente quando a sua utilização deixa de ser indispensável, ou quando a sua funcionalidade está comprometida.

Hidratação e Nutrição

A desidratação e má nutrição também são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*. Em relação à prevenção da desidratação, as intervenções de enfermagem baseiam-se em manter um equilíbrio hidroeletrólítico, garantir uma ingestão adequada de líquidos, incentivar a pessoa a beber, a considerar a perfusão de

fluidos por via endovenosa se necessário, e a vigiar o transito intestinal e material fecal. Em termos nutricionais, a pessoa desnutrida compromete a sua situação clinica e é considerada um risco, visto poder desenvolver um quadro de *delirium*. Assim, as recomendações assentam na manutenção de um estado corpóreo o mais próximo possível ao fisiológico: manter aportes nutricionais à pessoa, vigiar a ingestão da alimentação, - tanto quanto possível oral e adaptada à pessoa -, mantendo uma boa higiene e hidratação da mucosa oral, promover assistência para alimentar, colocar as próteses dentárias se for o caso, manter horário das refeições, fornecer suplementos nutricionais, em suma promover uma hidratação e nutrição adequadas à pessoa (Nihce, 2015, Rosen et al., 2015, Carrasco & Zalaquett, 2017, Prayce et al., 2018).

Em respeito, pela normofunção, os enfermeiros devem considerar a alimentação por via oral sempre que possível, quer seja adaptando o tipo de dieta à condição e às preferências das pessoas, quer seja mantendo uma higiene e hidratação da mucosa oral adequadas, evitando ao máximo a alimentação por sonda nasogástrica (Pereira et al., 2016), em si mesma, algo invasiva para o trato esofágico e gástrico, além de magoadora e portanto, estimuladora de sentimento de perturbação e irritabilidade persistente.

Funções sensoriais

Os défices sensoriais não compensados (défice visual e/ou auditivo) foram também identificados como fator modificável, tal como descrevem Torres et al. (2012), Dasgupta e Brymer (2014), De Castro et al. (2014) e Raats et al. (2015). Segundo De Castro et al. (2014) e de Raats et al. (2015), a diminuição da acuidade visual esteve presente na maioria dos doentes com *delirium*. A diminuição da acuidade auditiva verificou-se em grande parte dos doentes com *delirium* (Dasgupta & Brymer, 2014; De Castro et al., 2014). Por este motivo, Henao-Castaño e Amaya-Rey (2014) defendem que os enfermeiros devem favorecer a utilização de próteses visuais e auditivas, nos doentes previamente dependentes destes dispositivos, melhorando a sua capacidade de perceção e interação com o meio ambiente, prevenindo desta forma o desenvolvimento de *delirium*.

Mobilidade e liberdade de movimentos

O uso das restrições físicas é um tema complexo, que vai além do cuidado de enfermagem, abrangendo questões físicas, psicológicas, legais e éticas. De acordo com o Royal College of Nursing não existe uma definição jurídica precisa para a restrição. No entanto, em termos gerais, significa a restrição ou o impedimento da liberdade. A Joint

Commission on Accreditation of Health-Care Organizations define a restrição como qualquer método utilizado para restringir a liberdade de movimentos ou o acesso normal ao corpo. Em Portugal, a Direção Geral da Saúde (DGS) (2011) preconiza a restrição física, como último recurso a ser considerado e colocado em prática, dado o impacto no sentimento e sentido de liberdade, no sentimento e significado de autodeterminação e dignidade da pessoa. Em suma, e em termos éticos e deontológicos, e como é do conhecimento de todos os enfermeiros, desde o tempo da sua formação inicial, deve prevalecer o princípio – ético e de direito humano - de cuidar da pessoa internada com a menor restrição possível. A DGS (2011) aponta como alternativas, a presença de acompanhamento individual contínuo – o que nos remete de novo para a pertinência do eventual e organizado acompanhamento familiar - por elemento de voluntariado ou pelo profissional. Esta variável desloca os recursos cuidativos, para os skills internos da pessoa do enfermeiro, nomeadamente ao nível da sua Competência Emocional, pelo facto de este contexto de agitação constante e inimizabilidade, exigir gestão emocional e auto-motivação, com contenção verbal e calma cognitiva, mas com firmeza direcionada e atenta. Na verdade, e independentemente das características de ruído emocional, compete ao enfermeiro a organização estrutural de recursos para proporcionar um ambiente seguro, com cumprimento de normas, terapêuticas e procedimentos. Se para tanto se tornar pertinente: (i) identificar, incluir ou excluir pessoas significativas, com funções mais ou menos rudimentares, (ii) organizar tarefas e atividades compatíveis com a condição do doente e do contexto, e por último (iii) recorrer ao tratamento farmacológico, são ações que terão de ser asseguradas, dentro das suas competências, como enfermeiro especialista em cuidado do doente crítico. Será sempre válido aprofundar esta relação entre as limitações e perturbações de contexto e as competências necessárias para assegurar a ambiência terapêutica, mas o estudo de Backes et al. (2012), - cujo objetivo foi compreender o cuidado em intensivos sob a ótica do paciente - apresenta a restrição física no leito, como uma percepção insatisfatória durante o internamento, relacionada com sensações desagradáveis. Foram citadas, também, como percepções negativas, (o sentimento de) solidão, a saudade da família, o receio relativamente aos procedimentos e a dor, a desorientação no tempo, a dificuldade em comunicar, o ruído, a obrigatoriedade de presenciar o sofrimento dos outros pacientes, e, o medo da morte.

A restrição física deve ser evitada, uma vez que esta conduz à diminuição da mobilidade, ao aumento da agitação, maior risco de lesão e desenvolvimento de *delirium*. Mori et al.

(2016), verificaram procedimentos de restrição física frequentemente, no grupo de pacientes que apresentou *delirium*, sendo associada ao distúrbio; e também Langleya, Schmollgrubera e Eganb (2011) constataram que na presença de *delirium* houve aumento de procedimentos relacionados com o uso de sedativos e de restrição física, pelo que sugerem a realização de outras pesquisas para melhor compreensão da influência do uso da restrição física com o *delirium*.

Numa abordagem global, compreende-se que a restrição física pode ser necessária, para se evitar a ocorrência de eventos adversos, todavia, e tal como atrás se apresentou, recomenda-se a boa comunicação do enfermeiro e equipe multidisciplinar para favorecer a sua aplicação mais criteriosa. A comunicação inefetiva não só entre os profissionais, mas também entre esses e os pacientes ou seus familiares, influenciaram negativamente as decisões e as práticas relacionadas com as decisões relativas ao uso da restrição (McPherson et al., 2013), pelo que se retoma e finaliza com o argumento inicial de que é necessário adquirir competências em gestão emocional e comunicação.

Imobilidade/Mobilização precoce deficitária

A reabilitação da pessoa em situação crítica, com início na UCI, tem vindo a constituir motivo de investigação e a ser referida como parte importante do plano de cuidados. A mobilização precoce tem sido sugerida como terapêutica importante na modificação do risco de desenvolvimento de sequelas ao nível da morbidade física e funcional. Azevedo & Gomes (2015), apontam a mobilização precoce como estratégia para melhorar os resultados da reabilitação da pessoa internada em UCI, devendo ser encarada como uma prioridade, obrigando a uma modificação cultural na equipa de saúde.

Schweickert et al. (2009) e Brummel (2013), comprovam que reduz o desenvolvimento do *delirium* e melhora os resultados neuro cognitivos, logo implementar programas de reabilitação e mobilização precoce previne a sua ocorrência, ou diminui a sua intensidade e duração. Os mesmos autores referem ainda que, a mobilização precoce e a terapia ocupacional na pessoa sob ventilação mecânica invasiva requerem a participação de toda a equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas). O benefício destas estratégias é um facto seguro com evidência na redução do desenvolvimento de *delirium* e diminuição da sua duração e intensidade quando já instalado. A mobilização/reabilitação em UCI compreendem exercícios que podem ir de movimentos passivos a movimentos com maior amplitude, mais ativos, como sejam sentar-se na cama,

levantar para cadeirão e caminhar, atendendo ao grau de sedação, à estabilidade hemodinâmica e à capacidade física da pessoa. Existe todo um conjunto de atividades que realizadas diariamente, mediante um plano individual e personalizado, traduzem benefício para a pessoa e para a instituição (Brummel, 2013).

Um estudo longitudinal com 132 pacientes implementou um protocolo que incluía exercícios passivos no leito, reposicionamento a cada duas horas realizados pelos profissionais de saúde ou familiares e, em uma fase seguinte, sentar o paciente na beira do leito, levantar, transferir do leito para a cadeira e deambular. Durante o “round” multiprofissional era decidido quais pacientes seriam mobilizados. O grupo mobilidade apresentou significativamente menos dias de *delirium* em relação ao grupo de cuidados de rotina (5,0 vs 3,6 dias, $P=0,05$), além de menos reinternamentos ($P < 0,001$) e menor mortalidade ($P < 0,001$) (Fraser et al., 2015).

Sedação

O objetivo da sedação é proporcionar, entre outros fatores, um paciente cooperativo, calmo e com sono apropriado. Atualmente as guidelines da Dor, Agitação e *Delirium* recomendam como primeira abordagem o controle eficaz da dor e só posteriormente o ajuste do nível de sedação. A evidência demonstra que manter níveis ligeiros de sedação, de modo a manter a pessoa calma e colaborante, melhora os *outcomes* na pessoa em situação crítica, quando comparada com níveis excessivos (Barr et al., 2013; Delvin et al., 2018).

As recomendações atuais sugerem protocolos em que é preconizada a interrupção diária da sedação, conjuntamente com tentativas de respiração espontânea para que a pessoa seja libertada do ventilador o mais precocemente possível. Dotson, Beydoun & Zonderman (2010) refere que a suspensão diária da sedação pode diminuir a sedação excessiva, reduzir a duração do tempo sob ventilação mecânica, do tempo de internamento em UCI bem como da probabilidade de se desenvolverem alterações no estado cognitivo. Patel et al, (2014) demonstram que a suspensão da sedação, com possibilidade de períodos de consciência por parte da pessoa internada levam a menos tempo sob ventilação mecânica invasiva, menor tempo de internamento em UCI e no hospital, com maior probabilidade de alta para o domicílio com menor probabilidade de institucionalização, bem como uma maior taxa de sobrevivência.

A gestão da sedação desempenha um papel fundamental, importa não só atender ao nível, mas também ao tipo de fármaco administrado. Os sedativos e analgésicos alteram os níveis de neurotransmissores cerebrais, o que pode precipitar *delirium*. Pereira et al., (2016), no seu estudo demonstraram que 55% a 83% das pessoas internadas em UCI medicadas com benzodiazepinas e propofol desenvolveram *delirium*. Torres et al., (2012), desenvolveram evidências que corroboram estes resultados. Svenningsen et al., (2013), acrescentam que o risco desta aumenta quando a sua administração é em forma de bólus, em comparação com a administração em perfusão contínua. Shinotsuka & Salluh (2013) realizaram uma auditoria em 1381 pessoas internadas em 44 UCI da França onde verificaram que a sedação com benzodiazepinas estava presente em 70% da amostra seguido em 20% com propofol, agravado pela profunda sedação em que se encontravam, cerca de 50 %. Veiga, C (2014), verifica que estatisticamente existem diferenças quanto à presença e ausência de sedação: os doentes críticos que não apresentaram episódio de *delirium* foram os que menos fizeram sedação: 66,3% (n=67) de 101 doentes críticos não foram submetidos a sedação (adjusted residual = 4,8; p=0,000 - X²). Dos 52 doentes críticos com sedação, 42,3% apresentou episódio de *delirium* (adjusted residual = 2,5; p=0,000 - X²). Sabe-se que as benzodiazepinas estão associadas ao desenvolvimento de *delirium*, logo devem ser administrados fármacos que se relacionem com a redução da sua prevalência, como a dexmedetomidina (Pandharipande et al, 2007; Riker et al., 2009; Page & Ely, 2011; Hayhurts, Pandharipande & Hughes, 2016). Para além de reduzir a incidência do *delirium*, a dexmedetomidina reduz a sua duração e intensidade quando já instalado. É a sedação de primeira linha para a pessoa com necessidade de ventilação mecânica e com elevado risco de desenvolver *delirium* (Djaiani et al., 2016).

Dor e analgesia

A dor não tratada e analgesia inadequada são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*. A pessoa internada em UCI apresenta muitas vezes dor, havendo desta forma a necessidade de a avaliar mediante escalas validadas, com o objetivo de se conseguir uma abordagem precoce e adequada (Mesquita, 2015).

A dor pode ser devida à situação patológica subjacente ao internamento ou aos procedimentos médicos e de enfermagem realizados, como sejam, a ventilação mecânica, a aspiração de secreções, a imobilidade no leito, a alternância de decúbitos, a presença de feridas, drenos ou cateteres (Pudas-Tähkä, Axelin, Aantaa, Lund, & Salanterä, 2009). Um estudo realizado por Granja et al., (2005) em 10 UCI's portuguesas, revela que a dor é,

em 64% dos casos, indicada como uma das experiências mais stressantes sentidas durante o internamento. A importância de avaliar e controlar adequadamente a dor tem sido alvo de atenção, no entanto, a dor é ainda subvalorizada e inadequadamente tratada (Alderson & McKechnie, 2013).

A monitorização da dor baseia-se em instrumentos validados e adequados. Em doentes não colaborantes aplica-se a escala comportamental de dor - Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT) e em doentes colaborantes a escala numérica de dor (END) (anexo II) (Barr et al, 2013).

A END é a mais comumente utilizada, consistindo numa correspondência entre a intensidade da dor da pessoa e uma classificação numérica entre 0 e 10, em que 0 é a ausência de dor e 10 a dor com intensidade máxima imaginável (Direção Geral da Saúde, 2011). A BPS foi desenvolvida em 1997 no Hospital Albert Michallon em Grenoble – França (Puntillo et al.,1997). Destaca a relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador com o auto-relato de dor em doentes cirúrgicos. Com estes indicadores, Payen et al. (2001) conceberam a BPS, em que cada indicador foi categorizado em 4 descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A dor pode ser ligeira (END 2-4; BPS 4-6), moderada (END 4-6; BPS 6-8) e intensa (END >6; BPS >8). O “Gold Standard” da avaliação é aquele em que a avaliação é feita pela própria pessoa (Barr. et al., 2013).

Barr et al., (2013), recomendam que a dor seja monitorizada de forma sistemática e Thorp & James (2010), reforçam que uma analgesia eficaz associada a uma sedação adequada, reduz a incidência de complicações, facilita os procedimentos de diagnóstico e terapêutica com diminuição do risco de desenvolvimento de *delirium*. Silva & Lage (2010) mencionam que a administração prévia de analgésicos prescritos antes dos cuidados pode minimizar a dor. Outras medidas podem ser significativas para o seu alívio e proporcionar um adequado relaxamento com redução do sofrimento associado à dor, tais como um correto posicionamento com utilização de dispositivos de apoio, que facilitam a alternância de decúbitos e protegem as zonas de pressão, ou uma pequena massagem. A utilização de medidas não farmacológicas como um cuidado na gestão da dor, ainda está pouco interiorizada, os enfermeiros podem realizá-las, mas não as valorizam nem evidenciam esta vertente. A Ordem dos Enfermeiros (2018), faz referência à gestão da dor através da identificação de evidências fisiológicas, gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da mesma.

Não existem muitos artigos que relacionam o manejo da dor com a prevenção do *delirium*, porém é teorizado que a dor pode interferir no ciclo de sono-vigília e alterar os níveis hormonais (Pincelli et al, 2015). Veiga, C (2014) verificou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os doentes críticos com e sem episódio de *delirium* quanto à presença de episódio de dor, ou seja, a maioria dos doentes críticos da amostra não teve qualquer episódio de dor ($p=0,671 - X^2$). Segundo Pires, L., Magalhães, C. & Mata, M. (2018), efetuou-se análise estatística entre a presença de dor e episódios de *delirium*, verificou-se que existem diferenças, embora sem significado estatístico, entre os episódios de *delirium* em doentes críticos com e sem dor.

Hipoxemia

A Hipoxemia é definida como a redução do conteúdo arterial de oxigênio (CaO_2). é diagnosticada por níveis baixos da pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (PaO_2) ou por queda da saturação da hemoglobina (SaO_2) (Nora & Fortis, 2000).

A hipoxemia e consequente hipoxia quando presente pode desencadear *delirium*, avaliar e assegurar uma adequada saturação de oxigênio é uma recomendação implementada para a prevenção do delirium bem como manter a via área permeável (Carrasco & Zalaquett, 2017). Há um aumento da produção de dopamina intracelular e redução na liberação de acetilcolina, o que interfere com o glutamato, aumentando sua concentração e consequentemente diminui a atividade gabaérgica, levando a uma das possíveis causas de *delirium* (Pincelli et al, 2015). Pires, L et al. (2018), constataram que, embora sem significância estatística, o doente hipoxémico tende a desenvolver delirium hiperativo, uma vez que representa 84.6% daquele cujo fator etiológico é a hipoxemia.

Ao fazer a análise destes fatores, existem inúmeras limitações uma vez que o doente crítico é altamente complexo e torna-se muito difícil isolar fatores relativamente a esta temática, pois todos estão em interação.

6. Fisiopatologia de *delirium*

Considerando a pertinência do objeto de estudo, e complexidade envolvida, será apresentada aqui, uma breve abordagem fisiopatológica. Apesar da literatura científica ir apresentando progressivos estudos, com resultados científicos pertinentes e

esclarecedores, assume-se que no que respeita ao desencadeamento do *delírium*, a fisiopatologia do *delirium* ainda carece de investigação.

Desde de cedo se compreendeu que, dada sua natureza multifatorial, uma teoria única não conseguiria abarcar a complexidade inerente a esta síndrome. Há mais de 50 anos que se admite que resulta de uma desregulação cerebral aguda secundária a alterações sistémicas (Maldonado, 2017). Sabe-se, no entanto, que está relacionada com um comprometimento reversível do metabolismo oxidativo cerebral (stress oxidativo) e anormalidades na síntese, libertação e inativação de múltiplos neurotransmissores responsáveis pelo comportamento e cognição levando à resposta inflamatória a partir da quebra da barreira hematoencefálica, resultando em neuroinflamação e lesão neuronal (Bisinotto, Silveira, Silva & Martins, 2017), como demonstra a figura 2.

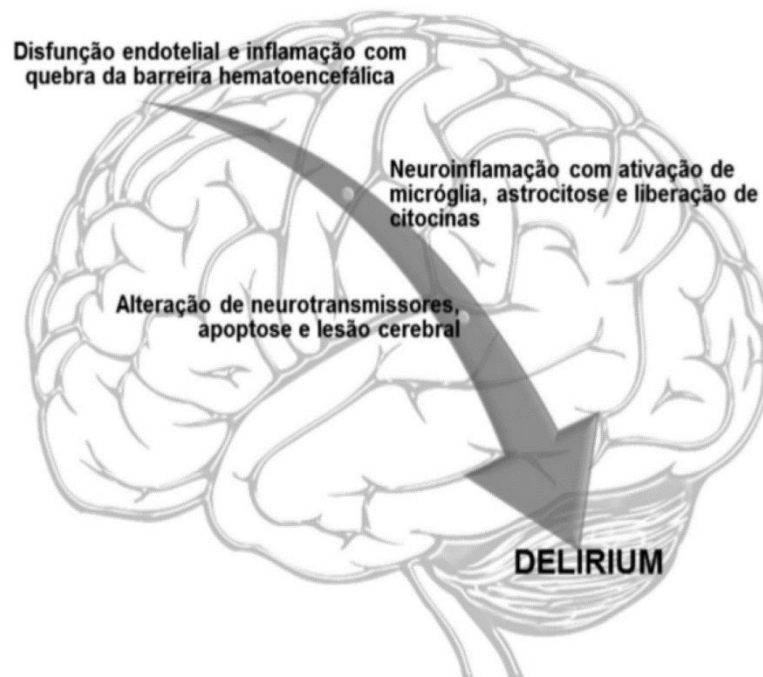


Figura 2: Apresentação figurativa e esquemática da tríade neurosintomática relativa à fisiopatologia de *delirium*

Fonte: Bisinotto, Silveira, Silva & Martins (2017)

O sistema colinérgico controla as atividades relacionadas com a atenção e nível de consciência, dois dos critérios de diagnóstico de *delirium* do DSM-V e ainda a regulação do sono e da memória. Também o excesso de dopamina foi relacionado com o aparecimento de *delirium*, e um dos principais mecanismos envolvidos é a diminuição da conversão de dopamina em noradrenalina no contexto de alterações oxidativas

(Maldonado, 2013). Assim, entre as principais alterações de neurotransmissores descritas destacam-se as alterações do sistema dopaminérgico–colinérgico já referidas (com aumento do primeiro e baixos níveis de acetilcolina) e ainda o excesso de noradrenalina e/ou glutamato, a diminuição da melatonina e alterações do ácido gama-aminobutírico (GABA), N-metil-D-aspartato (NMDA) ou da serotonina (Maldonado, 2013).

A desregulação nos níveis de melatonina pode explicar o termo *sundowning*, em que as alterações comportamentais do *delirium* surgem ao final da tarde, anoitecer ou noite aquando do aumento dos níveis da mesma (Mittal, 2011; Burock, 2012). No entanto, a participação da melatonina encontra-se por esclarecer, havendo provavelmente interações complexas entre os vários intervenientes no ciclo sono-vigília (Alagiakrishnan, 2014).

O stress oxidativo baseia-se na lesão celular induzida por processos que provoquem hipoperfusão, como a hipoxia ou inflamação sistémica, em que o aumento do consumo de oxigénio ou a diminuição da sua disponibilidade condiciona disfunção cerebral, e as alterações cognitivas e comportamentais associadas ao *delirium* (Maldonado, 2013).

Segundo a teoria da neuroinflamação, o *delirium* representa a manifestação cerebral de uma doença sistémica (Maldonado, 2017). A presença de inflamação sistémica, leva a ativação de múltiplas citocinas e mediadores que alcançam o sistema nervoso central (SNC), dada a disfunção da barreira hematoencefálica, e conseqüente ativação endotelial e apoptose neuronal, perpetuando a lesão neuronal. (Cerejeira et al., 2011; Maldonado, 2013).

Após contextualizar os subtipos e prevalência, fatores de risco e fisiopatologia de *delirium*, urge abordar o impacto desta síndrome e as principais conseqüências do doente crítico.

7. Impacto do *delirium* – principais conseqüências

O *delirium* tem um elevado impacto a nível socioeconómico e dos cuidados de Saúde, não só pela sua elevada prevalência, mas também pelo seu efeito negativo na morbimortalidade durante o internamento e, a longo prazo, com repercussão negativa na qualidade de vida do doente e dos seus familiares. (Siddiqi, House & Holmes, 2006; Witlox et al., 2010; NICE, 2010; Inouye, Westendorp & Saczynski, 2014).

A curto-prazo existe relevante evidência científica na associação entre *delirium* e a mortalidade, complicações durante o internamento, volume de trabalho dos profissionais e tempo de internamento.

O aumento da mortalidade foi evidenciado por diversos estudos, durante e após o internamento, em qualquer tipologia (Siddiqi et al., 2006; NICE, 2010; Witlox et al., 2010). O risco de morte após alta aumenta cerca de 1.5 vezes nos doentes com *delirium* internados em enfermarias de Medicina, com mortalidade de 70% nos primeiros 6 meses após a admissão no Serviço de Intensivos e a 75% nos 3 anos após o internamento, comparando com 51% na população-controlo (Witlox et al., 2010; Han et al., 2010; Inouye et al., 2014). Esta síndrome surge claramente, como preditor independente de mortalidade nos doentes aos 12 meses após a alta hospitalar (Leslie et al., 2005; Witlox et al., 2010). Um estudo de investigação publicado recentemente (Heriot et al., 2016), com uma população específica de doentes idosos com idades ≥ 80 anos em UCI, conduzido entre 2009 e 2012, num hospital privado da Austrália reunindo uma amostra de 348 indivíduos, inferiu-se que os que cursaram com *delirium* foram os que mais faleceram até 90 dias após alta hospitalar, além de terem tido mais demora média na UCI e hospitalar.

Existe um maior número de complicações durante o internamento: aumento da duração da VMI; maior taxa de remoção acidental de tubos, cateteres, e de reintubações; dificuldade na cooperação com os cuidados; aumento do risco de quedas, imobilização e limitação funcional e maior risco de aspiração (Lakatos, 2006; Inouye, 2006; Miller, 2008; Van der Boogard, Schoonhoven, van der Hoeven, van Achterberg & Pickkers, 2012; Salluh et al., 2015). Há um aumento do volume de trabalho e do tempo de internamento (aumento em média 5-10 dias) (Salluh et al., 2015; Weinrebe, Johannsdottir, Karaman & Füsgen, 2016).

As repercussões do *delirium* vão além do período de hospitalização, com impacto a médio e longo prazo. Há maior probabilidade de serem transferidos para unidades de retaguarda, (lares de apoio, unidades de cuidados continuados) a data de alta (NIHCE, 2010; Inouye, 2014) e apresentam uma maior limitação funcional, que pode persistir até vários meses após a alta (Saczynski et al., 2012; Davis et al., 2017). Há evidência também de alterações cognitivas, com dificuldades em retomar ao seu basal, mas também com risco aumentado de desenvolver demência (Witlox et al., 2010; Davis et al., 2017).

O *delirium* é fonte de sofrimento não só para o doente, mas também para os familiares/cuidadores, particularmente no estado hiperativo, onde experienciam sentimentos de ansiedade, medo e sofrimento (Namba et al., 2007; Bruera et al., 2009). É também desafiante e uma fonte de stress para o profissional de saúde, que muitas das vezes não existe a formação e preparação adequada para lidar com esta síndrome (Teodorczuk, Mukaetova-Ladinska, Corbett & Welfare, 2013).

Todos estes efeitos adversos associados ao *delirium* tem um impacto financeiro na gestão dos serviços de saúde. Um estudo português, verificou que nos doentes críticos com episódio de *delirium* houve um gasto médio superior de 2006€/doente, no total dos dias de internamento (Veiga, 2014).

O *delirium* é evitável em 30-40% dos casos, pelo que, dadas as múltiplas complicações e elevados encargos associados, detém considerável relevância como alvo de intervenções de saúde pública, tanto ao nível do sistema como dos serviços de saúde. Tais intervenções podem passar pela formulação de normas de orientação clínica, pela implementação de programas educacionais dirigidos a profissionais de saúde ou formulação de protocolos de intervenção terapêutica (Popeo, 2011). A abordagem eficaz do *delirium* constitui, do ponto de vista da pessoa e da população, um indicador da qualidade dos cuidados de saúde (Inouye et al., 2014).

Como se depreende, o impacto é importante em diferentes áreas, daí a necessidade de objetivar a importância da monitorização do *delirium*.

8. Monitorização do *delirium*

Nos últimos anos, inúmeras sociedades que orientam guias de boas práticas baseadas na evidência científica (*guidelines*), bem como as constantes atualizações dos indicadores de qualidade nas UCI, destacam a monitorização diária do *delirium* no doente crítico. Diversos estudos sobre a importância da monitorização, reportam a possibilidade de minimizar o impacto desta síndrome, quando detetada atempadamente, de forma a instituir um tratamento precoce e conseqüente menor exposição ao evento (Balas et al., 2012; Barr et al., 2013; S. Ribeiro et al., 2015; Devlin et al., 2018).

Apesar de toda a evidencia científica, a consciencialização da monitorização de *delirium* por parte de médicos e enfermeiros ainda é rudimentar, existindo mesmo algumas

unidades onde a aplicabilidade de escalas validadas para o efeito ainda não é realizada. De salientar a importância que diversos estudos científicos concedem ao papel da enfermagem de cuidados intensivos na monitorização desta síndrome, dado serem os profissionais de saúde que mais próximos estão do doente, ocupando uma posição privilegiada para identificar quaisquer alterações ao nível do seu estado mental ou de comportamento, e conseqüente, aplicabilidade de instrumentos de monitorização de *delirium* (Ramoo et al.,2018).

As competências de Enfermagem constituem, de facto, o fundamento para um trabalho cientificamente fundamentado, e, portanto, essencial para ser capaz, de, com eficácia e prática baseada nas evidências, poder dar resposta concisa na sinalização destas situações à restante equipa multidisciplinar, contribuindo para a intervenção o mais precoce possível. Alguns autores identificam algumas barreiras na sua deteção, como: - falta de importância dada a esta síndrome pelas equipas multidisciplinares das UCI; - falta de conhecimento sobre a apresentação do *delirium* e quais as suas conseqüências; - falta de formação na área; -sobrecarga de trabalho nas intervenções diárias de enfermagem; - inexistência de instrumentos validados nesses serviços para a monitorização ou se existência, dificuldade em aplica-los; - carência de uma cultura de trabalho entre equipa multidisciplinar, em que aos achados da monitorização do *delirium* por parte dos enfermeiros, devidamente registados e comunicados aos médicos, não é dada a devida importância e/ou atuação atempada (Steis & Fick, 2012; Solberg, Plummer, May & Mion, 2013; Gregory, 2016).

Diversos projetos/estudos de formação teórico-prática de equipas de enfermagem em UCI, com recurso a medidas inovadoras como sessões de simulação de monitorização do *delirium* e dos seus diversos subtipos, demonstram o aumento de registos e comunicação de casos e conseqüente aumento de adesão médica na interação das intervenções para os diversos tipos de tratamento. Uma intervenção educacional simples como a formação poderá ser o ponto de viragem para a deteção, gestão e introdução precoce de medidas preventivas, não farmacológicas e farmacológicas (Solberg et al., 2013; Christensen, 2016; Gregory, 2016; Ramoo et al.,2018).

A monitorização diária do *delirium* através de escalas validadas e adequadas é essencial para deteção precoce desta síndrome (Brummel et al., 2013).

8.1. Escalas para avaliação de presença de delirium em UCI

Nos última década, as *guidelines* sublinham a necessidade de uma utilização sistemática e diária de instrumentos para a avaliação da síndrome, validadas para a população específica de doentes críticos em UCIs, caso contrário, o fenómeno não é detetado e consequentemente não é tratado, com consequências negativas no *outcome* destes doentes (NIHCE, 2010, 2015; AACN, 2012; Barr et al., 2013; Devlin et al., 2018)

Para a avaliação dessa síndrome no doente crítico adulto em UCI, com e sem capacidade de verbalização, por profissionais de saúde sem competências na área da saúde mental e psiquiatria, surgiram escalas validadas, recomendadas e utilizadas internacionalmente, como a *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)* e o *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)* (NIHCE, 2010; Barr et al., 2013; Brummel et al., 2013; Baron et al., 2015; Devlin et al., 2018).

A escala para avaliação de presença de *delirium* deverá obedecer a alguns requisitos (Ely et al., 2001; Guenther et al., 2010; Brummel et al., 2013; Carvalho, Almeida & Gusmão-Flores, 2013; Mariz, Castanho, Teixeira, Sousa & Santos, 2016):

- a. Estar validada com fiabilidade comprovada para os doentes em UCIs;
- b. Passível de aplicação por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos) sem competências na área da saúde mental e psiquiátrica;
- c. Capacidade em monitorizar componentes primários do *delirium* (consciência, desatenção, curso flutuante e desorganização do pensamento);
- d. Avaliação executada de forma rápida e fácil (idealmente a três a cinco minutos);
- e. Passível de ajustes regulares consoante evolução da evidência científica sobre resultados da sua aplicação.

No ponto seguinte ir-se-á desenvolver as bases destes instrumentos de avaliação, bem como o porque da escolha da *CAM-ICU flowsheet* neste estudo.

8.2. ICDSC, CAM-ICU e CAM-ICU flowsheet

A *ICDSC* é uma escala que foi elaborada e validada para a tipologia dos doentes de UCI, por Dubois, Bergeron, Dumont, Dial e Skrobik (2001), incapacitados ou não em comunicar verbalmente e para ser aplicada por médicos e enfermeiros desses serviços.

Consiste de uma observação de oito variáveis de uma checklist (nível de consciência, alteração da atenção, orientação, alucinações, agitação psicomotora, alteração da linguagem e comportamento, ciclo sono vigília e padrão flutuante dos sintomas). Cada variável recebe uma pontuação de 0 ou 1 ponto, sendo a pontuação máxima possível de 8 pontos e mínima de 0 pontos., considerando-se presença de *delirium* quando o doente apresente uma pontuação igual ou superior a 4. Esta escala permite também detetar o *delirium subsindromático*.

O CAM (*Confusion Assessment Method*) foi criado em 1990 pelo Dr. Sharon Inouye, apoiando-se nos critérios definidos pelo DSM-III, que não podia ser aplicado na íntegra a doentes críticos ventilados impedidos de comunicação verbal e/ou sedados. Em 2001, Ely e outros colaboradores modificaram o instrumento de avaliação para CAM-ICU de forma a ser utilizado em UCI, aplicada por enfermeiros e médicos sem competências na área da saúde mental e psiquiatria. É um método que exige ensino e treino contínuo e, segundo pesquisa efetuada por Faria e Moreno (2013), obedece aos critérios fundamentais para a avaliação.

Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos clínicos, num total de 13 estudos consultados e estudados, evidenciaram sensibilidade global do CAM-ICU *worksheet* e CAM-ICU *flowsheet* (fluxograma do CAM-ICU *worksheet*) de 80% e a especificidade era de 95,9%. A ICDS-C obteve uma sensibilidade global de 74% e especificidade de 81,9% (Gusmão-Flores, Salluh, Chalhub & Quarantini, 2012). O CAM-ICU *flowsheet* é o instrumento mais validado/adaptado a nível internacional, e desde 2019 encontra-se adaptada e validada para português europeu (Veiga, 2019).

Toda a informação acerca desta escala, como fundamentação, estruturação, manuais de aplicação e sucessivos avanços destes, duvidas de aplicação, esta disponível no site www.icudelirium.org.

A escolha da CAM-ICU *flowsheet* para a monitorização do *delirium* no doente adulto crítico foi assente no que já foi referido na revisão de alguns autores sobre a sensibilidade, especificidade, mas também porque CAM-ICU *flowsheet*, teve origem no CAM-ICU *worksheet*, com a finalidade de reduzir o tempo de aplicação dessa escala por inversão da ordem das características 3 (pensamento desorganizado) e 4 (alteração do nível de consciência). A modificação dessa ordem decorre de evidências de maior prevalência de alteração do nível de consciência em pacientes com *delirium* do que de pensamento

desorganizado. Avaliando-se a presença ou não do pensamento desorganizado numa minoria de doentes, mantém-se a boa sensibilidade e especificidade do instrumento. (Martins, Luz & Flores, 2013).

A aplicação do CAM-ICU *flowsheet* obedece a duas etapas. A primeira etapa é a monitorização da agitação/sedação, que avalia o nível de consciência. A segunda etapa é a monitorização da presença ou ausência de *delirium*. A primeira etapa processa-se através da *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* (Anexo III), adaptada e validada em português do Brasil desde 2008 e avalia o nível de consciência nos doentes adultos críticos com ou sem sedação/com ou sem ventilação mecânica invasiva (Ely et al., 2003; Nassar Jr., Pires Neto, Figueiredo & Park, 2008; Ely, 2014). Se RASS for superior a -4 (-3 até +4), continua-se para a segunda etapa, que é a avaliação do *delirium* através da aplicação do CAM-ICU *flowsheet* (Anexo III). A segunda etapa avalia as quatro características: (1) Início agudo ou curso flutuante; (2) Desatenção; (3) Alteração do nível de consciência; (4) Pensamento desorganizado. É necessário que as características (1) e (2) sejam positivas juntamente com a característica (3) ou com a (4), para estar presente *delirium*. Se não existirem dúvidas ou ausência do fenómeno, a avaliação pelo fluxograma é ainda mais rápida. Como exemplo, na característica (1) se não houver alteração aguda no estado mental de base do doente ou flutuação no estado mental nas últimas 24 horas não apresenta *delirium* terminando a avaliação, mantendo-se a especificidade e sensibilidade da escala (Ely, 2014).

Alguns autores de estudos de monitorização de *delirium*, concluíram, que ao contrario do preconizado pelos autores do instrumento de avaliação, só se conseguir passar à segunda etapa, avaliação de presença ou ausência de *delirium*, com RASS \geq -2 (SEMICYUC, 2010; Luetz et al., 2011; Veiga, 2014; Baron et al., 2015; Veiga, 2019)

Após a justificação da escolha da escala, torna-se pertinente descrever algumas das estratégias que se podem implementar para a prevenção e tratamento do *delirium*.

9. Prevenção e tratamento de *delirium*

Diversos estudos correlacionam o desenvolvimento da síndrome *delirium* com a exposição do doente crítico a inúmeros fatores de risco, bem como o impacto que esta provoca a nível socioeconómico para o doente, família e sistema de saúde. As medidas

preventivas e não-farmacológicas são a primeira linha para minimizar ou mesmo anular o impacto do fenómeno parece ser a estratégia mais ajustada (Hsieh et al., 2013).

9.1. Medidas preventivas para delirium no doente crítico em UCI

A prevenção tem um papel decisivo na redução da incidência deste evento, sendo a medida mais eficiente na abordagem do doente adulto crítico em UCI com maior risco de desenvolver *delirium* (van den Boogaard, 2012). A estratégia mais eficaz e amplamente recomendada é a prevenção primária por meio de uma abordagem não farmacológica abrangente, implementado protocolos padronizados, interdisciplinares e multifatoriais, sendo que estas medidas poderão não ser suficientes para obter um rigoroso controlo sintomático (Carrasco & Zalaquett, 2017; Prayce et al., 2018). De salientar a importância da intervenção de enfermagem na aplicação destas medidas preventivas/não farmacológicas, por ser o profissional de saúde que mais precocemente poderá detetar o fenómeno.

A identificação dos doentes com alto risco de desenvolver *delirium* pode facilitar a prevenção desta perturbação. Neste sentido, surgiram modelos preditivos, como o *Prediction of Delirium in ICU Patients (PRE-DELIRIC)* e *Early Prediction of Delirium in ICU Patients (E-PRE-DELIRIC)*. O *PRE-DELIRIC*, validado em 2012, foi o primeiro modelo de previsão do *delirium* criado para doentes em UCI. Prevê o desenvolvimento de *delirium* ao longo do internamento, mediante 10 preditores (idade, grupo diagnóstico, admissão urgente, administração de morfina, infeção, coma, sedação, ureia, acidose metabólica, pontuação APACHE-II - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II) avaliáveis 24 horas após a admissão do doente. Se o *PRE-DELIRIC* for $\geq 50\%$, está-se perante um doente com alto risco de desenvolver *delirium* (Boogaard et al., 2012). Em 2015, é validado o segundo modelo, o *E-PRE-DELIRIC*, constituído por nove preditores (idade, história de alterações cognitivas, história de abuso de álcool, grupo diagnóstico, admissão urgente, tensão arterial média, administração de corticosteroides, insuficiência respiratória, ureia) avaliados no momento da admissão. Um doente com um *E-PRE DELIRIC* $\geq 35\%$, tem alto risco de desenvolver *delirium* (Wassenaar et al., 2015). Com o objetivo de se perceber qual dos dois modelos faz uma previsão mais correta, surge o *decision study*. Os resultados deste estudo foram anunciados em 2017, onde o *PRE-DELIRIC* surge como o modelo mais fiável (Wassenaar et al., 2015).

Em 2010, surge o conceito de “libertação e animação”, em que os pilares dessa abordagem são o conforto e o controlo da dor, exposição do doente crítico ao menor tempo possível de sedação, estratégias proactivas de desmame ventilatório e início precoce da mobilização/levantar dos doentes. Com o intuito de melhorar o *outcome* destes doentes, surgiram um conjunto de intervenções agrupadas e implementadas de forma integrada, baseadas na evidência científica – *the ABCDE bundle* ou feixes de intervenção¹: *Awakening and Breathing coordination of daily sedation and ventilator removal trials; Choice of analgesic and if needed sedatives; Delirium monitoring and management; Early mobility and exercise* (Pandharipande et al., 2010).

Balas et al. (2012) apontam algumas medidas multidisciplinares para o sucesso desta *bundle* - passagem de turno diária multidisciplinar à cabeceira do doente, onde o enfermeiro informa a tipo de sedativo e analgésico, o nível de sedação alvo, nível de agitação/sedação atual e presença/ausência de *delirium*. Quando o *delirium* esta presente, devemos ter o acrónimo THINK, que é uma mnemónica sobre as potenciais causas deste evento.²

A Society of Critical Care Medicine (SCCM) reuniu um coletivo de investigadores, na grande maioria do American College of Critical Care Medicine e da American Society of Health-System Pharmacists, com intuito de definir práticas baseadas na evidência para a gestão da Dor/Agitação/*Delirium*, promovendo o melhor *outcome* dos doentes em UCI, com ou sem entubação/ventilação mecânica invasiva. Neste sentido, em 2013 surgiram *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit (PAD Guidelines)*.

Com o objetivo de se cumprir o que é recomendado nas PAD Guidelines, a organização *icudelirium.org* otimizou o *ABCDE bundle* para o *ABCDEF bundle* - *Assess for and manage pain, Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) & Spontaneous Breathing Trials (SBT), attention to the Choice of sedation and analgesia, Delirium monitoring and management, Early mobility, and Family engagement* (figura 3).

¹ Feixes de intervenção - terminologia adotada pela Direção-Geral da Saúde, conforme se pode verificar em <http://www.anci.pt/feixes-de-interven%C3%A7%C3%A3o-bundles-em-discuss%C3%A3o-dgs>

² <http://www.icudelirium.org/terminology.html>

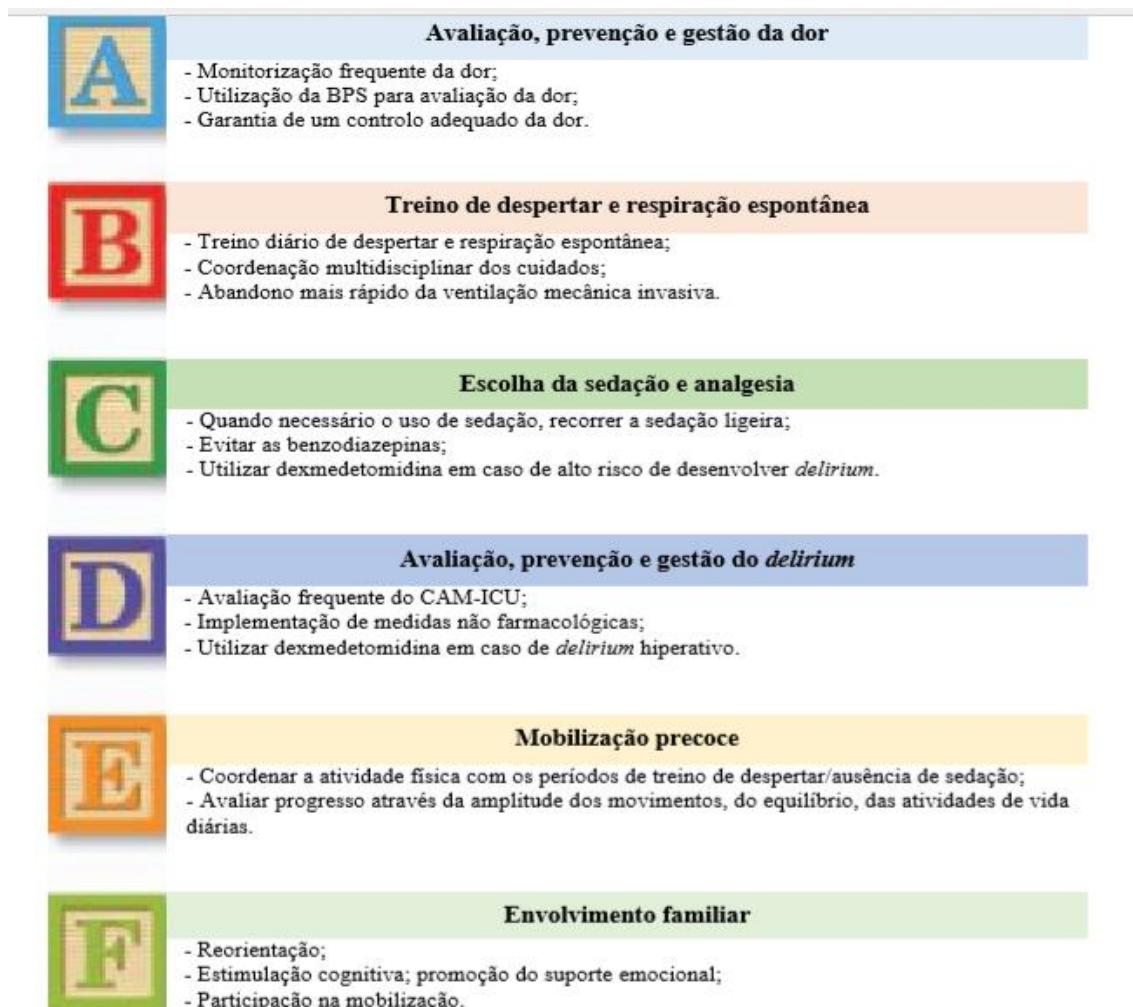


Figura 3: Apresentação figurativa e esquemática feixes de intervenção - *bundle* ABCDEF

Fonte: Hayhurst, Pandharipande & Hughes, 2016

A evidência sugere a adoção e implementação destas *bundles*, com grande impacto na redução do desenvolvimento do *delirium* na UCI, sendo que tais medidas objetivam otimizar a comunicação, melhorar os cuidados interdisciplinares e padronizar os processos de cuidados, quebrar o ciclo da sobre sedação e tempos de ventilação prolongada, reduzir a mortalidade e melhorar os *outcomes* funcionais e cognitivos da pessoa internada.³

Na sequência *PAD Guidelines* e da *ABCDEF bundle*, nos últimos 5 anos, surgiram outras novas estratégias/guidelines/protocolos, como as *Guideline for the management of*

³ <http://www.icudelirium.org/>

delirium, analgesia and sedation in intensive care medicine (DAS-Guideline 2015) e o *Early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Humane care (eCASH)*.

As DAS-Guidelines 2015, são feixes de intervenção elaborados por investigadores germânicos, onde a novidade é a necessidade de valorizar não só a gestão de dor/sedação/*delirium*, mas também a gestão do sono e ansiedade, através da aplicação de protocolos o mais precocemente possível, melhorando a recuperação e o *outcome* destes doentes a longo prazo, reduzindo a síndrome pós-intensivos e a mortalidade.

O *eCASH* elaborado por peritos da Europa (Alemanha, Áustria, Espanha, França, Holanda, Itália, Suíça Dinamarca), do Reino Unido, da Austrália e dos Estados Unidos da América. Assenta na promoção do conforto ao doente, através de uma boa gestão analgesia/sedação - usando primeiro a analgesia, evitando/minimizando o uso de opióides, se necessário sedação em doses mínimas, evitando/minimizando o uso de benzodiazepinas - sedação leve (com exceções a situações específicas que necessitem a sedação profunda do doente). Todas estas intervenções são efetuadas com o máximo de cuidados humanizados ajustadas a cada doente, envolvendo a família no processo de reabilitação da doença aguda crítica.

Como tem vindo a ser mencionando ao longo do enquadramento deste Relatório Final de Estágio, os enfermeiros são os profissionais que mais horas despendem no contato e acompanhamento direto ao doente crítico em UCI, desempenhando um papel de extrema importância na monitorização, mas também na prevenção e implementação de medidas não farmacológicas na presença de *delirium* (Pincelli, Waters & Hupsel, 2015).

Ao longo destes anos é evidente o impacto do *delirium* dos doentes em UCI, começando assim a surgir algumas abordagens não farmacológicas, importantes tanto na prevenção como no tratamento.

Em 2001, Meagher através de uma revisão clínica, publicou uma das primeiras abordagens no tratamento não farmacológico na presença de *delirium*, que se resumem em três grandes grupos de intervenção:

- Promoção de um ambiente seguro – manter distância entre camas e uma temperatura de serviço entre os 20 e 24 graus; respeito pelo descanso do doente, diminuindo a luz e ruídos durante a noite e outros estímulos que perturbem ao mínimo o ritmo circadiano do sono deste;

- Promoção da autonomia – envolver o doente em todo o processo de recuperação, possibilitando que este comunique todos os seus desconfortos. Garantir o acesso a próteses em casos de défices auditivos, visuais e/ou dentários. Evitar abordagens desnecessárias que perturbem o repouso/sono. Levantar/mobilizar logo que seja possível;
- Orientação e apoio – orientar o doente no tempo e no espaço (dia da semana, mês, ano, hora, local onde se encontra) e se possível ter relógios e calendários com o dia da semana visíveis; identificar pelo nome os elementos responsáveis pela prestação de cuidados nesse turno; facilitar o acesso a televisão/radio para ter algum contato com o mundo exterior, mas também objetos pessoais que sejam importantes para o seu bem-estar. Envolver, se possível, a família/cuidador em todo este processo.

No presente, as intervenções de enfermagem com vista à prevenção/tratamento não farmacológico do *delirium*, sofreram algumas alterações relativamente ao defendido por Meagher em 2001, e centram-se em cinco grandes feixes de intervenção (Pincelli et al., 2015; AACN Practice Alert, 2016; Smith & Grami, 2017).

1. Gestão de sedação em doentes com VMI – criar protocolos de desmame ventilatório, onde estejam presentes interrupções/titulações diárias de sedação, utilizando escalas validadas para sedação alvo, podendo desta forma realizar provas de ventilação espontânea diárias. O objetivo é diminuir a quantidade e os dias de sedação e conseqüente diminuição de VMI;
2. Gestão da dor – criar protocolos de analgesia, onde esteja presente a monitorização e registo diário por turno da presença/ausência de dor segundo escalas validadas, mas também das atitudes tomadas e eficácia destas;
3. Promoção do sono – monitorizar ruído e luz á noite; intervenções que respeitam o sono do doente, já mencionadas por Meagher, em 2001;
4. Estimulação sensorial – intervenções mencionadas por Meagher, em 2001;
5. Mobilização precoce – mobilização precoce no leito e levante para o cadeirão logo que a condição clínica o possibilite.

Para além destas intervenções, a AACN Practice Alert (2016) sugere também: prevenir a desidratação e malnutrição; evitar o uso de contenção física; gerir a necessidade da presença de dispositivos clínicos invasivos, pois causam a confusão/ansiedade no doente.

Enquadrar e motivar toda a multidisciplinar da UCI para a importância da monitorização do *delirium* é sem dúvida um desafio. Torna-se imperativo implementar escalas validadas para a sua monitorização, e a enfermagem especializada tem aqui um papel de ignição de forma a motivar e dinamizar toda a equipa desde a monitorização até ao sucesso do tratamento não farmacológico/farmacológico.

A evidência científica tem demonstrado algumas medidas válidas na prevenção desta síndrome, contudo, quando surge, terá de ser tratada o mais precocemente possível, através de medidas farmacológicas que serão de seguida mencionadas.

9.2. Medidas farmacológicas para delirium no doente crítico em UCI

Nos últimos anos existem inúmeros estudos, no sentido de investigar as medidas farmacológicas mais eficazes na resolução dos eventos de *delirium* no doente crítico adulto em UCI, e muitos deles com conclusões pouco sustentadas.

Alagiakrishnan & Wiens (2004), já alertavam para o facto de ser essencial rever a medicação para suspender os fármacos passíveis de induzir *delirium*, bem como possíveis interações farmacológicas.

A publicação das *NIHCE guidelines* para *delirium* em 2010 recomenda o uso de medicamentos antipsicóticos (típicos ou atípicos) como medida farmacológica, salvaguardando que o seu uso só deverá ser considerado se as medidas não farmacológicas forem ineficazes, administrado apenas a doentes com sintomatologia “hiperativa” e não recomendando a sua administração em doentes com Parkinson`s ou Demência dos corpos de Lewy, por estar associado ao aumento do risco de sintomas extrapiramidais e síndrome maligna dos neurolépticos (Young, Murthy, Westby, Akunne & O`Mahony, 2010).

Em 2011, a confirmar as *NIHCE guidelines*, surgem recomendações para tratar formas hiperativas de *delirium* com antipsicóticos de primeira geração ou típicos (haloperidol) em associação com antipsicóticos de segunda geração ou atípicos (olanzapina; quetiapina; risperidona), dando particular destaque á associação de haloperidol e quetiapina, por potencialmente resolver mais rapidamente os episódios de *delirium* e menor probabilidade de eventos adversos, dado a menor tempo de exposição a estes.

As *PAD Guidelines* (Barr et al., 2013), sugerem recomendações relativamente ao tratamento farmacológico, com base em níveis de evidencia moderada e com necessidade de comprovação de estudos randomizados multicêntricos, e concluem: o haloperidol não está associado a redução dos dias de *delirium* nos doentes adultos críticos; poderá existir correlação entre o uso de antipsicóticos atípicos e a diminuição de dias de presença de *delirium*; não se recomenda o uso de antipsicóticos em doentes com história de arritmias e/ou prolongamento do intervalo QT, sob outras medicações que possam potenciar o prolongamento dos intervalos QT; recomenda-se o uso de sedação em infusão contínua com dexmedetomidina em vez das benzodiazepinas, com *delirium* não relacionado a abstinência alcoólica ou de benzodiazepinas, para redução da duração desse episódio.

Nos diversos estudos existentes sobre medidas farmacológicas para *delirium* no doente crítico em UCI, verifica-se que o neuroléptico - haloperidol e agonista alfa-2 adrenérgico seletivo - dexmedetomidina, são os mais utilizados e recomendados no tratamento do *delirium* hiperativo, embora ainda sem dados sustentados sobre a influência da administração destes medicamentos e diminuição do tempo sob *delirium*/ internamento em UCI e hospitalar, impacto na mortalidade e comprometimento cognitivo até um ano após internamento hospitalar (Serafim et al., 2015; Baron et al., 2015; Devlin et al., 2018).

Trabalhos recentes têm identificado em doentes previamente medicados com fármacos da classe das Estatinas, a associação da administração deste medicamento e prevenção do fenómeno, diminuição do tempo sob *delirium* e diminuição do comprometimento cognitivo de seis meses a um ano após internamento hospitalar, por potencialmente reduzir a disfunção cerebral (Page et al, 2014).

No caso do *delirium* hipoativo, a evidência científica para o tratamento sintomático é escassa e revelou que pode até causar agravamento ou acelerar o comportamento disruptivo. Alguns trabalhos sugerem que o efeito dos antipsicóticos é idêntico e não dependente do subtipo de *delirium*, outros referem ainda que o uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato, poderá ser benéfico no *delirium* hipoativo, mas ainda sem dados conclusivos (Kang et al., 2013; Lawlor & Bush, 2015).

Após o enquadramento teórico, onde o foco foi toda envolvimento do *delirium*, é o momento de descrever toda a metodologia utilizada para o estudo de investigação em causa.

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. METODOLOGIA

O método científico é um processo de aquisição de conhecimentos definido pela utilização de métodos reconhecidos de colheita de dados, de classificação, análise e interpretação de dados (Fortin, 2009). O investigador só pode adquirir conhecimento ao envolver-se na investigação do problema, seguindo métodos científicos adequados (Dias, 2010).

No sentido de dar corpo e construto à resolução desta questão, o objetivo geral deste estudo centra-se em identificar fatores de risco modificáveis que estão associados ao desenvolvimento de *delirium* em doentes internados no SMI da ULSNE, e objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Identificar a prevalência de *delirium* nas oportunidades de observação, através da escala *CAM-ICU flowsheet*;
3. Identificar a prevalência dos subtipos de *delirium*;
4. Analisar a relação entre as variáveis independentes e o desenvolvimento de *delirium* nas oportunidades de observação de *delirium*;
5. Propor um fluxograma de prevenção de *delirium* no SMI.

1.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada, a exigência e a natureza às quais o estudo pode responder, bem como as implicações relacionadas com os diferentes tipos de investigação. (Dias, 2010).

O tipo de estudo será:

- Quantitativo – o que vou investigar pode ser quantificável, traduzido em números e informações que podem ser analisadas e classificadas (Kauark, Manhães, & Medeiros, 2010). Segundo Fortin et al (2006), a investigação quantitativa é positivista o que significa que os fatos e os princípios existem independentes dos contextos histórico e social. Neste tipo de investigação definem-se as variáveis de

forma operacional, recolhem-se ordenadamente dados e analisam-se com a ajuda de técnicas estatísticas;

- Observacional - uma vez que não há intervenção do investigador, e este desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem e quais os efeitos na população em estudo;
- Descritivo-correlacional – porque se exploraram as relações entre o *delirium* e aos fatores de risco modificáveis nas oportunidades de observação de *delirium* (Fortin et al., 2009);
- Transversal – porque pretendeu observar durante um determinado período de tempo o fenómeno em estudo (Fortin et al., 2009).

Após a estratificação do tipo de estudo, importa identificar a população da qual se retirou a amostra em estudo.

1.2. População e amostra

A população é definida por um conjunto de pessoas que possuam determinadas características. A amostra é um subgrupo selecionado para se estabelecer as características relativas à população (Canastra, 2015).

A população em estudo incluiu todos os doentes internados no SMI da ULSNE, num total de 70 doentes.

Fortin et al. (2009), definem amostra como fração de uma determinada população sobre a qual se incide o estudo. A amostra apresenta-se como probabilística. Neste tipo de amostragem há probabilidade igual de qualquer elemento da população ser escolhido para construir a amostra (Fortin,2009). A seleção da amostra teve como critérios de exclusão, RASS <-3 ao longo de todo o internamento, doentes com tempo de internamento inferior a 24 horas, com oligofrenia, em limitação de esforço terapêutico (LET) ou morte cerebral. Após aplicação dos critérios de exclusão aos 70 doentes adultos críticos do SMI, a amostra em estudo ficou constituída por 57 doentes que satisfaziam esses critérios (retirados 5 com RASS <- 3 doentes com tempo de internamento inferior a 24 horas, 3 em LET e 2 doentes com oligofrenia, e 1 doente em morte cerebral).

Através da aplicação do instrumento de recolha de dados elaborado para este estudo (Anexo III), conseguiu-se obter 190 oportunidades de observação de *delirium*.

Com a identificação da população e amostra em estudo, é momento de justificar o tipo de instrumento e procedimentos de recolha de dados que se construiu para este estudo.

1.3. Instrumento de recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados (IRD) são decisivos, dado que, a maior parte da validade científica dos resultados, resulta da maneira como estes estão organizados e serão aplicados (Canastra, 2015).

A elaboração do IRD (anexo III), foi feita com base na revisão da literatura de alguns artigos originais efetuados na área da investigação do *delirium* nos doentes críticos e está dividido em duas partes. Na primeira parte pretende-se caracterizar os dados sociodemográficos dos doentes, que engloba as variáveis idade e sexo e recolher dados clínicos que engloba a categoria diagnóstica e fatores de risco prévios, na segunda parte pretende-se monitorizar a presença de *delirium* através da aplicação da escala CAM-ICU *flowsheet* (anexo II) e em seguida selecionar os fatores de risco modificáveis presentes nas oportunidades de observação de *delirium*.

O CAM (*Confusion Assessment Method*) foi criado em 1990 pelo Dr. Sharon Inouye, apoiando-se nos critérios definidos pelo DSM-III, que não podia ser aplicado na íntegra a doentes críticos ventilados impedidos de comunicação verbal e/ou sedados. Em 2001, Ely e outros colaboradores modificaram o instrumento de avaliação para CAM-ICU *worksheet* de forma a ser utilizado em UCI, aplicada por enfermeiros e médicos sem competências na área da saúde mental e psiquiatria.

Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos clínicos, num total de 13 estudos consultados e estudados, evidenciaram sensibilidade global do CAM-ICU *worksheet* e CAM-ICU *flowsheet* (fluxograma do CAM-ICU *worksheet*) de 80% e a especificidade era de 95,9%. O CAM-ICU *flowsheet* é o instrumento mais validado/adaptado a nível internacional, e desde 2019 encontra-se adaptada e validada para português europeu (Veiga, 2019).

A aplicação do CAM-ICU *flowsheet* obedece a duas etapas. A primeira etapa é a monitorização da agitação/sedação, que avalia o nível de consciência. A segunda etapa é a monitorização da presença ou ausência de *delirium*. A primeira etapa processa-se através da *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* (Anexo II), adaptada e validada

em português do Brasil desde 2008 e avalia o nível de consciência nos doentes adultos críticos com ou sem sedação/com ou sem ventilação mecânica invasiva (Ely et al., 2003; Nassar Jr., Pires Neto, Figueiredo & Park, 2008; Ely, 2014). Se *RASS* for superior a -4 (-3 até +4), continua-se para a segunda etapa, que é a avaliação do *delirium* através da aplicação do CAM-ICU *flowsheet*. A segunda etapa avalia as quatro características: (1) Início agudo ou curso flutuante; (2) Desatenção; (3) Alteração do nível de consciência; (4) Pensamento desorganizado. É necessário que as características (1) e (2) sejam positivas juntamente com a característica (3) ou com a (4), para estar presente *delirium*. Se não existirem dúvidas ou ausência do fenómeno, a avaliação pelo fluxograma é ainda mais rápida. Como exemplo, na característica (1) se não houver alteração aguda no estado mental de base do doente ou flutuação no estado mental nas últimas 24 horas não apresenta *delirium* terminando a avaliação, mantendo-se a especificidade e sensibilidade da escala (Ely, 2014).

Relativamente aos fatores de risco modificáveis, existem inúmeros como descrito na fundamentação, mas foi necessário fazer uma seleção destes com base na revisão da literatura e experiência profissional na área do *delirium* no doente crítico. De referir, que foram também aplicadas escalas de monitorização de dor (anexo II), um dos fatores modificáveis do IRD.

1.4. Procedimentos de recolha de dados

Sendo o investigador, um profissional de Enfermagem do SMI, todas as oportunidades de observação de *delirium* foram realizadas pelo próprio e foram aplicadas todos os dias da semana, em turnos da manhã (das 08.00 às 16.00 horas), tarde (das 16.00 às 00.00 horas) e da noite (das 00.00 às 08.00 horas), para rastrear a natureza flutuante do estado de consciência dos doentes críticos com *delirium*. Em 190 oportunidades de observação de *delirium*, fizeram-se 65 observações nos turnos da manhã, 64 observações nos turnos da tarde e 61 observações nos turnos da noite.

Numa primeira fase da recolha de dados, pretende-se recolher os dados sociodemográficos e clínicos dos doentes, na busca de uma resposta para o primeiro objetivo específico, ou seja, caraterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e clínicas. De seguida pretende-se monitorizar a presença de *delirium* através da aplicação da escala CAM-ICU *flowsheet*, na busca de uma resposta para o

segundo e terceiro objetivo específico, ou seja, identificar a prevalência de *delirium* nas oportunidades de observação explorar o subtipo de *delirium* com maior representatividade, nas oportunidades de observação de *delirium*. Para finalizar após a aplicação da escala CAM-ICU *flowsheet* nas oportunidades de observação de *delirium*, selecionamos os fatores de risco modificáveis, nas observações com presença e ausência de *delirium*, na busca de uma resposta para o quarto objetivo, ou seja, analisar a relação entre as variáveis independentes e o desenvolvimento de *delirium* nas oportunidades de observação de *delirium*.

A recolha de dados foi feita no período de 15 de dezembro de 2019 a 31 de fevereiro de 2020.

Após justificar a escolha do tipo de instrumento de recolha de dados e procedimentos, o próximo subcapítulo assenta na definição das variáveis em estudo.

1.5. Variáveis do estudo

As variáveis constituem as unidades base da investigação, pelo que, com o intuito de facilitar a caracterização e descrição do fenómeno em estudo, procurou-se identificar as variáveis consideradas mais pertinentes e fundamentais em todo o processo. Para Fortin et al. (2009), as variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores, podendo ser independentes, dependentes, de investigação, de atributo e estranhas.

Atendendo ao tipo de estudo efetuado, segundo estes autores, as variáveis em estudo são dependentes, independentes. As variáveis independentes consistem em elementos introduzidos e passíveis de manipulação numa situação de investigação, sendo consideradas como as causas do efeito produzido na variável dependente, já a variável dependente é definida como a característica que surge ou muda quando se aplica, suprime ou modifica a variável independente (Polit & Beck, 2011).

No presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

- Variável dependente - *Delirium* nas oportunidades de observações de *delirium*.
- Variáveis independentes - dias de internamento no serviço, visita de familiares, dispositivos clínicos invasivos, sonda nasogástrica, alimentação, défices auditivo

e visual, restrição/contenção física, imobilidade, sedação nas últimas 24 horas, tipo de sedação, dor e hipoxemia.

Operacionalizar as variáveis significa defini-las e enunciar as atividades necessárias para serem mensuráveis, por outro lado, categorização das variáveis é a atribuição de categorias à variável em causa (Fortin et al., 2009). De forma a conseguir uma interpretação correta da recolha de dados, bem como da sua análise, procedeu-se à categorização das variáveis, bem como à sua operacionalização.

- Variável dependente

Delirium nas oportunidades de observações de *delirium*

De acordo com o resultado da aplicação da CAM-ICU *flowsheet*, foram utilizados os seguintes grupos:

1. Presença de *delirium* nas oportunidades de observações de *delirium* (observações delirantes);
2. Ausência de *delirium* nas oportunidades de observações de *delirium* (observações não delirantes).

Em anexo encontra-se a operacionalização e categorização das variáveis independentes supramencionadas (anexo I).

Após a definição das variáveis em estudo, o foco do próximo subcapítulo são as considerações éticas.

1.6. Considerações éticas

Segundo Ribeiro (2010), os aspetos éticos são decisivos numa investigação, afirmando que qualquer investigação pode ficar em risco sem um código que aponte limites e oriente os passos de uma investigação.

A Declaração de Helsínquia surge em 1964, difundida por códigos de ética e regulamentos de investigação em seres humanos, em que se destacam os princípios do Código de Nuremberga em 1949 (Fortin et al., 2009; Albuquerque, 2013). A World Medical Association (WMA) elaborou a Declaração de Helsínquia com base em princípios éticos para a investigação clínica em seres humanos, incluindo investigação dos dados e material humanos identificáveis.

Tendo por base os princípios da Declaração de Helsínquia, foi elaborado um pedido de autorização para execução do estudo á Comissão de Ética da ULSNE, com parecer favorável do diretor do SMI, anexando-se a declaração de responsabilidade do orientador científico do estudo. Após o parecer positivo da comissão de ética da referida instituição, o Conselho de Administração deu autorização para a execução (Anexo V).

A esta dissertação aplica-se o princípio da autonomia ou princípio da liberdade, pois estabelece a autonomia das pessoas, admitindo que as suas escolhas e decisões são verdadeiramente autónomas e livres. Insere-se neste campo o Consentimento Informado (anexo IV) – que, em suma, é “uma autorização autónoma (livre) dada para uma intervenção médica ou/e pesquisa e condições legais por ela implicadas”. Nestes casos, onde os doentes não são autónomos (inconscientes), o consentimento informado será solicitado ao seu representante legal.

Após ser aprovado o consentimento informado, surgem novas etapas, (Queirós, 2001).

- Liberdade para consentir – Deve ser livre, voluntário e consciente, e isento de coação física, psíquica e/ou moral;
- Informação Esclarecedora – As informações devem constar de forma esclarecedora e adequada para uma tomada de decisão autónoma e isenta de dúvidas;
- Privacidade e Confidencialidade – É a base para a confiança entre o investigado e o investigador. É obrigação do investigador garantir a privacidade.

Em seguida descreve-se os procedimentos de análise de dados.

1.7. Procedimentos de análises de dados

No tratamento estatístico deste estudo de investigação empírico, foram necessárias análises descritivas e inferenciais sobre os resultados obtidos. Para tal, recorreu-se ao programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 23.0 para o Windows.

Segundo Fortin et al (2009), com a estatística descritiva pretende-se descrever as características dos doentes da amostra e dar resposta às questões de investigação. Com a

análise inferencial pretende-se averiguar os resultados provenientes de uma amostra, que poderão prever comportamentos ou características da população geral onde está inserida.

Para a análise descritiva, utilizaram-se frequências absolutas e relativas, médias, desvio padrão (dp), mínimos e máximos, sempre que considerado útil para melhor caracterizar a amostra em estudo.

Na análise inferencial no cruzamento para teste estatístico entre a variável presença de *delirium* com as variáveis dos fatores de risco modificáveis, utilizou-se o teste de Qui-quadrado (χ^2), já que esta em causa o cruzamento de duas variáveis nominais. Se os pressupostos do teste de Qui-quadrado não forem garantidos, utiliza-se o Teste Exato de Fisher. O valor-p do teste exato de Fisher é preciso para todos os tamanhos amostrais, mesmo se, e eventualmente, os resultados provenientes do teste qui-quadrado que examina as mesmas hipóteses possam ser imprecisos quando o número de células é pequeno (Pestana & Gageiro, 2014)

Em toda a análise inferencial dos dados, considerou-se com nível de significância a probabilidade (p) < 0,05 ou intervalo de confiança (IC) de 95%.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo Pestana e Gageiro (2014), é o instrumento necessário para recolher, organizar, apresentar, analisar e interpretar dados. O pressuposto deste capítulo é a apresentação e análise dos dados que foram recolhidos através do instrumento de recolha de dados elaborado para este estudo, com o intuito de responder às questões de investigação efetuadas.

No sentido facilitar a sua leitura e compreensão, a apresentação dos dados é descritiva, com a utilização de tabelas. A fonte das tabelas foi omissa dado serem da autoria do próprio investigador.

2.1. Caracterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e clínicas

Na tabela 3 apresentam-se os resultados no que diz respeito à caracterização sociodemográfica dos doentes da amostra do estudo. Foi efetuada quanto ao sexo e grupo etário. A maioria dos doentes é do sexo masculino (68,4%) e enquadra-se no grupo etário do superior a 65 anos (61,4%). A média da idade é de $69,19 \pm 14,431$ anos, mínimo de 34 e máximo de 89 anos (dados que não constam da tabela).

Tabela 3: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização sociodemográfica dos doentes da amostra (n=57)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	18	31,6
Masculino	39	68,4
Grupo etário		
18-65 anos	22	38,6
Superior a 65 anos	35	61,4

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa

Na tabela 4 apresentam-se os resultados no que diz respeito à caracterização clínica dos doentes da amostra do estudo. Foi efetuada quanto a categoria diagnóstica e fatores de risco prévios.

A categoria diagnóstica mais representativa é a médica (82,5%) e o fator de risco prévio é a hipertensão arterial (43,9%).

Tabela 4: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização clínica dos doentes da amostra (n=57)

Variáveis	n	%
Categoria diagnóstica		
Médica	47	82,5
Cirurgia urgente	5	8,8
Cirurgia programada	0	-
Trauma	5	8,8
Fatores de risco prévios		
Alcoolismo	7	12,3
Tabagismo	5	8,8
Hipertensão arterial (HTA)	25	43,9
Diabetes Mellitus	10	17,5
Dislipidemia	16	28,1
Doença pulmonar	10	17,5
Insuficiência venosa	1	1,8
Insuficiência renal	2	3,5
Doença cerebrovascular	4	7
Doença cardíaca	13	22,8
Doença hepática	1	1,8
Demência	2	3,5
Depressão	6	10,5

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa

2.2. Identificar a prevalência de *delirium* nas oportunidades de observação de *delirium*, através da escala *CAM-ICU flowsheet*

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados no que diz respeito á prevalência de *delirium* nas oportunidades de observação de *delirium* em que foi possível aplicar o método do *CAM-ICU flowsheet*. No universo de 190 observações, em 74 observações (38,9%) estava presente *delirium* (observações delirantes), e em 116 observações (61,6%) estava ausente *delirium* (observações não delirantes).

Tabela 5: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da avaliação da presença de *delirium* através da escala CAM-ICU *flowsheet*, nas oportunidades de observação (n=190)

Variáveis	n	%
Presença de delirium		
Sim	74	38,9
Não	116	61,6

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa

2.3. Identificar a prevalência dos subtipos de *delirium*

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados no que diz respeito á prevalência dos subtipos de *delirium*. Das 74 observações em que esteve presente *delirium*, o subtipo mais representativo com 47 observações (63,5%) é o hipoativo e 27 observações (36,5%) o hiperativo.

Tabela 6: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos do subtipo de *delirium* com maior representatividade (n=74)

Variáveis	n	%
Subtipos de delirium		
Hiperativo	27	36,5
Hipoativo	47	63,5

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa

2.4. Analisar a relação entre as variáveis e o desenvolvimento de *delirium* nas oportunidades de observação de *delirium*

Na tabela 7, apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável dias de internamento. Verificou se do primeiro dia até ao 12º dia um maior numero de observações não delirantes, com destaque para as 41 observações (65,1%) entre o 1º e o 3º dia. Todavia, para além dos 12 dias de internamento, foram observados um maior numero de observações delirantes, 19 (52,8%) e 17 não delirantes (47,2%), não existindo significância estatística (p=0,059).

Tabela 7: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial da relação entre a presença de *delirium* e o número de dias de internamento (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Nº dias de internamento							
1 a 3 dias (63)	22	34,9	41	65,1	0,643		0,423
4 a 6 dias (51)	18	35,3	33	64,7	0,391		0,532
7 a 9 dias (24)	8	33,3	16	66,7	0,364	1	0,546
10 a 12 dias (16)	7	43,8	9	56,3	0,169		0,681
> 12 dias (36)	19	52,8	17	47,2	3,573		0,059

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância

Na tabela 8 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável frequência de visita de familiares. Verificou-se um maior número de observações não delirantes, com destaque para as 41 observações (68,3%) na visita diária dos familiares. De destacar um mínimo de 11 observações delirantes quando não houve visitas. Os resultados obtidos permitem verificar que não existe significância estatística.

Tabela 8: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos de análise inferencial entre a presença de *delirium* e a visita de familiares (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Frequência de visita de familiares							
Todos os dias (60)	19	31,7	41	68,3	1,955		0,162
2 em 2 dias (71)	32	45,1	39	54,9	1,787		0,181
1x semana (33)	12	36,4	21	63,6	0,112	1	0,738
Sem visitas (26)	11	42,3	15	57,7	0,143		0,705

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância

Na tabela 9 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável dispositivos clínicos invasivos. Verificam-se 63 observações delirantes na presença de dispositivos clínicos invasivos (40,6%) face às 11 observações delirantes na sua ausência (31,4%), não existindo significância estatística (p=0,313). Em relação ao cateter venoso central, verificam-se 46 observações delirantes na sua presença (48,4%) face às 28 observações delirantes na sua ausência (29,5%), existindo significância

estatística ($p=0,007$). Os resultados obtidos em relação ao cateter arterial e vesical permitem verificar que não existe significância estatística ($p=0,448$; $p=0,097$).

Tabela 9: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e os dispositivos clínicos invasivos (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Dispositivos invasivos							
Sim (155)	63	40,6	92	59,4	1,020	1	0,313
Não (35)	11	31,4	24	68,6			
Cateter venoso central							
Sim (95)	46	48,4	49	51,6	7,171	1	0,007
Não (95)	28	29,5	67	70,5			
Cateter arterial							
Sim (130)	53	40,8	77	59,2	0,575	1	0,448
Não (60)	21	35	39	65			
Cateter vesical							
Sim (136)	58	42,6	78	57,4	2,755	1	0,097
Não (54)	16	29,6	38	70,4			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 - Qui-quadrado; gl - graus de liberdade; p - probabilidade de significância

Na tabela 10 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável sonda nasogástrica. Verificam-se 47 observações delirantes (64,4%) em 73 observações na presença da sonda nasogástrica face às 27 observações delirantes (23,1%) em 117 observações na sua ausência, existindo significância estatística entre a presença de sonda nasogástrica e o a presença de *delirium* ($p=0,000$).

Tabela 10: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e a sonda nasogástrica (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Sonda nasogástrica							
Sim (73)	47	64,4	26	35,6	32,256	1	0,000
Não (117)	27	23,1	90	76,9			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 - Qui-quadrado; gl - graus de liberdade; p - probabilidade de significância

Na tabela 11 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável alimentação. Verificam-se 24 observações delirantes (21,2%) em 113 observações na presença de dieta oral face às 50 observações delirantes (64,9%) em 77

observações na sua ausência, existindo significância estatística ($p=0,000$). No que diz respeito á nutrição entérica, verificam-se 43 observações delirantes em 63 observações na sua presença (68,3%) face ás 31 observações delirantes em 127 observações na sua ausência (24,4%), existindo significância estatística ($p=0,000$). No que diz respeito ao jejum verifica-se que não existe significância estatística ($p=0,284$).

Tabela 11: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e o tipo de alimentação (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Oral							
Sim (113)	24	21,2	89	78,8	36,772	1	0,000
Não (77)	50	64,9	27	35,1			
Entérica							
Sim (63)	43	68,3	20	31,7	34,044	1	0,000
Não (127)	31	24,4	96	75,6			
Jejum							
Sim (20)	10	50	10	50	1,148	1	0,284
Não (170)	64	37,6	106	62,4			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p– probabilidade de significância

Na tabela 12 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável déficit auditivo. Verificam-se 13 observações delirantes (56,5%) em 23 observações na presença de déficit auditivo face ás 61 observações delirantes (36,1%) em 167 observações na sua ausência, não existindo significância estatística ($p=0,060$).

Tabela 12: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e o déficit auditivo (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Déficit auditivo							
Sim (23)	13	56,5	10	45,5	3,538	1	0,060
Não (167)	61	36,1	106	63,9			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p– probabilidade de significância

Na tabela 13 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável déficit visual. Verificam-se 2 observações delirantes (33,3%) em 6 observações na presença de déficit visual face às 72 observações delirantes (39,1%) em 184 observações na sua ausência. Dado que a frequência esperada em uma das células é inferior a 5, foi aplicado o Teste exato de Fisher, demonstrando que não existe significância estatística ($p=0,061$).

Tabela 13: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e o déficit visual (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Déficit visual							
Sim (6)	2	33,3	4	66,7	-	1	0,061*
Não (184)	72	39,1	112	60,9			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; gl – graus de liberdade; p–probabilidade de significância

* Utilizado o Teste exato de Fisher.

Na tabela 14 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável restrição física. Verificam-se 45 observações delirantes (80,4%) em 56 observações na presença de restrição física face às 29 observações delirantes (21,6%) em 134 observações na sua ausência, existe significância estatística ($p=0,000$).

Tabela 14: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e a restrição/contenção física (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Restrição física							
Sim (56)	45	80,4	11	19,6	57,261	1	0,000
Não (134)	29	21,6	105	78,4			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p–probabilidade de significância

Na tabela 15 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável imobilidade. Verificam-se 3 observações delirantes (7,5%) em 40 observações na presença de mobilização precoce face às 71 observações delirantes (47,3%) em 150 observações na sua ausência, demonstrando existir significância estatística ($p=0,000$).

Tabela 15: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e a Imobilidade (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Imobilidade							
Sim (150)	71	47,3	79	52,7	21,072	1	0,000
Não (40)	3	7,5	37	92,5			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância

Na tabela 16 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável sedação. Verificam-se 29 observações delirantes (69%) em 42 observações na presença de sedação face às 45 observações delirantes em 148 observações na ausência de sedação, demonstrando existir significância estatística. Nos vários sedativos analisados, no que diz respeito ao propofol, verificam-se 24 observações delirantes (70,6%) em 34 observações na sua presença face às 50 observações delirantes (32,1%) em 156 observações na sua ausência. Relativamente ao midazolam e dexmedetomidina, após a aplicação do Teste exato de Fisher, não demonstrou existir significância estatística (p=0,329; 0,136).

Tabela 16: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e a sedação (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Sedação							
Sim (42)	29	69	13	31	20,545	1	0,000
Não (148)	45	30,4	103	69,6			
Propofol							
Sim (34)	24	70,6	10	29,4	17,435	1	0,000
Não (156)	50	32,1	106	67,9			
Midazolam							
Sim (5)	3	60	2	40	-	1	0,329*
Não (185)	71	38,4	114	61,6			
Dexmedetomidina							
Sim (4)	3	75	1	25	-	1	0,136*
Não (186)	71	38,2	115	61,8			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância

* Utilizado o Teste exato de Fisher.

Na tabela 17 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável dor. Verificam-se 8 observações delirantes (40%) em 20 observações na presença de dor face às 66 observações delirantes (38,8%) em 170 observações na ausência de dor, não existindo significância estatística ($p=0,919$).

Tabela 17: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e a dor (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Dor							
Sim (20)	8	40	12	60	0,010	1	0,919
Não (170)	66	38,8	104	61,2			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância

Na tabela 18 apresentam-se os resultados no que diz respeito às observações relativas à variável hipoxemia. Verificam-se 11 observações delirantes (52,4%) em 21 observações na presença de hipoxemia face às 63 observações delirantes (37,3%) em 169 observações na ausência de hipoxemia. Os resultados obtidos permitem verificar que não existe significância estatística.

Tabela 18: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da análise inferencial entre a presença de *delirium* e a hipoxemia (n=190)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>				Valor do teste χ^2	gl	p
	Sim (74)		Não (116)				
	n	%	n	%			
Hipoxemia							
Sim (21)	11	52,4	10	47,6	1,792	1	0,181
Não (169)	63	37,3	106	62,7			

Legenda: n - Frequência absoluta, % - Frequência relativa; χ^2 – Qui-quadrado; gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância

3. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados obtidos com o presente estudo de investigação, será assente na comparação com a evidência científica internacional relacionada, e será feita de acordo com os objetivos de investigação definidos.

Objetivo 1 - Caracterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e clínicas

A maioria dos doentes é do sexo masculino (68,4%) e enquadra-se no grupo etário do superior a 65 anos (61,4%). A média da idade é de 69,19±14,431 anos, mínimo de 34 e máximo de 89 anos. A categoria diagnóstica mais representativa é a médica (82,5%) e o fator de risco prévio é a hipertensão arterial (43,9%).

Estes achados vêm corroborar os obtidos pelos estudos consultados, embora com populações/amostras diferentes. Contudo, nesses estudos verificou-se que os doentes críticos tendencialmente são do sexo masculino, apresentam médias de idades \geq a 65 anos, que é um fator de risco predisponente para desenvolver *delirium*, a categoria diagnóstica na grande maioria é médica e o fator de risco prévio com maior destaque é a HTA (ICUdelirium.org; Flôres, 2013; Salluh et al., 2015; Veiga. C, 2014,2019; Pires. L, 2018; Devlin et al., 2018).

Objetivo 2 - Identificar a prevalência de *delirium* nas oportunidades de observação de *delirium*, através da escala *CAM-ICU flowsheet*

No universo de 190 observações, em 74 observações (38,9%) estava presente *delirium* (observações delirantes), e em 116 observações (61,6%) estava ausente *delirium* (observações não delirantes).

A taxa de prevalência de *delirium* nos doentes internados em UCI varia entre os 16% (Bergeron, Dubois, Dumont, Dial & Skrobik, 2001) e os 89% (Ely et al., 2007). Barr et al., (2013), Porter & McClure (2013) e Faria & Moreno (2013), documentam uma taxa de prevalência superior a 60% com uma taxa de incidência que pode atingir os 87%. Haller (2015), num artigo de revisão apresentado, afirma que a prevalência numa UCI varia entre 60 e 82%, nos doentes submetidos a ventilação mecânica, e entre 40 e 60% nos doentes em ventilação espontânea. Os resultados destes estudos afastam-se

ligeiramente dos resultados obtidos. Nos últimos 5 anos surgem alguns estudos da população portuguesa, com taxas de prevalência mais próximas das obtidas por este estudo. Pereira et al. (2016), obtiveram uma taxa de 35%, Veiga. C (2014,2019) de 29,4% e 57,1% e Pires. L de 28,1 %.

Objetivo 3 - Identificar a prevalência dos subtipos de *delirium*

De forma a identificar a prevalência dos subtipos de delirium e sinalizar a tendência maioritária do subtipo com maior representatividade no SMI no período em estudo, verificou-se o RASS presente nas observações em que o *delirium* estava presente.

Das 74 observações em que esteve presente *delirium*, o subtipo mais representativo com 47 observações (63,5%) é o hipoativo e 27 observações (36,5%) o hiperativo.

A prevalência de *delirium* do subtipo hipoativo é maior do que o do subtipo hiperativo, associando-se a *outcomes* negativos como o prolongamento do tempo sob ventilação mecânica invasiva (VMI) com aumento do período de internamento em UCI, e uma maior mortalidade quando comparado com o subtipo hiperativo, embora este último seja o mais precocemente reconhecido. (Sharma, Malhotra, Grover & Jindal, 2012). Hickin et al. (2017), salientam que o subtipo de *delirium* mais comum é o misto (54,9%), seguido do hipoativo (43,5%) e apresentam como o subtipo menos frequente o hiperativo (1,6%). Ainda segundo estes autores, o hipoativo é o que apresenta um pior prognóstico. Bui, Pham, Shirkey & Swan (2017), constataram que o hiperativo tem expressão de 1% a 23%, o hipoativo em 19% a 68% e o misto em 14% a 55% dos casos. Estes achados vêm corroborar os obtidos pelos estudos consultados. Pires. L, 2018 refere, em estudo realizado na mesmo serviço, que o *delirium* hiperativo (64%) é mais prevalente que o hipoativo (36%), fato não corroborado por este estudo.

Objetivo 4 - Analisar a relação entre as variáveis e o desenvolvimento de *delirium* nas oportunidades de observação

Foi efetuada uma análise inferencial para analisar a relação das variáveis (fatores de risco modificáveis) e o desenvolvimento de *delirium*.

Relativamente ao número de dias de internamento, verificou-se um maior número de observações delirantes e não delirantes nos primeiros 3 dias, decrescendo o número até

ao 12º dia. Todavia, para além dos 12 dias de internamento, foram observados um aumento número de observações delirantes e não delirantes, não existindo em nenhum momento, significância estatística entre os dias de internamento e a presença de *delirium*, achado corroborado por Pires. L (2018), onde os episódios de *delirium* estão mais presentes nos primeiros 10 dias (n=36;72%) e vão diminuindo ao longo dos dias, sem significância estatística.

Na busca da melhor forma de assistir os pacientes críticos em *delirium*, a participação dos familiares parece ter um papel relevante no desenvolvimento do cuidado. Relativamente à visita de familiares, em nenhuma das quatro periodicidades definidas se verificou relação com a presença de *delirium* significância estatística, achado corroborado por Pires. L (2018). Vários estudos internacionais e nacionais, não vão de encontro aos resultados obtidos. Rosenbloom-Brutton, Henneman & Inouye (2010), Ocádiz-Carrasco et al. (2013), Henão-Castano & Amaya-Rey (2014), Pincelli, Waters & Hupsel (2015) e Pereira et al. (2016) defendem que a família pode e deve ser inserida no ambiente de terapia intensiva, de forma gradual e devidamente orientada pela equipe multiprofissional, de forma a diminuir a incidência e prevalência desta disfunção. Souza et al. (2018), expressam estar conscientes de que a participação da família traz alguns desafios à equipe multiprofissional, - mas reiteram claramente – que devem ser superados, a fim de beneficiar os pacientes. Dessa forma, os protocolos assistenciais devem ser estruturados considerando a presença dos familiares no desenvolvimento dos cuidados a fim de prevenir e tratar o *delirium*.

No que à gestão dos dispositivos invasivos diz respeito, vários autores apontam para o facto de existir relação entre a utilização de dispositivos invasivos e o desenvolvimento de *delirium* nos doentes internados. Nos resultados obtidos, pudemos verificar que na análise de vários dispositivos invasivos (cateter venoso central, arterial e vesical), o único onde se verificou relação de significância estatística com o desenvolvimento de *delirium* foi o cateter venoso central. Vários estudos corroboram este resultado obtido, mas não vão de encontro aos achados relativos ao cateter arterial e vesical. Pereira et al. (2016), apontam para o facto de existir relação entre a utilização de dispositivos invasivos e o desenvolvimento de *delirium* nos doentes internados. Assim, os mesmos autores, defendem que a utilização de dispositivos invasivos - cateter central e ou cateter arterial - deve ser minimizada, ou pelo menos, o tempo de permanência deve ser o mais indispensável possível, visto que o uso dos mesmos, aumenta o desenvolvimento de

delirium na pessoa. A utilização de algalias é também considerada um fator de risco (Ocadiz-Carrasco et al., 2013, e De Castro et al., 2014).

No que diz respeito a sonda nasogástrica, verificamos significância estatística entre a sua presença e o desenvolvimento de *delirium*, achado corroborado por Pereira et al., 2016 recomenda o evitar ao máximo a alimentação por sonda nasogástrica, invasiva para o trato esofágico e gástrico, além de magoadora e, portanto, estimuladora de sentimento de perturbação e irritabilidade persistente. Em relação ao tipo de alimentação, podemos verificar que existe relação de significância estatística entre a alimentação oral/entérica e o desenvolvimento de *delirium*, onde a alimentação oral esta associado á ausência de *delirium* e alimentação entérica a presença. A desidratação e má nutrição também são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*. As recomendações assentam na manutenção de um estado corpóreo o mais próximo possível ao fisiológico: manter aportes nutricionais à pessoa, vigiar a ingestão da alimentação, - tanto quanto possível oral e adaptada à pessoa -, mantendo uma boa higiene e hidratação da mucosa oral, promover assistência para alimentar, colocar as próteses dentárias se for o caso, manter horário das refeições, fornecer suplementos nutricionais, em suma promover uma hidratação e nutrição adequadas à pessoa (Nihce, 2015, Rosen et al., 2015, Carrasco & Zalaquett, 2017, Prayce et al., 2018).

Relativamente aos défices sensoriais (défice visual e/ou auditivo) não se verificou significância estatística com o desenvolvimento de *delirium*. Os resultados obtidos não vão de encontro com diversos estudos científicos. Segundo De Castro et al. (2014) e de Raats et al. (2015), a diminuição da acuidade visual esteve presente na maioria dos doentes com *delírium*. A diminuição da acuidade auditiva verificou-se em grande parte dos doentes com *delírium* (Dasgupta & Brymer, 2014; De Castro et al., 2014). Por este motivo, Henao-Castaño e Amaya-Rey (2014) defendem que os enfermeiros devem favorecer a utilização de próteses visuais e auditivas, nos doentes previamente dependentes destes dispositivos, melhorando a sua capacidade de perceção e interação com o meio ambiente, prevenindo desta forma o desenvolvimento de *delírium*.

Em relação á restrição física, os resultados obtidos verificam existir significância estatística com o desenvolvimento de *delirium*, fatos corroborados por vários estudos. A restrição física deve ser evitada, uma vez que esta conduz à diminuição da mobilidade, ao aumento da agitação, maior risco de lesão e desenvolvimento de *delirium*. Langleya, Schmollgrubera e Eganb (2011) constataram que na presença de *delirium* houve aumento

de procedimentos relacionados com o uso de sedativos e de restrição física e Mori et al. (2016), verificaram procedimentos de restrição física frequentemente, no grupo de pacientes que apresentou *delirium*, sendo associada ao distúrbio.

No que diz respeito á imobilidade, os resultados obtidos verificam existir significância estatística com o desenvolvimento de *delirium*, corroborados por vários estudos. Schweickert et al. (2013) e Brummel (2013), comprovam que a mobilização precoce reduz o desenvolvimento do *delirium* e melhora os resultados neuro cognitivos, logo implementar programas de reabilitação e mobilização precoce previne a sua ocorrência, ou diminui a sua intensidade e duração. Um estudo longitudinal com 132 pacientes implementou um protocolo que incluía exercícios passivos no leito, reposicionamento a cada duas horas realizados pelos profissionais de saúde ou familiares e, em uma fase seguinte, sentar o paciente na beira do leito, levantar, transferir do leito para a cadeira e deambular. Durante o “round” multiprofissional era decidido quais pacientes seriam mobilizados. O grupo mobilidade apresentou significativamente menos dias de *delirium* em relação ao grupo de cuidados de rotina (5,0 vs 3,6 dias, $P=0,05$), além de menos reinternamentos ($P < 0,001$) e menor mortalidade ($P < 0,001$) (Fraser et al., 2015).

A gestão da sedação desempenha um papel fundamental, importa não só atender ao nível, mas também ao tipo de fármaco administrado. Relativamente á sedação, verifica-se existir significância estatística com o desenvolvimento de *delirium*. Da análise dos vários sedativos (propofol, midazolam e dexmedetomidina) verificou existir significância estatística no desenvolvimento de *delirium* na presença do propofol. Existem diversos estudos onde se analisa a relação da sedação e *delirium*, uns corroboram estes resultados e outras não. Sabe-se que as benzodiazepinas estão associadas ao desenvolvimento de *delirium*, logo devem ser administrados fármacos que se relacionem com a redução da sua prevalência, como a dexmedetomidina (Pandharipande et al, 2007; Riker et al., 2009; Page & Ely, 2011; Hayhurts, Pandharipande & Hughes, 2016). Veiga, C (2014), verifica que estatisticamente existem diferenças quanto à presença e ausência de sedação: os doentes críticos que não apresentaram episódio de *delirium* foram os que menos fizeram sedação: 66,3% (n=67) de 101 doentes críticos não foram submetidos a sedação (adjusted residual = 4,8; $p=0,000$ - X2). Dos 52 doentes críticos com sedação, 42,3% apresentou episódio de *delirium* (adjusted residual = 2,5; $p=0,000$ - X2). Pereira et al., (2016), no seu estudo demonstraram que 55% a 83% das pessoas internadas em UCI medicadas com benzodiazepinas e propofol desenvolveram *delirium*.

Relativamente á dor, os resultados obtidos verificam não existir significância estatística com o desenvolvimento de *delirium*, corroborado por Veiga, C (2014) que verificou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os doentes críticos com e sem episódio de *delirium* quanto à presença de episódio de dor, ou seja, a maioria dos doentes críticos da amostra não teve qualquer episódio de dor ($p=0,671 - X^2$). Segundo Pires, L., Magalhães, C. & Mata, M. (2018), efetuou-se análise estatística entre a presença de dor e episódios de *delirium*, verificou-se que existem diferenças, embora sem significado estatístico, entre os episódios de *delirium* em doentes críticos com e sem dor.

No que diz respeito á hipoxemia, os resultados obtidos verificam não existir significância estatística com o desenvolvimento de *delirium*, corroborado por Carrasco & Zalaquett (2017), que referem que avaliar e assegurar uma adequada saturação de oxigénio é uma recomendação implementada para a prevenção do *delirium* bem como manter a via área permeável. No estudo de Pires. L (2018) refere não existir significância estatística, embora o doente hipoxémico tende a desenvolver *delirium* hiperativo, uma vez que representa 84.6% daquele cujo fator etiológico é a hipoxemia.

Objetivo 5 - Propor um fluxograma de prevenção de *delirium* no SMI

Paton et al. (2016) dizem-nos que o *delirium* é um estado mental subvalorizado no doente crítico, mas que apresenta consequências graves, pelo que é necessário existir uma abordagem estruturada perante estes. Neste sentido, foi criado um fluxograma (figura 4) para prevenir o desenvolvimento de *delirium* nos doentes internados no SMI e, conseqüentemente, reduzir a sua taxa de prevalência. Ele foca-se em dois aspetos significativos, o modelo PRE-DELIRIC (previsão) e a bundle ABCDEF. De salientar, que o Enfermeiro tem uma intervenção ativa e autónoma em parte do fluxograma, no entanto a implementação de algumas intervenções poderá estar condicionada pela avaliação multidisciplinar, uma vez que, algumas delas, não podem ser assumidas exclusivamente pelo Enfermeiro.

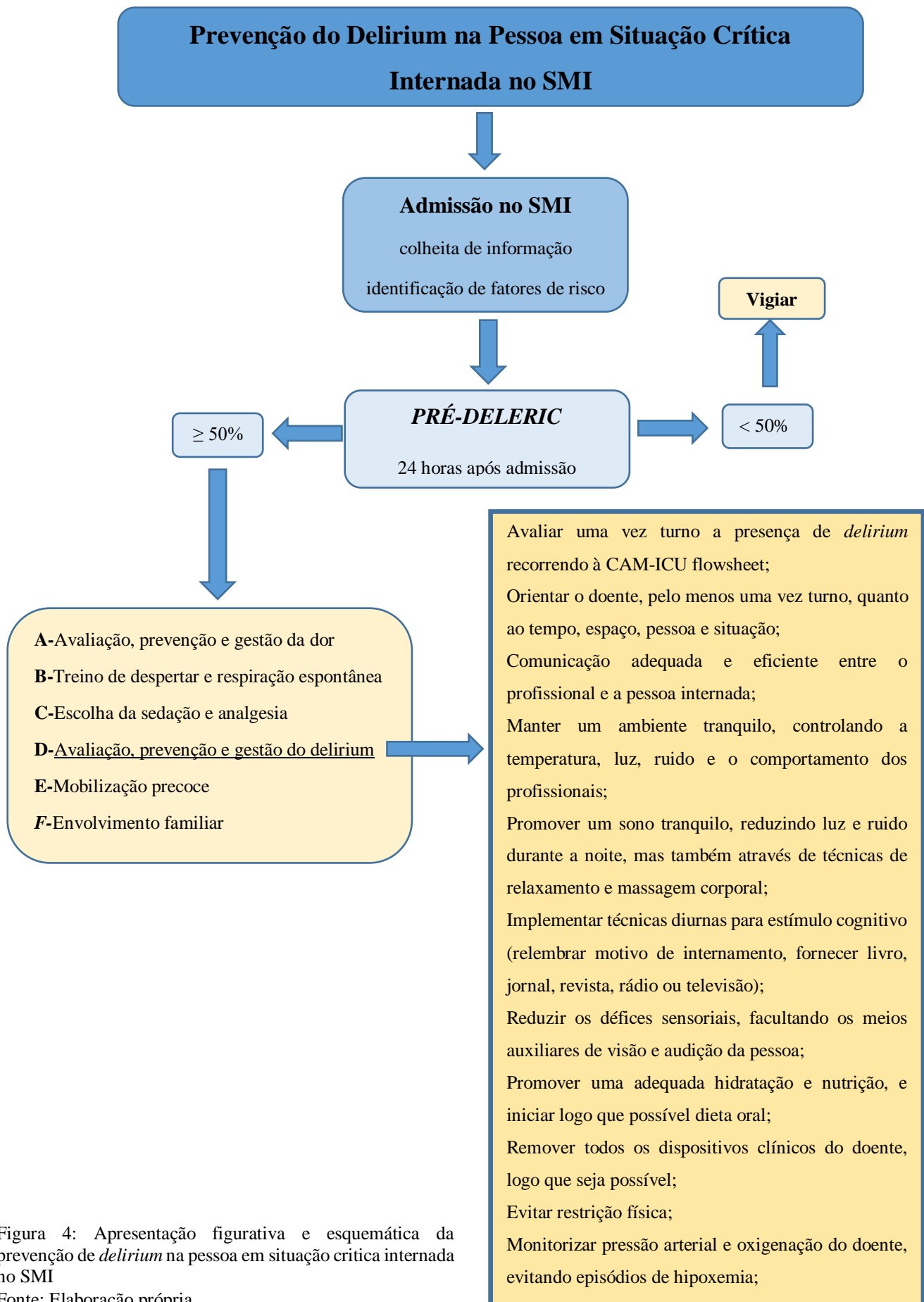


Figura 4: Apresentação figurativa e esquemática da prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica internada no SMI

Fonte: Elaboração própria

4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A Enfermagem atravessa um período decisivo no percurso da sua autonomia e identidade e será na investigação que vai deixando o carácter empírico, para se sustentar e reger por princípios científicos na procura constante de novos conhecimentos. Esta evolução tem, certamente, como consequência uma maior eficiência e eficácia dos serviços de saúde e especialmente, das práticas clínicas prestadas às pessoas e aos seus familiares.

Efetuada uma análise e interpretação dos resultados e discussão dos mesmos, pretende-se nesta fase, evidenciar as conclusões que se revelam mais significativas.

O perfil sociodemográfico dos doentes críticos caracterizou-se por ser um indivíduo do sexo masculino com idade superior a 65 anos. O perfil clínico à admissão no SMI enquadrava-o na categoria diagnóstica médico e apresentava HTA como fator prévio. A prevalência de *delirium* identificada nas oportunidades de observação foi de 38,9%, prevalência e o subtipo de *delirium* mais representativo é o hipoativo (63,5%), como descrito na maioria dos estudos. Identificaram-se vários fatores de risco potencialmente modificáveis, nomeadamente gestão de utilização de cateter venoso central, sonda nasogástrica, nutrição entérica, restrição física, imobilidade e sedação (propofol). Foi criado um fluxograma para prevenir o desenvolvimento de *delirium* nos doentes internados no SMI e, conseqüentemente, reduzir a sua taxa de prevalência. Considera-se que este estudo foi importante para a reflexão sobre a necessidade da avaliação sistematizada da presença (ou não) de *delirium* nos doentes internados no SMI para que se possam tomar medidas na sua prevenção ou tratamento.

Este estudo teve algumas limitações. Primeiramente de ordem metodológica, dado o reduzido tamanho da amostra, limitada pelo curto período de tempo de colheita, e desta forma, ser pouco representativa para a generalização dos resultados desta população. Ainda de ordem metodológica destaca-se a necessidade da inclusão de novas variáveis, que não foram inseridas neste estudo, pela necessidade de limitação das variáveis em exposição à «observação sistemática» desenvolvida para colheita de dados, espaço temporal curto e complexidade de avaliação de algumas delas, como por exemplo a privação de sono. Em segundo lugar, não existem muitos estudos neste âmbito na realidade portuguesa e a maioria da evidência científica consultada onde recolhem as características, entre outras variáveis, dos doentes críticos com *delirium*, são principalmente de populações anglo-saxónicas, norte americanas, américa do sul,

nórdicas e chinesas, que poucas características têm em comum com a população portuguesa. Este facto leva a que poucos dados se possam relacionar com outras realidades portuguesas. Em terceiro lugar, a utilização das ferramentas de trabalho envolvidas no estudo (*CAM-ICU flowsheet*, *RASS*, *BPS*,) implicam um profissional treinado no seu uso, o que fez com que todas as avaliações e intervenções ficassem a cargo de um único enfermeiro, com a ajuda de 1/2 colegas, uma vez que não existiam mais elementos com experiência. Por estes motivos, este estudo não pode ser generalizado e apenas diz respeito à amostra identificada.

Em termos de estratégias futuras, como forma de melhoria, pretende-se formar os restantes profissionais de enfermagem do SMI para que possam ser envolvidos nesta avaliação, colocando-a em prática mais fácil e frequentemente. Tenciona-se implementar o fluxograma de prevenção de *delirium* no seu todo, com o envolvimento da equipa médica, de forma a assegurar uma abordagem multidisciplinar, potenciando os resultados obtidos. Não existindo ainda consenso na comunidade científica sobre medidas farmacológicas para a prevenção e tratamento deste fenómeno, pretende-se que todos os doentes críticos adultos sejam diariamente monitorizados, com escalas validadas para o país e região onde se inserem, identificando os fatores de risco, nomeadamente os modificáveis, intervindo com as medidas não farmacológicas/preventivas que, estas sim, têm vindo a reunir maior consenso internacional.

Perante tudo o que foi dito anteriormente, é possível afirmar que a execução deste estudo conduziu a aquisição de diversas competências. No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, destaca-se o contributo dado para a aquisição de competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e do domínio das aprendizagens profissionais. Já nas competências específicas do EEEPSC, o contributo mais revelante foi ao nível da competência K1. Em termos das competências de mestre, esta intervenção em particular, foi determinante para a aquisição da competência que nos diz que o mestre em enfermagem inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Perante as conclusões apresentadas considera-se estar a cooperar com um importante contributo para o despoletar de novos percursos, levando ao enriquecimento e desenvolvimento da enfermagem e à excelência na prestação de cuidados.

Este tipo de estudo apresentou-se como um desafio para o investigador, devido à sua inexperiência, o que intensificou o interesse, a motivação e a dedicação na sua execução, permitindo a consecução dos objetivos inicialmente propostos à questão de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agar, M.R., Lawlor, P.G., & Quinn, S. (2017). Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 177(1), 34–42. Doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7491.

Aguiar, F.P., Westphal, G.A., Dadam, M.M., Mota, E.C.C., Pfutzenreuter, F., & França, P.H.C. (2019). Characteristics and predictors of chronic critical illness in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 511–520. Doi: 10.5935/0103-507X.20190088.

Alderson, S., & McKechnie, S. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, 108-113. Doi: 10.4236/ojn.2013.31014.

Alagiakrishnan, K., & Wiens, C.A. (2004). An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgrad Med J*, 80(945), 388-393. Doi: 10.1136/pgmj.2003.017236.

American Association of Critical Care Nurses. (2012). Delirium assessment and management. *Critical Care Nurse*, 32(1), 79-82. Consultado em 15 de novembro de 2019, disponível em: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/32/1/79/20367/>

American Association of Critical-Care Nurses Practice Alert. (2016). Assessment and management of delirium across the life span. *Critical Care Nurse*, 36(5), 79-82. Consultado em 6 de janeiro de 2020, disponível em: <https://www.aacn.org/clinical-resources/practice-alerts/assessment-and-management-of-delirium-across-the-life-span>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: Autor

Azevedo, P.M.D., & Gomes, B.P. (2015). Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(4), 129-138. Consultado em 22 de novembro de 2019, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a15.pdf>

Backes, M.T.S., Erdmann, A.L., Büscher, A., & Backes, D.S. (2012). O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery Rev*

Enferm, 16(4), 689-96. Consultado em 3 de fevereiro de 2020, disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/07.pdf>

Balas, M.C. (2012). Management of Delirium in Critically Ill Older Adults. *Crit Care Nurse*, 32, 15-26. Consultado em 12 de dezembro de 2019, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22855075>

Baron, R., Binder, A., Biniek, R., Braune, S., Buerkle, H., Dall, P., ... Weisshaar, G. (2015). Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. *German Medical Science*, 13, 1-42. Doi: 10.3205/000091

Barr, J., Fraser, G.L., Puntillo, K., Ely, E.W., Gélinas, C., Dasta, J.F., ... Jaeschke, R. (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. Consultado em 7 de outubro de 2019, disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23269131/>

Barman, A., Pradhan, D., Bhattacharyya, P., Dey, S., Bhattacharjee, A., Tesia, S., & Mitra, J. (2018). Diagnostic accuracy of delirium assessment methods in critical care patients. *Journal Of Critical Care*, 44, 82-86. Consultado em 9 de dezembro de 2019, disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29073537/>

Bisinotto, F.M., Silveira, L.A.M., Silva, R.O., & Martins, L.B. (2017). Delirium pós-operatório no idoso. Onde estamos? *Revista Medicina Minas Gerais*, 27(2), 52-66. Consultado em 20 de novembro de 2019, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942008000600012

Boorgaard, M.V.D., Schoahum, G., Evers, A.W., Hoeven, J.G., Van, T., & Pickkers, P. (2012). Delirium in critically ill patients: impact on long-term health-related quality life and cognitive functioning. *Critical Care Medicine*, 40(1), 112-118. Doi: 10.1097/CCM.0b013e31822e9fc9.

Bruera, E., Bush, S., Willey, J., Paraskevopoulos, T., Zhijun, L., & Palmer, J. (2009). Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*, 115(9), 2004–2011. Doi: 10.1002/cncr.24215

Brummel, N.E. (2013). Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical Care Clinical*, 29(1), 51–65. Consultado em 12 de dezembro de 2019, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508697/>

Canastra, F., Haanstra, F., & Vilanculos, M. (2015). *Manual de Investigação Científica da Universidade Católica de Moçambique*. Consultado em 3 de outubro de 2019, disponível em: <https://silo.tips/download/manual-de-investigacao-cientifica-da-universidade-catolica-de-moambique-instituto>

Carrasco, M., & Zalaquett, M. (2017). Delirium: Una Epidemia desde el Servicio de Urgência a la Unidad de Paciente Crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28 (2), 301-310. Doi: 10.1016/j.rmclc.2017.04.019

Castro, C.M.C.S., & Botelho, M.A.R. (2017). A experiência vivida da pessoa em situação crítica internada em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de enfermagem*, 11(9), 3386-3394. Consultado em 10 de janeiro de 2020, Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32926>

Cerejeira, J. (2016). *Delirium complica ate 30% dos internamentos hospitalares de doentes idosos*. Consultado em 13 de janeiro de 2020, Disponível em: <https://www.vitalhealth.pt/opiniaio/4092-delirium-complica-at%C3%A9-30-dos-internamentos-hospitalares-de-doentes-idosos.html>

Cerejeira, J., Batista, P., Nogueira, V., Firmino, H., Vaz-Serra, A., & Mukaetova-Ladinska, E. (2011). Low preoperative plasma cholinesterase activity as a risk marker of postoperative delirium in elderly patients. *Age and Ageing*, 40(5), 621–626. Doi: 10.1093/ageing/afr053

Choi, J.G. (2013). Delirium in the intensive care unit. *Korean J Anesthesiol*, 65(3), 195-202. Consultado em 6 de outubro de 2019, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3790029/>

Dasgupta, M., & Brymer, C. (2014). Prognosis of delirium in hospitalized elderly: Worse than we thought. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(5), 497-505. Doi: 10.1002/gps.4032

Davis, D.H.J., Muniz-Terrera, G., Keage, A.D., Stephan, C.M., Fleming, J., Ince, P.,... Brayne, C. (2017). Association of delirium with cognitive decline in late life: a

neuropathological study of 3 population-based cohort studies. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 244-251. Consultado em 16 de dezembro de 2019, disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2598162>

De Castro, S.M., Ünlü, Ç., Tuynman, J.B., Honig, A., Wagenveld, B.A., Steller, E.P., & Vrouenraets, B.C. (2014). Incidence and risk factors of delirium in the elderly general surgical patient. *American Journal of Surgery*, 208(1), 26-32. Consultado em 5 de janeiro de 2020, disponível em: [https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(14\)00139-1/fulltext](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(14)00139-1/fulltext)

Despins, L.A., Kim, J.H., Deroche, C., & Song, X. (2019). Factors Influencing How Intensive Care Unit Nurses Allocate Their Time. *Western Journal of Nursing Research*, 41(11), 1551–1575. Doi: 10.1177/0193945918824070.

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A.J.C., Pandharipande, P.P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care medicine*, 46(9), e825-e873. Doi: 10.1097/CCM.0000000000003299.

Dias, M. (2010). *Planos de Investigação. Avançando Passo a Passo*. Santa Maria da Feira. Rainho & Neves, Lda. ISBN 978-989-96786-0-6

Direção Geral de Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Consultado em 10 de janeiro de 2020, disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.

Djaiani, L., Silverton, N., Fedorko, G., Carrol, J., Styra, R., Rao, V., & Katznelson, R. (2016). Dexmedetomidina versus sedação com propofol reduz o delirium após cirurgia cardíaca: um estudo randomizado. *Revista de Anestesiologia*, 124(2), 362-368. Consultado em 21 de novembro de 2019, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26575144>

Dotson, V.M., Beydoun, M.A., & Zonderman, A.B. (2010). Sintomas depressivos recorrentes e a incidência de demência e comprometimento cognitivo leve. *Revista de neurologia*, 75(1), 27-34. Consultado em 21 de novembro de 2019, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20603482>

Ely, E., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., ... Inouye, S. (2001). Evaluation of delirium in critical patients: Validation of de confusion assesment method for the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 29 (7), 1370-1379. Doi: 10.1097/00003246-200107000-00012.

Ely, E., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S., Harrell, F., Inouye, S., Bernard, G., & Dittus, R. (2010). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama*, 291(14), 1753-1762. Doi: 10.1001/jama.291.14.1753.

Faria, R.S.B., & Moreno, R.P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnósticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137-147. Consultado em 18 de outubro de 2019, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a12.pdf>

Francis, J., & Young, G.B. (2015). Diagnosis of delirium and confusional states. 1–20. Consultado em 9 de Dezembro de 2019, disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?csi=54d5a1cf-d103-4992-b045>

Fraser, D., Spiva, L.A., Forman, W., & Hallen, C. (2015). Original Research: implementation of an early mobility program in an ICU. *Am J Nurs*, 115(12), 49-58. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000475292.27985.fc.

Frimpong, K., Stollings, J.L., Carlo, M.E., & Ely, W. (2015). *ICU delirium viewed through the lens of the PAD guidelines and the ABCDEF implementation bundle*. Consultado em 10 de novembro de 2019, disponível em: http://www.icudelirium.org/docs/ICULiberation_Frimpong_DeliriumABCDEF_d1_2015.pdf

Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gomes da Silva, R.C., Silva, A.A.P., & Marques, P.A.O. (2011). Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 81-89. Consultado em 22 de outubro de 2019, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_12.pdf

- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9(2), 96-109. Consultado em 22 de novembro de 2019, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1175917/pdf/cc3026.pdf>
- Gusmão-Flores, D., Salluh, J.I.F., Chalhub, R.A., & Quarantini, L.C. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*, 16 (4), R115. Doi: 10.1186/cc11407.
- Han, J.H., Shintani, A., Eden, S., Morandi, A., Solberg, L.M., Schnelle, J.,...Ely, E.W. (2010). Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months. *Ann Emerg Med*, 56(3), 244–252. Doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.03.003.
- Hayhurst, C.J., Pandharipande, P.P., & Hughes, C.G. (2016). Delirium na Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão de diagnóstico, prevenção e tratamento. *Revista de Anestesiologia*, 125(6), 1229-1241. Consultado em 15 de dezembro de 2019, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27748656>
- Henao-Castaño, Á.M., & Amaya-Rey, M.P. (2014). Nursing and patients with delirium: A literature review. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*, 32(1), 148-156. Doi: 10.17533/udea.iee.v32n1a17.
- Hickin, S.L., White, S., Knopp-Sihota, J. (2017). Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 43-49. Doi: 10.1016/j.iccn.2017.03.010.
- Howard, P., Twycross, R., Shuster, J., Mihalyo, M., & Wilcock, A. (2011). Antipsychotics. *J Pain Symptom Manag*, 41(5), 956–965. Consultado em 16 de Dezembro de 2019, disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(11\)00132-1/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(11)00132-1/fulltext)
- Hshieh, T.T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., et al. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 175(4), 512–520. Doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7779.

Inouye, S., Westendorp, R., & Saczynski, J. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922. Consultado em 1 de janeiro de 2020, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120864/>

Inouye, S.K. (2006). Delirium in older persons. *N Engl J Med*, 354(11), 1157-1165. Consultado em 11 de janeiro de 2020, disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra052321>

Kauark, F.S., Manhães, F.C., & Medeiros, C.H. (2010). *Metodologia da Pesquisa: um guia prático*. Consultado em 5 de janeiro de 2020, disponível em: http://www.pgcl.uenf.br/arquivos/livrode Metodologia da Pesquisa 2010_011120181549.pdf

Kang, J., Shin, S. & Bruera E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 39(1), 105-112. Doi: 10.1016/j.ctrv.2012.08.001.

Langleya, G., Schmollgrubera, S., & Eganb, A. (2011). Restraints in intensive care units: a mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs*, 27(2), 67-75. Doi: 10.1016/j.iccn.2010.12.001.

Lawlor, P.G., & Bush, S.H. (2015). Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12(2), 77-92. Consultado em 14 de novembro de 2019, disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrclinonc.2014.147>

Laurila, J.V. (2008). Predisposing and precipitating factors for delirium in a frail geriatric population. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 249-254. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.026.

Leslie, D.L., Zhang, Y., Holford, T.R., Bogardus, S.T., Leo-Summers, L.S., & Inouye SK. (2005). Premature death associated with delirium at 1-year follow-up. *Arch Intern Med*, 165(14), 1657-1662. Consultado em 17 de novembro de 2019, disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486666>

Lima, C.S.P., & Barbosa, S.F.F. (2015). Patient Safety in Critical Care Unit: Development of a Nursing Quality Indicator System. *Medinfo*, 216, 251-254. Consultado em 4 de dezembro de 2019, disponível em: <http://ebooks.iospress.nl/publication/40207>

- Lucena, A. de F., Gutiérrez, M.G.R. de, Echer, I.C., & Barros, A.L.B.L. de. (2010). Nursing Interventions in the Clinical Practice of an Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 873–880. Doi: 10.1590/S0104-11692010000500006
- Maldonado, J.R. (2013). Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21, 1190–1222. Doi: 10.1016/j.jagp.2013.09.005
- Maldonado, J.R. (2017). Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Crit Care Clin*, 33(3), 461-519. Doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.013.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics (6a ed.)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martinez, F., Tobar, C., & Hill, N. (2015). Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age Ageing*, 44(2), 196–204. Doi: 10.1093/ageing/afu173.
- Martins, S. & Fernandes, L. (2012). Delirium in elderly people: a review. *Front Neurol*, 3, 101. Doi: 10.3389/fneur.2012.00101. doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.013.
- Mattoo, S.K., S. Grover & Gupta. B. (2010). Delirium in general practice. *Indian J Med Res*. 131,387-398. Consultado em 5 de Dezembro de 2019, disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19069020/>
- McPherson, J.A., Wagner, C.E., Boehm, L.M., Hall, D., Johnson, D.C., Miller, L.R., ... Pandharipande, P.P. (2013). Delirium in the cardiovascular ICU: exploring modifiable risk factors. *Crit Care Med*. 41(2), 405-13. Doi: 10.1097/CCM.0b013e31826ab49b
- Mesquita, M.I.F. (2015). *Delirium no doente internado em cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Consulta em 18 de Novembro de 2019, disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81880/2/37636.pdf>
- Miller, M.O. (2008). Evaluation and Management of Delirium in Hospitalized Older Patients. *American Academy of Family Physicians*; 78(11). Consultado em 5 de

Mittal, V. (2011). Delirium in the Elderly: A Comprehensive Review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 26(2), p. 97-109. Doi: 10.1177/1533317510397331

Michaud, L. (2007). Delirium: Guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*. 62, p. 371-383. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.004.

Morandi, A., Pandharipande, P.P., Trabucchi, M., Rozzini, R., Mistraletti, G., ...Ely, W.E. (2008). Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Med*, v. 34, p.1907-1915. Doi: 10.1007/s00134-008-1177-6.

Mori, S., Takeda, J.R.T., Carrara, F.S.A., Cohrs, C.R., Zanei, S.S.V. & Whitaker, I.Y. (2016). Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 50(4), 585-591. Doi: 10.1590/S0080-623420160000500007

Namba, M., Morita, T., Imura, C., Kiyohara, E., Ishikawa, S. & Hirai, K. (2007). Terminal delirium: families experience. *Palliat Med*; 21(7), 587–594. Doi: 10.1177/0269216307081129

Nassar, A.P. Jr., Pires Neto, R.C., Figueiredo, W.B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Med J*, 126 (4), 215-219. Doi: 10.1590/S1516-31802008000400003

National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). Delirium; diagnosis, prevention and management. Consultado a 21 de outubro de 2019, disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>

National Institute for Health and Clinical Excellence (2015). Delirium, surveillance proposal GE document. Consultado a 12 de novembro de 2019, disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/cg103-delirium-surveillance-review-decision3>

Ocádiz-Carrasco, J., Gutiérrez-Padilla, R. A., Páramo-Rivas, F., Serrano, A. T., & Hernández-Ortega, J. L. (2013). Preventive program for postoperative delirium in the

elderly. *Cirurgía Y Cirujanos*, 81(3), 181-186. Consultado em 15 de novembro de 2019, disponível em <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc133b.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Consultado em 11 de novembro de 2019, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135, 16 de julho. Consultado em 11 de novembro de 2019, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Page, V. & Ely, E.E. (2011). *Delirium in Critical Care*. Series Editor. Cambridge University Press. Doi: 0.1017/CBO9781139924184

Paiva, J.A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., ... Coutinho, P. (2016). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. Consultado em 11 de novembro de 2019, disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>.

Pandharipande, P.P., Pun, B.T., Herr, D.L., Labirinto, M., Girard, T.D., ... Ely, E.W. (2007). Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial. *Jama*. 298 (22), 2644-2655. Doi: 10.1001/jama.298.22.2644

Payen, J.F., Bru. O, Bosson, L.O., Lagrasta, A., Novel, E., ...Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*. Vol. 29, nº 12, p. 2258-2263. Doi: 10.1097/00003246-200112000-00004

Patel, S.B., Poston, J.P., Pohlman, A., Hall, J.B. & Kress, J.P. (2014). Rapidly reversible, sedation-related delirium versus persistent delirium in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 189(6), 658-665. Doi: 10.1164/rccm.201310-1815OC

- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R. V. e, & Moreno, R. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final. Consultado em 03 de dezembro em <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pereira, L. (2018). *Prevenção e Monitorização do Delirium na Pessoa em Situação Crítica Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/57308>
- Pereira, J.M., Barradas, F.J.R., Sequeira, R.M.C, Marques, M.C.P., Batista, M.J. Galhardas, M. & Santos, M.S. (2016). Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem de Referência*. 9 (4), 29-36. Acedido em 20, Novembro, 2019 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn9/serIVn9a04.pdf>
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Edições Silabo, Lda, 2ª edição.
- Pincelli, E.L., Waters, C. & Hupsel, Z.N. (2015). Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na unidade de terapia intensiva. *Arquivo Medico Hospital faculdade de Ciências Santa Casa de São Paulo*. 1-9. Consultado em 20 de Novembro de 2019, disponível em http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/Prelo/2015/AR33.pdf
- Pires, L. (2018). *Delirium no doente crítico: fatores precipitantes*. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/17733/1/pauta-relatorio-7.pdf>
- Porter, R. & McClure, J. (2013). Sedation and delirium in the intensive care unit. *Anaesth Intensive Care Med*.14, 22–6. Consultado em 21 de Outubro de 2019, disponível em [http://www.anaesthesiajournal.co.uk/article/S1472-0299\(12\)00263-9/pdf](http://www.anaesthesiajournal.co.uk/article/S1472-0299(12)00263-9/pdf)

Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I.G. (2017). Delirium: O 7º Sinal Vital?. Revista científica da Ordem dos Médicos. 31(1), 51-58. Consultado em 5 Dezembro de 2019, disponível em

https://www.researchgate.net/publication/322848351_Delirium_O_7_Parametro_Vital

Pudas-Tähkä, S.-M., Axelin, A., Aantaa, R., Lund, V., & Salanterä, S. (2009). Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), p. 946-956. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04947.x.

Puntillo, K.A., Miaskowski, C., Kehrle, K., Stannard, D., Gleeson, S. & Nye, P. (1997). Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*. Vol. 25, nº 7, p. 1159-1166. Doi: 10.1097/00003246-199707000-00017.

Ramoo, V., Abu, H., Rai, V., Surat Singh, S.K., Baharudin, A.A., Danaee, M. & Thinagaran, R.R.R. (2018). Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 4028-4039. Doi: 10.1111/jocn.14525

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*

Ribeiro, J.F.C (2014). Relatório de Estágio a Prática Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Mestrado em Enfermagem, Instituto Politécnico de Leiria. Consultado em 19 de Novembro de 2019, disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2284/1/relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20-%202%C2%BA%20semestre.pdf>

Riker, R.R., Shehabi, Y., Ceraso, D., Koura, F. Margolis, B.D., Ely, E.W., & Rocha, M.G. (2009). Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial, 301(5), 489-499. Doi: 10.1001/jama.2009.56.

Rosenbloom-Brunton, D., Henneman, E., & Inouye, S. (2010). Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-33. Doi: 10.3928/0098913420100330-02

Rosen, T., Connors, S., Clark, S., Halpern, A., Stern, M. E., ... Flomenbaum, N. (2015). Assessment and Management of Delirium in Older Adults in the Emergency Department:

Literature Review to Inform Development of a Novel Clinical Protocol. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 37(3), 183-196. Doi: 10.1097/TME.0000000000000066

Sampaio, F. M. C., & Sequeira, C. A. C. (2012). Confusão aguda e delirium: Importância da utilização de instrumentos psicométricos de diagnóstico e/ou rastreio. Ebook - III Congresso SPESM “*Informação e Saúde Mental*” Silves. Consultado em 7 em de Dezembro de 2019, disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6149/1/Ebook%20III%20Confus%C3%A3o%20Delirium.pdf>

Sampaio, F.M.C. & Sequeira, C.A.C. (2013) Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência* III Série - n.º 9, p 125-134. Doi: 10.13140/RG.2.1.2433.7521

Sharma, A., Malhotra, S., Grover, S. & Jindal, S.K. (2012). Incidence, prevalence, risk factor and outcome of delirium in intensive care unit: A study from India. *Gen Hosp Psychiatry*, 34, 639–46. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.06.009.

Salluh, J.I., Wang, H., Schneider, E.B., et al. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. Doi: 10.1136/bmj.h2538

Serafim, R. B., Bozza, F. A., Soares, M., Brasil, P. E. A. A., ... Salluh, J. I. F. (2015). Pharmacologic prevention and treatment of delirium in intensive care patients: A systematic review. *Journal of Critical Care*, 30(4), 799-807. Doi: 10.1016/j.jcrc.2015.04.005

Siddiqi, N., House, A.O. & Holmes, J.D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. 35(4), 350-364. Doi: 10.1093/ageing/afl005

Silva, D.O.F., Meira, L.V.S., Sandoval, M.F., Queiroz, C.S., Landim, G.A., & Silva C. C. (2013). Delirium e delírio: opostos que se atraem. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 2 (1), 32-36. Consultado em 10 de Dezembro de 2019, disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/3782/2490>

Silva, R.C.G., Silva, A.A.P. & Marques, P.A.O. (2011). Análise dos registros produzidos pela equipa de saúde e percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Revista latino americana de enfermagem*, 19 (1), 1-9. Consultado em 15 de Dezembro de 2019, disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_12

Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.

Souza, T.L., Azzolin, K.O. & Fernandes, V.R. (2018). Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 39. Consultado em 15 de Dezembro de 2019, disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgegf/v39/1983-1447-rgegf-39-e2017-0157.pdf>

Steis, M. & Fick, D. (2012). Delirium Superimposed on Dementia. Accuracy of nurse Documentation. *Journal of Gerontology Nursing* vol.38. Doi: 10.3928/00989134-20110706-01

Svenningsen, H., Egerod, I., Videbech, P., Christensen, D. Frydenberg, H. & Tonnesen, E.K. (2013). Fluctuations in sedation levels may contribute to delirium in ICU patients. *Acta Anaesthesiol Scand*, 57(3), 288-293. Doi: 10.1111/aas.12048

Thorp, J. & James, S. (2010). Controlo da dor em Unidade de Cuidados Intensivos. Em IASP, *Guia para o tratamento de Dor em contexto de poucos recursos* (p. 306-316). Consultado em 5 de Dezembro de 2019, disponível em: https://s3.amazonaws.com/rdcmsiasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf

Torres, D., de Sánchez, C. R., & Zarco, I. A. (2012). Identificación de los factores de riesgo encontrados en pacientes mayores de sessenta años que desarrollaron delírium durante suhospitalización en el Hospital Universitario de San Ignacio, en Bogotá, Colombia. (Spanish). *Universitas Médica*, 53(4), 365-374. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed53-4.ifre>

Veiga, C. (2014). *A monitorização do delirium num serviço de cuidados intensivos/cuidados intermédios: Contributos para a gestão*. Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Consultado em 10 de

Novembro de 2019, disponível em: <https://catalogo.biblioteca.utad.pt/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=su:Del%C3%ADrio>

Veiga, C. (2019). *Delirium em Unidade de Cuidados Intensivos Portuguesa: Estudo de Validação do Instrumento Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit Flowsheet*. Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Consultado em 2 de Março de 2020, disponível em: <https://catalogo.biblioteca.utad.pt/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=su:Del%C3%ADrio>

Wacker, P., Nunes, P.V. & Forlenza, O.V. (2005). Delirium: uma perspectiva histórica. *Rev. Psiq. Clín.*, v.32, n.3, p.97-103. Doi: 10.1590/S0101-60832005000300001

Wassenaar, A., Boogaard, M., Achterberg, T., Slooter, A., Kuiper, M., Hoogendoorn, M. & Pickkers, P. (2015). Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive Care Med*, 41, 1048–1056. Doi: 10.1007/s00134-015-3777-2

Witlox, J., Eurelings, L.S., De Jonghe, J.F., et al. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*, 304(4), 443-451. Doi: 10.1001/jama.2010.1013

ANEXOS

Anexo I - Operacionalização e categorização das variáveis

Variáveis da caracterização sociodemográfica / clínica dos doentes

Variáveis	Escala de medida	Categorização
Idade	Nominal	1= 18-65 anos 2= Superior a 65 anos
Género	Nominal	1= feminino 2= masculino
Categoria diagnóstica	Nominal	1= médico 2= cirurgia programada 3= cirurgia urgente 4= trauma
Fatores de risco prévios	Nominal (qual o fator de risco prévio)	1= Hipertensão arterial (HTA) 2= Alcoolismo 3= Tabagismo 4= Doença cardíaca 5= Doença pulmonar 6= Insuficiência renal 7= Doença cerebrovascular 8= Dislipidemia 9= Demência 10= Depressão

Variáveis independentes dos pontos de oportunidades de observação de delirium

Variáveis	Escala de medida	Categorização
Dias de internamento no serviço	Nominal (intervalo de dias)	1= 1 a 3 dias 2= 4 a 6 dias 3= 7 a 9 dias 4= 10 a 12 dias 5= > 12 dias
Visita de familiares	Nominal (intervalo de tempo)	1= todos os dias 2= 2 em 2 dias 3= 1x semana 4= Sem visitas
Dispositivos clínicos invasivos	Nominal (tipo de dispositivo clínico invasivo)	1= Cateter venoso central 2= Cateter arterial 3= Cateter vesical

Sonda nasogástrica	Nominal (presença de sonda nasogástrica)	1= Não 2= Sim
Alimentação	Nominal (tipo de alimentação)	1= Oral 2= entérica 3= Jejum
Défice auditivo	Nominal (presença de défice auditivo)	1= Não 2= Sim
Défice visual	Nominal (presença de défice visual)	1= Não 2= Sim
Restrição/Contenção física	Nominal (presença de restrição/contenção física)	1= Não 2= Sim
Imobilização	Nominal (realização de mobilização precoce)	1= Não 2= Sim
Sedação nas últimas 24 horas	Nominal (presença de sedação)	1= Não 2= Sim
Tipo de sedação	Nominal (tipo de sedativo)	1= Propofol 2= Midazolam 3= Dexmedetomidina
Dor	Nominal (presença de dor)	1= Não 2= Sim
Hipoxemia	Nominal (presença de hipoxemia)	1= Não 2= Sim

Anexo II – Escalas de monitorização de sedação/agitação, dor e *delirium*

Escala de avaliação de consciência

1. Escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*

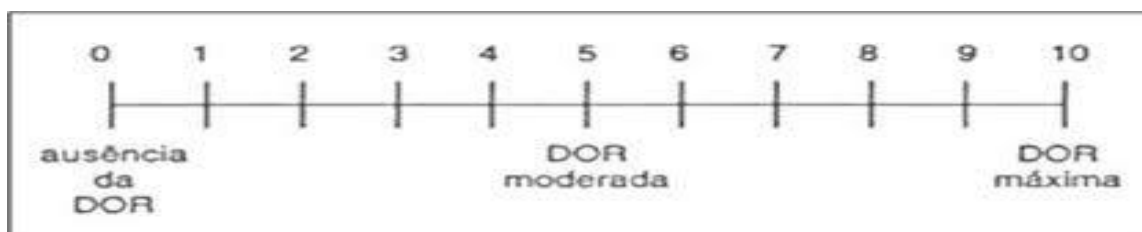
Pontos	Termo	Descrição
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a sua segurança e da equipa técnica
+3	Muito Agitado	Puxa e remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+2	Agitado	Movimentos inadequados frequentes, “luta” com o ventilador
+1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos (contato visual) por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Acorda transitoriamente ao estímulo verbal e mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimenta-se ou abre os olhos quando é chamado (mas sem contato visual)
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado, mas movimenta-se ou abre os olhos ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta (Coma)	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Escalas de monitorização da dor

1. Escala comportamental de dor - BPS-IP (Behavioral Pain Scale – Intubated Patient)

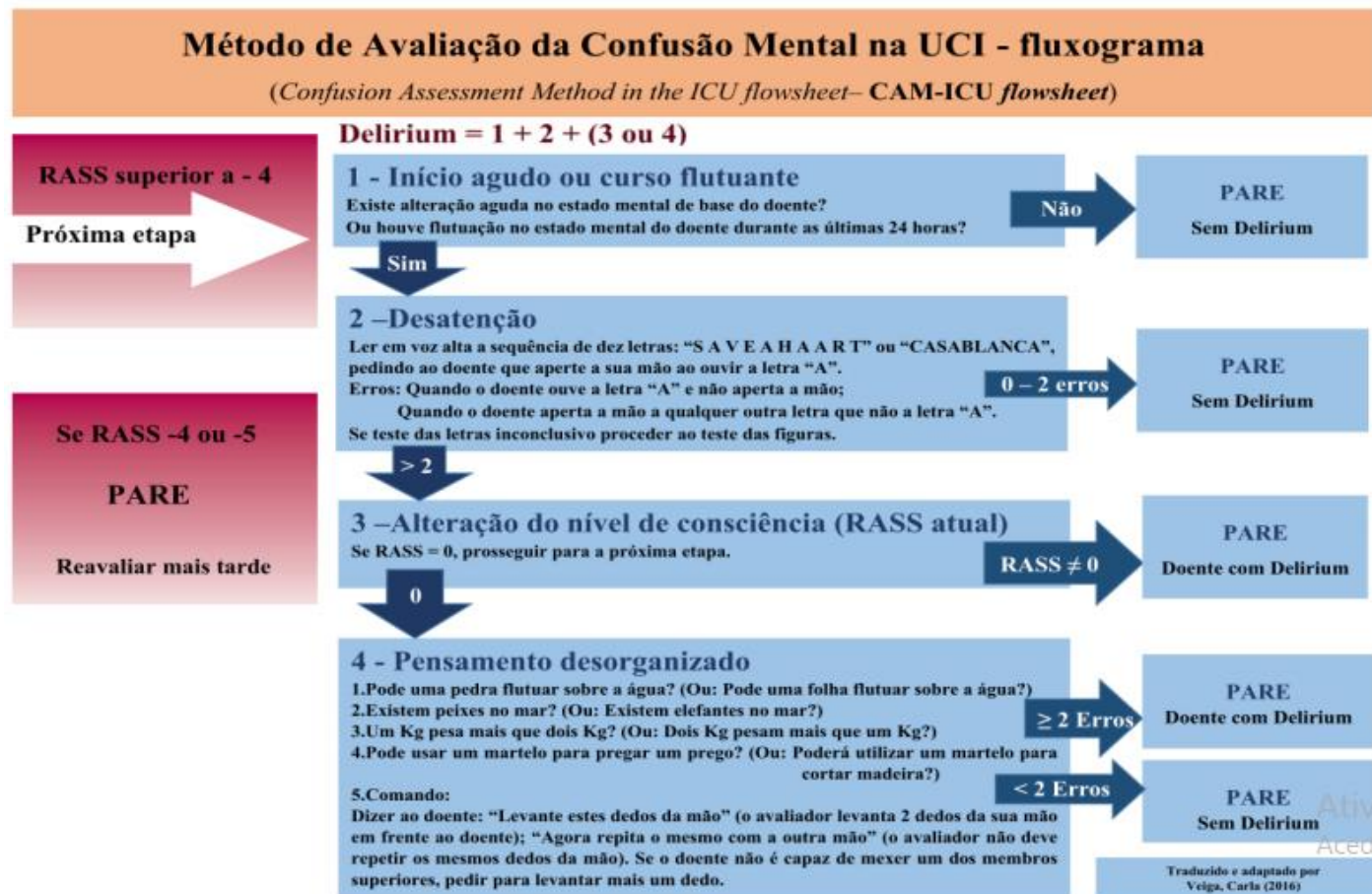
Item	Descrição	Pontos
Expressão facial	Relaxado	1
	Parcialmente tenso (sobrancelhas arqueadas)	2
	Completamente tenso (pálpebras fechadas)	3
	Careta, esgar de dor	4
Membros Superiores	Sem movimentos	1
	Parcialmente fletidos	2
	Completamente fletidos, com flexão de dedos	3
	Permanentemente retraídos	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos do ventilador	1
	Tosse, mas tolera o ventilador grande parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador	3
	Totalmente desadaptado do ventilador	4

2. Escala numérica de dor



Escala de monitorização de *delirium*

1. Escala CAM-ICU *flowsheet* (versão traduzida/adaptada e validada em português de Portugal)



Anexo III – Instrumento de recolha de dados

Idade: __

Género:

Masculino	Feminino

Diagnóstico:

Médico não cirúrgico	
Cirurgia Programada	
Cirurgia Urgente	
Trauma	

Fatores de risco prévios:

Alcoolismo	
Tabagismo	
Hipertensão arterial (HTA)	
Dislipidemia	
Doença pulmonar	
Insuficiência renal	
Doença cerebrovascular	
Doença cardíaca	
Demência	
Depressão	

Rass: _____

***Delirium* (episódio/presença)**

Sim	Não

Número de dias de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos:

1 a 3 dias	4 a 6 dias	7 a 9 dias	10 a 12 dias	>12 dias

Frequência de visita de familiares:

Todos os dias	De 2 em 2 dias	1x semana	Sem visitas

Presença de dispositivos clínicos invasivos:

CVC	CA	CV

Legenda: CVC - cateter Venoso central; CA – cateter arterial; CV – cateter vesical;

Sonda Nasogástrica:

Sim	Não

Tipo de Alimentação:

Oral	Entérica	Jejum

Déficé Auditivo:

Sim	Não

Déficé Visual:

Sim	Não

Restrição/Contenção física:

Sim	Não

Imobilidade:

Sim	Não

Sedação nas últimas 24horas:

Sim	Não

Propofol 2%	Midazolam	Dexmedetomidina

Dor:

Sim	Não

Hipoxemia:

Sim	Não

Anexo IV - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “*Delirium* no doente crítico: fatores de risco modificáveis”.

Enquadramento: Estudo no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança.

Explicação do estudo: Trata-se de instrumento de recolha de dados com aplicabilidade de escalas de monitorização de sedação/agitação, dor e *delirium*, completamente anónimo e sem qualquer identificação do doente em causa, onde se pretende obter informações relativas aos fatores modificáveis que se associam ao desenvolvimento de *delirium* no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde no Nordeste.

Condições: Todos os doentes/representante legal são livres de abandonar a participação no estudo, se esse for o seu desejo, e sem que daí advenham danos para a sua pessoa.

Confidencialidade e anonimato: Trata-se de um estudo confidencial e de uso exclusivo dos dados recolhidos para a realização do mesmo. O doente/representante legal é livre de escolher se quer ou não participar no estudo, sendo que se o fizerem ser-lhes-á garantido o seu anonimato, que a sua identidade jamais será revelada e que os dados recolhidos permanecerão confidenciais.

Agradeço desde já pelo seu tempo dispensado.

Para qualquer esclarecimento disponha:

Nuno Miguel Arteiro Rodrigues – email: nmrodrigues87@gmail.com

Assinatura/s:
.....

-Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo V - Pedidos de autorização para realização do estudo/deferimento da Comissão de Ética da ULSNE/Orientadora responsável pela dissertação de mestrado



*Novo nº de processo
c/c
ULSNE*

PARECER Nº. 9/2020

*Processo CA 93-2, 2020
autoriza-se nos termos do
parecer da Comissão de
Ética.*

Projeto de investigação: DELIRIUM NO DOENTE EM INTENSIVOS: DA MONITORIZAÇÃO À PREVENÇÃO

A Comissão de Ética (CE) da ULSNE, abriu o Processo nº. 9/2020, com base nos elementos a seguir descritos:

Tipo de estudo

Observacional, descritivo, analítico, correlacional, longitudinal e de metodologia quantitativa.

Amostra

Doentes internados no SM1 – Unidade Hospitalar de Bragança, em dezembro de 2019 e janeiro e fevereiro de 2020.

Instrumento e colheita de dados

Através da aplicação e um questionário.

Face ao exposto, a CE delibera:

- desde que não interfira com o normal funcionamento do serviço, nada a opor do ponto de vista ético.
- solicitar o compromisso de entrega (preferencialmente em suporte digital) a esta CE de um exemplar do resultado final do estudo.

Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E.

Presentes:

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Vice - presidente: Dra. Maria de Jesus Machado Lopes

Enf. Carla Grande, Dra. Manuela Fernandes, Dra. Maria da Luz Guerra

Presente ainda para secretariar a reunião: Assunção Moura Esteves

Baltazar



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Ex.mo Senhor

Presidente Do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde do Nordeste

Avenida Abade Baçal

5300 – 146 BRAGANÇA

Proc. 7.01.04

Colaboração para Trabalho de Investigação

00457 05-12-19

A Escola Superior de Saúde de Bragança, solicita a V.ªs Ex.ªs colaboração no sentido de nos autorizarem o estudo do aluno Nuno Miguel Arteiro Rodrigues do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica intitulado “Delirium no doente em intensivivos: da monitorização à prevenção”.

O estudo consiste na recolha de dados, através do preenchimento da recolha de dados aos doentes internados no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Hospitalar de Bragança. Enviamos para o efeito o projeto de investigação e cópia do questionário a aplicar.

Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico pedagógico. Esta investigação assume os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos contemplados na Declaração de Helsínquia e Legislação Nacional em vigor.

Com os melhores cumprimentos.

A Sub Diretora

Professora Doutora Olívia Pereira

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara, que o **Projeto de Investigação**: “Delírium no doente em intensivos: da monitorização à prevenção” e respetivos **Instrumentos de Recolha de Dados**, se encontram de acordo com as orientações da Orientação Científica, desenvolvida pela Maria Augusta Romão da Veiga Branco, da ESSA, IPB.

Por ser verdade e ter sido pedido pelo mestrando Nuno Miguel Arteiro Rodrigues estudante do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, mais se declara que os documentos referidos, se aprovam com o propósito de submeter à Comissão de Ética do CHNE, para solicitar parecer sobre o Projeto de Investigação / Estudo a desenvolver, e aplicação de respetivos Instrumentos de Recolha de Dados:

- a Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS ;
- a Escala fluxograma CAM-ICU, (Gusmão-Flores et al., 2011),
- o Questionário de Caracterização Amostral (Variáveis sociodemográficas e Estado do Doente);
- a Versão Portuguesa da Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)
- a Escala Numérica da Dor (END).

Bragança, 26 de novembro de 2019

Orientação Científica



Maria Augusta Romão da Veiga Branco
Professora Coordenadora IPB
aubra@ipb.pt

Nome: NUNO MIGUEL ARTEIRO RODRIGUES

Email: nuno.ma.rodrigues@alunos.ipb.pt

Tipo Documento: Despacho

N.º: 2019/13719

Tipo Processo: Gestão Académica - Requerimentos de Alunos

N.º Processo: 2019/00372

Assunto: RA - Requerimento Aluno

N.º: 2019/00240

Forma de Despacho

Realizada por: *Olivia Rodrigues Pereira*

Unid. Org.: Direção EBSA

Pedida por: *Maria José Viveiros Alves*

Unid. Org.: Secretariado EBSA

Autorizo desde que o pedido se faça acompanhar de IRD com consentimento informado, protocolo de estudo e declaração do orientador. Obrigada. *Olivia R. Pereira*

Bragança, 2019-12-03

O Utilizador, *Olivia Rodrigues Pereira*

que o pedido se faça acompanhar de IRD com consentimento informado, protocolo de estudo e declaração do orientador.

Anexo VI - Submissão de Artigo de Investigação Empírica



Caro(a) Nuno Miguel Arteiro Rodrigues ,

Agradecemos o interesse pela Revista de Enfermagem Referência.

O seu artigo foi submetido com êxito.

Código do artigo: ----

Título: Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis

Tipo: Artigo de Investigação Empírica

**Anexo VII - Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-
Cirúrgica - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança**



Nuno Miguel Arteiro Rodrigues

Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientadora – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Março de 2019

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

BO – Bloco Operatório

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

KPC - *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina

OBS – Sala de Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SH – Serviço de Hemodiálise

SI – Serviço de Imagiologia

SO – Sala de Observações

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UHB - Unidade Hospitalar de Bragança

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Vias Verde

VVT - Via Verde Trauma

VVAVC – Via Verde de Acidente Vascular Cerebral

VVS - Via Verde Sepses

VVC - Via Verde Coronária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	114
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	116
2 – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	120
3 – SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
ANEXOS.....	Erro! Marcador não definido.

INTRODUÇÃO

A evolução científica e tecnológica aplicada aos cuidados de saúde faculta novas hipóteses de tratamento e a intervenção em situações de grande instabilidade orgânica mesmo quando o risco de vida é iminente. Se a isto aliarmos o aumento da esperança de vida e o descuido com a prevenção da doença, a exposição a fatores externos adversos como as alterações climáticas e os ataques terroristas, a perda de valores espirituais e a banalização da violência, compreende-se a relevância da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Este facto requer da parte dos profissionais a capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder, em tempo útil e de forma holística às necessidades do doente e da sua família.

Estes desafios incentivam a reflexão e a busca de novos saberes e conduzem os profissionais, em particular os enfermeiros, para a busca de formação contínua e académica especializada de forma a proporcionar um crescimento profissional e pessoal, onde cada vez mais se exigem conhecimentos de elevado nível quer práticos quer teóricos.

Como escreveu a teórica de enfermagem Benner (2001) é importante refletir sobre a prática. A mesma autora defende que o conhecimento em enfermagem não poderá desenvolver-se se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem da sua própria experiência.

Desde o início da profissão que a componente prática se constitui como parte integrante da formação do Enfermeiro generalista, sendo que, atualmente, se considera, também, como parte fundamental da formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), aconselhando-se uma relação teórico-prática que permita, num contexto de prestação de cuidados, a consolidação de saberes e o desenvolvimento de competências. Espera-se por isso que, atualmente, o Enfermeiro Especialista (EE) seja um profissional reflexivo, com conhecimentos profundos e capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional no contexto adequado (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A realização deste relatório de estágio, inserido no 2º Ano, englobado no 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) na unidade curricular do relatório de estágio, tem como objetivos: servir de espelho sobre o percurso formativo nos locais de ensino clínico; desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva; demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica,

ações realizadas, identificação e análise de situações/problema da prática diária e respetivas estratégias de intervenção com vista á melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados; identificar as competências desenvolvidas enquanto EEEMC na prestação de cuidados de saúde ao doente/família de médio e alto risco; analisar de forma crítico-reflexiva as intervenções desenvolvidas ao longo dos ensinios clínicos e servir como instrumento de auto e hétero avaliação sobre as intervenções e competências desenvolvidas durante o percurso.

A referida unidade curricular desenvolveu-se no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) da Unidade Hospitalar Bragança (UHB) da ULSNE (Unidade Local de Saúde do Nordeste), no serviço da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) da Unidade Hospitalar de Vila Real do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD) e no Serviço de Hemodiálise (SH) da Unidade de Bragança da ULSNE, no período de 17 de Setembro de 2018 a 15 de Fevereiro de 2019, correspondendo a 540 horas de contacto.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Neste capítulo irei efetuar uma breve contextualização dos locais de ação onde foram desenvolvidos os vários estágios, dois deles definidos como campos de estágio obrigatórios (SUMC e UCIP) e um campo de estágio opcional (SH).

A prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos em ambiente de urgência hospitalar, cuidados intensivos e hemodiálise constitui assim uma das realidades mais exigentes e desafiadoras, na medida em que a instabilidade constante destes contextos da prática leva a que o enfermeiro desenvolva determinadas competências, atitudes e comportamentos singulares de quem procura conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção rápida e adequada.

Por forma a maximizar a aquisição de competências, defini alguns objetivos gerais e específicos para cada campo de estágio.

Objetivos gerais:

- Aplicar, gerir e interpretar adequadamente conhecimentos, tendo em vista a resolução de problemas relacionados com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;
- Identificar e desenvolver competências relacionadas com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;
- Refletir sobre as competências comuns e específicas do EEEMC.

Objetivos específicos:

Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

- Compreender e assimilar a dinâmica da prestação de cuidados de um SUMC;
- Adquirir e desenvolver competências no âmbito da intervenção do EEEMC na prestação cuidados à pessoa em situação crítica, em ambiente de urgência e emergência.
- Desenvolver uma prática profissional e ética de acordo com as competências do EEEMC.

Serviço de Unidade Cuidados Intensivos Polivalentes

- Adquirir e desenvolver competências no âmbito da intervenção do EEEMC na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em ambiente de intensivos;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada em tempo útil;

Serviço de Hemodiálise

- Compreender e assimilar a dinâmica da prestação de cuidados de um SH;
- Adquirir e desenvolver competências no âmbito da intervenção do EEEMC na prestação de cuidados em contexto de hemodiálise.

Estágio 1 – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

O primeiro estágio decorreu no SUMC da ULS da Unidade Hospitalar de Bragança, entre 17 de Setembro de 2018 a 2 de Novembro de 2018, num total de 168 horas de contacto, sob a tutela da EEEMC Andreia Graça e orientado pelo Professor Pedro Rodrigues.

Este SMUC está integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE – UHB e recebe doentes de todo o distrito de Bragança.

De uma forma sucinta, o SUMC localiza-se no rés-do-chão do edifício principal da UHB. É constituído por duas salas de espera, um gabinete de triagem de Manchester, um gabinete médico de pediatria, respetiva sala de espera e outra de realização de atitudes terapêuticas, três gabinetes médicos para observação de adultos, área de trabalho de enfermagem, local para colocação de cadeirões e cadeiras de rodas, uma sala laranja (com 4 macas), uma sala de emergência (2 macas), gabinete de enfermagem, uma área com capacidade para 6 macas, sala de ortopedia, sala de pequena cirurgia, um gabinete de medicina interna, uma sala de observação (OBS) de adultos (8 camas⁹ e OBS pediátrico (2camas e 2 berços). Sob o ponto de vista da sua localização, salientar o acesso fácil e rápido ao Serviço de Imagiologia (SI), patologia clínica e Bloco Operatório (BO), embora se localize em piso distinto. Existem dois Pyxis medStation System® – sistema automático de reposição de stock nivelado de medicamentos, que simplifica a gestão dos serviços farmacêuticos (gestão de stocks).

O sistema de triagem de prioridades de Manchester está implementado neste serviço, que permite através de uma avaliação inicial do doente, com base na queixa de apresentação e identificação de critérios de gravidade, estabelecer um nível de prioridade clínica, bem como a previsão do tempo para o atendimento médico. Para além deste sistema de prioridades, estão implementadas várias vias verdes (VV): via verde de trauma (VVT), via verde de acidente vascular cerebral (VVAVC), via verde sepses (VVS) e via verde coronária (VVC).

No que diz respeito aos recursos humanos, o SUMC é composto por uma equipa de 34 enfermeiros, equipa médica (clínico geral, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, psiquiatria, pediatria, anestesiologia, obstetrícia), 14 auxiliares de ação médica e 6 administrativos. Possui ainda uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER) em gestão integrada com o instituto nacional de emergência médica (INEM) e uma equipa de Emergência Intra-Hospitalar, ambas constituídas por um médico e um enfermeiro.

Segundo informação fornecida pelo responsável do serviço, durante o ano de 2018, foram admitidos neste serviço 35023 doentes. Destes 0,23% apresentavam como prioridade de atendimento emergente; 9,21% muito urgente; 62,23% urgente; 22,53% pouco urgente; 0,74% não urgente; 5 % outros casos. Sem dados disponíveis das queixas que mais levaram os utentes a recorrer ao SU, pode constatar que são do foro respiratório (dificuldade respiratório, dispneia, tosse, dor).

Estágio 2 – Serviço de Cuidados Intensivos Polivalentes

O segundo estágio decorreu no serviço da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do CHTMAD da Unidade Hospitalar de Vila Real, entre 5 de Novembro de 2018 a 21 Dezembro de 2018, num total de 168 horas de contacto, sob a tutela da Enfermeira Chefe Jandira Carneiro e orientado pelo Professor Doutor Carlos Magalhães.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2003) podemos definir as Unidades de Cuidados Intensivos enquanto locais qualificados para a prestação de cuidados integrais aos doentes graves, com falências múltiplas de órgãos, adquirindo um carácter de suporte e de prevenção com o intuito de reverter as falências e complicações decorrentes sendo, assim, considerado um local de passagem para doentes críticos, ou seja, um momento transitório. A UCIP da unidade hospitalar de Vila Real localiza-se no rés-do-chão do edifício principal (ver anexo I). Trata-se de uma unidade construída recentemente e situada, estrategicamente, perto do Serviço de Urgência Polivalente (SUP), SI e BO.

A unidade apresenta um formato de U, subdivida em 8 camas de intensivos e 8 camas de intermédios, com uma separação física de uma porta de vidro de correr e com uma sala de acondicionamento e preparação de terapêutica, onde estão disponíveis 2 *Pyxis medStation System*® que serve de apoio a toda a unidade. Em ambas apresenta uma bancada central de trabalho, com monitorização central e toda a logística necessária. Dispõe, ainda, de uma área de gabinetes, armazéns de equipamentos e material, sala de reuniões, zona de sujos, copa e área de lazer.

As 8 unidades têm disponível todo o material necessário de abordagem ao doente crítico, dispondo, de cama articulada, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar comprimido e sistema de vácuo, insuflador manual, lista de material restrita com stock limitado, definida pelo serviço (compressas, seringas, agulhas, solução desinfetante...), contentores individualizados de lixos, mesa de trabalho da própria unidade e outra para realização de registos e acondicionamento do processo clínico do doente.

Em relação aos recursos humanos, cumpre com as dotações seguras definidas pela OE, através do *Dec. Lei nº 10319/2014 de 11 de Agosto*, aquando da classificação deste tipo de unidade como nível III. O rácio Enfermeiro/doente é de 1 enfermeiro para 2 doentes, num total de 4 Enfermeiros por turno. Nos turnos da manhã durante a semana, de salientar a presença de uma Enfermeira Especialista em Reabilitação que exerce funções inerentes à sua especialidade, não deixando de prestar assistência aos colegas, quando necessário. É assegurada a presença física de pelo menos um Médico Intensivista 24 horas.

Segundo informações fornecidas pela responsável de serviço, durante o ano de 2018 tiveram um total de 804 doentes, 433 nível II (70,43% não cirúrgicos e 29,57% cirúrgicos) e 371 nível III (67,11% não cirúrgicos e 32,89% cirúrgicos). Sem dados disponíveis do ano 2018, pude constatar durante período de estágio que o em termos de doentes não cirúrgicos, o respiratório é o mais presente, seguidos do cardiovascular, neurológico, trauma e metabólico. Em termos de doentes cirúrgicos, o mais presente é a perfuração/obstrução de víscera oca, seguida de sepses abdominal, politraumatizado, choque hemorrágico, hemorragia digestiva e pancreatite.

Estágio 3 – Serviço de Hemodiálise

O último estágio decorreu no SH da ULSNE da Unidade Hospitalar de Bragança, entre 3 de Janeiro de 2019 a 15 de Fevereiro de 2019, num total de 168 horas de contacto, sob a tutela da EEEMC Ana Afonso e orientado pela Professora Doutora Matilde Martins.

O SH é constituído por 3 salas de Hemodiálise individualizadas, a sala A com 8 unidades de diálise, a sala B com 4 unidades de diálise, a sala C e a sala AU com 2 unidades de diálise, destinadas a doentes com patologias infectocontagiosas. Cada uma das salas tem todo o material imprescindível a realização da técnica dialítica, equipadas também para a prestação de outros cuidados de enfermagem (rampas de oxigénio, ar comprimido, sistema de vácuo). Existem ainda dois armazéns comuns as duas salas, um com o material e outro com a terapêutica, dois gabinetes de enfermagem e dois médicos, uma sala de espera, casa de banho para os doentes e funcionários, copa e dois vestiários.

Em relação aos recursos humanos, cumpre as dotações seguras definidas pela ordem. O rácio enfermeiro, enfermeiro/doente é de 1 para 4, ou seja, um total de 3 enfermeiros por turno, á exceção, no dia em que é realizada técnica dialítica na sala AU, que acresce um. O horário de trabalho difere dos outros serviços, com horário laboral das 08:00h às 00:00h, de segunda a sábado. É assegurada a presença de um médico durante as sessões, de referir a ausência neste momento de um Nefrologista, com a presença deste apenas um dia de 15 em 15 dias.

No total de 16 horas, os doentes são distribuídos por 3 grupos, onde salvo raras exceções, com programas de diálise 3x/semana (segunda/quarta/sexta ou terça/quinta /sábado). A capacidade máxima do serviço é de 72 doentes em programa regular de diálise, no entanto no ano de 2018, foram 90 os doentes tratados. A diferença deve-se ao facto de, esporadicamente serem tratados doentes em insuficiência renal crónica agudizada e aguda. No ano de 2018 foram admitidos 6 novos doentes, 2 transplantados, dos quais 1 rejeitou, com uma lista de espera ativa para transplante de 12 doentes. Foram certificados 9 óbitos.

A escolha do SH para o meu estágio opcional deve-se ao facto de no meu serviço contactar diariamente com técnica dialítica, mais contínua do que intermitente, e à necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos/práticos de forma a melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente com insuficiência renal crónica e aguda, com necessidade de técnica dialítica.

2 – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a OE (2010a) o EE é o enfermeiro com um domínio de conhecimento específico de enfermagem, resultantes de um acréscimo e ampliação de competências do enfermeiro de cuidados gerais (domínio da responsabilidade; domínio da melhoria contínua de cuidados, domínio da gestão dos cuidados, domínio das aprendizagens profissionais), que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde. São exercidas por meio das suas competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, concomitantemente, pelo exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Durante o decorrer do estágio foi meu propósito prestar cuidados á pessoa/família a vivenciar processos de doença em situação crítica, tendo em conta o que preconiza a OE.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo a OE (2010a), o EE deve demonstrar tomada de decisão ética nas situações da prática especializada, justificando as suas decisões com princípios, valores e normas deontológicas. No exercício das suas funções, deve respeitar e promover os direitos humanos. Atualmente, e cada vez mais, os enfermeiros deparam-se na sua prática diária, com dilemas éticos e com a necessidade de tomar decisões complexas, que se devem basear em princípios e valores bem fundamentados e refletidos, respeitando os direitos humanos e garantindo a segurança, privacidade e dignidade dos doentes.

Ao longo do percurso clínico, procurei promover uma boa relação com doente, baseada no respeito pelos seus direitos, dignidade e idiossincrasias de cada um. A tomada de decisão é algo inerente à prática de cuidados de enfermagem, onde diariamente somos confrontados com problemas de difícil resolução, exigindo de nós uma análise criteriosa. Juntamente com a equipa médica, são tomadas decisões, suportadas em princípios, valores e normas deontológicas. Consciente que a participação numa tomada de decisão implica uma recolha competente de informação, mas também uma sólida fundamentação baseada em evidência científica, procurei de uma forma respeitosa e ativa participar nesta. De salientar uma maior participação na UCIP não só pela minha experiência diária de trabalho mas também é onde o enfermeiro é tido mais em conta na tomada de decisão perante a pessoa em situação crítica.

A proteção da liberdade e dignidade humana encontra-se inscrita no código deontológico da OE, pelo que a informação é considerada um dever, respeitando assim a autonomia do doente. (OE, 1998).

Todas as minhas intervenções regeram-se por este princípio, procurando o consentimento do doente após a explicação das mesmas, dos riscos inerentes e alternativas. Relativamente á privacidade do doente, tive uma preocupação constante em respeitar este direito elementar. De salientar, a dificuldade sentida no serviço de urgência dado à elevada afluência de doentes, em que muitos permanecem em macas, lado a lado, com grande proximidade e apenas separados por cortinas.

A prestação de cuidados de enfermagem foi pautada por um elevado nível de exigência para comigo próprio, por um respeito absoluto e inabalável pelo doente, pela proteção e promoção dos seus direitos, abstendo-me de juízos de valor. Respeitei a confidencialidade e privacidade tanto a nível físico como moral, promovendo a segurança e dignidade do doente.

Domínio da Gestão da Qualidade

A implementação de sistemas de qualidade assume nos dias de hoje um papel de extrema importância, em que esta responsabilidade não é exclusiva dos profissionais de saúde, mas também das instituições de saúde, que devem gerir os recursos e criar as estruturas que fomentem um exercício profissional de qualidade.

Segundo a OE (2001), as organizações têm assim o dever de satisfazer as necessidades dos enfermeiros, para que estes se empenhem também na melhoria da qualidade.

De acordo com a OE (2009), o EE deve dinamizar estratégias de governação clínica, participar nos programas de melhoria da qualidade de cuidados, ajudando à criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros.

O EE (OE, 2010a) “considerando a gestão do ambiente centrada na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.

A abordagem ao doente crítico implica, como em todos os outros doentes, a aplicação do processo de enfermagem, desde a avaliação inicial, a identificação dos diagnósticos, o planeamento das intervenções, a sua implementação e posterior execução.

Numa fase inicial, pelas diferentes características dos serviços, procurei perceber as diferentes metodologias de trabalho de forma a adaptar-me a estas e puder ser um

elemento ativo na participação da melhoria de cuidados prestados. Tive a preocupação de procurar todos os protocolos, normas de serviço e guias de auditoria, de forma a proceder em conformidade com estes e contribuir para uma uniformidade de cuidados e consequente melhoria e segurança destes. No SU tive conhecimento de todos os protocolos e normas (verificação da sala de emergência; realização da *check-list* pré-operatória a doentes submetidos a intervenções cirúrgica), vias verdes, algoritmos (periparagem, paragem cardiorrespiratória), plano de emergência e catástrofe. Na UCIP, de realçar a existência de inúmeros protocolos, bem como a monitorização de todos os cuidados de enfermagem e respetivas auditorias destes. Dado a minha experiência nesta, pude ser ainda mais crítico com vista a uma possível melhoria destes (desde a preparação de todo o material na admissão do doente, na definição de funções, na colheita de dados de admissão, nos registos de enfermagem, na preparação e execução de técnicas não invasivas e invasiva, no plano para o doente). Na hemodiálise, com menos protocolos e normas, mas como uma maior especificidade destes (desde a admissão destes, com uma criteriosa recolha de dados, á preparação de todo o material necessário para a realização de diálise, a execução das diferentes técnicas, monitorização pré, durante e pós técnica). De salientar o trabalho desenvolvido – “Higienização de ambiente e superfícies”, com o intuito de uniformizar práticas e consequente a melhoria de cuidados (ver anexo II).

Todos estes serviços primam pela excelência e qualidade nos cuidados de saúde que prestam ao doente e família, empregando excelentes práticas, com vista a satisfação das duas necessidades.

No que diz respeito a criação e manutenção de ambiente terapêutico e seguro, assumi em todas as minhas práticas o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual do doente e colaborei na gestão de risco ao nível das unidades funcionais, instalações, materiais e equipamento, nomeadamente na verificação da operacionalidade da sala de diálise, sala de emergência e reanimação, unidade do doente em intensivos, na preparação e teste de qualquer material necessário.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Segundo a OE (2010a) o EE “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”.

Das competências do enfermeiro de cuidados gerais emanam conceitos centrais da gestão de cuidados, nomeadamente liderança, análise crítica, segurança, identificação de problemas, tomada de decisão, planeamento e execução de cuidados, delegação de tarefas e sua supervisão.

Segundo Mutzebaugh (2007), o processo de tomada da decisão é complexo e requer experiência, conhecimentos teóricos sólidos da matéria em questão e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Mas é infrutífero, estabelecer um plano de cuidados exímio, que abrange todos os objetivos estabelecidos e todos os diagnósticos da pessoa se esta não estiver envolvida no processo. Sem esta sinergia, os ganhos em saúde para a pessoa muito dificilmente se obterão, pois muito dificilmente aderirá ao plano terapêutico estabelecido.

A delegação de tarefas implica a responsabilização pelas mesmas, com dificuldades associadas. Implica encontrar a tarefa certa, nas circunstâncias certas e à pessoa certa. Pressupõe a posterior orientação e supervisão, nunca esquecendo que a responsabilidade é partilhada.

A priorização correta dos cuidados prestados é fulcral. O ambiente complexo, requer uma rápida capacidade de decisão e atenção redobrada, como nos casos de triagem de doentes, sala de emergência, doentes instáveis. A gestão de processos de doença em situação crítica é desafiante, requer uma vigilância mais apertada e uma atuação rápida e eficaz.

No decorrer do estágio, em todos os serviços pude observar e participar algumas funções de gestão de cuidados por parte dos enfermeiros especialistas. Colaborei na gestão de recursos humanos, nomeadamente na elaboração de planos de trabalho. Participei nas auditorias instituídas no serviço, onde saliento as inúmeras existentes na UCIP (desinfecção das mãos, prevenção da pneumonia associada ao ventilador, prevenção da infeção associado ao cateter vesical, prevenção da infeção associada ao cateter venoso central, folhas de monitorização de cuidados de enfermagem). Cooperei nos pedidos de farmácia, material, armazém, limpeza e desinfecção, roupa e pedidos de conserto de material. Tive uma constante preocupação em otimizar o trabalho adequando os recursos às necessidades, promovendo um ambiente positivo e favorável á prática de cuidados.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O EE tem de demonstrar a capacidade de autoconhecimento, uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, que condiciona o estabelecimento de relações

terapêuticas e multiprofissionais, o que lhe permite sustentar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional. Tem de ser ágil e criativo na resolução de problemas e possuir conhecimentos variados.

Ao longo do estágio foi minha preocupação, desenvolver o autoconhecimento, compreendendo os meus limites pessoais e profissionais, e de que forma estes podem interferir no meu desempenho. A gestão destes fatores é fundamental, bem como a gestão de emoções/sentimentos e conflitos, para atuar de forma eficaz, mesmo em situações de pressão.

A prestação de cuidados no doente crítico provoca nos profissionais um elevado nível de stress, provocando nestes cansaços físicos e emocionais, frustração, sentimentos de impotência e desânimo. Nas várias situações de emergência/urgência pude explanar todas as minhas competências na abordagem deste doente, bem como adquirir outros conhecimentos de forma a melhorar as minhas práticas e o desenvolvimento profissional e pessoal. Pude também vivenciar a problemática da gestão e resolução de conflitos, mais presente na urgência, onde diariamente a triagem de doentes é perturbada por utentes/familiares/amigos, sendo fundamental possuir um elevado conhecimento de si próprio de forma a manter uma postura e atitude correta.

Toda a minha prática clínica foi suportada no conhecimento, na reflexão sobre todas as práticas, na constante pesquisa bibliográfica e investigação das melhores evidências científicas. Rentabilizei todas as oportunidades de aprendizagem, demonstrando iniciativa e vontade de melhorar. De salientar o contributo de todos os orientadores em todo este percurso profissional.

Competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010b).

No que concerne aos cuidados de enfermagem a OE (2010b) refere “os cuidados de enfermagem a pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta as necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida,

prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”

Segundo a OE (2010b), as competências específicas do EE em enfermagem da pessoa crítica incluem: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de repostas em tempo útil e adequado.

Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Segundo a OE (2010b) “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige uma formação estruturada e organizada, de modo a desenvolver competências específicas (Sílvia & Lage, 2010). As intervenções à pessoa em situação crítica visam a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social.

Os serviços de abordagem ao doente crítico são um desafio ao trabalho de enfermagem, já que exigem uma constante atualização de conhecimentos teóricos, práticos, técnicos e relacionais, para dar resposta a muitas situações de emergência/urgência que se deparam diariamente.

No decorrer dos estágios prestei cuidados à pessoa em situação crítica emergente, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, executando cuidados de enfermagem técnicos complexos, demonstrando conhecimentos em suporte avançado de vida, nomeadamente na sala de emergência e UCIP.

No SU defini juntamente com a minha orientadora e responsável de serviço que a minha prioridade de atuação seriam a sala laranja (doentes urgentes e muitos urgentes) e sala de emergência (doentes emergentes), nunca descurando as outras áreas também importantes no desenvolvimento de todos os objetivos e competências definidas. Tive oportunidade de contactar com inúmeras situações de doença crítica e falência orgânica, em que a minha experiência profissional foi bastante útil na mobilização de conhecimentos,

indispensável para uma resposta adequada e eficaz. Tive contacto com todas as vias verdes (AVC, Coronária, Sepses, Trauma), onde pude verificar os critérios definidos na ativação destas, bem como implementar os protocolos existentes na atuação destas situações. Não tive contacto com nenhuma situação de paragem cardiorrespiratória, mas sim várias situações de peri-paragem (bradiarritmia e taquiarritmias). Na sequência destas tive a possibilidade de acompanhar vários transportes complexos, desde o acompanhamento até ao helicóptero de um doente heli-transportado com necessidade de meios mais diferenciados, ao SI para exames complementares de diagnóstico e a transferência para o Serviço de Medicina Intensiva. Em todos estes processos complexos procurei identificar e responder a focos de instabilidade, executar cuidados complexos (colocação de acessos vasculares, monitorização e consequente avaliação, administração de terapêutica segundo protocolos complexos, ventilação invasiva e não invasiva, entre outros) e demonstrar conhecimentos e habilidades de SAV. Ao longo deste estágio pude constatar que a dor está presente em grande parte dos doentes que aí recorrem, como tal o alívio desta é uma das prioridades iniciais no atendimento do utente, com a identificação das alterações fisiológicas e emocionais de mal-estar e o envolvimento deste como parceiro estratégico. O avaliado é quem melhor pode verbalizar e descrever a dor e características (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência), mas nunca devemos descorar as alterações fisiológicas inerentes (taquicardia, agitação psicomotora). O vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica é gerador de perturbações emocionais, onde temos que saber gerir a ansiedade e medo vividos pelo doente/família e ser capaz de facilitar os processos de luto, contribuindo para a dignificação da morte, estabelecendo uma relação terapêutica com o doente/família.

De salientar como aspeto positivo a excelente coordenação com a minha orientadora no planeamento e execução de cuidados, mas também na reflexão, discussão e partilha de conhecimentos, e como aspeto menos positivo a dificuldade sentida em alguns momentos no estabelecimento da relação terapêutica com o doente/família, condicionada pela escassez de tempo que muitas das vezes caracteriza o trabalho de enfermagem na urgência. Na UCIP, consciente da complexidade da prática de Enfermagem na área dos Cuidados Intensivos, encarei este estágio como uma oportunidade de conhecer um serviço com outra maturidade, novas metodologias de trabalho e colegas com vasta experiência. Embora a integração fosse facilitada devido a minha experiência profissional em intensivos, nunca deixei de ter uma postura humilde na procura de novos e melhores conhecimentos teóricos, técnicos e práticos. A Enfermeira Chefe Jandira teve a

preocupação diária de me distribuir os doentes que me possibilitassem mais oportunidades de trabalho e conseqüente aprendizagem. Lidei com inúmeras situações de doença e/ou falência orgânica, como choque (hipovolémico, distributivo, anafilático, séptico, cardiogénico), insuficiência respiratória, cardíaca e renal (crónica agudizada e aguda), alterações eletrolíticas, Politrauma, ventre agudo, entre outras. Em todas estas situações clínicas, procurei adquirir novos conhecimentos, mas também melhorar e demonstrar todos os meus conhecimentos, na identificação de focos de instabilidade e reposta perante estes, na execução de cuidados complexos e conhecimentos e habilidades em SAV.

A complexidade da prestação de cuidados em intensivos, inicia-se desde logo na admissão, com a preparação da unidade, estabilização do doente e registos de enfermagem. A estabilidade de um doente destes passa por controlar o estado neurológico, respiratório, hemodinâmico, renal, metabólico e eletrolítico. Pude fazer diversas avaliações neurológicas segundo a escalas implementas (Glasgow e Rass), a gestão de diversa terapêutica (sedação, analgesia, antibioterapia, amins, entre outras), o ajuste ventilatório dependendo da ventilação praticada (ventilação mecânica invasiva, não invasiva ou espontânea), onde o controle gasométrico e a sua interpretação são essenciais, mas também o controle de secreções, nomeadamente nos doentes sedados e ventilados, onde esta passava exclusivamente por mim. Em termos hemodinâmicos vigiei, avalei e interpretei a monitorização contínua de todos os sinais vitais, atuando em conformidade perante algum problema. Em termos renais, o controle de débito urinário é essencial, onde a agudização pode-nos levar a recorrer a técnica de substituição renal, onde a mais praticada é a contínua.

De salientar a monitorização de todos os cuidados de enfermagem (anexo III), a utilização de imensos protocolos e escalas (protocolo de sedação, analgesia, delírio, desmame ventilatório, insulina, nutrição entérica, “*proneposition*”, entre outros). Dentro destas avaliações diárias, destaco a avaliação da dor, segundo a escala de comportamentos indicadores de dor (ESCID), onde muitas das vezes neste ambiente é menosprezada. Procedi à sua avaliação e fiz a gestão farmacológica e não farmacológica segundo protocolo, aquando da sua presença.

Em toda a minha atuação tive a preocupação de prestar cuidados no sentido na humanização em detrimento da visão mecânica. Assisti a pessoa/família nas perturbações emocionais, geri a ansiedade e o medo da pessoa em situação crítica. Estabeleci uma

relação terapêutica com a pessoa e família, facilitando e adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa.

O SH é um serviço programado, lidamos diariamente com o doente crônico, mas não deixa de ser um serviço onde se executam técnicas muito complexas, que requerem muita experiência e conhecimentos, onde os focos de instabilidade podem estar presentes. Procurei numa fase inicial uma componente mais prática e técnica, coordenando já com alguns conhecimentos da minha experiência profissional com doente dialítico agudo, como “montar” a máquina, conectar e desconectar, bem como programar parâmetros. Em seguida procurei adquirir novos conhecimentos, no que diz respeito a fisiopatologia, princípios de transporte, equilíbrio analítico, terapêutica, complicações dialíticas, ensinos, entre outros.

A complexidade de protocolos terapêuticos está bem presente neste serviço. Cada doente, de uma forma individualizada, possui o seu esquema de diálise, prescrito pelo médico. A definição do peso seco, o ultrafiltrado (líquido/peso) que é possível retirar em cada sessão, o calibre da agulha a utilizar no caso de fístula, o filtro a usar, a utilização ou não de anticoagulação, e se sim qual dosagem em bólus e perfusão, concentração de sódio e bicarbonato, temperatura do dialisante, entre outros. Tentei desenvolver explicações para eventuais ajustes em todo o protocolo, de forma a diagnosticar precocemente complicações resultantes da implementação do mesmo, capacitando-me de respostas de Enfermagem apropriadas às complicações, por forma a poder monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados. Os incidentes mais frequentes, no entanto, menos graves e de fácil e rápida resolução, são as náuseas, vômitos, cefaleias, hipotensão arterial, câibras, hematomas e pequenas perdas sanguíneas. Por outro lado, existem incidentes que, embora pouco frequentes, apresentam maior gravidade, são eles a hipotensão arterial severa, disritmias, precordialgia, embolia gasosa, acidentes cerebrovasculares e ainda reações anafiláticas.

De salientar 2/3 casos de insuficiência renal crônica agudizada, caracterizadas por dificuldade respiratória, desaturação, sintomatologia compatível com pré-edema agudo do pulmão, onde pude por em prática os conhecimentos já adquiridos com o doente agudo. Como em todos os serviços, embora aqui menos presente, tive que ter a preocupação de identificar evidências de mal-estar e dor, fazendo a gestão desta e implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas. São doentes com características próprias, onde é necessário conquistar a confiança destes, com a demonstração de conhecimentos, realização de ensinos, procurando estabelecer uma

relação terapêutica com este, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde.

Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação

Segundo a OE (2010b), o EE em PSC, “intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta”.

O aumento da população, o crescente número de pessoas a partilhar espaços cada vez mais pequenos, a migração, o turismo, o uso e transporte de materiais perigosos, aumentam nos dias de hoje, a probabilidade de ocorrência de uma catástrofe ou situação multivítima. Neste contexto, a prestação de cuidados no SU, implica estar preparado para agir em situações inesperadas, com o objetivo de diminuição de baixas humanas, da morbidade e os subseqüentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível.

Para que estes objetivos sejam atingidos há a necessidade de recolocação dos recursos disponíveis onde sejam mais necessários, com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a otimização dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e o uso simplificado de diagnóstico e tratamento.

A ULSNE possui um Plano de Emergência Externa, onde estão integrados todos os serviços de todas as Unidades Hospitalares. Este plano foi elaborado pela Comissão de Catástrofe, e é também responsável pela sua atualização. O SUMC está dotado de um armário de catástrofe, onde estão guardados todos os materiais específicos e procedimentos de orientação para uma situação de catástrofe.

Durante o período de estágio, não ocorreram nenhuma situação de catástrofe ou acidente multivítimas, contudo, tive a oportunidade de consultar o plano de emergência externa da ULSNE e do CHTMAD, e interagir com colegas que partilharam experiências de acidentes multivítimas.

Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção 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

Com o desenvolvimento e evolução tecnológica, houve um aumento crescente de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico invasivo. Este facto promove a ocorrência de infeções graves a nível hospitalar, tornando se a principal causa de efeitos adversos nos cuidados de saúde.

Segundo a OE (2010b), o enfermeiro especialista responde de forma eficaz na prevenção e controlo de infeção, dado o risco de infeção face aos vários contextos de atuação, complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a várias medidas invasivas para manter a vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A DGS prevê a constituição e a operacionalização dos PPCIRA em todas as unidades de saúde, determinando a sua reestruturação de forma a serem capacitadas para abranger as três vertentes do programa: vigilância epidemiológica; elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas e formação dos profissionais. Todas as recomendações internas e planos de ação emitidos pelo PPCIRA têm caráter vinculativo e não apenas consultivo. (DGS, 2007)

Segundo a DGS (2007) 30% a 40% das infeções provocadas por agentes resistentes são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como principal meio de transmissão as mãos dos profissionais.

Ao longo do estágio foi minha preocupação constante a prevenção de infeção, procurando ser pró-ativo na demonstração de conhecimentos, no diagnóstico de algumas necessidades, de forma a ser uma mais-valia para o serviço. Tive sempre um cuidado especial na desinfeção de mãos, nunca descurando o uso proteção individual de trabalho e administração protocolada de terapêutica. Colaborei na colheita de diversos rastreios sépticos (hemoculturas, secreções brônquicas, urina, zaragatoa nasal e peri anal para despiste de MRSA e KPC. Contribuí também na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central, pneumonia associada ao ventilador, infeção associado ao cateter vesical, com o respetivo preenchimento das auditorias desenvolvidas pela PPCIRA (anexo IV).

3 – SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Na atualidade, a profissão de enfermagem é chamada a cuidar do doente com grandes necessidades, na satisfação de cuidados diferenciados. Na presença do doente crítico, e, portanto, com uma grande fragilidade das suas funções vitais, há expectativa sobre o enfermeiro, para que exerça um nível assistencial elevado, por parte da sociedade, do doente e da família.

Na conclusão do ciclo de estágios, é oportuno a análise crítica e demonstrativa das experiências, onde prestei cuidados especializados sob orientação, relacionando-as com as competências comuns e específicas do EE.

Todas as instituições de saúde ofereceram excelentes condições para a prossecução dos estágios, os locais foram muito bons e as atividades realizadas foram de encontro aos objetivos definidos. Os recursos existentes, as situações-problema e experiências vivenciadas foram essenciais para a prossecução desses mesmos objetivos.

Para alcançar as competências do EE, foi essencial a análise crítica reflexiva sobre as tomadas de decisão, atualização e incorporação de novos conhecimentos, com base na mais recente evidência científica, os momentos de discussão de ideias, a reflexão sobre as práticas clínicas e organizacionais, num exercício contínuo para a implementação de melhores cuidados.

Considero que atingi com sucesso a aquisição destas competências, embora tenha consciência de que poderei sempre fazer mais e melhor, desenvolvendo conhecimentos e capacidades todos os dias, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). De iniciado a perito (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original inglês From novice to expert, 2001, S.I., Pearson Education).

Decreto-lei nº10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da Republica nº 35 - II Serie. Nº 35*. Assembleia da Republica. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>;

Direção Geral de Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Mutzebaugh, C. (2007). Chapter 21 - Delegation: an art of professional practice. In Jones, R., Leadership and Management: theories, processes and practice (pp. 345-356). Philadelphia: F.A.Davis Company.

Ordem Dos Enfermeiros. (1998). Código Deontológico. Lei nº111/2009 de 16 de Setembro. Inserido no Estatuto da OE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). DIVULGAR – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/LegislacaoOE/Regularmente_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/LegislacaoOE/Regularmente_competenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Lisboa.

Silva, A. & Lage, M. (2010). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Coimbra.

ANEXOS

ANEXO I – UCIP VILA REAL



Isol 9	10	11	12	13	14	15
Nivel III						16
						17
						18
						19
30	31	32	34	Nivel II		20
Nivel II						21
Isol 29	28	26	25	24	23	22



ANEXO II – FORMAÇÃO “HIGIENIZAÇÃO DE AMBIENTE E SUPERFÍCIES”

HIGIENIZAÇÃO DE AMBIENTE E SUPERFÍCIES



Objetivos:

- Promover uma boa higienização das instalações do serviço de hemodiálise, de forma a prevenir e /ou reduzir as iacs;
- Definir procedimentos e métodos de limpeza e de desinfeção para o serviço de hemodiálise, de acordo com a natureza das estruturas e o risco de potencial infeção;
- Definir formas de atuação e escolha de antissépticos e desinfetantes;
- Facilitar a supervisão da higienização das instalações do serviço de hemodiálise.

Definições

Limpeza – Processo físico de remoção de sujidade (incluindo matéria orgânica). A limpeza preconiza a utilização de água mais sabão ou detergente. A eficácia da limpeza na remoção/redução dos microrganismos é de até 90%.

Desinfecção – Remoção dos agentes infecciosos de uma superfície ou equipamento com recurso a um agente desinfetante. A eficácia da desinfecção na remoção/redução dos microrganismos é entre 90 a 95%. Preconiza primeiramente uma limpeza com água e detergente para posterior desinfecção.

- Concorrente – Quando o doente está internado/tratamento;
- Terminal – Quando o doente tem alta/termina tratamento/óbito.

Princípios gerais da higienização

- Higienizar as mãos, antes e depois de qualquer atividade seguindo a técnica correta.



- Executar a limpeza com Equipamento Proteção Individual (EPI) adequado atendendo ao risco.

Cenário	Higienização Mãos	Luvras	Bata	Máscara	Proteção ocular
Sempre antes e após contacto com o doente e após ambiente contaminado	✓				
Se contacto directo ou potencial com sangue e fluidos corporais, secreções, excreções, membranas mucosas e pele não intacta	✓	✓			
Se houver risco de salpicos para o corpo do profissional de saúde	✓	✓	✓		
Se houver risco de salpicos para o corpo e face	✓	✓	✓	✓	✓

Quadro 1 - Utilização de EPI baseada na avaliação de risco

- Devem ser excluídos todos os meios de limpeza que levantem pó (vassouras, espanador, etc.);
- A limpeza deve ser sempre feita no sentido das **zonas mais limpas para as mais sujas**. A limpeza geral deve ser iniciada pelos pontos de luz e tetos, seguindo-se as paredes, o mobiliário e equipamentos e por fim o chão;
- Deve ser utilizada água quente nas limpezas, pois o calor associado ao detergente ajuda a remover melhor a sujidade além de ajudar a secar mais rapidamente;
- A limpeza do pó deve ser sempre húmida, utilizando-se para tal, um pano embebido em solução detergente e água quente a fim de remover melhor tanto o pó como a sujidade. **O pano deve ser enxaguado em água corrente, com frequência (entre cada material/equipamento a limpar);**

- Devem ser utilizados panos de diferentes cores para diferentes áreas: a utilização de panos específicos para cada área a limpar, diminui o risco de contaminação cruzada e favorece a eficácia da limpeza.

Verde/Branco Limpeza geral	Azul Vidros
Vermelho Sanitas e urinois	Amarelo Sanitários (lavatórios e azulejos)

- Para a limpeza do chão, deve ser usado o método de dois baldes ou duplo balde que consiste na utilização de um balde com água quente e detergente e outro só com água para enxaguamento da esfregona;
- A água deve ser substituída com frequência e sempre de área para área;
- Colocar placas sinalizadoras de piso húmido aquando da limpeza;
- Limpar corredores divididos em duas alas, no sentido do comprimento deixando uma seca para circulação das pessoas enquanto se procede à limpeza da outra metade;



- Nos WC's, lavar por último o urinol ou a sanita, onde foi eliminada toda a água suja (contaminada);
- Efetuar a limpeza antes de proceder à desinfeção, sempre que esta seja necessária;
- Não misturar desinfetante com detergente, pois a ação do detergente neutraliza a ação do desinfetante;
- Usar o desinfetante apropriado para a desinfeção de superfícies;
- Abrir as janelas só no fim da limpeza;
- A metodologia de limpeza e os produtos utilizados são iguais para qualquer área das Unidades de Saúde de toda a ULSNE, quer estas sejam consideradas de risco ou não. A frequência da limpeza exigida é que é variável segundo as especificidades de cada serviço.

- Todo o material utilizado na limpeza deve ser lavado depois de utilizado, com água quente corrente e detergente e armazenados em local próprio;
- Os panos devem ser estendidos para que sequem;
- Os baldes devem ser colocados com a abertura para baixo, para que escorram e que sequem;
- A cabeça das esfregonas devem ser lavadas preferencialmente em máquinas ou em alternativa, bem lavadas com água quente corrente e detergente e desinfetadas com o desinfetante e em uso na instituição. Por fim bem enxaguadas em água corrente, torcidas e colocadas para cima para secarem.

Áreas		Definições	Exemplos
Crítica	Específica	Locais em que existe um maior risco de transmissão de infeção porque aí se realizam procedimentos de risco (invasivos) e ou onde se poderá encontrar doentes com o seu sistema imunitário deprimido.	<ul style="list-style-type: none"> * Urgência * UCI * Bloco Operatório * Berçário / Neonatologia * Hemodiálise * Isolamentos * Laboratórios de Patologia Clínica
	Geral	Áreas em que a especificidade dos procedimentos aí realizados tem um considerável risco biológico, exigindo um plano de limpeza e de desinfeção própria.	<ul style="list-style-type: none"> * Sala de Emergência * Sala de Pequenas Cirurgias * Sala de Autópsias * Zona de Preparação de Citostáticos * Esterilização
Semi Crítica	Específica	São áreas onde os doentes circulam ou se encontram internados, mas o risco de transmissão de infeção é menor que nas áreas críticas.	<ul style="list-style-type: none"> * Enfermarias de Internamento * Ambulatório * Salas de Tratamentos * Imagiologia * WC's * Farmácia
	Geral	Áreas onde se armazena resíduos hospitalares com risco biológico (III e IV)	<ul style="list-style-type: none"> * Serviço de Alimentação * Copas Alimentares * Lavandaria * Morgue * Salas de Espera
Não Crítica		São todos os sectores onde o risco de transmissão de infeção é mais baixo. Não existem utentes/doentes internados.	<ul style="list-style-type: none"> * Escritórios * Secretaria * Serviços Administrativos * Rouparia * Oficinas * Armazéns de material não estéril * Auditórios * Zona circundante ao edifício

Quadro 2 – Classificação das áreas de risco

- Todo o material utilizado na limpeza deve ser lavado depois de utilizado, com água quente corrente e detergente e armazenados em local próprio;
- Os panos devem ser estendidos para que sequem;
- Os baldes devem ser colocados com a abertura para baixo, para que escorram e que sequem;
- A cabeça das esfregonas devem ser lavadas preferencialmente em máquinas ou em alternativa, bem lavadas com água quente corrente e detergente e desinfetadas com o desinfetante em uso na instituição. Por fim bem enxaguadas em água corrente, torcidas e colocadas para cima para secarem.

Áreas	1x turno	Diária	Semanal (*)	Mensal (*)	Trimestral
Superfícies horizontais (mesas, grades de camas, puxadores das portas, etc)	X				
Equipamentos (bombas perfusoras, etc)		X			
Mobiliário		X			
Limpeza húmida do chão	X				
Recipientes recolha de resíduos	X	X			
Sanitários	X				
Paredes			X ¹	X ²	
Portas		X			
Lavagem mecânica do chão					X
Interior dos armários			X		
Janelas			X		
Tectos				X	

Quadro 4 – Freqüência de limpeza das superfícies de acordo com a criticidade de área

Princípios gerais na utilização dos consumíveis de higienização

- Só devem ser utilizados os produtos de limpeza de frascos devidamente rotulados (rótulos de origem). Depois de cada utilização manter os frascos sempre fechados;
- As normas de segurança de cada produto deverão ser sempre respeitadas. Também devem ser cumpridas as instruções do fabricante – as concentrações recomendadas pelo fabricante são fruto de estudos que garantem a sua eficácia;
- Nunca utilizar os frascos de consumíveis para outro fim que não seja o original;
- Todos os produtos utilizados na limpeza e desinfecção deverão estar acondicionados em locais próprios considerando os fatores de temperatura, luminosidade e humidade;
- O local de armazenamento deve ser do conhecimento dos utilizadores mas longe do alcance de crianças ou mesmo clientes, visitas ou outras pessoas que circulem no hospital. Deve estar identificado e fechado;

© 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650, 3651, 3652, 3653, 3654, 3655, 3656, 3657, 3658, 3659, 3660, 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3666, 3667, 3668, 3669, 3670, 3671, 3672, 3673, 3674, 3675, 3676, 3677, 3678, 3679, 3680, 3681, 3682, 3683, 3684, 3685, 3686, 3687, 3688, 3689, 3690, 3691, 3692, 3693, 3694, 3695, 3696, 3697, 3698, 3699, 3700, 3701, 3702, 3703, 3704, 3705, 3706, 3707, 3708, 3709, 3710, 3711, 3712, 3713, 3714, 3715, 3716, 3717, 3718, 3719, 3720, 3721, 3722, 3723, 3724, 3725, 3726, 3727, 3728, 3729, 3730, 3731, 3732, 3733, 3734, 3735, 3736, 3737, 3738, 3739, 3740, 3741, 3742, 3743, 3744, 3745, 3746, 3747, 3748, 3749, 3750, 3751, 3752, 3753, 3754, 3755, 3756, 3757, 3758, 3759, 3760, 3761, 3762, 3763, 3764, 3765, 3766, 3767, 3768, 3769, 3770, 3771, 3772, 3773, 3774, 3775, 3776, 3777, 3778, 3779, 3780, 3781, 3782, 3783, 3784, 3785, 3786, 3787, 3788, 3789, 3790, 3791, 3792, 3793, 3794, 3795, 3796, 3797, 3798, 3799, 3800, 3801, 3802, 3803, 3804, 3805, 3806, 3807, 3808, 3809, 3810, 3811, 3812, 3813, 3814, 3815, 3816, 3817, 3818, 3819, 3820, 3821, 3822, 3823, 3824, 3825, 3826, 3827, 3828, 3829, 3830, 3831, 3832, 3833, 3834, 3835, 3836, 3837, 3838, 3839, 3840, 3841, 3842, 3843, 3844, 3845, 3846, 3847, 3848, 3849, 3850, 3851, 3852, 3853, 3854, 3855, 3856, 3857, 3858, 3859, 3860, 3861, 3862, 3863, 3864, 3865, 3866, 3867, 3868, 3869, 3870, 3871, 3872, 3873, 3874, 3875, 3876, 3877, 3878, 3879, 3880, 3881, 3882, 3883, 3884, 3885, 3886, 3887, 3888, 3889, 3890, 3891, 3892, 3893, 3894, 3895, 3896, 3897, 3898, 3899, 3900, 3901, 3902, 3903, 3904,

Produtos utilizados na limpeza e desinfecção

Detergente Desengordurante	Lavagem manual da loiça.
Detergente de uso comum	Lavagem de superfícies (chão, paredes, bancadas, mobiliário etc.).
Detergente/Desinfetante (ex. AZOMAX®)	Para superfícies em que se queira associar a desinfecção à limpeza.

Quadro 5 – Produtos de limpeza

Produtos utilizados na limpeza e desinfecção

Álcool etílico a 70%	Aplicação na superfície limpa e seca com toalhete embebido, deixando secar naturalmente;
Trocloseno sódio (NaDCC) (ex: IPOCLOR ®)	Aplicação na superfície limpa e seca com toalhete ou pano embebido na solução e deixar secar. Em superfícies delicadas, no final da secagem enxaguar com água limpa. Diluições em Anexo III
Desinfetantes à base de compostos de amónio quaternário em toalhetes ou spray (ex: AZOMAX ®)	Este tipo de desinfetantes têm ação detergente associada, pelo que a superfície não tem que ser previamente lavada – Limpar/desinfetar a superfície com o toalhete impregnado e deixar secar sem forçar a secagem, ou pulverizar a superfície com o desinfetante, espalhar com um toalhete e deixar secar (seguir as indicações do fabricante). No caso de haver grande contaminação ou contaminação com fluidos orgânicos, deve proceder-se á sua remoção podendo optar-se pela utilização do mesmo produto ou por água e detergente de uso comum e de seguida fazer uma segunda aplicação do modo já descrito

Quadro 6 – Produtos de desinfecção



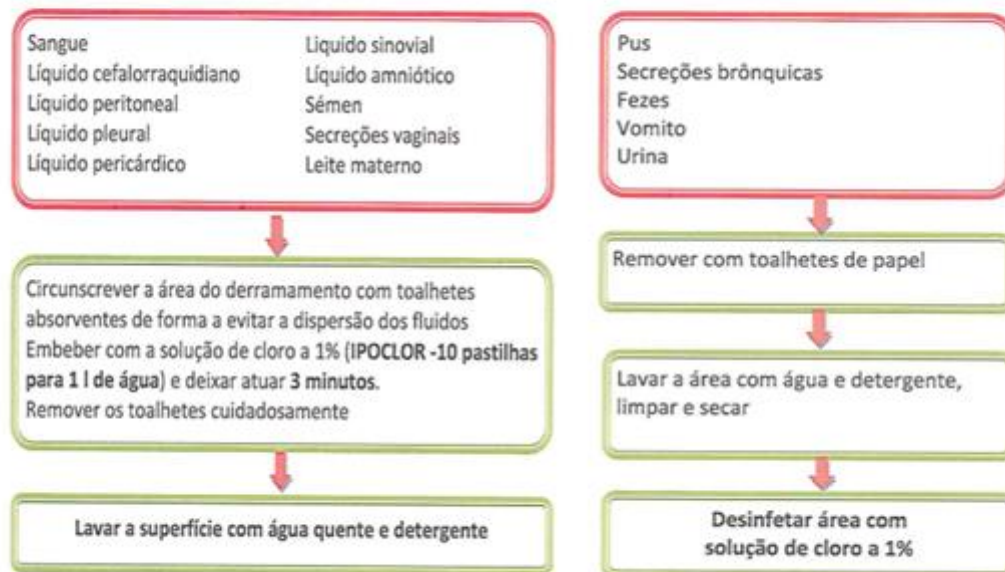
A DILUIÇÃO DAS PASTILHAS DEVE SER FEITA DE ACORDO COM AS RECOMENDAÇÕES DO FABRICANTE. A DURABILIDADE DA SOLUÇÃO É DE 24 HORAS. A UTILIZAÇÃO DAS PASTILHAS NA DESINFECÇÃO, DEVE SER FEITA DE ACORDO COM O RECOMENDADO.

Áreas de aplicação	Quantidade de pastilhas	Quantidade de água (l)	Pastilhas por milhão de litros disponíveis (ppm)	Concentração (%)	Mínimo de volume/tempo de contacto com solução IPOCLOR® por concentração
Desinfecção de superfícies com Acromax® de limpeza ou de outros produtos químicos, no modo modo grande área de desinfecção	10	1	10.000	1%	Cobrir sobre o produto durante 15 minutos de contacto com a solução. Remover os toalhetes cuidadosamente. Cobrir novamente a área com a solução e deixar atuar durante 2 minutos. Posteriormente lavar a superfície com água quente e detergente utilizando toalhetes de uso único.
Superfícies e equipamentos cobertos com	5	1	5.000	0,5%	Lavar com a solução e deixar atuar 15 minutos. Superfícies metálicas deverão ser enxaguar com água potável no final.
Materiais de maior do laboratório (balões, frascos, pipetas)	10 4	4 2	2.500	0,25%	Fazer solução de IPOCLOR® com água e deixar em repouso 40 minutos.
Desinfecção de áreas de áreas (sanitários, banheiros, locais operacionais e de espera, salas de tratamento, salas de espera cirúrgica e exames)	6	6	1.000	0,1%	Lavar as superfícies com um detergente neutro e em seguida lavar com a solução IPOCLOR® para desinfecção. Deixar atuar 15 minutos.
Desinfecção de superfícies rígidas (telhas, paredes e pisos)	4 2	10 5	400	0,04%	Lavar as superfícies com um detergente neutro e em seguida lavar com a solução IPOCLOR®.
Desinfecção de superfícies	6	6	1.000	0,1%	Molhar um pano na solução, passar cuidadosamente a superfície e deixar atuar 15 minutos.
Desinfecção de superfícies rígidas, paredes, pisos, paredes	1	10	100	0,01%	Imergir durante 1 hora.

Concentração em água com 6 emagres de 100 pastilhas 1,47g de NaOCl/pastilha

Quadro 7 – Instruções de diluição do Ipodor.

Instruções em caso de derramamento de matéria orgânica



Descontaminação de material e Instalações


Instalações	Descontaminação recomendada	Frequência recomendada pelo PPCIRA
Almofadas	Lavagem manual com água quente e detergente, enxaguamento, secagem e desinfecção com álcool a 70%	SOS e alta do doente
Armários de serviço (outros)	Lavagem manual com água quente e detergente, enxaguamento, secagem e desinfecção com solução de cloro 0.1%	Semanal
Balcão de inox	Limpeza húmida com água e detergente	3x/dia e SOS
Balcão de trabalho	Lavagem manual com água quente e detergente, enxaguamento, secagem e desinfecção com solução de cloro 0.1%	3x/dia e SOS
Balde do lixo	Lavagem com água quente e detergente, secagem	Semanal
Beirais das janelas	Limpeza húmida com água e detergente	Semanal
Cadeiras ou cadeirões	Limpeza húmida com água e detergente Desinfecção com solução de cloro 0.1%	Limpeza 2xdia, desinfecção 1xdia e SOS
Cadeira de rodas	Limpeza húmida com água e detergente Desinfecção com solução de cloro 0.1%	Semanal e SOS
Calha de iluminação e rede de oxigénio e vácuo	Limpeza húmida com água e detergente	1xdia
Campainhas	Limpeza húmida com água e detergente Desinfecção com solução de cloro 0.1%	1xdia
Carro de pensos	Lavagem com água quente e detergente	Desinfetar diariamente e entre procedimentos

Conclusão

- Uma adequada limpeza e desinfecção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infecções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies.
- É de extrema importância implementar uma cultura de segurança, de modo que a prevenção e controlo das infecções associadas a cuidados de saúde seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais de saúde, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos clientes.

Descontaminação de material e Instalações

Instalações	Descontaminação recomendada	Frequência recomendada pelo PPCIRA
Portas e molduras	Limpeza húmida com água e detergente	1xmês
Radiadores	Limpeza húmida com água e detergente	1xsemana
Secretárias	Limpeza húmida com água e detergente	1xdia
Suportes de soro	Limpeza húmida com água e detergente, álcool a 70º (fricção por 30seg)	Após utilização
Suporte de toalhetes das mãos	Limpeza húmida com água e detergente, reposição de toalhetes sempre que necessário	1xdia
Teto	Limpeza húmida com água e detergente Em programa de limpeza geral	Mensalmente Semestralmente
Telefones, computadores...	Limpeza húmida com água e detergente	1xdia
Urinóis e sanitas (WC)	Lavagem com água e detergente e desinfecção com solução de cloro 0.1%	2xdia ou sempre que necessário
Suportes de soro	Limpeza húmida com água e detergente, álcool a 70º (fricção por 30seg)	Após utilização



Qualidade significa fazer certo
mesmo quando ninguém está a olhar.

“Henry Ford”



Referências Bibliográficas

- Direcção-Geral de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde;
- Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte I (2010). Manual de procedimentos de higienização e limpeza em controlo de infeção;
- Administração Regional de Saúde do Norte (2013). Manual de Controlo da Infeção;
- Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (2016). Higienização de Ambientes e Superfícies.

ANEXO III – FOLHAS DE MONITORIZAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM
DA UCIP VILA REAL

**AVALIAÇÃO INICIAL
DE
ENFERMAGEM**

Serviço _____ Cama _____

Transferido de: SU Cons. Externa B.O. UCIP UCIC Outro _____

Pessoa a contactar: Nome _____ Parentesco _____ Tel.: _____

Motivo de Admissão _____

AMBIENTE SEGURO

Estado de consciência:
 Consciente Agitado Confuso Sonolento Inconsciente
 Orientado: no tempo no espaço acerca de si próprio
 Desorientado: no tempo no espaço acerca de si próprio
Risco de: Queda Autolesão Contágio

DADOS SOCIAIS (Se somatório = ou > a 3, contactar Assistente Social)

Indicadores	Ponderação
Sem acompanhante/visitas, com incapacidade para fornecer informações relativas a identificação, residência e contactos	1
Recusa à toma de medicação	1
Toxicodependência	1
Alcoolismo	1
Dependente para as AVDs	2
Sem retaguarda familiar eficaz	2
Suspeita de maus tratos psicológicos, físicos ou negligência	3
Abandono/rejeição familiar	3
Desconhecimento de direitos sociais (ex: benefícios sociais, ajudas técnicas, transporte e outros)	3
Más condições socio económicas que condicione a alta clínica (tratamentos, medicação, alimentação)	3

Aparentemente sem problemas sociais

DOR

Ao toque/palpação Espontânea À mobilização
 Localizada C/ irradiação

Escala da dor: (Assinale o nº correspondente)

Sem dor	Dor ligeira	Dor moderada	Dor severa	Dor insuportável
0	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10

Sintomas associados:
 Náuseas Vômitos Tonturas Sudoresa
 Obstipação Diarreia Outros _____
 A dor interfere com: Sono Actividade Alimentação
 Atenção Outro _____

ACESSO VENOSO/ARTERIAL

Cateter periférico: Não Sim Local _____
 Cateter central: Não Sim Local _____
 Fístula AV: Não Sim Local _____

COMUNICAÇÃO

Idioma _____
 Verbal: Sem alterações Afasia Disartria
 OBS _____
 Défice: Auditivo Visual
 OBS _____
 Limitação: Física Psíquica
 OBS _____

MOBILIZAÇÃO

Deambulação: Independente Dependente: Total Parcial
 Meios auxiliares _____
 Autonomia para se mover/posicionar/levantar do leito
 Independente Dependente: Total Parcial
 Plégias _____
 Parésias _____

NUTRIÇÃO/ALIMENTAÇÃO

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: Kg/m² _____
 Oral Entérica: Sonda:n.º..... em / /
 Parentérica em / / Gastrostomia em / /
 Dificuldade de mastigação Não Sim
 Dificuldade de deglutição: Não Sim
 Independente Dependente: Total Parcial
 Hábitos alimentares _____

HIGIENE E CONFORTO

Estado de higiene: Bom Médio Mau
 Autonomia para os cuidados de higiene:
 Independente Dependente: Total Parcial
 Hábitos de higiene: _____

ELIMINAÇÃO

Vesical: Independente Dependente: Total Parcial
 Incontinente Urostomia Dispositivo urinário Fralda
 Algália tipo _____ Nº _____ Data ____/____/____
 Intestinal: Independente Dependente: Total Parcial
 Incontinente Fralda Colostomia Ileostomia

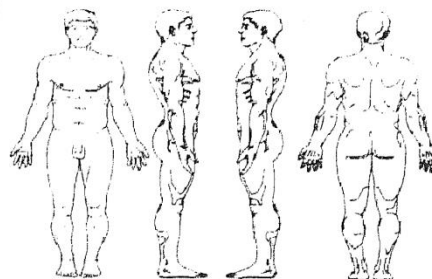
Hábitos intestinais _____

CIRCULAÇÃO/RESPIRAÇÃO

Edemas: Não Sim Local _____
 Varizes: Não Sim Local _____
 Sinais neurocirculatórios:
 Pele: Seca Húmida Cianosada Ictérica Fria Quente
 Mucosas: Secas Hidratadas Ictéricas Cianosadas
 Respiração: Espontânea Tubo orotraqueal Tubo nasotraqueal
 Traqueostomia Tubo _____ Data ____/____/____
 Tubo orotraqueal Tubo _____ Data ____/____/____
 Tubo nasotraqueal Tubo _____ Data ____/____/____
 Tosse: Não Sim Seca Produtiva
 Características das secreções _____

INTEGRIDADE CUTÂNEA

Pele: Inteira Com alterações Quais _____
 Ferida: Cirúrgica Traumática Úlcera de pressão
 Úlcera de pressão: Grau I Grau II Grau III Grau IV
 Assinale os locais de lesão:



Observações gerais: _____

Data ____/____/____ Enfermeiro _____ Nº Mec. _____



REGISTO DE ENFERMAGEM:

*Avaliação da Analgesia/Sedação/Agitação
no doente crítico*

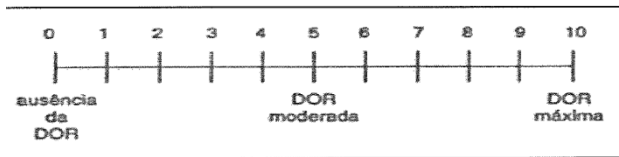
(Colante identificativo do doente)

Diagnóstico: _____

Data: __/__/__ Cama: ____ Folha: ____ Tiss: ____ N° Série: __/__/__

	ANALGESIA	SEDAÇÃO/ ESTADO DE CONSCIÊNCIA	ALT./HEMOD. (TA; FC; FR)
MANHA Enf.:	Escala 1 <input type="checkbox"/> Escala 2 <input type="checkbox"/> Nível de dor: ____ Nível de dor pós SOS: ____ TERAPÊUTICA INSTITUÍDA Tipo: _____ Dosagem: _____ Perfusão Contínua <input type="checkbox"/> ____ ml/h Bólus <input type="checkbox"/> Intervalo dos bólus: __/__/h SOS <input type="checkbox"/> Obs: _____ DIB <input type="checkbox"/> Data: __/__/__ Hora: __h	GLASGOW: RAMSAY: RASS: Delírium: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Terap.delirium: _____ TERAPÊUTICA INSTITUÍDA Tipo: _____ Dosagem: _____ Perfusão Contínua <input type="checkbox"/> ____ ml/h SOS <input type="checkbox"/> Obs: _____ BNM <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> max.: ____ mín.: ____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
TARDE Enf.:	Escala 1 <input type="checkbox"/> Escala 2 <input type="checkbox"/> Nível de dor: ____ Nível de dor pós SOS: ____ TERAPÊUTICA INSTITUÍDA Tipo: _____ Dosagem: _____ Perfusão Contínua <input type="checkbox"/> ____ ml/h Bólus <input type="checkbox"/> Intervalo dos bólus: __/__/h SOS <input type="checkbox"/> Obs: _____ DIB <input type="checkbox"/> Data: __/__/__ Hora: __h	GLASGOW: RAMSAY: RASS: Delírium: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Terap.delirium: _____ TERAPÊUTICA INSTITUÍDA Tipo: _____ Dosagem: _____ Perfusão Contínua <input type="checkbox"/> ____ ml/h SOS <input type="checkbox"/> Obs: _____ BNM <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> max.: ____ mín.: ____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
NOITE Enf.:	Escala 1 <input type="checkbox"/> Escala 2 <input type="checkbox"/> Nível de dor: ____ Nível de dor pós SOS: ____ TERAPÊUTICA INSTITUÍDA Tipo: _____ Dosagem: _____ Perfusão Contínua <input type="checkbox"/> ____ ml/h Bólus <input type="checkbox"/> Intervalo dos bólus: __/__/h SOS <input type="checkbox"/> Obs: _____ DIB <input type="checkbox"/> Data: __/__/__ Hora: __h	GLASGOW: RAMSAY: RASS: Delírium: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Terap.delirium: _____ TERAPÊUTICA INSTITUÍDA Tipo: _____ Dosagem: _____ Perfusão Contínua <input type="checkbox"/> ____ ml/h SOS <input type="checkbox"/> Obs: _____ BNM <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> max.: ____ mín.: ____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR



Escala 1 – Escala Visual Analógica Modificada

Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID)				
Face	Músculos da face relaxados 0	Músculos faciais tensos; franzir sobrancelhas; caretas 1	Contração frequente dos músculos faciais; franzir sobrancelhas; mandíbulas cerradas 2	Total
Quanto à agitação	Quieto; aparentemente relaxado; movimentos normais 0	Movimentos ocasionais; muda de posição 1	Movimentos irrequietos; frequentes; que incluem as extremidades e/ou a cabeça 2	Total
Tónus muscular*	Tónus muscular relaxado; normal 0	Aumento do tónus com flexão dos dedos das mãos e pés 1	Tónus rígido 2	Total
Adaptação à VM (excluir outras causas)	Tolera VM 0	Tosse, mas tolera VM 1	Luta com o ventilador 2	Total
Conforto	Confortado, relaxado 0	Confortado através do toque ou fala 1	Sem conforto apesar do toque ou fala 2	Total
Pontuação total (0 a 10): sem evidência de dor = 0 dor ligeira = 1-3 dor moderada = 4-5 dor severa/incontrolada = ≥ 6				
*A avaliação do tónus muscular em doentes com lesão medular, deverá ser efectuada na região superior à lesão. Doente com hemiplegia/ hemiparésia deverá ser feita a avaliação da dor, no lado não afectado.				

Escala 2 – ESCID

ESCALA DE CONSCIÊNCIA

Escala de Coma de Glasgow	
<i>Abertura dos olhos</i>	
Não	1
À dor	2
Ao falar	3
Espontaneamente	4
<i>Resposta verbal</i>	
Não	1
Incompreensível	2
Inadequada	3
Confusa	4
Orientada	5
<i>Resposta motora</i>	
Não	1
Extensão	2
Flexão	3
Retirada	4
Localizada	5
Obedece a ordens	6

ESCALAS DE SEDAÇÃO

Escala de Ramsay	
Acordado, inquieto, ansioso ou calmo	1
Acordado, orientado, cooperante, tranquilo	2
Confuso, resposta a estímulos	3
Sonolento, resposta a estímulos verbais e dolorosos	4
Sonolento, fraca resposta a estímulos	5
Comatoso, sem resposta	6

Escala de Sedação/ Agitação de Richmond (RASS)	
+4	Combativo: violento; representa perigo imediato para toda equipa da UCI
+3	Muito agitado: puxa/retira cateteres/tubos; agressivo
+2	Agitado: movimentos não intencionais frequentes; "luta" contra o ventilador
+1	Inquieto: ansioso mas os movimentos não são agressivos
0	Desperto e calmo
-1	Confuso: não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura olhos/ contacto olhos à voz > 10 seg)
-2	Sedação ligeira: acorda por breves períodos com contacto dos olhos à voz (<10 seg)
-3	Sedação moderada: movimento ou abertura dos olhos à voz (mas sem contacto dos olhos)
-4	Sedação profunda: não responde à voz; tem movimentos ou abertura dos olhos com estímulo táctil
-5	Não despertável: não responde à voz ou ao estímulo táctil



Diagnóstico _____

Nº ordem ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

Checklist de inserção de CVC

Data de colocação: ____ / ____ / ____

Motivo: _____

Local de inserção

Veia subclávia Dta. Esq.

Jugular interna Dta. Esq.

Femoral Dta. Esq.

Acesso Femoral	Acesso Jugular
Razão: _____	<input type="checkbox"/> Anatomia anómala na região subclávia; <input type="checkbox"/> Lesão cutânea na região subclávia; <input type="checkbox"/> Hiperinsuflação pulmonar significativa; <input type="checkbox"/> Inexperiência do operador para acesso a subclávia <input type="checkbox"/> Outro: _____

Lúmens: 2 vias 3 vias 4 vias 5 vias

Número mínimo de lumens:

Cateterização efetuada por _____

Controle radiológico após inserção do CVC: Sim Não

Penso: Com compressa Transparente

Complicações imediatas

<input type="checkbox"/> Hematoma subcutâneo	<input type="checkbox"/> Hidrotórax
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Hemo e hidromediastino
<input type="checkbox"/> Mau posicionamento do cateter	<input type="checkbox"/> Punção e/ou laceração arterial
<input type="checkbox"/> Embolia gasosa	<input type="checkbox"/> Lesão do ducto torácico
<input type="checkbox"/> Pneumotorax	<input type="checkbox"/> Lesão do nervo frénico
<input type="checkbox"/> Hemotorax	<input type="checkbox"/> Nenhuma

Manutenção do CVC

Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Qual o motivo de Manter o CVC						
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Qual o motivo de Manter o CVC						
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Qual o motivo de Manter o CVC						

PENSO	Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Após 48H (compressa)						
	Após 7 dias (transparente)						

SOS	Descolado						
	Sujo ou molhado						
	Sangue						
	Outro. Qual?						
	Alterações no local de inserção	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado

PENSO	Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Após 48H (compressa)						
	Após 7 dias (transparente)						

SOS	Descolado						
	Sujo ou molhado						
	Sangue						
	Outro. Qual?						
	Alterações no local de inserção	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado	<input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Erosão da pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado

Complicações tardias

<input type="checkbox"/> Flebite mecânica	<input type="checkbox"/> Embolia gasosa / pulmonar
<input type="checkbox"/> Celulite	<input type="checkbox"/> Extravasamento das infusões
<input type="checkbox"/> Infecção (sépsis relacionada com o cateter)	<input type="checkbox"/> Dificuldade de retorno venoso da extremidade superior
<input type="checkbox"/> Trombose da veia central	<input type="checkbox"/> Deslocamento do cateter
<input type="checkbox"/> Tromboflebite séptica	<input type="checkbox"/> Danificação do cateter / Obstrução do cateter
<input type="checkbox"/> Síndrome da veia cava superior	<input type="checkbox"/> Obstrução da via (Qual _____)
<input type="checkbox"/> Perda de acesso venoso	<input type="checkbox"/> Nenhuma

Remoção CVC		Data / /
Motivo	<input type="checkbox"/> Sem necessidade de CVC	
	<input type="checkbox"/> Sinais inflamatórios locais	
	<input type="checkbox"/> Obstrução mecânica	
	<input type="checkbox"/> Outra	
Colheita de hemocultura	Resultado	
<input type="checkbox"/> Do CVC		
<input type="checkbox"/> Dum acesso periférico		
Colheita da ponta do cateter para bacteriologia	Resultado	
<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		

Períodos de Avaliação	DATA	VNI										GSA:								
		Modo:				Fio2	SpO2	FR	FC	Tensão Arterial	Utilização:			pH	pO2	PCO2	HCO3	SaO2	PO2/FIO2	Lactatos
		ST	CPAP	AVAP'S	1 - Contínua;						2 - Intermitente;	3 - Noturna								
		IPAP	EPAP				1	2	3											
À admissão																				
Início VNI																				
1H Após																				
6H Após																				
12H Após																				
24H Após																				
Alteração parâmetros																				
Alteração parâmetros																				
Alteração parâmetros																				
Alteração parâmetros																				
Ventilação Espontânea																				

Observações (Tipo de tratamento aplicado na UP; Outras observações)

37

Ministério da Saúde / Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. Serviço de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios / UAVC



REGISTO DE ENFERMAGEM:

(Colante de identificação do doente)

Avaliação do doente em Prone Position

Diagnóstico: _____ N° Série: ____/____

Início/hora: __/__/__ ____H Fim/hora: __/__/__ ____H

Dia n°: ____ Enf.: _____

SAPSII:	TISS:
SOFA ₀ :	APACHEII:
SOFA:	MPMOII:

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS/HEMODINÂMICOS *ANTES PRONE* (30')

PARÂM. VENTIL. PROGRAM.

Modo controlado:

FiO₂:

Vt:

FR:

I:E:

PEEP:

Pmáx:

PARÂM. HEMODINÂM.

TA:

PAM:

FC:

GASIMETRIA:

PaO₂/FiO₂:

PaO₂:

PaCO₂:

SaO₂:

pH:

PARÂMETROS VENT. DOENTE:

Vt:

VM_{minuto}:

Pplateau_{insp.}:

Ppico:

PEEP:

FR:

SpO₂:

Compl.:

Rva:

COMPLICAÇÕES

- Edema Facial

- Úlceras de decúbito

• Local: _____

- Secreções aumentadas

- Hemoptises

- Pneumotórax

- Paragem cardíaca

- Outras: _____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS/HEMODINÂMICOS *APÓS PRONE* (30')

GASIMETRIA:

PaO₂/FiO₂:

PaO₂:

PaCO₂:

SaO₂:

pH:

PARÂMETROS VENT. DOENTE:

Vt:

VM_{minuto}:

Pplateau_{insp.}:

Ppico:

PEEP:

FR:

SpO₂:

Compl.:

Rva:

PARÂM. HEMODINÂM.

TA:

PAM:

FC:

COMPLICAÇÕES IMEDIATAS

Exteriorização:

- CVC

- C arterial

- TOT

- SNG/OG

- Outros: _____

SEDO/ANALGESIA/BLOQUEIO NEUROMUSCULAR

Analgesia

Tipo:

Perfusão contínua:

SOS:

Sedativo (s)

Tipo:

Perfusão contínua:

SOS:

Curarizante

Tipo:

Dose:

CHTM/AD

ANEXO IV – AUDITORIAS DESENVOLVIDAS PELA PPCIRA



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS	Cidade	Código do Hospital
Observador		Período N.º
Data (dd.mm.aaaa)		Sessão N.º
Hora de início/fim (hh:mm)		Formulár. N.º
Duração da sessão (mm)		Enfermaria

Cat. Profis. Código N.º			Cat. Profis. Código N.º			Cat. Profis. Código N.º			Cat. Profis. Código N.º		
Oport.	Indicações	Ação	Oport.	Indicações	Ação	Oport.	Indicações	Ação	Oport.	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas
2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas
3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas
4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas
5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas
6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas
7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas
8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/realizado <input type="checkbox"/> Luvas

AUDITORIA INTERNA: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC

Critérios de Preenchimento :

Por cada local de produção (espaço físico) deve ser preenchida uma matriz;

Assinalar com **1** na coluna do **SIM** as respostas afirmativas

Assinalar com **1** na coluna do **NÃO** as respostas negativas

Quando a pergunta não é aplicável (**N/A**), assinalar com **1** na respectiva coluna

Quando houver necessidade de acrescentar alguma informação, sinalizar o campo **OBS**

Data:	Unidade de Saúde	Auditor:	SIM	NÃO	N/A	OBS
1 - Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções" no Momento de Colocação do Cateter Venoso Central						
1.1	Existe evidência de que no doente é avaliada a necessidade de colocar cateter venoso central, registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionado cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente					
1.2	Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por todos os profissionais que irão realizar o procedimento. O profissional que não está em contato direto com a pele do doente ou com o campo esterilizado não necessita utilizar bata e luvas estéreis,					
1.3	Existe evidência de que no doente é realizada antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central: fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos;					
1.4	Existe evidência de que no doente é usado campo cirúrgico que cubra a maioria da sua superfície corporal.					
1.5	Existe evidência de que no doente não é usado acesso femoral, sempre que possível, e registadas razões de utilização de acesso femoral.					
1.6	Existe evidência de que no doente é usado acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia) e prefere-se acesso jugular interno apenas em caso de: anatomia anómala na região subclávia; lesão cutânea na região subclávia; hiperinsuflação pulmonar significativa; inexperiência do operador para acesso subclávio					
1.7	Existe evidência de que no doente é utilizada técnica asséptica na realização do penso: - garantia do local de introdução do CVC limpo e sem sangue; - uso de máscara; - luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso ou uso de "kit de penso"; - uso de cloro-hexidina a 2% em álcool; - data do penso.					
	Foi utilizado Kit para colocação de cateter venoso central?					
(8) Sub-Total %			0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL %			0,0	0,0	0,0	0,0

AUDITORIA INTERNA: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC

Critérios de Preenchimento :
Por cada local de produção (espaço físico) deve ser preenchida uma matriz:

Assinalar com **1** na coluna do **SIM** as respostas afirmativas
Assinalar com **1** na coluna do **NÃO** as respostas negativas
Quando a pergunta não é aplicável (**N/A**), assinalar com **1** na respectiva coluna
Quando houver necessidade de acrescentar alguma informação, sinalizar o campo **OBS**

	Data:	Unidade de Saúde	Auditor:	SIM	NÃO	N/A	OBS
2 - Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções" na Manutenção do Cateter Venoso Central							
2.1	Existe evidência de que é avaliada diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central no doente						
2.2	Existe evidência de que é realizada higiene das mãos com água e sabão de pH neutro ou fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central no doente						
2.3	Existe evidência de que a nível do cateter venoso central no doente, são descontaminadas as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70º antes de qualquer manuseamento local: descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70º, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril						
2.4	Existe evidência de que na realização de penso no doente é: garantido orifício de inserção e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele; data do penso						
2.5	Existe evidência de que é mudado penso no doente sempre que se verifique uma destas condições: penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48 horas após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente						
(5) Sub-Total %				0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL							0
TOTAL %				0,0	0,0	0,0	0

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical								
ITUACV 3B: Percentagem de algalias inseridas com técnica asséptica de acordo com a recomendação 2 da bundle								
Critérios de Preenchimento : Por cada doente auditado deve ser preenchida uma matriz;				Auditor:			Auditor:	
				Processo:			Processo:	
				Data:			Data:	
Data:	Unidade de Saúde	Auditor:	SIM	NÃO	N/A	SIM	NÃO	N/A
Implementação integrada do "Feixe de Intervenções"								
2	Existe evidência de que no doente é efetuada cumprimento da técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem							
2.1	Higienização das mãos de acordo com os "5 momentos" da OMS							
2.2	Colocar luvas não estéreis							
2.3	Efetuar higiene genital							
2.4	Retirar luvas							
2.5	Higienização das mãos de acordo com os "5 momentos" da OMS							
2.6	Colocar luvas esterilizadas							
2.7	Lubrificação da uretra com gel anestésico de dose única							
2.8	A inserção é efetuada de forma asséptica							
2.9	O cateter é conectado a um saco com torneira							
2.10	Realizar higienização das mãos, de acordo com os "5 momentos" da OMS							
2.11	É registada a data, motivo de inserção, tipo de cateter e número do cateter							
	Foi utilizado Kit para colocação de cateter vesical?							
ITUACV 3A:	Motivo de inserção							
Nota:	Quando o volume de algalias mantidas for grande, considerar colher uma amostragem. Caso o volume de algalias inseridas for pequeno, colher informações de todos os doentes.							

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical									
ITUACV 4: Percentagem de algalias mantidas observadas de acordo com a recomendação 3, 4, 5 e 6 da bundle									
Critérios de Preenchimento: Por cada doente auditado deve ser preenchida uma matriz;				Auditor:			Auditor:		
				Processo:			Processo:		
				Data:			Data:		
Data:	Unidade de Saúde	Categoria Profissional:	SIM	NAO	N/A	SIM	NAO	N/A	
Implementação integrada do "Feixe de Intervenções"									
3	Existe evidência de que: 3.1 no doente é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, doente a doente e 3.2 mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem								
4	Existe evidência de que: 4.1 no doente é efetuada realização da higiene diária do meato uretral, pelo doente (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde e 4.2 com ensino ao doente e família sobre cuidados de prevenção de infeção do trato urinário associada a cateter vesical (Não se Aplica ao SIM)								
5	Existe evidência de que: 5.1 no doente é mantido cateter vesical seguro (Não se aplica ao SIM), com saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e 5.2 esvaziado sempre que é atingido 2/3 da sua capacidade								
6	Existe evidência de que: 6.1 no doente é efetuada verificação diária da necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e 6.2 registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção								
	Existe evidência de que a mudança do cateter vesical está programada para o 10º dia pós colocação (contando o 1º dia de colocação como dia 1)								

Nota:

Quando o volume de algalias mantidas for grande, considerar colher uma amostragem (no mínimo 20 observações mês). Escolher um observador anónimo entre os membros da equipa para realizar as observações. Realizar rotação entre estas pessoas.

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação							
Critérios de Preenchimento : Por cada doente ventilado auditado deve ser preenchida uma matriz;				Auditor:		Auditor:	
				Processo: Data:		Processo: Data:	
				SIM	NÃO	N/A	SIM
1 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SEDAÇÃO (Auditar os registos de enfermagem e/ou diário clínico do dia anterior)							
1.1	Existe evidência de que no doente é efetuada revisão, redução e, se possível, a paragem diária da sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentado no processo clínico. A sedação é reduzida ou suspensa de forma diária, excepto se o doente está acordado e confortável ou se existir contra-indicação.						
2 - DESMAME VENTILATÓRIO/EXTUBAÇÃO (Auditar os registos de enfermagem e/ou diário clínico do dia anterior)							
2.1	Existe evidência de que no doente é efetuada discussão e avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico						
3 - ELEVACÃO DA CABECEIRA (Auditoria por observação direta, momento de repouso)							
3.1	Existe evidência de que no doente é mantida a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitando momentos de posição supina, sendo realizada auditoria diária ao cumprimento desta medida, registado no processo clínico						
4 - HIGIENE ORAL (Auditar os registos de enfermagem do dia anterior, completando 24h)							
4.1	A boca é higienizada com gluconato de clorhexidina ($\geq 1-2\%$ gel ou líquido) de 8/8horas (a clorhexidina pode ser inativada pela pasta de dentes, assim deve-se permitir um intervalo entre a sua aplicação e a escovagem dos dentes com pasta dentífrica. Em doentes que previsivelmente permaneçam na unidade de cuidados intensivos (UCI) mais de 48 horas e documentar no processo clínico						
5 - CIRCUITOS VENTILATÓRIOS (Auditar por observação direta)							
5.1	Manter circuitos ventilatórios limpos. Substituir apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes.						
6 - PRESSÃO DO CUFF DO TUBO (Auditar os registos de enfermagem do dia anterior, completando 24h)							
6.1	A pressão do cuff é medida de 4 em 4 horas, mantendo a pressão entre 20-30cmH ₂ O (ou 2cm H ₂ O acima da pressão de pico inspiratória) e é registada no gráfico de monitorização da UCI						

Sugestão: Recolher informação uma vez por semana, alternando entre os dias da semana e turnos de trabalho. No dia selecionado recolher a informação de todos os pacientes em VM através da análise de ficheiros, observação direta ou outros documentos relevantes . É obrigatório que TODOS os elementos da bundle estejam registados.

O numerador é uma medida "**tudo ou nada**", o paciente só conta como "aderente ao bundle" se recebeu todos os elementos, se tiver falhado algum , ele NÃO entra no numerador. Se a % de adesão for baixa, meça a adesão individual a cada elemento da bundle. Neste caso, o numerador é o total de pacientes em VM que receberam aquele elemento da bundle e o denominador é o total de pacientes em VM analisados. Divida o numerador pelo denominador e multiplique por 100 para obter a %.