



**Politécnico  
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

**TRABALHO FINAL DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

## **A contenção da pessoa com *delirium***

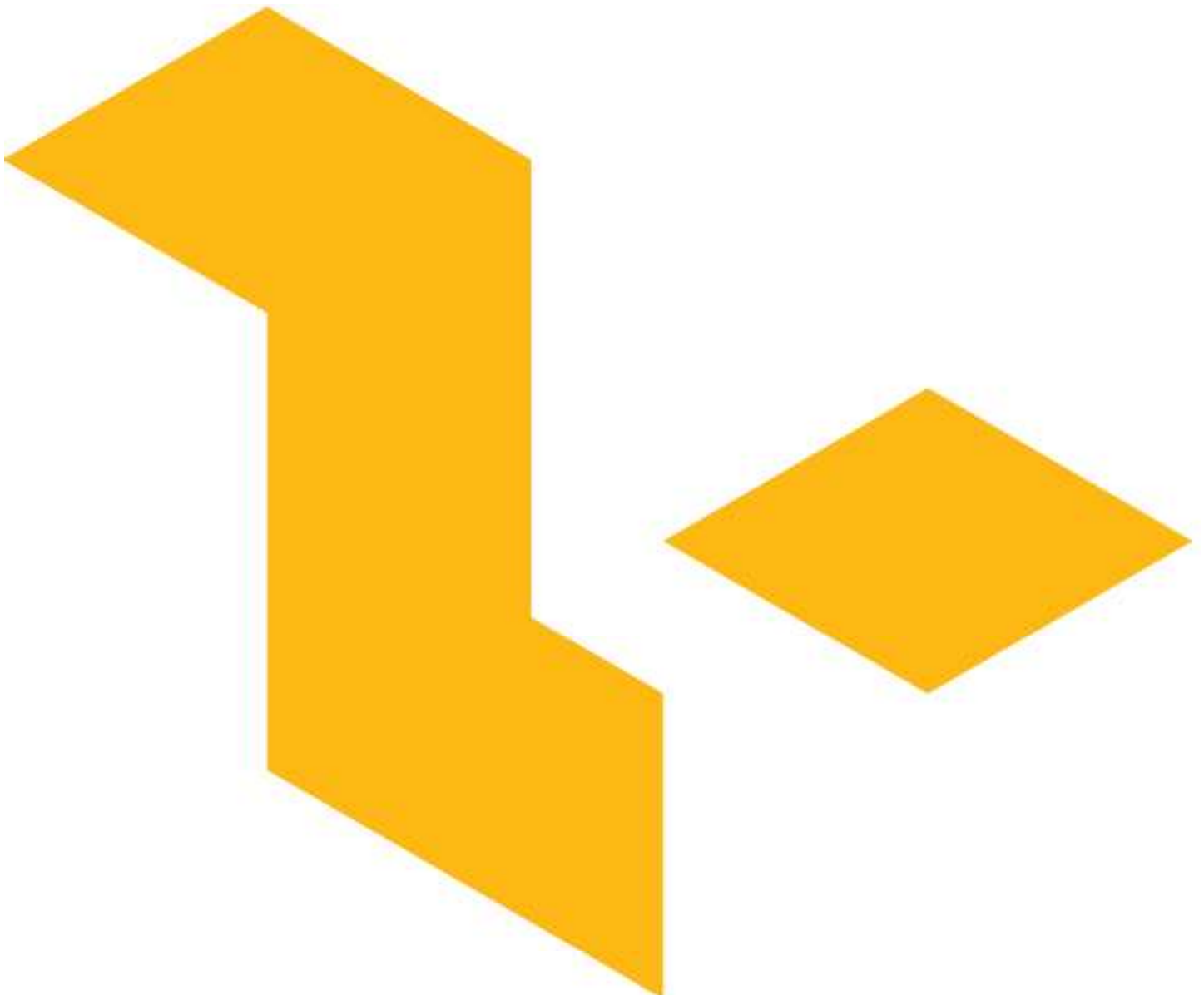
*Diana Serrano dos Santos N°20201942*

*João Diogo Domingues Lourenço Luís N°20210858*

*Liana Morais Paulo N°20211349*

**Data**

**julho 2025**







**Politécnico  
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

## **A contenção da pessoa com *delirium***

### **Perspetivas éticas para um cuidado humanizado**

Diana Serrano dos Santos | nº 20201942

João Diogo Domingues Lourenço Luís | nº 20210858

Liana Morais Paulo | nº 20211349

#### **Orientador**

Professor Assistente Convidado Marco Rúben Martins Correia

Revisão narrativa da literatura apresentada à Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à aprovação da Unidade Curricular Estágio VI, realizada sob a orientação pedagógica do Professor Assistente Convidado Marco Rúben Martins Correia, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Julho, 2025**



## **Composição do júri**

Presidente do júri

Doutora, Ângela Sofia Lopes Simões

Vogais

Mestre, Marco Rúben Martins Correia  
Assistente Convidado Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto  
Politécnico de Castelo Branco

Mestre, Ricardo Jorge dos Santos Florentim  
Assistente Convidado Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto  
Politécnico de Castelo Branco



## **Agradecimentos**

Queremos realizar um agradecimento conjunto a todos os nossos familiares, nomeadamente da Diana, do João e da Liana, em especial aos pais por serem o nosso pilar não só no desenvolvimento deste trabalho, mas principalmente ao longo dos últimos quatro anos deste trajeto académico que hoje terminamos. Sem o suporte deles não seria possível alcançarmos hoje este objetivo.

Aos nossos irmãos, pela paciência e o apoio que sempre demonstraram mesmo nos nossos dias mais difíceis.

Agradecemos ainda ao Professor Marco Correia, orientador da presente revisão narrativa, pela sua disponibilidade, empenho, motivação e tempo que despendeu para nos auxiliar na elaboração da mesma.

Por fim, aproveitamos ainda para expressar o nosso agradecimento a todos os professores e profissionais de saúde que se cruzaram connosco ao longo do percurso académico e dos respetivos ensinamentos clínicos, por partilharem connosco a sua experiência e o seu saber, que tanto contribuíram para enriquecer o nosso conhecimento.



## Resumo

O presente estudo visa analisar os dilemas éticos que surgem aquando da aplicação do uso de contenção em doentes que padeçam de perturbações neurocognitivas, mais especificamente o *delirium*. Desta forma, a prática de contenção diverge em termos de opinião, pois apesar de ser utilizada para garantir a segurança tanto do utente como de terceiros, levanta alguns conflitos éticos, desafiando alguns princípios fundamentais como é o caso da autonomia, dignidade, beneficência e não maleficência. A sua aplicação envolve uma delicada articulação entre a proteção da integridade física e o respeito pelos direitos e valores individuais da pessoa cuidada, colocando os profissionais de saúde num constante desafio para decidir quando, como e em que condições esta medida deve ser aplicada.

O *delirium*, apresenta-se como um transtorno neurocognitivo de alta complexidade, uma vez que não é uma patologia de evolução linear, oscilando muitas vezes nas suas formas de manifestação. Em quadros de *delirium* é comum ocorrerem episódios de grande agitação psicomotora e, como tal, a segurança tanto da pessoa como de terceiros poderá ficar comprometida. Desta forma, e quando todas as outras alternativas tiverem sido esgotadas recorre-se, muitas vezes, ao uso de contenção.

Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde de primeira linha, é a esta classe de profissionais que cabe o poder de decisão de quando aplicar ou não esta intervenção. Assim a elaboração de algumas alternativas para minimizar a inquietação em causa, são essenciais.

Como fundamentação teórica para o tema, foi escolhida a teoria do cuidar humano de *Jean Watson*, sendo que a mesma enfatiza o cuidado holístico com base na empatia e respeito pela pessoa, considerando todas as dimensões, mente, corpo e espírito. Esta perspetiva reforça a importância de cuidados focados na pessoa, que não se limitem a tratar apenas a patologia, mas que promovam a dignidade e o bem-estar global, mesmo em situações clínicas desafiadoras e complexas.

A ausência de conhecimento aprofundado acerca do *delirium* e estratégias preventivas e de controlo da agitação pode contribuir para a utilização precoce e, por vezes, inadequada da contenção, expondo a pessoa cuidada a riscos, tanto a nível físico como emocional. Neste contexto, a abordagem holística defendida por *Jean Watson* constitui um contributo relevante, ao promover práticas de cuidado mais humanizadas, centradas na pessoa, e orientadas para a preservação da dignidade e bem-estar da mesma, mesmo em situações de elevada complexidade.

## Palavras-chave

contenção, *delirium*, enfermagem, ética



## Abstract

The present study aims to analyze the ethical dilemmas that arise when applying restraints to patients suffering from neurocognitive disorders, specifically delirium. The practice of using restraints is subject to differing opinions, as, although it is intended to ensure the safety of both the patient and others, it raises ethical conflicts, challenging fundamental principles such as autonomy, dignity, beneficence, and non-maleficence. The application of restraints requires a delicate balance between protecting physical integrity and respecting the individual rights and values of the person being cared for, placing healthcare professionals in a constant dilemma about when, how, and under what conditions this intervention should be implemented.

Delirium presents itself as a highly complex neurocognitive disorder, as it does not follow a linear progression and often varies in its manifestations. Episodes of intense psychomotor agitation are common in cases of delirium, which may compromise the safety of both the patient and others. Consequently, when all other alternatives have been exhausted, the use of restraints is often considered.

As frontline healthcare professionals, nurses hold the responsibility of deciding when to apply this intervention. Therefore, developing alternative strategies to minimize agitation is essential.

As a theoretical framework for this topic, Jean Watson's Theory of Human Caring was chosen, as it emphasizes holistic care based on empathy and respect for the person, considering all dimensions — mind, body, and spirit. This perspective reinforces the importance of person-centered care that goes beyond treating the disease itself, promoting dignity and overall well-being, even in challenging and complex clinical situations.

A lack of in-depth knowledge about delirium, as well as preventive strategies and agitation management, may lead to the premature and sometimes inappropriate use of restraints, exposing the patient to both physical and emotional risks. In this context, the holistic approach advocated by Jean Watson offers a relevant contribution by promoting more humanized, person-centered care practices aimed at preserving the patient's dignity and well-being, even in highly complex situations.

## Keywords

ethics, *delirium*, nursing, restraint



# Índice geral

Introdução .....	1
1 Enquadramento conceptual.....	3
1.1 Transtornos neurocognitivos.....	3
1.2 <i>Delirium</i> .....	4
1.2.1 Fisiopatologia .....	5
1.2.2 Incidência e Prevalência .....	6
1.2.3 Diagnóstico.....	6
1.2.4 Tipologia.....	7
1.2.5 Fatores de risco .....	8
1.2.6 Tratamento .....	9
1.3 Contenção .....	10
1.3.1 Tipos de contenção .....	10
1.3.2 Riscos no uso de contenção .....	11
1.4 Princípios éticos e deontológicos.....	12
1.5 Teoria do Cuidar Humano de <i>Jean Watson</i> .....	13
2 Metodologia.....	17
3 Resultados .....	19
4 Discussão .....	21
4.1 Princípio da autonomia .....	23
4.2 Princípio da dignidade .....	23
4.3 Princípios da beneficência e não maleficência .....	24
5 Implicações para a prática.....	26
Conclusão .....	27
Referências Bibliográficas .....	28
ANEXOS .....	32
ANEXO A – <i>Confusion Assessment Method</i> .....	33
ANEXO B – <i>Mini Mental State Examination</i> .....	34
ANEXO C - Diagnóstico diferencial entre <i>delirium</i> e demência .....	36

## Índice de figuras

<b>Figura 1 - <i>Confusion Assessment Method</i></b> .....	33
<b>Figura 2 - <i>Mini Mental State Examination</i></b> .....	34
<b>Figura 3 - <i>Mini Mental State Examination</i></b> .....	35
<b>Figura 4 - Diagnóstico diferencial entre delirium e demência</b> .....	36

## Lista de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Tipos de TNC segundo CID-11 .....	3
<b>Tabela 2</b> - Tipos de TNC segundo DSM-5 .....	4
<b>Tabela 3</b> - Fatores predisponentes e precipitantes de quadros de delirium .....	8
<b>Tabela 4</b> - Fatores de risco para quadros de delirium segundo DSM-5.....	8
<b>Tabela 5</b> - Modelo PCC.....	17
<b>Tabela 6</b> - Critérios de inclusão e exclusão de artigos .....	18

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

**APA** - *American Psychiatric Association*

**AVD's** – Atividades da Vida Diária

**CAM** – *Confusion Assessment Method*

**CID-11** – Classificação Internacional de Doenças, 11<sup>a</sup> revisão

**CVC** – Cateter Venoso Central

**CVP** – Cateter Venoso Periférico

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DSM-5** – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>a</sup> edição

**ESALD** – Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias

**MMSE** – *Mini Mental State Examination*

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PCC** – Pessoa, Conceito e Contexto

**PEG** – *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy* (Gastrostomia Endoscópica Percutânea)

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SNG** – Sonda Nasogástrica

**TNC** – Transtornos Neurocognitivos

**UPP** – Úlcera por Pressão



## Introdução

A presente revisão narrativa emerge como parte integrante da Unidade Curricular Estágio VI, alocada no 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. A mesma foi elaborada pelos alunos de Enfermagem, Diana Santos, João Diogo e Liana Paulo, sob a orientação pedagógica do Professor Assistente Convidado Marco Rúben Martins Correia.

No que diz respeito ao cuidado a utentes com perturbações neurocognitivas a prática de enfermagem está repleta de desafios exigentes, uma vez que este tipo de patologia afeta as funções cognitivas dos utentes e, conseqüentemente, poderão comprometer os cuidados de enfermagem. Sendo este tipo de patologia de elevada complexidade, o cuidado por parte da equipa de saúde, nomeadamente, pelos enfermeiros deve ser tido como rigoroso e, acima de tudo, humanizado. Particularmente, o *delirium*, enquanto transtorno neurocognitivo, apresenta uma enorme relevância, uma vez que a sua prevalência em contexto hospitalar é cada vez maior e, portanto, o contacto dos enfermeiros com este tipo de doenças é também crescente. Esta patologia apresenta um grande impacto nos utentes pois, a sua sintomatologia manifesta-se através de agitação psicomotora, desorientação e alterações a nível cognitivo. Este fenómeno que ocorre de forma súbita e inesperada, apresenta um carácter imprevisível, uma vez que a sua evolução não é linear e, tanto o seu desenvolvimento como intensidade podem variar dependendo do fator desencadeante.

Assim, os enfermeiros enquanto profissionais de saúde que se encontram na primeira linha de prestação de cuidados, e aqueles que estabelecem contato de maior proximidade com a pessoa cuidada vêm-se na iminência de recorrer a estratégias complexas de gestão do *delirium*. Particularmente as estratégias de contenção, em toda a sua tipologia, colocam o enfermeiro numa posição de reflexão onde são colocados em jogo conflitos de dimensão ética e deontológica, nomeadamente, ao nível do respeito pela autonomia, pela dignidade, e pelo princípio da beneficência e não maleficência. A emergência destes dilemas levou a que a contenção fosse encarada como um recurso de última linha no controlo da agitação, ou seja, algo que deve ser equacionado apenas quando todas as outras opções forem esgotadas, sendo que a sua utilização pode impactar de forma negativa a vida das pessoas cuidadas causando não apenas sofrimento físico, mas também emocional.

Neste contexto e tendo por base a linha de investigação proposta “Enfermagem de saúde mental de ligação no doente com perturbações neurocognitivas/comportamentais”, foi levantada como questão de investigação “Quais os principais dilemas éticos com os quais se deparam os enfermeiros na contenção da pessoa com *delirium*?”.

Assim, foi definido como objetivo geral desta revisão narrativa da literatura “Compreender os desafios inerentes à responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro na contenção da pessoa com *delirium*”. E, de forma a corresponder da melhor forma ao objetivo geral, foram definidos como objetivos específicos:

- Conceptualizar a escalada de agitação psicomotora no *delirium* e o seu impacto na necessidade de contenção;
- Identificar o impacto da contenção na prática de cuidados de enfermagem à pessoa com *delirium*;

- Analisar os dilemas éticos e deontológicos inerentes à contenção da pessoa com *delirium*;
- Apresentar os resultados obtidos no decorrer da pesquisa acerca da temática em questão;
- Refletir de forma crítica acerca do impacto da contenção em pessoas com *delirium*, tendo por base a Teoria do Cuidar Humano de *Jean Watson*;
- Explorar alternativas terapêuticas eficazes à contenção;
- Dissecar a responsabilidade do enfermeiro na tomada de decisão ética e deontológica face à contenção de pessoas com *delirium*.

De forma a conferir estrutura a este trabalho de investigação, optou-se por dividir o documento em cinco capítulos que seguem as orientações para a elaboração de uma revisão narrativa da literatura. Assim, num primeiro momento, será mapeado o enquadramento conceptual, onde são analisados em profundidade os conceitos que emergem da questão de investigação. Neste capítulo, apresenta-se o *delirium* como perturbação neurocognitiva, analisando as suas nuances fisiopatológicas, prevalência, critérios de diagnóstico, classificação, fatores de risco e abordagens de tratamento. Ainda no enquadramento conceptual, serão apresentados o conceito de contenção e a dimensão ética que é suscitada por este tipo de intervenção. No segundo ponto do trabalho, expõem-se a metodologia utilizada nesta revisão narrativa da literatura, que permitiu alcançar os resultados que são apresentados no terceiro capítulo deste trabalho. No capítulo quatro, os resultados serão confrontados com outras perspetivas teóricas, procurando respostas para a questão de investigação. Esta reflexão será feita sob a lente dos contributos teóricos de *Jean Watson*. Por fim, em jeito de conclusão, será apresentada uma síntese de eventuais implicações práticas deste trabalho.

A formatação da presente revisão narrativa da literatura encontra-se em conformidade com as normas definidas pela Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias (ESALD), sendo que as referências bibliográficas se encontram de acordo com as Normas *American Psychiatric Association* (APA), 7<sup>o</sup> edição.

# 1 Enquadramento conceptual

## 1.1 Transtornos neurocognitivos

Quando surge o tema Transtornos Neurocognitivos (TNC) a utilização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5) e do Manual de Classificação Internacional de Doenças 11ª edição (CID-11) é mandatória. Ambos fornecem uma base coerente e padronizada auxiliando os profissionais de saúde no que diz respeito ao diagnóstico e classificação deste tipo de patologias e, por sua vez, na formulação e implementação das intervenções mais adequadas (Braga, 2024).

Tendo por base a APA - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), os TNC podem ser definidos como um conjunto de perturbações cujo problema primário se encontra nas funções cognitivas, englobando a atenção, memória, aprendizagem, linguagem, percepção, entre outras. Este grupo de patologias não tem origem no nascimento, pelo que ocorrem no decurso do ciclo de vida da pessoa (American Psychiatric Association, 2014).

O CID-11 adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), não adquire o termo TNC por si só, sendo que o mesmo está englobado na secção que diz respeito aos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento. Contudo, a definição de TNC vai de encontro à anteriormente mencionada segundo o DSM-5 (WHO, 2025).

No entanto, apesar de similares estas duas classificações apresentam algumas diferenças. O DSM-5 dá ênfase à gravidade e ao impacto que o declínio cognitivo apresenta na vida da pessoa, categorizando os TNC em maiores e leves. O CID-11 foca-se maioritariamente na origem do problema, ou seja, nas condições médicas que estão na base do declínio cognitivo e que, por sua vez, impactam de forma negativa a vida da pessoa.

Com base nos manuais supramencionados, torna-se fulcral a apresentação de uma tabela cujo objetivo se centra em expor os diversos tipos de TNC.

**Tabela 1** - Tipos de TNC segundo CID-11

CID-11	
Transtornos neurocognitivos	
<i>Delirium</i>	Ocorre alteração do estado de consciência e orientação e ainda ao nível da atenção; manifesta-se por um curto período de tempo cujos sintomas se desenvolvem de forma inconstante.
TNC leve	Tipo de transtorno que não prejudica a autonomia da pessoa; As funções a nível cognitivo ficam discretamente afetadas.
Transtorno amnésico	Ocorre uma perda de memória, em que a memória recente é a mais comprometida, no entanto, não ocorre alterações ao nível da consciência.
Demência	Tipo de transtorno que compromete a autonomia da pessoa nas suas atividades da vida diária (AVD's), uma vez que a linguagem, memória, atenção e/ou outras funções cognitivas ficam afetadas.

Síndrome neurocognitiva secundária	Sucedese de uma condição médica subjacente, ocorrendo alterações a nível cognitivo; Como tal, as mesmas não estão classificadas como um TNC específico devido à sua singularidade.
------------------------------------	--

Fonte: Adaptado de CID-11 (WHO,2025). Disponível em: (<https://icd.who.int/pt/>).

**Tabela 2** - Tipos de TNC segundo DSM-5

DSM-5	
Transtornos neurocognitivos	
<i>Delirium</i>	Quadro agudo ou persistente, que se caracteriza por uma alteração ao nível da atenção e consciência, que tende a oscilar ao longo do dia; Associa-se a uma condição subjacente.
TNC maior e leve	Podem ser devido a: Doença de <i>Alzheimer</i> ; Degeneração lobar frontotemporal; Doença com corpos de <i>Lewy</i> ; Doença vascular; Lesão cerebral traumática; Uso de substâncias/medicamentos; Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); Doença de <i>Prion</i> ; Doença de <i>Parkinson</i> ; Doença de <i>Huntington</i> ; Outras condições médicas.

Fonte: Adaptado de *American Psychiatric Association*, 2014.

## 1.2 *Delirium*

Ao longo dos últimos anos o conceito de *delirium* tem vindo a merecer a atenção dos profissionais de saúde e, com o decorrer do tempo, a sua compreensão tem evoluído significativamente. Ainda que o conhecimento inerente aos mecanismos fisiopatológicos ainda não seja totalmente alcançado, o conceito de *delirium* corresponde a uma condição clínica mais estudada e um pouco mais compreendida (Wacker et al., 2005). Nesse contexto, os critérios de diagnóstico dos manuais CID-11 e DSM-5, cujo objetivo se centra na classificação dos diversos transtornos mentais existentes, permite identificar características nosológicas significativas.

De um modo geral, o *delirium* pode ser definido como uma condição neuropsiquiátrica momentânea, dado que não apresenta um carácter permanente. Além disso, é considerada uma síndrome que surge de forma súbita e que se apresenta como instável, pois toda a sua sintomatologia varia com o tempo e vai-se intensificando e diminuindo de forma imprevisível, até o quadro clínico desaparecer de forma temporária. Neste tipo de condição ocorre um declínio das funções cognitivas, entre elas a consciência, atenção, atividade psicomotora e ainda alteração do ciclo sono-vigília (Prayce et al., 2018).

No entanto, devido a toda a complexidade inerente a este quadro clínico e, embora seja reconhecido como um TNC, a definição de *delirium* e os seus critérios de diagnóstico divergem consoante os sistemas de classificação. Ambas as definições são muito similares, mas existem certas diferenças que devem ser mencionadas.

Segundo o descrito no DSM-5, *delirium* pode apresentar-se como um quadro agudo (horas a dias) ou persistente (semanas a meses). Caracteriza-se por uma perturbação da atenção e consciência que tende a oscilar no decorrer do dia. Esta condição clínica está associada a outra condição subjacente, que inclui intoxicação/abstinência de certas

substâncias, exposição a toxinas, etc. O desenvolvimento desta condição clínica não é de todo linear, pelo que a pessoa poderá apresentar recuperação total, como também pode apresentar um decurso negativo evoluindo para quadros de coma, convulsões e até mesmo morte, especialmente quando a causa subjacente ainda não é conhecida (American Psychiatric Association, 2014).

A CID-11 aborda a definição de *delirium* como sendo uma perturbação da atenção e alteração do estado de orientação e consciência, que se manifesta por um período de tempo curto cujos sintomas se desenvolvem de forma inconstante, dependendo da causa e origem de uma fonte subjacente. Esta condição está maioritariamente associada a alterações do comportamento e ciclo sono-vigília. A CID-11 refere ainda que estados de *delirium* podem estar associados a um quadro clínico subjacente que nada se relaciona com transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento, e ainda devido aos efeitos causados pela intoxicação/abstinência de certas substâncias/medicamentos ou outros fatores de origem desconhecida (WHO, 2025).

Analisando estas duas perspetivas diagnósticas é possível concluir que o DSM-5 adota uma perspetiva mais centrada ao nível da sintomatologia e na flutuação temporal do quadro clínico, enquanto que o CID-11 expande a perceção de *delirium*, ao combinar uma diversidade mais extensa de manifestações clínicas e etiologias. Importa também reconhecer que, apesar deste transtorno estar bem definido nos manuais de classificação, a sua fisiopatologia ainda não é conhecida na totalidade. Desta forma, devido a esta escassez de conhecimento surge a dificuldade na identificação precoce e na definição de estratégias de intervenção eficazes, sendo isto um fator que pode comprometer o reconhecimento clínico atempado e atrasar o início de um tratamento adequado.

### 1.2.1 Fisiopatologia

Os critérios de diagnóstico anteriormente apresentados permitem concluir que, do ponto de vista fisiopatológico, o *delirium* é reconhecido como uma patologia de elevada complexidade e que está associada a disfunções a nível cerebral, nomeadamente, um desequilíbrio de neurotransmissores, mais especificamente, a dopamina, que desempenha "(...) um papel importante na atenção e funções cognitivas como o raciocínio e perceção, bem como na atividade motora (...)" e a acetilcolina que apresenta "(...) um papel importante na cognição, atenção e vigília (...)" (Sousa, 2015).

No entanto, apesar destes dois neurotransmissores se destacarem, uma vez que estão diretamente relacionados com as funções cognitivas, é fundamental referir que ocorre também um desequilíbrio ao nível dos sistemas serotoninérgico e glutamatérgico (Cro, 2018).

No que concerne aos desencadeantes neurofisiológicos, estudos têm vindo a demonstrar que, num episódio agudo de *delirium*, ocorre uma redução do fluxo sanguíneo cerebral, como tal, diversas estruturas ficam afetadas como é o caso do tálamo e gânglios basais, sendo que estas são estruturas que desempenham um papel significativo ao nível da consciência, atenção e memória. Deste modo, ocorre um comprometimento cognitivo, uma vez que diversas funções cognitivas se encontram afetadas (Sousa, 2015).

Devido a todas as características que o *delirium* apresenta na sua complexidade, a compreensão da fisiopatologia do mesmo pode ser vista como um grande desafio. Como tal, surgem diversas hipóteses para a ocorrência de quadros de *delirium*, como é o caso da neuroinflamação em que devido a um processo infeccioso pode ocorrer a libertação de

citocinas para o sistema nervoso central (SNC), que irá desencadear uma disfunção neuronal. No entanto, este processo apresenta maior predominância em pessoas idosas, uma vez que apresentam uma maior fragilidade a nível neuronal causada pelo envelhecimento (Cro, 2018). Deste modo, compreende-se que a incidência desta patologia tende a aumentar, sendo que um dos principais fatores se prende com o facto de praticamente qualquer processo infeccioso poder funcionar como agente desencadeante. Assim, infeções frequentes, como pneumonias ou infeções do trato urinário, sobretudo em doentes idosos ou com défice cognitivo prévio, são frequentemente responsáveis por episódios de *delirium* (Miguel et al., 2012).

Para além desta hipótese realça-se ainda a o *stress* oxidativo em que distúrbios metabólicos, hidroeletrólíticos e ao nível das reações ácido-base, poderão também desencadear uma disfunção a nível da neurotransmissão levando, por sua vez, a quadros de *delirium* (Cro, 2018).

### 1.2.2 Incidência e Prevalência

Ainda que os dados relativos à incidência e prevalência do *delirium* em Portugal sejam inexistentes, alguns dados internacionais parecem destacar a pertinência desta temática (Cro, 2018).

A prevalência do *delirium*, englobando a comunidade como um todo, é relativamente baixa, representando cerca de 1 a 2% (Sousa, 2015). No entanto, existem alguns fatores predisponentes que aumentam o risco de desenvolvimento desta condição clínica. Dando enfoque à idade avançada, pode afirmar-se que a prevalência de quadros de *delirium* é cerca de 14% em pessoas com mais de 85 anos (American Psychiatric Association, 2014).

Por outro lado, em contexto hospitalar, os números aumentam para a incidência de situações de *delirium*, variando entre 14 e 24%. Uma percentagem entre 6 e 56% corresponde à incidência de casos em que ocorre o aparecimento de *delirium* no decorrer da hospitalização (American Psychiatric Association, 2014). Os quadros de *delirium* associados a procedimentos invasivos são muito frequentes, chegando a atingir 15 a 53% na população idosa. Outros documentos indicam uma incidência de 60% que é correspondente a idosos institucionalizados ou em cuidados pós-agudos (American Psychiatric Association, 2014). Em contexto de fim de vida a prevalência é altamente significativa apresentando-se como 83% (American Psychiatric Association, 2014).

### 1.2.3 Diagnóstico

Tal como previamente mencionado, o *delirium* apresenta uma elevada prevalência, maioritariamente em contexto hospitalar. Detetar precocemente quadros de *delirium* revela-se crucial, pois permite prevenir a sua evolução e minimizar complicações associadas. Para tal, existem diversas escalas, no entanto, destaca-se a *Confusion Assessment Method*<sup>1</sup> (CAM), criada em 1990 por Sharon Inouye e os seus colegas, cujo objetivo subjaz na rápida identificação de um quadro de *delirium* (Miguel et al., 2012). De forma a estudar e validar este instrumento Inouye e respetivos colegas realizaram um estudo que ocorreu num serviço de Medicina Interna e num Centro de Avaliação Geriátrica, em que a escala apresentou uma sensibilidade entre 94 e 100%, revelando-se benéfico o seu uso (Miguel et al., 2012).

---

<sup>1</sup> Anexo A

A escala CAM foi criada com o objetivo de ser utilizada por profissionais de saúde na qual são avaliados quatro critérios clínicos, início agudo, déficit de atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência. Referente ao início agudo a escala permite avaliar a ocorrência de alguma alteração súbita do estado mental, em relação ao seu estado considerado normal. No que diz respeito ao déficit de atenção o objetivo deste critério centra-se na avaliação da capacidade para manter a concentração e foco. Seguidamente, ao nível do pensamento desorganizado é analisado o discurso e coerência do pensamento da pessoa e, por fim, quanto à alteração do nível de consciência é analisado o estado de alerta da pessoa, verificando se o mesmo se encontra alterado (Miguel et al., 2012). A escala CAM, tal como muitas outras, pode ser utilizada de forma isolada, no entanto, é frequentemente aplicada como complemento a outra como, por exemplo, *Mini-Mental State Examination*<sup>2</sup> (MMSE).

Embora tenham sido desenvolvidas as diversas escalas mencionadas anteriormente, muitas vezes, na prática clínica, o diagnóstico de *delirium* pode ser confundido com outros TNC, nomeadamente as demências. *Delirium* e demências são reconhecidas como duas patologias muito semelhantes, uma vez que em ambas ocorre comprometimento das funções cognitivas. Assim, a realização de um diagnóstico diferencial é essencial, para que a pessoa seja diagnosticada com a maior precisão possível e, conseqüentemente, sejam implementadas as intervenções de acordo com a comorbidade de que é portadora. Segundo Sousa (2015) para a obtenção de uma distinção clara entre *delirium* e demência, é fundamental uma história detalhada da pessoa cuidada, com o objetivo de compreender o nível cognitivo e o estado mental com que a mesma se encontrava previamente, bem como outros sintomas típicos de *delirium*. Para isso, o mesmo autor desenvolveu uma tabela<sup>3</sup> com as principais diferenças entre *delirium* e demências (Cro, 2018).

#### 1.2.4 Tipologia

Dependendo das suas manifestações clínicas e causas, o *delirium* pode dividir-se em três tipos, hiperativo, hipoativo e misto, sendo essencial a descrição de cada um, respetivamente (American Psychiatric Association, 2014).

O *delirium* hiperativo destaca-se pela agitação psicomotora intensa que ocorre, sendo que a pessoa se irá apresentar em estado de alerta máximo com um comportamento inadequado, podendo ocorrer sintomas psicóticos como quadros de alucinações. Como tal, é o tipo de *delirium* com maior risco de queda. Segundo o DSM-5, o estado hiperativo é o mais comum dos três e o mais fácil de reconhecer (Vaz, 2023).

O *delirium* hipoativo caracteriza-se por uma redução do estado de alerta e, por sua vez, da atividade motora. Este tipo é marcado por quadros de letargia e, inerente a estes, um maior risco de infeções e úlceras por pressão (UPP). Os estados hipoativos ocorrem mais frequentemente em pessoas mais velhas (Prayce et al., 2018).

Por fim, no tipo misto ocorre uma mistura dos dois tipos acima mencionados. Apesar da pessoa apresentar perturbações ao nível da atenção e perceção, a atividade psicomotora mantém-se normal, no entanto, é considerada flutuante uma vez que poderá oscilar no decorrer do dia (Vaz, 2023).

---

<sup>2</sup> Anexo B

<sup>3</sup> Anexo C

### 1.2.5 Fatores de risco

A ocorrência de quadros de *delirium*, raramente está associada a um único fator, sendo que, maioritariamente das vezes, ocorre uma interação de diversos fatores considerados desencadeantes para a ocorrência deste tipo de condição clínica. Como tal, quanto maior for a presença destes, maior a probabilidade de desenvolvimento de quadros de *delirium*. Neste sentido, é fundamental o conhecimento aprofundado acerca dos mesmos, bem como uma atuação eficaz de forma a reduzir e, por sua vez, evitar que este tipo de condição clínica ocorra (Vaz, 2023).

Os fatores de risco para o surgimento de *delirium* são diversos sendo fundamental destacar que existem fatores modificáveis e não modificáveis, que aumentam a predisposição à ocorrência de quadros de *delirium*. Ao nível dos fatores não modificáveis destacam-se a idade superior a 65 anos e o facto de a pessoa ser do sexo masculino. A englobar nos fatores modificáveis encontram-se situações em que a mesma padeça de demência, depressão e/ou episódio prévio de um quadro de *delirium* (Jacinto et al., 2015).

Além destes, existem ainda fatores predisponentes e precipitantes, tais como:

**Tabela 3** - Fatores predisponentes e precipitantes de quadros de delirium

Fatores	Descrição	Exemplos
<b>Predisponentes</b>	Condições pré-existentes que aumentam o risco de desenvolver estes quadros.	- Idade avançada; - Doenças crónicas; - Demência; - Ansiedade; - Depressão.
<b>Precipitantes</b>	Condições que desencadeiam quadros de <i>delirium</i> .	- Infeções; - Estados de desnutrição/desidratação; - Privação de sono.

Fonte: Adaptado de *American Psychiatric Association*, 2014 e Neto, P. (2012).

No entanto, segundo o DSM-5 existem três tipos de fatores de risco, sendo estes, ambientais, genéticos e fisiológicos (*American Psychiatric Association*, 2014):

**Tabela 4** - Fatores de risco para quadros de delirium segundo DSM-5

DSM- 5		
Fatores	Descrição	Exemplos
<b>Ambientais</b>	Fatores de risco ligados ao ambiente físico e social.	- Isolamento social e ambiente desconhecido, que aumentam os níveis de <i>stress</i> e, por sua vez, o risco de <i>delirium</i>
<b>Genéticos</b>	Fatores hereditários de que a pessoa predispõe.	- Infeções; - Desequilíbrios eletrolíticos;
<b>Fisiológicos</b>	Condições médicas de que a pessoa padeça.	- Situações de doença; - Queimaduras; - TNC's maiores e leves.

Fonte: Adaptado de *American Psychiatric Association*, 2014, e Neto, P. (2012).

### 1.2.6 Tratamento

A evidência científica acerca do tratamento do *delirium*, embora existente, é relativamente escassa. No entanto, está amplamente comprovado que a identificação precoce e a prevenção do *delirium* são cruciais para minimizar a sua incidência, duração, morbidade e mortalidade. De maneira a tratar quadros de *delirium* é essencial o tratamento da causa subjacente ao mesmo, contudo, pode afirmar-se de antemão que o melhor tratamento para estes quadros é a prevenção (Prayce et al., 2018).

Como medidas farmacológicas, os neurolépticos, também intitulados de antipsicóticos, são os fármacos de primeira escolha (Margalha, 2013). Através da mais recente evidência científica ficou provado que os antipsicóticos atípicos, como por exemplo, a olanzapina, quetiapina e risperidona, atuam com a mesma eficácia que o haloperidol, no entanto, com menos efeitos secundários sendo que, por esse mesmo motivo, a sua utilização tem vindo a aumentar (Prayce et al., 2018). Além disso, está também comprovado que as medidas farmacológicas devem ser consideradas a primeira linha de atuação quando a pessoa cuidada se encontra em quadro de agitação intensa, em que a segurança tanto deles como terceiros está posta em causa. No entanto, não está comprovado cientificamente que fármacos utilizados com o intuito de tratar esta condição clínica sirvam como medida de prevenção, pelo que não devem ser utilizados como profilaxia (Rebelo et al., 2021).

No que diz respeito ao tratamento não farmacológico, as principais intervenções possíveis apresentam como foco a promoção de um ambiente calmo e adequado à pessoa em causa e o fornecimento de ferramentas que permitam a reorientação da mesma ao nível do tempo e espaço (Prayce et al., 2018). Um ambiente calmo permite ajudar a pessoa a reduzir a sua agitação e ansiedade e ainda a melhorar o seu ciclo de sono-vigília, enquanto que um ambiente que apresente excesso de estímulos poderá agudizar este quadro clínico (Rebelo et al., 2021).

Ao nível da reorientação da pessoa cuidada no tempo e espaço algumas estratégias têm vindo a demonstrar eficácia no controlo do *delirium*, como por exemplo, o serviço apresentar um relógio e calendário que estejam visíveis a todos, de forma a que estes estejam sempre atualizados ao nível do tempo/espaço. A reorientação verbal apresenta-se também como uma estratégia fundamental e com diversos benefícios para a pessoa, e tem como foco principal relembrar constantemente a mesma das horas que são, onde se encontra e qual o dia da semana e mês (Rebelo et al., 2021).

Além das mencionadas anteriormente, é essencial não só garantir as necessidades fisiológicas da pessoa cuidada, como a nutrição e hidratação, mas também preservar a segurança da mesma, diminuindo o risco de queda e mantendo a integridade e funcionalidade de todos os dispositivos necessários ao tratamento da mesma, nomeadamente, sondas nasogástricas (SNG) e vesicais (SV), cateteres venosos periféricos (CVP) e centrais (CVC), drenos, etc. A segurança da equipa multidisciplinar deve também ser tida em conta, através da prevenção de períodos de agressividade/hostilidade por parte da pessoa em causa (Prayce et al., 2018). Com este propósito, muitas vezes os profissionais de saúde têm necessidade de recorrer a métodos mais extremos, como é o caso da contenção, quando todas as outras medidas já não são suficientes.

## 1.3 Contenção

Historicamente, o termo “contenção” tem acompanhado a evolução dos cuidados de saúde e, desde há vários séculos, que a sua utilização está enraizada nos serviços de saúde. Entre os séculos XVII e XIX, a contenção mecânica era amplamente utilizada na Europa com o objetivo de tratar indivíduos com alterações de comportamento (Alves, 2024).

Em Portugal, no ano de 2007, foi emitida pela DGS (Direção Geral da Saúde) uma circular normativa “*Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*”, que possibilitou, pela primeira vez, o enquadramento técnico do procedimento de contenção física de um utente, que foi definida como “restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros (Direção-Geral da Saúde, 2007). Esta norma determina ainda que, em certas ocasiões muito excecionais, se pode recorrer à contenção da pessoa ou ao seu isolamento para que se proceda à administração de terapêutica essencial à melhoria do seu estado, tendo em conta que estes procedimentos devem ter, como “único e exclusivo objetivo, garantir que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação de crise” (Direção-Geral da Saúde, 2007).

Mais recentemente, a orientação nº 021/2011 “*Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança e da sua envolvente*”, prevê a necessidade de recurso a medidas de contenção em situações em que, os utentes “manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos”, casos em que “recusem tratamento compulsivo, nos termos legais” e ainda, “recusem tratamento vital, urgentemente” (Direção-Geral da Saúde, 2011), afirmando também que é necessária uma avaliação prévia do risco/benefício que a contenção acarreta à pessoa, adequando as medidas consoante a circunstância (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Posto isto, é possível afirmar que as orientações anteriormente mencionadas se relacionam entre si, pelo que sublinham ainda a importância de escalar medidas, começando pela contenção verbal e defendendo que o recurso à contenção mecânica deve ser feito como medida de última linha, quando todas as outras não se revelarem suficientes (Direção-Geral da Saúde, 2011). Ainda assim, trabalhos de investigação recentes têm demonstrado que esta continua a ser uma prática aplicada de forma universal, apresentando taxas de prevalência que variam entre os 3 e os 50%, assumindo que os valores possam ser ainda superiores (Huf et al., 2011). Matos et al. (2021) sublinham a falta de dados quantitativos acerca da prevalência da contenção no contexto nacional, reforçando a necessidade de investigar esta problemática.

### 1.3.1 Tipos de contenção

Segundo a orientação nº 021/2011 “*Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança e da sua envolvente*”, a DGS caracterizou diferentes tipos de contenção, nomeadamente: (Direção-Geral da Saúde, 2011)

- **Contenção terapêutica:** representa um conjunto de intervenções terapêuticas cujo foco assenta em controlar a atividade da pessoa, quer física quer comportamental, ou uma parte do seu corpo aquando da prestação de algum cuidado de saúde. Este tipo de contenção engloba uma articulação entre medidas ambientais, comportamentais e/ou farmacológicas, que têm como objetivo central garantir a

segurança tanto da pessoa cuidada como de toda a parte envolvente da mesma, assegurando sempre o seu conforto, bem-estar e dignidade;

- **Contenção ambiental:** apresenta como foco recorrer a medidas que controlem a mobilidade da pessoa como, por exemplo, um espaço fechado e limitado. No entanto, é esperado que a mesma se sinta confortável e, simultaneamente, em segurança;
- **Contenção física:** neste tipo de contenção ocorre a envolvência de uma ou mais pessoas da equipa multidisciplinar, em que se espera conter a pessoa, impedindo alguns movimentos seus, de forma a impossibilitar a exposição a qualquer tipo de risco;
- **Contenção mecânica:** em que se recorre ao uso de instrumentos/equipamentos cujo objetivo é restringir os movimentos da pessoa em causa;
- **Contenção química ou farmacológica:** é o tipo de contenção em que se recorre à utilização de fármacos, mais concretamente, medicação psicoativa. O objetivo principal centra-se na inibição de um movimento/comportamento da pessoa que é considerado de risco, tanto para ela como para toda a parte envolvente.

Apesar de não ser mencionado pela DGS, existe literatura que identifica um sexto tipo de contenção, denominada pelo *Royal College of Nurses* (2008) - a contenção psicológica. Esta tem por base advertir repetidamente uma pessoa para que esta não execute determinada ação, afirmando que essa prática não é permitida e/ou representa riscos. Por outras palavras, trata-se de restringir o comportamento de alguém por meio de avisos constantes acerca da impropriedade ou dos perigos associados a essa mesma ação (Piedade, 2015). A contenção psicológica inclui ainda medidas que impeçam uma determinada pessoa de tomar decisões sobre o seu próprio estilo de vida, determinando alguns aspetos da rotina diária e privando a pessoa de alguns recursos/objetos fundamentais à realização dessa mesma rotina (Piedade, 2015).

### 1.3.2 Riscos no uso de contenção

O uso de contenção física, como mencionado anteriormente, pode ser benéfico, no entanto, acarreta riscos, a nível físico, tais como “apresentar lesões físicas decorrentes do processo de contenção, podendo também apresentar risco aumentado de desidratação, asfixia, aspiração, depressão respiratória, trombose, hipertensão arterial, arritmias, incontinência, agressão por outros utentes e até mesmo morte” (Matos et al., 2021). Por outro lado, na vertente psicológica, a contenção está relacionada com “sentimentos de medo, raiva e ansiedade, bem como pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, comportamentos de evitamento e respostas de sobressalto e desconfiança relativamente a profissionais de saúde” (Matos et al. 2021).

Perante esta evidência, segundo Reis (2015), a utilização de medidas de contenção deve ser cuidadosamente avaliada e encarada como uma solução temporária. Isso ocorre quando as estratégias preventivas se esgotam e a sua aplicação se torna necessária (Reis, 2015). É também fundamental considerar os riscos associados (físicos, psicológicos, éticos e legais) do método de contenção escolhido, optando sempre pela alternativa que cause menos restrição (Reis, 2015).

De acordo com a DGS (2011), ao implementar medidas de contenção, é importante seguir algumas diretrizes, nomeadamente

esgotar todas as intervenções preventivas; obter o consentimento do doente, quando possível, ou da família / pessoa significativa do doente; explicar os motivos, o procedimento e o objetivo da intervenção ao doente; adequar o tipo de contenção à situação do utente; respeitar as normas e instruções do fabricante na aplicação das ferramentas de contenção; manter a vigilância do doente contido com a frequência adequada; reavaliar a necessidade da medida de contenção e a hipótese de substituí-la por alternativas menos restritivas; remover as medidas de contenção assim que possível; e realizar os registos necessários acerca dos procedimentos no processo clínico.

Diversas pesquisas apontam que a contenção, quando realizada de forma inadequada e mantida por tempo excessivo, pode causar sérios prejuízos à saúde da pessoa em causa, piorando seu estado clínico. Esses danos resultam de erros na implementação destas medidas, e a DGS afirma que uma das principais causas se trata da seleção do utente. Esta conclusão fundamenta-se devido ao facto de nem todos os utentes reagirem da mesma forma à contenção, podendo esta, em alguns casos, provocar maior agitação. Além disso, o abuso na sua utilização também é tido como uma falha, tendo em conta que as medidas de contenção devem representar o último recurso e ser utilizadas apenas depois de ponderada a relação risco/benefício (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Outras das principais falhas apontadas subjaz no inadequado acompanhamento da pessoa, uma vez que a vigilância desta continua a ser necessária e o recurso ao uso de contenção é considerado abusivo quando usado para permitir a diminuição da vigilância da mesma. A utilização da contenção por longos períodos pode resultar em vários problemas de saúde que variam consoante o tipo de contenção. Alguns exemplos incluem o surgimento de úlceras por pressão, atrofia muscular, contraturas, entre outros (Direção-Geral da Saúde, 2011). O tipo e/ou utilização incorreta de dispositivos de contenção são muitas vezes responsáveis pela ocorrência de incidentes, como quedas, tentativas de fuga e, conseqüentemente, falha na segurança tanto da própria pessoa como de terceiros e ainda compressão de membro/s contido/s que pode levar a paralisia. Estes eventos poderão ocorrer dado que os instrumentos não são utilizados corretamente e os materiais são usados de forma errada ou com o tamanho desajustado à pessoa em questão (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Ao nível da contenção química/farmacológica as conseqüências estão diretamente relacionadas com os riscos associados à administração terapêutica como, por exemplo, ocorrência de intoxicação medicamentosa, sobredosagem, reações anafiláticas, etc (Direção-Geral da Saúde, 2011).

## **1.4 Princípios éticos e deontológicos**

Quando se aborda o tema “Ética”, é crucial descrever o conceito da mesma e tudo o que lhe é inerente. Como tal, “Ética” engloba um agregado de fundamentos éticos e morais que ditam os direitos e deveres de cada pessoa (Nogueira, 2016).

Em Portugal, os Enfermeiros guiam o seu exercício profissional pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, sendo que o mesmo representa um pilar essencial para a prática de Enfermagem (Alves, 2024). É neste documento que se encontram todos os direitos e deveres que os Enfermeiros e membros da Ordem dos enfermeiros (OE) apresentam, e que devem ser cumpridos. Segundo o artigo 99º do Código Deontológico dos Enfermeiros, 2015, “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

Como tal, o recurso à contenção, utilizado na prática de enfermagem, representa um assunto delicado e de alta ambiguidade, abrangendo dimensões éticas e legais que vão além da prática clínica (Lins et al., 2025). A pressão entre a necessidade de assegurar a proteção do utente e o respeito pelos seus direitos, tais como a dignidade e a autonomia, confere a esta prática um carácter controverso e eticamente sensível (Lins et al., 2025).

Quando relacionamos o conceito de ética com contenção, é fundamental referir quais os princípios éticos que emergem de forma relevante na prestação de cuidados de enfermagem. Destacam-se assim, o princípio da autonomia, da beneficência e não maleficência, da dignidade humana e consentimento informado.

O princípio da autonomia, expressa a liberdade da pessoa em tomar decisões acerca de si própria e do seu estado de saúde, sem qualquer influência por parte da equipa de saúde, e de forma autónoma (Rosa et al., 2016).

Relativamente aos princípios da beneficência e não-maleficência, o foco centra-se em agir sempre pelo bem e não causar dano, respetivamente (Rosa et al., 2016).

No que diz respeito à dignidade do utente, a mesma deve ser preservada o máximo possível, respeitando e valorizando todos os utentes de igual forma. É um dever assegurar que todos os utentes recebem um tratamento respeitoso e humanizado (Entidade Reguladora da Saúde, 2021). A dignidade é vista como um pilar essencial quando se fala em ética, visto que, garante que a pessoa seja tratada com respeito, empatia e consideração tanto pela sua autonomia, como os seus valores e preferências, promovendo um ambiente de cuidado que respeite holisticamente a individualidade da pessoa (Simões & Sapeta, 2019).

Por fim, o consentimento informado consiste na autorização que o utente nos carece, de forma a que lhe sejam prestados todos os cuidados necessários. No entanto, os profissionais de saúde têm o dever de fornecer todas as informações necessárias que visam garantir que o utente compreendeu o que se irá proceder à *posteriori* (Ordem dos Enfermeiros, n.d.).

## 1.5 Teoria do Cuidar Humano de *Jean Watson*

A abordagem a teorias de enfermagem é fundamental, uma vez que estas conferem a orientação necessária para a prática do exercício profissional, sendo reconhecidas como alicerce do saber científico. As mesmas auxiliam os enfermeiros nas tomadas de decisões, promovem uma reflexão crítica e fortalecem o papel único que a enfermagem desempenha na área da saúde (Alves, 2024).

*Margaret Jean Harman Watson* nasceu no sul de *West Virginia* a 21 de julho de 1940, cresceu e viveu em *Welch* na maioria da sua vida e perseguiu os seus estudos na área da Enfermagem na *Lewis Gale School of Nursing* em *Roanoke, Virginia*, até 1961 (Watson, 2004).

O mote para a conceptualização da sua teoria remonta da visão de *Watson* face aos cuidados de enfermagem, que deveriam ser, acima de tudo cuidados humanizados, indo muito além do tratar apenas a doença. Esta teoria serviu de auxílio para o desenvolvimento da Enfermagem como uma ciência, demonstrando que a mesma não compreende apenas os procedimentos técnicos direcionados ao tratamento da patologia, mas sim um cuidado holístico à pessoa, envolvendo a vertente emocional e espiritual no processo de cuidar.

Na teoria de *Jean Watson* o conceito de cuidado emerge como um conceito principal, e é definido como a “moral ideal da Enfermagem onde existe a máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade” (Watson, 1999). Em quadros de *delirium*, considerando a especificidade nosológica anteriormente descrita, a definição de cuidar de *Watson* destaca o papel do enfermeiro ao olhar a pessoa para além da patologia de que padece, entendendo que os cuidados de enfermagem prestados devem ser o mais humanizados possível.

A Teoria do Cuidar Humano tem por base as experiências humanas de ambos os intervenientes (utente e enfermeiro), cujo objetivo é proporcionar um cuidado holístico à pessoa, cuidado este que envolve três grandes dimensões, nomeadamente, mente, corpo e espírito, sendo essencial o estabelecimento de uma relação transpessoal. Esta caracteriza-se como “uma forma especial da relação de cuidar, elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo” (Watson, 1999). *Watson* destaca ainda a importância de intervir de forma consciente para obtenção da cura, honra e integridade da pessoa, interrogando-se sobre o que significa cuidar e ser cuidado, e potenciando a autonomia, co-participação, esperança, sensibilidade e empatia (Evangelista et al., 2020).

Na edificação da Teoria do Cuidar Humano, *Jean Watson* conceptualiza a leitura de três metaparadigmas da Enfermagem (Evangelista et al., 2020). Segundo *Watson*, **saúde** diz respeito à harmonia entre a mente, o corpo e a alma, estando ainda associada ao “grau de equivalência entre o eu percebido com o eu experienciado” (Watson, 1999). O conceito de **pessoa** engloba uma visão holística que abrange três grandes dimensões, entre as quais, mente, corpo e alma. O enfermeiro deve, por isso, cuidar da pessoa de forma integral e não apenas a sua patologia (Watson, 1999). No que diz respeito ao conceito de **Enfermagem**, a mesma é vista como uma ciência que tem como foco o cuidar da pessoa. Neste sentido, vai muito para além da realização de técnicas/procedimentos, baseando-se assim na empatia para com o próximo. Assim, uma relação enfermeiro-utente é criada com fortes ligações para ambos (Watson, 1999). Embora *Watson* não englobe na sua teoria, o conceito de **ambiente** é entendido como um conjunto de fatores externos que atuam de forma direta ou indireta no bem-estar da pessoa em causa. Assim, o enfermeiro assume um papel ativo na adaptação do ambiente contribuindo para a criação de um espaço acolhedor e mais favorável ao cuidado à pessoa. No entanto, embora *Watson* o mencione num dos dez fatores essenciais ao cuidado humano, a mesma não apresenta uma definição concreta acerca do mesmo (Evangelista et al., 2020).

No seu legado teórico, *Watson* apresenta ainda dez Fatores de Cuidar de forma a tornar a prestação de cuidados um pouco menos complexa. Estes representam um processo que vai além de todos os modelos tradicionais da Enfermagem, exigindo ao enfermeiro um cuidado transpessoal (Evangelista et al., 2020). Tais fatores assumem um papel orientador para a prática de Enfermagem, sendo eles:

- “Formação de um sistema de valores Humanístico-Altruístas;
- Estimulação da fé-esperança;
- Sensibilidade para consigo e com os outros;
- Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança;
- Expressão de sentimentos positivos e negativos;
- Processo de cuidar criativo na resolução de problemas;
- Promoção do ensino-aprendizagem transpessoais;

- Ambiente sustentador, protetor, e/ou corretivo mental, físico, social e espiritualmente;
- Auxílio na satisfação das necessidades humanas;
- Permissão de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais.” (Watson, 2004).

De modo a perceber um pouco melhor a teoria proposta por *Watson*, acerca do cuidado humano, é essencial ter conhecimento do que são e quais são os seus pressupostos e postulados.

Os **pressupostos** são aquilo que é assumido como sendo verdadeiro, ou seja, são crenças que servem de base para o desenvolvimento de uma teoria (Evangelista et al., 2020). Inicialmente, a teórica tinha desenvolvido sete pressupostos sendo que, mais tarde, modificou-os e acrescentou quatro, ficando com um total de onze (Watson, 2004).

- “O cuidar e o amor compreendem a energia psíquica primitiva e universal;
- O cuidar e o amor, frequentemente desvalorizados, são os pilares da humanidade; alimentar estas necessidades preenche a natureza humana;
- A capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar na prática irá afetar o desenvolvimento da civilização e determinar o contributo da enfermagem para a sociedade;
- Cuidar de si próprio é um pré-requisito para cuidar dos outros;
- Historicamente, a enfermagem tem tido uma posição de cuidado e cuidar humano no que respeita a pessoas com problemas de saúde-doença;
- O cuidar é o foco unificador central da prática da enfermagem - a essência da enfermagem;
- Ao nível humano, o cuidar tem vindo a ser cada vez mais desvalorizado no sistema de saúde;
- Os avanços tecnológicos e os constrangimentos institucionais sublimaram o estabelecimento do cuidar de enfermagem;
- Um assunto de interesse atual e futuro para a enfermagem é a preservação e o progresso do cuidar humano;
- Somente através de relações interpessoais pode o cuidar humano ser demonstrado e praticado com eficácia;
- Os contributos moral, social e científico da enfermagem para a humanidade e para a sociedade residem nos seus compromissos para com os ideais de cuidar humano na teoria, na prática e na investigação.” (Watson, 2004).

Os **postulados** representam as premissas básicas que *Watson* desenvolveu para a sua teoria sendo “um reflexo dos aspetos interpessoais, transpessoais e espirituais da sua obra”. Ou seja, correspondem aos pontos fulcrais que explicam a teoria (Watson, 2004). São estes:

- “A mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma;
- O corpo de uma pessoa está confinado ao tempo e ao espaço, mas a mente e a alma não estão confinadas ao universo físico;
- O acesso ao corpo, à mente e à alma é possível desde que a pessoa seja vista e tratada como um todo;
- Para se encontrar soluções, é necessário encontrar-se sentidos;
- O espírito, o ser interior ou a alma de uma pessoa existe em e por si própria;
- As pessoas precisam umas das outras de forma interessada e amorosa;

- A totalidade da experiência num dado momento constitui um campo de fenómenos.” (Watson, 2004).

A presente revisão narrativa, parte da inquietação de olhar para a forma como os enfermeiros enfrentam os dilemas éticos associados ao uso de contenção em pessoas com *delirium*. Esta temática encontra-se diretamente interligada com a prestação de cuidados de forma humanística e individualizada pelo que a Teoria do Cuidar Humano de *Jean Watson* parece oferecer uma lente que permitirá aos enfermeiros olhar para este fenómeno, destacando a relevância ética e filosófica no âmbito da prática de enfermagem.

Ao enfatizar significativamente a importância da dimensão emocional, relacional e holística do cuidar em enfermagem, e tendo em conta que a temática abordada envolve questões éticas delicadas relacionadas com os princípios da autonomia, dignidade, beneficência e não maleficência, este modelo teórico oferece ferramentas para olhar para a pessoa com *delirium* de forma holística, orientando a prática de cuidados, sustentando-a por uma consciência ética e empática.

A Teoria do Cuidar Humano de *Jean Watson* defende que o cuidado deve ser holístico e humanizado e, em quadros de *delirium*, o mesmo não é exceção. Nesta patologia é frequente a ocorrência de episódios de maior agitação e, por sua vez, poderá ocorrer um comprometimento da segurança, tanto da própria pessoa, como da equipa de saúde. De forma a minimizar os riscos que advém de quadros de *delirium*, muitas vezes há necessidade de recorrer ao uso da contenção. A contenção, embora se demonstre como uma intervenção necessária em situações muito particulares, representa um elevado compromisso ético por parte dos enfermeiros. Nesse sentido, a teoria do Cuidar Humano serve de base teórica para que estes profissionais realizem uma reflexão crítica acerca das suas decisões, permitindo assim que adotem medidas eficazes que interfiram o menos possível com o bem-estar da pessoa cuidada. A promoção de um cuidar sustentado em empatia, escuta ativa, e criação de um ambiente acolhedor, são vistos por *Watson* como alicerces da prática de enfermagem, fornecendo assim fundamento para a criação de ferramentas que minimizem o uso da contenção. Os fatores de cuidar, acima mencionados, servem como guia orientador para os enfermeiros, ajudando-os a antecipar estratégias terapêuticas não restritivas, tendo por base a comunicação e empatia, escuta ativa e a promoção de um ambiente acolhedor, tendo como foco o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa.

## 2 Metodologia

De acordo com *Fortin* (1999), toda e qualquer investigação tem início a partir da identificação de uma situação problemática, sendo realizada, posteriormente, a estruturação de uma questão de investigação. (Fortin,1999). A formulação desta assume uma forma interrogativa, direcionada ao problema identificado. Posto isto, e face à problemática anteriormente mencionada, a questão de investigação para esta revisão é: “Quais os principais dilemas éticos com os quais se deparam os enfermeiros na contenção da pessoa com *delirium*?”. Esta questão revela-se importante tendo em conta que ao longo do seu exercício profissional os enfermeiros se deparam com a necessidade de recorrer à aplicação de contenção em pessoas com *delirium*, e sendo esta uma prática comum, torna-se essencial definir algumas intervenções de enfermagem, de modo a minimizar o uso de contenção e/ou os danos que a mesma acarreta.

Descrita a questão de investigação, importa identificar a população de interesse (P), conceito em análise (C) e o contexto do fenómeno em estudo (C). O acrónimo PCC permite identificar e, posteriormente, selecionar os artigos mais relevantes a incluir e/ou excluir da pesquisa, tendo por base a população, conceito e contexto em que se insere o estudo (Correia & Gil, 2020). A tabela seguinte, apresenta esta delimitação, bem como os termos de pesquisa utilizados nas várias bases de dados.

**Tabela 5** - Modelo PCC

<b>Modelo</b>	<b>Definição</b>	<b>CINAHL</b>	<b>Google Scholar</b>	<b>Medline</b>
P (população)	Pessoas com <i>delirium</i> / utentes com <i>delirium</i>	<i>Delirium</i> OR <i>Confusional States</i>	"patients with <i>delirium</i> " OR "people with <i>delirium</i> "	<i>Delirium</i> [MeSH]
C (conceito)	Questões éticas e deontológicas	<i>Ethical Issues</i> OR <i>Ethics</i> , <i>Nursing</i> OR <i>Professional Ethics</i>	"ethical issues" OR "ethical dilemmas" OR "nursing ethics"	<i>Ethics</i> , <i>Nursing</i> [MeSH] OR <i>Ethics</i> , <i>Professional</i> [MeSH]
C (contexto)	Cuidado em Enfermagem / Enfermagem	<i>Nursing Care</i> OR <i>Nursing Practice</i> OR <i>Nursing Interventions</i>	"nursing care" OR "nursing interventions"	<i>Nursing Care</i> [MeSH] OR <i>Nursing</i> [MeSH]

Numa revisão narrativa, definir critérios de inclusão e exclusão constitui um procedimento fundamental, uma vez que são definidos pelo autor do estudo, com o objetivo de filtrar os artigos a incluir e a excluir no mesmo (Donato & Donato, 2019). Como tal, os critérios de inclusão correspondem a características dos estudos consideradas pertinentes ao desenvolvimento da investigação. Por outro lado, os critérios de exclusão dizem respeito às características que não serão abordadas no estudo, auxiliando o autor a limitar a pesquisa (Donato & Donato, 2019).

Deste modo, para a realização da presente revisão narrativa, foram delineados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

**Tabela 6** - Critérios de inclusão e exclusão de artigos

<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos científicos, revisões sistemáticas e ensaios clínicos que analisem a problemática em causa;</li> <li>• Artigos publicados entre 2019 e 2025;</li> <li>• Estudos/ Artigos com foco nos dilemas éticos relacionados aos diferentes tipos de contenção;</li> <li>• Artigos em inglês ou português;</li> <li>• Artigos de acesso livre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos pagos ou de acesso restrito;</li> <li>• Artigos anteriores a 2019;</li> <li>• Artigos escritos em idiomas diferentes de português e inglês;</li> <li>• Artigos sem base científica;</li> <li>• Artigos com texto incompleto;</li> <li>• Artigos duplicados;</li> <li>• Artigos/ Estudos que não analisem a problemática em estudo;</li> <li>• Artigos focados noutros profissionais de saúde.</li> </ul>

O presente estudo corresponde a uma revisão narrativa, cujo objetivo se centra em adquirir o máximo de conhecimentos possíveis acerca de um dado tema. Estes conhecimentos adquirem um papel significativo, uma vez que sustentam o desenvolvimento de um estudo fulcral para a área da Enfermagem (Sousa et al., 2018).

De modo a dar mais estrutura à metodologia, optou-se por limitar a pesquisa a uma margem temporal. Para a elaboração da presente revisão narrativa foram considerados artigos com um período cronológico de 6 anos, ou seja, entre 2019 e 2025, uma vez que a informação disponibilizada é mais recente e, como tal, mais digna e fiável.

No decorrer desta revisão narrativa, recorrer a bases de dados torna-se fundamental, pois é através destas que é assegurado o rigor do estudo. As mesmas, permitem ter acesso a artigos científicos, cuja informação é recente e fundamentada, considerando-se, por isso mesmo, válida (Nascimento et al., 2021). Como bases de dados utilizadas destacam-se, *Google Scholar*; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*.

### 3 Resultados

Na presente revisão narrativa foram analisados diversos artigos científicos que abordam os principais dilemas éticos relacionados com o uso de contenção de utentes, bem como a necessidade da sua utilização em pessoas com *delirium* no cuidar em enfermagem. De forma a facilitar a abordagem ao tema, optou-se por agrupar os diversos conceitos referentes ao nosso estudo. Primeiramente ética e contenção, com o objetivo de analisar os variados dilemas éticos que surgem quando aplicada a contenção de utentes. E, em seguida, contenção e *delirium*, com a finalidade de compreender a importância de conter doentes com quadros de *delirium*.

A prática de contenção de utentes em contexto hospitalar está diretamente relacionada com a prática de enfermagem, uma vez que é esta a classe de profissionais de saúde que mais vezes se vê confrontada com a necessidade da sua aplicação, tendo em conta que são os enfermeiros que mais horas de contacto têm com os doentes (Cortinhal et al., 2024). Cortinhal et al., 2024 afirma que a aplicação de contenção é uma prática que levanta diversas questões/dilemas éticos com riscos associados, tanto para a pessoa, como para o enfermeiro. No que diz respeito ao utente, esta prática não garante a prevenção de acidentes e poderá causar dano ao mesmo, quanto aos enfermeiros estes deparam-se com alguns problemas morais e psicológicos aquando da necessidade de tomada de decisão. Os enfermeiros, enquanto elementos decisores na aplicação de contenção, têm o dever de analisar todas as envolventes da mesma, equilibrando o respeito dos princípios éticos inerentes à prática de enfermagem, com a garantia da continuidade dos cuidados à pessoa cuidada e segurança da própria, terceiros e profissionais de saúde (Zhou et al., 2024).

Um dilema ético é uma circunstância na qual uma pessoa tem duas opções divergentes, ambas com justificações e visões éticas válidas, mas apenas pode escolher uma das duas. Tendo em conta esta definição, facilmente se percebe que o uso de contenção sempre foi visto como um dilema ético para os enfermeiros (Salehi et al., 2020). Segundo Cortinhal et al., 2024, é fulcral ter em conta toda a dimensão ética inerente a esta prática, uma vez que alguns princípios não são respeitados por um bem maior. No que diz respeito ao princípio da autonomia, de acordo com este, subjaz no postulado que a pessoa cuidada é responsável pela tomada de decisão no que diz respeito à sua saúde, nomeadamente, todas as intervenções aplicadas à mesma, inclusive a contenção. No entanto, a decisão de aplicar ou não a contenção muitas vezes não parte da própria pessoa, pois se esta não estiver mentalmente capaz de a tomar, são os enfermeiros que têm de assumir esse papel decisivo (Salehi et al. 2020).

Na perspetiva de Zeng et al., (2020) entende-se por autonomia o princípio que implica o respeito pelos valores, crenças e preferências da pessoa cuidada, possibilitando que seja a própria a escolher as intervenções que lhe podem ou não ser implementadas. Por conseguinte, o consentimento da pessoa é um requisito essencial para promover a autonomia. O mesmo autor sublinha ainda que, no decorrer do procedimento de contenção, o princípio do respeito pela autonomia fica condicionado.

Na prestação de cuidados de enfermagem o princípio da autonomia deve ser sempre respeitado. Ainda assim, em situações nas quais os utentes demonstrem comportamentos ou atitudes que comprometam quer o tratamento implementado, quer a segurança da

pessoa cuidada ou dos profissionais de saúde, é reconhecido que os enfermeiros devem considerar e garantir as condições de segurança de todos os intervenientes, sendo para isso necessário sobrepor outras considerações éticas, como por exemplo o princípio da beneficência, em deterioramento da autonomia da pessoa (Zhou et al., 2024).

Direcionando para o ramo da saúde mental e psiquiatria, Zeng et al. (2020) afirma que a maior parte dos utentes em contexto de internamento de psiquiatria permanecem nesse local de forma involuntária e, muitas vezes, contra a sua própria vontade, referindo que, nestes casos, o consentimento informado no que diz respeito à intervenção de conter a pessoa, deve ser debatido e obtido junto dos familiares de referência. Este autor considera ainda que a obtenção do consentimento informado por parte de familiares reduz o *stress* e a angústia dos enfermeiros na realização desta prática (Zeng et al., 2020).

O mesmo autor sublinha ainda que quando cuidamos de uma pessoa com perturbação mental não significa sempre que a mesma não possua capacidades para expressar as suas preferências ou decidir acerca da sua saúde, ou seja, há casos em que é possível receber consentimento e aprovação da pessoa quando lhe são expostas as razões e os riscos das intervenções a implementar. No entanto, quando isso não é possível, os profissionais de saúde devem assumir a responsabilidade de intervir com o objetivo de alcançar o melhor para a pessoa cuidada. Zeng et al., 2020 afirma que o diálogo e possíveis negociações com os doentes do foro mental são a melhor solução para tentar encontrar um equilíbrio entre o respeito à autonomia da pessoa e a responsabilidade dos enfermeiros na aplicação de contenção.

Tendo como foco o transtorno neurocognitivo intitulado de *delirium*, muitas conclusões podem ser retiradas de diversos autores e diferentes opiniões surgem. Segundo Krupa et al., 2022, de forma a detetar o mais precocemente sinais/sintomas de *delirium*, ter conhecimento acerca desta patologia é essencial. O mesmo autor, após o seu estudo, afirma que este conceito ainda não está bem estudado e, conseqüentemente, existe uma falta de literacia por parte dos enfermeiros acerca deste tópico. Como tal, treino e educação para a aplicação da contenção são fulcrais, de forma a que esta intervenção apresente a melhor qualidade possível e seja aplicada da melhor forma tendo como foco principal o bem-estar da pessoa em causa (Krupa et al., 2022).

Contudo, enquanto alguns autores demonstram concordância com a aplicação de contenção, desde que haja o conhecimento e treino adequados por parte dos enfermeiros, outros contrapõem-se acerca desta mesma temática. Quaresma (2019) afirma que o uso de contenção intensifica o risco e duração de quadros de *delirium*. Este expõe ainda que esta prática está contraindicada, e que apenas deve ser aplicada em casos em que haja prescrição médica e, mesmo assim, a sua utilização deve ser limitada ao menor tempo possível (Quaresma, 2019). Em concordância, a Associação Beneficente Síria, n.d.reforça a ideia de que deve ser uma prática de uso excecional e que a mesma só deve ser aplicada em última instância e quando não existirem mais opções. Realça ainda que o uso de contenção pode ser visto como uma forma de agressão em pessoas cuja consciência não esteja minimamente preservada (Associação Beneficente Síria, n.d.).

## 4 Discussão

A discussão é uma etapa essencial, uma vez que a mesma permite interpretar e realizar uma análise crítica acerca dos resultados que foram obtidos com a pesquisa, relacionando os mesmos com a literatura já existente e refletindo sobre as implicações acerca da temática estudada. Além disso, é ainda nesta fase que são sugeridas algumas ideias de modo a solucionar ou minimizar a inquietação da temática em causa (Pereira, 2013).

Com o intuito de desenvolver uma base teórica consistente que permita direcionar a prática clínica e as tomadas de decisões por parte dos enfermeiros, é de extrema importância abordar uma teoria de enfermagem, relacionando-a com os resultados obtidos. Como mencionado anteriormente, a Teoria do Cuidado de *Jean Watson* permite um olhar único sobre este fenómeno, uma vez que realça o cuidado humano de forma holística, englobando as questões éticas que possam surgir no processo de cuidar. As vantagens da utilização da teoria de *Watson* na interpretação destes resultados parecem evidentes, uma vez que quando abordado o conceito de contenção surgem diversas questões e conflitos, visto que aquando do seu uso, a segurança da pessoa bem como alguns princípios éticos como dignidade e autonomia da mesma são colocados em causa. Na sua teoria, *Watson* destaca a importância do respeito pelos valores e individualidade de cada utente, que se encontram diretamente relacionados com os princípios da autonomia e dignidade, nunca descurando a segurança (Watson, 1999). No entanto, é crucial compreender o papel da enfermagem, uma vez que esta classe de profissionais age sempre em conformidade com o bem-estar da pessoa cuidada e, muitas vezes, sentem-se “obrigados” a comprometer os princípios/direitos acima mencionados.

Como parte integrante da temática, o *delirium* surge como uma patologia de extrema complexidade, e sobre a qual nem sempre é dada a devida atenção. Ao longo da pesquisa, com base nos artigos abordados, foi referido pela grande maioria dos autores o pouco conhecimento por parte dos enfermeiros acerca deste quadro clínico. Como tal, este défice de conhecimento leva não só à falta de medidas de prevenção para esta doença, como também a abordagens inadequadas para com os utentes que padecem desta patologia. Um dos aspetos mais críticos prende-se com a utilização de forma precoce da contenção física, muitas vezes utilizada sem que se tenham esgotado previamente alternativas menos invasivas. Estratégias como a reorientação cognitiva da pessoa, o controlo do ambiente, e uma interação contínua e empática entre o utente e a equipa de saúde, devem ser consideradas como primeiras opções, antes de se recorrer à contenção.

Quadros de *delirium*, estão diretamente associados a situações nas quais poderão ocorrer períodos de agitação psicomotora, desorientação e/ou défices cognitivos que, geralmente, surgem de forma inesperada. A sintomatologia proveniente deste diagnóstico nem sempre apresenta um carácter constante, uma vez que o seu desenvolvimento e intensidade, poderão variar dependendo do fator desencadeante. Esta flutuação dificulta a deteção precoce do *delirium*, o que pode, por sua vez comprometer a resposta rápida por parte dos enfermeiros, e atrasar o início das intervenções adequadas.

Tendo em conta a sintomatologia anteriormente mencionada, é expectável que no decorrer de um quadro de *delirium*, devido à sua imprevisibilidade, possa ocorrer um comprometimento da segurança tanto do utente como das pessoas envolvidas e, ainda, seja posta em risco a continuidade dos cuidados prestados e/ou tratamentos aplicados.

Deste modo, compreendendo a especificidade dos sintomas que do *delirium* advêm, o risco de quedas e a colocação/manutenção de certos dispositivos médicos (SNG, drenos, SV, gastrostomias endoscópicas percutâneas (PEG), CVP, imobilizações ortopédicas, entre outros) estão comprometidas.

Num episódio de *delirium* os enfermeiros parecem ter um papel fundamental, dada a sua necessidade de atuar de forma rápida, de modo a prevenir o surgimento de intercorrências que coloquem em causa a segurança, tanto da pessoa como de terceiros. Para alcançar estes objetivos, muitas vezes surge a necessidade de aplicar contenção, principalmente quando outras intervenções são ineficazes para o efeito pretendido. No entanto, quando surge a necessidade de atuar rapidamente, muitas vezes, a avaliação e reflexão acerca dos princípios éticos a respeitar fica um pouco posta de lado, uma vez que a necessidade de garantir a segurança, tanto da pessoa como de terceiros, se torna prioritária.

Tendo em conta que os enfermeiros são os profissionais de saúde que atuam em primeira linha para com os utentes, são eles que, maioritariamente, se deparam com quadros de *delirium* e, conseqüentemente, mais vezes têm a necessidade de recorrer ao uso de contenção. No entanto, é importante referir que utentes que padeçam desta patologia nem sempre estão capacitados para tomar decisões e, muitas vezes, não se encontram capazes de consentir a aplicação deste tipo de intervenção. Assim, seguindo a ideologia da teoria de *Watson*, é importante que os enfermeiros efetuem uma profunda reflexão acerca das suas ações e o impacto que as mesmas representam, agindo sempre por um bem maior, respeitando o princípio da beneficência.

Apesar da elevada importância que a contenção apresenta na prevenção de acidentes e manutenção dos cuidados implementados, esta medida também está associada a diversas limitações, nomeadamente, os riscos associados ao seu uso. Como tal, é de extrema importância que os enfermeiros façam uma ponderação e avaliação prévia, pois existe uma vasta variedade de complicações que da contenção podem surgir, não só ao nível da dimensão física da pessoa contida, mas também da dimensão psicológica e emocional.

Para *Watson*, a relação terapêutica é um dos alicerces fundamentais na prestação de cuidados, assumindo que a mesma permite aos enfermeiros desempenhar uma prática de cuidar mais eficaz e humanizada, olhando para a pessoa na sua totalidade e não apenas para a patologia de que é portadora. No seu legado teórico, salienta ainda que deve ser criado um espaço relacional seguro, de modo que a pessoa se sinta acolhida, compreendida e respeitada dentro das suas necessidades e vulnerabilidades (Watson, 1999). No entanto, aquando do uso de contenção de um utente esse espaço é quebrado, levando os mesmos não só a desencadear reações negativas que por vezes agravam o seu estado de saúde, mas também a desenvolver uma desconfiança sobre os cuidados que lhes são implementados, levando a que deixem de colaborar na prestação dos mesmos, podendo ainda recusar a continuidade de tratamentos.

*Watson* afirma que o cuidar vai muito para além da aplicação de técnicas e deve ser um momento humanizado de acompanhamento e conexão entre a pessoa cuidada e o enfermeiro. A partir do momento em que são usadas práticas coercivas sem que haja um diálogo ou uma explicação por parte do enfermeiro, essa conexão é quebrada levando a que os utentes percam a confiança em quem lhes presta cuidados.

Posto isto, torna-se evidente que o uso de contenção coloca em causa a relação entre utente e profissionais de saúde, impossibilitando a construção de um vínculo de confiança e empatia que *Watson* assumia como fulcral no processo de cuidar. No entanto, analisando os resultados obtidos na nossa pesquisa, este não é o único aspeto que não vai de encontro com os pressupostos éticos e relacionais defendidos pela teórica, uma vez que *Watson* enfatiza a importância do respeito mútuo, tendo por base a valorização da dignidade e preservação da autonomia.

Assim, dando seguimento aos dados colhidos no decorrer da pesquisa, pode afirmar-se que a dignidade e autonomia da pessoa cuidada aquando do uso de contenção encontram-se comprometidas e, sendo estes dois dos princípios éticos mais relevantes é necessário realizar uma reflexão detalhada acerca da prática que afeta os mesmos.

#### 4.1 Princípio da autonomia

Considerando o princípio da autonomia, é ao utente que compete tomar todas as decisões, de forma livre e esclarecida, acerca das intervenções que a si são implementadas (Rosa et al., 2016). Como tal, na prática de enfermagem, a obtenção do consentimento informado por parte da pessoa cuidada é essencial e encontra-se diretamente relacionada com o princípio da autonomia. No entanto, durante a aplicação da prática de contenção, segundo Zeng et al. (2020) e Salehi et al. (2020), este consentimento nem sempre é assegurado. Em particular, nos utentes que padeçam de *delirium*, o consentimento torna-se quase impossível de obter, uma vez que, a grande maioria não se apresenta cognitivamente capaz para tomar qualquer decisão acerca do seu estado de saúde.

Ainda que em períodos de *delirium* seja espectável a não obtenção de consentimento informado por parte da pessoa em causa, devido a todas as especificidades destes quadros clínicos, o princípio da autonomia continua a ser um dos pilares éticos da prática de enfermagem não podendo ser descurado. Para isso, a literatura aponta para a necessidade de obter tal aprovação junto da família ou do acompanhante de referência, sempre que seja possível, permitindo assim a manutenção do respeito à autonomia da pessoa contida (Zeng et al., 2020). Este princípio alinha-se com a Teoria do Cuidado Humano de *Jean Watson* onde é destacada a importância de incluir a pessoa ativamente na tomada de decisão face aos cuidados que lhe são prestados, assumindo que devem ser vistos sempre como co-participantes no ato de cuidar (Watson, 1999).

#### 4.2 Princípio da dignidade

Relativamente ao princípio da dignidade, à semelhança da autonomia, também ele está na base de toda a prática profissional de enfermagem, devendo por isso ser preservado ao longo de todo o processo de cuidar. É visto como um respeito pela pessoa cuidada na sua totalidade, como um ser único, com valores próprios, cultura e crenças, independentemente do seu estado clínico e cognitivo (Simões & Sapeta, 2019).

No entanto, os resultados analisados na pesquisa indicam que em contextos de aplicação de contenção, a dignidade da pessoa é facilmente menosprezada em casos que não haja uma abordagem e avaliação conscientes e humanizadas por parte dos enfermeiros. Ainda que o objetivo seja garantir a segurança quer da pessoa quer de terceiros, ou permitir a continuidade de tratamentos, a forma como a contenção é aplicada

pode comprometer a interpretação que a pessoa cria acerca dos cuidados que lhe são prestados, mas também alterar a visão que o utente tem de si próprio.

Posto isto, a postura dos profissionais de saúde aquando do uso de contenção é de extrema importância, uma vez que esta prática pode apresentar um impacto significativo a nível sentimental da pessoa contida, nomeadamente, medo, vergonha ou humilhação (Matos et al., 2021). De maneira a reduzir estes impactos, é importante que os enfermeiros realizem as devidas explicações acerca do procedimento, realçando a importância, os benefícios e a duração da mesma, e também respeitar a privacidade do utente ao máximo, evitando expor o corpo, e até as contenções, que podem gerar sentimentos de inferioridade em relação a outros utentes.

*Watson* realça que o ato de cuidar deve ser fundamentado pela empatia, sensibilidade e com intenção de preservar a humanidade da pessoa, valorizando a sua essência e, olhando ao princípio da dignidade na prática de contenção, é imperativo que o enfermeiro esteja ciente dos impactos causados na pessoa à qual se aplica a contenção, tentando minimizar as percepções de desrespeito ou domínio sobre a mesma (Watson, 1999).

Preservar a dignidade de uma pessoa em contexto de contenção torna-se um desafio exigente, que necessita não só de conhecimento técnico, mas principalmente de uma reflexão e visão abrangente da pessoa que irá ser contida. Essa reflexão, deve ser baseada na sensibilidade e na consideração ética.

É importante realçar que os enfermeiros, ao aplicarem qualquer tipo de contenção, devem ter consciência de que estão diante de um ser humano e não apenas de um corpo em movimento que é necessário controlar. É nesse reconhecimento defendido por *Jean Watson* que se reflete a verdadeira essência do cuidar, valorizando o respeito, a compreensão sobre a pessoa cuidada e a sua dignidade, mesmo nas tomadas de decisões mais difíceis.

### **4.3 Princípios da beneficência e não maleficência**

Tendo como foco os princípios da beneficência e não maleficência, ambos apresentam um carácter essencial aquando da aplicação da prática de contenção, pois são estes que guiam as tomadas de decisões éticas dos profissionais de saúde. A elevada complexidade que se desenrola em torno destes princípios durante a prática de contenção de utentes leva à divergência de opiniões acerca do seu uso, especialmente em situações de *delirium*.

A beneficência orienta a prática de enfermagem de modo a agir para benefício do utente, presumindo que todas as ações do enfermeiro têm como finalidade reduzir o sofrimento, promover o bem-estar, proteger e garantir a segurança. Já o princípio da não maleficência impõe o dever de não causar dano à pessoa, o que faz com que qualquer intervenção que possa provocar sofrimento físico ou emocional deva ser evitada (Rosa et al., 2016).

Nos resultados da presente revisão narrativa, percebeu-se que a contenção, na grande maioria das vezes, é usada como medida de segurança, prevenindo episódios de quedas, autoagressão ou interrupção do tratamento. Posto isto, a intervenção de conter uma pessoa estaria em sintonia com o princípio da beneficência uma vez que procuram evitar potenciais danos quer à mesma quer a terceiros, inclusive aos próprios profissionais de saúde. Porém, quando é aplicada contenção, existe sempre a probabilidade de, com ela,

surgirem consequências, quer físicas quer psicológicas, o que vai originar um conflito entre a contenção e o princípio da não maleficência.

Deste modo, o confronto entre estes princípios origina um enorme dilema ético na prática de enfermagem, uma vez que se torna questionável a legitimidade de provocar um sofrimento imediato de maneira a evitar complicações e malefícios maiores. Este paradoxo leva a que os enfermeiros se vejam obrigados a realizar uma reflexão prévia e avaliação contínua ao longo do uso de contenção, compreendendo as preferências da pessoa cuidada de modo individualizado, e analisando e minimizando os riscos, procurando alternativas e sempre numa perspetiva de maximizar benefícios inerentes a esta prática.

Nesse sentido, também *Watson* promulga que o enfermeiro deve ter sensibilidade ao sofrimento do outro, mesmo em situações em que este não seja verbalizado, cuidando de forma holística e não se limitando apenas à proteção da vertente física (*Watson, 1999*). Assim, percebe-se que nas situações em que a contenção é necessária, o enfermeiro constitui um elemento decisivo na experiência da pessoa, influenciando de forma marcante pelo modo como a aplica, e pela sua forma de estar perante a situação.

Relacionando estes dois princípios éticos, a maior controvérsia ocorre no sentido em que a contenção é utilizada para obter a beneficência da pessoa, nomeadamente, prevenir riscos/perigos, garantindo a manutenção do seu tratamento. O princípio da não-maleficência definido como “não causar danos ao utente”, não é respeitado, uma vez que durante o uso de contenção, devido aos riscos inerentes à mesma, não é assegurado que não surjam danos, quer seja a nível físico como psicológico/emocional (*Rosa et al., 2016*). Assim, a implementação da contenção não vai de encontro ao pensamento de *Watson*, uma vez que a mesma defende uma prática baseada no cuidado humano, tendo como foco o bem-estar holístico da pessoa em causa, considerando as vertentes física, emocional e espiritual (*Watson, 1999*).

Os princípios da beneficência e não maleficência não devem ser vistos como incompatíveis, mas como elementos complementares que requerem equilíbrio durante a prática de enfermagem. Deste modo, é fulcral a avaliação contínua ao longo da prática de contenção, analisando e comparando sempre a relação benefício/risco não só a nível físico, mas considerando todas as dimensões da pessoa contida.

## 5 Implicações para a prática

Cuidados de excelência revelam-se na capacidade de prevenção de situações através da implementação de intervenções humanizadas, antecipatórias e com base na evidência científica. Assim, é fundamental a criação de *guidelines* que ditem a aplicação do uso de contenção em utentes que padeçam de *delirium*. Segundo a DGS (2011) Orientação n.º 021/2011, as principais medidas alternativas para o uso da contenção são:

- “Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade;
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
- Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro;
- Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente;
- Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente;
- Tratamento farmacológico.”

Como mencionado anteriormente, ao longo da prática profissional, os enfermeiros deparam-se com a necessidade de aplicação de contenção de utentes e, nem sempre esta intervenção é aplicada da forma mais correta. Como tal, e com o objetivo de minimizar a inquietação demonstrada ao longo do estudo, para além das alternativas mencionadas acima, foram ainda absorvidas ideias de possíveis *guidelines* por autores que se enquadram com a temática e que podem realmente fazer a diferença na vida de uma pessoa. São estas:

- Formação contínua dos enfermeiros acerca da patologia intitulada de *delirium* (sendo que ainda é uma patologia pouco estudada, é fundamental uma maior formação dos profissionais acerca desta doença, de forma a que o profissional em causa se sinta mais seguro e, conseqüentemente, consiga intervir da maneira mais correta, prestando cuidados de qualidade ao utente);
- Reuniões semanais da equipa de saúde, cujo o objetivo se centra em refletir acerca das práticas aplicadas aos utentes e, sobretudo, fazer uma reflexão e “discutir” acerca do uso de contenção de utentes;
- Fornecer a utentes que padeçam de *delirium* um objeto significativo para os mesmos (fotos, objetos, entre outros), de maneira que estes permaneçam mais calmos e se sintam confortáveis e seguros e, em quadro de *delirium*, consigam encontrar alguma tranquilidade no seu manuseamento;
- Aplicação de terapêuticas como, por exemplo, musicoterapia, com o objetivo de acalmar o utente em quadros em que a patologia se encontra mais acentuada. (Sharifi et al., 2021), (Dos Santos et al., 2021)

Minimizar o uso de contenção é, de facto, uma prioridade ética, uma vez que, tal como anteriormente mencionado, a consecução destas práticas acarreta diversos conflitos éticos. Para tal, a prevenção deve ser reconhecida como uma intervenção primária. Além disso, o seguimento das *guidelines* acima mencionadas deve ser algo imperativo, de modo que a contenção seja cada vez menos usada ou, quando aplicada, a mesma seja com o maior conhecimento e da forma mais humanizada possível, tendo sempre como foco o bem-estar da pessoa cuidada.

## Conclusão

A contenção de utentes é uma prática complexa realizada por profissionais de saúde, mais especificamente, os enfermeiros com o objetivo de garantir a segurança, tanto da pessoa em causa como da equipa de saúde. No entanto, trata-se de uma prática delicada e controversa e que suscita diversas opiniões, uma vez que levanta diversos dilemas/conflitos éticos.

O *delirium* corresponde a uma patologia cuja sintomatologia se manifesta através de agitação psicomotora, desorientação e alterações a nível cognitivo. Ocorre de forma súbita e apresenta um carácter imprevisível, uma vez que a sua evolução não é linear e, tanto o seu desenvolvimento como intensidade, podem variar dependendo do fator desencadeante. Como tal, quadros de *delirium* levam muitas vezes os enfermeiros a recorrer a medidas consideradas, por alguns, extremas e, por outros, necessárias e fundamentais, como é o caso da contenção.

É crucial nunca descurar as questões éticas que são inerentes ao uso de contenção e, como tal, os princípios éticos intitulados de beneficência e não maleficência destacam-se, uma vez que, a atuação do papel de enfermagem deve reger-se pelos mesmos, sempre numa perspectiva de não causar qualquer dano à pessoa e agir sempre para o bem da mesma, potenciando elevados níveis de bem-estar. Particularmente, o princípio da autonomia, é muitas vezes colocado em causa uma vez que diversos utentes em quadros de *delirium* não se apresentam capazes cognitivamente para tomar decisões acerca do seu estado de saúde e, como tal, a obtenção do consentimento informado pode tornar-se um desafio. O princípio da dignidade é também colocado em causa uma vez que a prática de contenção muitas vezes pode não ser aplicada da maneira mais correta e, conseqüentemente, despoletar sentimentos de frustração, humilhação e vergonha à pessoa cuidada em causa.

Ao longo deste trabalho foi sendo referida a teoria do cuidar de *Jean Watson*, pois a mesma apresenta um ponto de vista de Cuidar que se enquadra com a temática abordada. *Watson* realça a importância do cuidado humanizado e holístico, onde o profissional de saúde deve ver a pessoa como um todo e muito para além da patologia de que a mesma padece. Enfatiza ainda a importância de uma relação terapêutica, enfermeiro-utente, algo que pode não ser eficaz aquando da aplicação de contenção. Com base no seu legado teórico, é notório que quando inevitável o uso de contenção, a mesma deve ser realizada respeitando os princípios éticos, e sempre em último recurso, ou seja, quando todas as outras opções se esgotaram e durante o menor tempo possível, causando o menor dano à pessoa cuidada.

Em suma, enquanto profissionais de saúde de primeira linha e cujo contacto com a pessoa é direto, a formação deve ser algo mandatário e contínuo. Os enfermeiros devem agir com a maior responsabilidade e conhecimento possível uma vez que, diariamente, são confrontados com a tomada de decisão. A reflexão sobre a aplicação de medidas de contenção é crucial pois, pode afetar o bem-estar e, em última instância, até a vida de uma pessoa. A tomada de decisão deve ser para além de ética, segura e informada, devendo o enfermeiro agir sempre em conformidade com as recomendações nacionais e internacionais de boas práticas. A Enfermagem é a arte do cuidar, mesmo quando se tornam necessárias alternativas um pouco mais delicadas. Ainda assim, a essência do cuidar assenta no respeito e empatia, cuidando sempre do próximo com humanidade.

## Referências Bibliográficas

- Alves, F. (2024). *Intervenções de enfermagem preventivas da contenção mecânica na pessoa em situação crítica* [Escola Superior Saúde Universidade De Évora]. <http://hdl.handle.net/10400.26/51277>
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Artmed Editora. [https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM\\_V.pdf](https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf)
- Associação Beneficente Síria. (n.d.). Protocolo de delirium: Prevenção, detecção e tratamento. *Associação Beneficente Síria*. Retrieved June 19, 2025, from <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/6-Protocolo-Delirium.pdf>
- Braga, D. S. (2024). RELAÇÃO ENTRE DSM, DSM-5 TR, CID 11 E O TRANSTORNO DE ANSIEDADE: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Saber Acadêmico*, 37. <https://publicacoes.uniesp.edu.br/index.php/3/article/view/229>
- Calheno Rebelo, C., Oliveira, H., do Céu Rocha, M., & Pereira Calheno Rebelo catarina, C. (2021). An Overview of Delirium in the Community Setting. *Gazeta Médica*. <https://doi.org/10.29315/GM.V8I4.482>
- Correia, I. C., & Gil, L. T. (2020). A esperança nas pessoas com esclerose lateral amiotrófica em cuidados paliativos: uma scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12(2), 41–51. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.5212>
- Cortinhal, V. S. J., Correia, A. S. C., & Deodato Fernandes, S. J. (2024). Nursing Ethical Decision Making on Adult Physical Restraint: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2024, Vol. 21, Page 75, 21(1), 75. <https://doi.org/10.3390/IJERPH21010075>
- Cro, S. (2018). Delirium no idoso. In *Delirium no idoso*. Dissertação de Mestrado - Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/81870>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa. Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física*.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227–235. <https://doi.org/10.20344/AMP.11923>
- Dos Santos, G. F., Oliveira, E. G., & Souza, R. C. S. (2021). Boas práticas para restrição física em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1166>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*. [www.ers.pt](http://www.ers.pt)
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., da Nóbrega, M. M. L., de Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. G. (2020). An analysis of jean watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (1st. ed.). Lusociência.

- Huf, G., Coutinho, E. S. F., Ferreira, M. A. V., Ferreira, S., Mello, F., & Adams, C. E. (2011). TREC-SAVE: A randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-180/FIGURES/2>
- Jacinto, M., Pereira, V., & Abreu, T. T. (2015). Delirium: Estudo Prospectivo em Doentes Internados numa Enfermaria de Medicina Interna. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.
- Krupa, S., Friganović, A., Oomen, B., Benko, S., & Mędrzycka-Dabrowska, W. (2022). Nurses' Knowledge about Delirium in the Group of Intensive Care Units Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol. 19, Page 2758, 19(5), 2758. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19052758>
- Lins, G. K. M., Pereira, P. G., Spolidoro, F. K., Nery, S. B., Oliveira, M. P. de, Oliveira, F. L. da C., Pereira, J. J. de O. F. R., Pereira, M. R., & Pereira, M. R. (2025). Ética da contenção em psiquiatria: dilemas jurisdicionais e os direitos dos pacientes em unidades de atendimento. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 18(1), e14856–e14856. <https://doi.org/10.55905/REVCONV.18N.1-338>
- Margalha, S. (2013). *Influência da farmacogenómica na terapêutica com antipsicóticos em doentes esquizofrénicos*. <http://hdl.handle.net/10400.1/6878>
- Marta Pinto Sousa, C. DE. (2015). *DELIRIUM NO IDOSO*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Matos, R. C., Cruz, A., Ferreira, B., Gonçalves, C., Correia, D., Almeida, E., Ferreira, A., Quesado, A., & Rn, \*. (2021). Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(2), 111–123. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.137>
- Miguel, F., Sampaio, C., & Sampaio, F. (2012). *Confusion assessment method (CAM): tradução e validação para a população portuguesa*. <http://hdl.handle.net/10400.26/9355>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Neto, P. & Veludo, F. (2012). *Fatores de risco para o desenvolvimento de Delirium em pessoas internadas em Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão de Literatura*. [Apresentação em póster]. I Seminário do Curso de Mestrado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. [https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/69816343/Poster\\_Fatores\\_de\\_risco\\_para\\_o\\_desenvolvimento\\_de\\_Delirium\\_Poster.pdf](https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/69816343/Poster_Fatores_de_risco_para_o_desenvolvimento_de_Delirium_Poster.pdf)
- Nogueira, F. M. (2016). Aspectos éticos da inovação em saúde em Portugal. *Revista Bioética*, 24(1), 83–90. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241109>
- Ordem dos Enfermeiros. (n.d.). *OE15MAR2007-EP02/07 CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM*. Retrieved June 19, 2025, from [http://www.acime.gov.pt/docs/Legislacao/LEuropeia/Carta\\_direitos\\_UE.pdf](http://www.acime.gov.pt/docs/Legislacao/LEuropeia/Carta_direitos_UE.pdf)
- Pereira, M. G. (2013). A seção de discussão de um artigo científico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(3), 537–538. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000300020>

Piedade, C. (2015). *Restrição física da mobilidade no doente internado em neurocirurgia: que intervenção?*

Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th Vital Sign? *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/AMP.9670>

Quaresma, F. A. (2019). *Delirium numa enfermaria de medicina interna: impacto do seu reconhecimento para a prática clínica*. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/39639>

Reis, G. (2015). *Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente com necessidade de contenção na unidade de intermédios*.

Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. G. (2016). Os princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Medicina Interna REVISTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA ARTIGOS ORIGINAIS*.

Salehi, Z., Najafi Ghezeljeh, T., Hajibabae, F., & Joolae, S. (2020). Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. *Nursing Ethics*, 27(2), 598–608. <https://doi.org/10.1177/0969733019858711>,

Sharifi, A., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., & Mohammadi-Shahbolaghi, F. (2021). The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01676-8>

Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2), 244–252. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>

Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). *Modelos de formulação da questão de investigação na Prática Baseada na Evidência*. <http://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1287>

Vaz, S. (2023). *A pessoa com Delirium em contexto de internamento*.

Wacker, P. ;, Nunes, P. V. ;, Forlenza, O. V, Wacker, P., Nunes, P. V, Forlenza, O. V, & Para, E. (2005). Delirium: uma perspectiva histórica. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(3), 97–103. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300001>

Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Lusodidacta.

Watson, J. (2004). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem*. Lusodidacta.

World Health Organization. (2025). CID-11. <https://icd.who.int/pt/>

Zeng, J. F., Cai, H. T., Li, W. M., & Zou, C. M. (2020). Physical restraint using, autonomy, ethics among psychiatric patients in nursing practice in China. In *Journal of Integrative Nursing* (Vol. 2, Issue 3, pp. 97–102). Wolters Kluwer Medknow Publications. [https://doi.org/10.4103/jin.jin\\_29\\_20](https://doi.org/10.4103/jin.jin_29_20)

Zhou, J., Qin, Q., Chen, S., & Zhang, H. (2024). Moral Dilemmas Regarding Physical Restraints in Intensive Care Units: Understanding Autonomy, Beneficence, Non-Maleficence and Justice

in the Use of Physical Restraints. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 1619–1627.  
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S455910>

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Confusion Assessment Method

The diagnosis of delirium by CAM requires the presence of <b>BOTH</b> features <b>A</b> and <b>B</b>		
<b>CAM</b> Confusion Assessment Method	<b>A.</b> <b>Acute onset</b>	Is there evidence of an acute change in mental status from patient baseline?
	and	
	<b>Fluctuating course</b>	Does the abnormal behavior: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ come and go?</li> <li>➢ fluctuate during the day?</li> <li>➢ increase/decrease in severity?</li> </ul>
	<b>B.</b> <b>Inattention</b>	Does the patient: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ have difficulty focusing attention?</li> <li>➢ become easily distracted?</li> <li>➢ have difficulty keeping track of what is said?</li> </ul>
<b>AND the presence of EITHER feature C or D</b>		
<b>C.</b> <b>Disorganized thinking</b>	Is the patient's thinking <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ disorganized</li> <li>➢ incoherent</li> </ul> For example does the patient have <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ rambling speech/irrelevant conversation?</li> <li>➢ unpredictable switching of subjects?</li> <li>➢ unclear or illogical flow of ideas?</li> </ul>	
<b>D.</b> <b>Altered level of consciousness</b>	Overall, what is the patient's level of consciousness: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ alert (normal)</li> <li>➢ vigilant (hyper-alert)</li> <li>➢ lethargic (drowsy but easily roused)</li> <li>➢ stuporous (difficult to rouse)</li> <li>➢ comatose (unroutable)</li> </ul>	

Figura 1 - Confusion Assessment Method

Fonte: Adaptado de Delirium in the Older Person: A Medical Emergency. Island Health. <https://cgatoolkit.ca/Uploads/ContentDocuments/camshortform.pdf>

## ANEXO B – Mini Mental State Examination

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

Figura 2 - Mini Mental State Examination

Fonte: Mini Mental State Examination (MMSE). Disponível em:  
<https://www.clinicadememoria.com/files/MMSE.pdf>

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

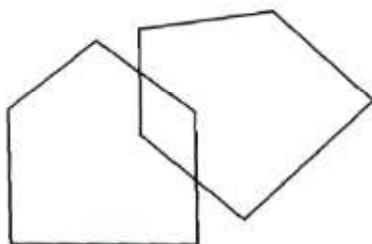
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**TOTAL (Máximo 30 pontos):** \_\_\_\_\_

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

**Figura 3 - Mini Mental State Examination**

**Fonte:** Mini Mental State Examination (MMSE). Disponível em: <https://www.clinicadememoria.com/files/MMSE.pdf>

## ANEXO C - Diagnóstico diferencial entre *delirium* e demência

<b>Diagnóstico Diferencial</b>	<b><i>Delirium</i></b>	<b>Demência</b>
<b><i>Início</i></b>	Agudo	Insidioso
<b><i>Curso clínico</i></b>	Flutuante (agravamento nocturno frequente)	Crónico progressivo (geralmente sem flutuações)
<b><i>Duração</i></b>	Dias a semanas	Meses a anos
<b><i>Atenção</i></b>	Prejudicada	Usualmente preservada (excepto em fase grave)
<b><i>Consciência</i></b>	Usualmente alterada	Usualmente preservada
<b><i>Orientação</i></b>	Usualmente alterada	Usualmente alterada
<b><i>Psicomotricidade</i></b>	Variável	Usualmente inalterada
<b><i>Reversibilidade</i></b>	Usualmente reversível	Usualmente irreversível
<b><i>Factor desencadeante</i></b>	Usualmente presente	Usualmente ausente
<b><i>Funcionalidade</i></b>	Preservada até o início do quadro	Agravamento lento e progressivo
<b><i>Discurso</i></b>	Incoerente	Coerente
<b><i>Pensamento</i></b>	Desorganizado	Pobre e vago
<b><i>Percepção</i></b>	Alucinações frequentes (sobretudo visuais)	Podem haver alucinações (sobretudo visuais)

**Figura 4** - Diagnóstico diferencial entre *delirium* e demência

**Fonte:** Adaptado de Sousa (2015). Disponível em <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/37396/1/Delirium%20no%20idoso.pdf>