

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

LUCINEIA STACH PAREJO

**DELIRIUM COMO FOCO DA ATENÇÃO PARA OS
ENFERMEIROS DE TERAPIA INTENSIVA**

**BOTUCATU
2014**

LUCINEIA STACH PAREJO

**DELIRIUM COMO FOCO DE ATENÇÃO PARA OS ENFERMEIROS DE
TERAPIA INTENSIVA**

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” Campus de Botucatu para a
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

Área: Prática de Enfermagem

Profa. Dra. Eliana Mara Braga

BOTUCATU

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Parejo, Lucineia Stach.

Delirium como foco de atenção para os enfermeiros de terapia intensiva /
Lucineia Stach Parejo. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Mara Braga

Capes: 40400000

1. Delírio. 2. Manifestações psicológicas de doenças. 3. Enfermagem de
tratamento intensivo. 4. Tratamento intensivo. 5. Unidade de tratamento
intensivo.

Palavras-chave: Comunicação; Delirium; Enfermagem; Instrumentos de
avaliação; Terapia intensiva.

DEDICATÓRIA

Compreendi, então,

possibilidades

para realizar a sua beleza,

tem de ser tocada até o fim.

Dei-me conta, ao contrário,

de que a vida é um álbum de mini-sonatas.

Cada momento de beleza vivido e amado,

por efêmero que seja,

é uma experiência completa

que está destinada à eternidade.

Um único momento de beleza e amor

justifica a vida inteira.

Rubem Alves

Dedico este trabalho

A todas as pessoas que de forma direta ou indireta apoiaram seu desenvolvimento.

*Em especial a minha mãe, mulher simples sem instrução acadêmica, mas de uma
sabedoria...fibra,*

guerreira, abençoada, a qual me mostrou sempre

o melhor caminho a seguir,

ensinando me que, para vencer, tenho que lutar.

*À minha irmã Patricia pessoa brilhante que mostrou com seu exemplo que é possível
superar, sempre...*

A meu companheiro de vida, Francisco Carlos Parejo,

*que mesmo com todos os percalços e desencontros, esteve ao meu lado demonstrando
amizade, companheirismo e compreensão.*

*A minha querida amiga Alessandra pelos momentos alegres proporcionados mesmo
diante de tantas transformações.*

AGRADECIMENTOS

*Se temos de esperar,
que seja para colher a semente boa
que lançamos hoje no solo da vida.*

*Se for para semear,
então que seja para produzir
milhões de sorrisos,
de solidariedade e amizade.*

Cora Coralina

Agradeço ...

A todos aqueles que deram sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada.

Aos meus familiares, amigos e colegas de trabalho, que me apoiaram e souberam compreender minhas ausências, sempre dispostos a ouvir as alegrias e angústias de cada etapa.

Às amigas: Alessandra, Priscila e Daniela, pelo companheirismo nos momentos de viagem. Ora com sol, ora com chuva, passamos juntas esse período, compreendendo ansiedades e angustias.

Aos amigos de classe, que infinitamente contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional com suas experiências e lições de vida.

À orientadora Prof^a. Dr^a Eliana Mara Braga, pelo apoio, consideração e dedicação prestada durante este período, entendendo minhas limitações, mas acreditando no potencial.

À Prof.^a Dr.^a Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, pelas pertinentes sugestões no Exame Geral de Qualificação, que com todo seu carinho, conhecimento e experiência contribuiu para o aprimoramento deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Janete Pessuto Simonetti, pelas sugestões no Exame Geral de Qualificação e que com sabedoria contribuiu infinitamente com esta realização.

À Prof^a Dra^a Maria Júlia Paes Silva, que com todo seu carinho e amor que transcende o olhar, despertou em mim o desejo pela pesquisa, me fazendo acreditar que é possível ser melhor dia após dia...cada um no seu passo, mas de forma contínua e permanente. Sem palavras para agradecer tudo o que fez por mim e pela minha vida!

A todos os colegas do grupo de Pesquisa em Comunicação da EEUSP. Como aprendi e aprendo, não só sobre teorias, mas sobre gente, cuidado e amor.

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista - UNESP, pela competência e oportunidade de nos fazer crescer.

À Esther Alcântara, pela revisão ortográfica e adequação do texto, mostrando-se extremamente atenciosa.

À bibliotecária Cleuza Mello do Hospital do Servidor Público Estadual, pela contribuição na conferência bibliográfica.

Aos secretários do Departamento de Enfermagem Manuela e Cesar, pelas dicas e paciência durante o curso.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista - UNESP, por dar-me a oportunidade de concluir esta etapa.

A vocês, meu sincero agradecimento.

*“Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não
tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia,
amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela
não seja curta, nem longa demais, mas que seja
intensa, verdadeira, pura enquanto durar...”*

CORA CORALINA

Parejo LS. Delirium como foco de atenção para os Enfermeiros de Terapia Intensiva. 2014. 146 p. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP; 2014.

RESUMO

Delirium é uma manifestação de disfunção cerebral aguda, frequente em pacientes criticamente enfermos e está associado a aumento da morbidade e mortalidade. Na experiência das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), esta situação afeta muitos pacientes durante o período de hospitalização, aumentando a frequência dos eventos à medida que o período de internação prolonga-se. Neste sentido, esta pesquisa buscou compreender os conceitos atribuídos ao Delirium pelos enfermeiros de UTI, bem como as estratégias utilizadas por eles na abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica no cuidado a pacientes que apresentam este diagnóstico. Foi um estudo qualitativo com Referencial Metodológico da Análise de Conteúdo, realizado em duas UTIs adulto de hospitais públicos do Estado de São Paulo-Brasil, sendo uma localizada no interior paulista e outra na capital. Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2013, por meio de entrevista semi estruturada da qual participaram 18 enfermeiros do sexo feminino, com idades predominantes entre 25 e 30 anos e com 1 a 5 anos de atuação no cuidado a pacientes críticos. Os resultados do estudo deram origem a sete categorias nos seguintes temas: Delirium é confusão, agitação, alucinação e agressividade, possui múltiplas circunstâncias causais, associadas ao ambiente da UTI, a abstinência do uso de drogas e álcool, à doença psiquiátrica prévia e ao uso de fármacos/sedativos. Nos temas relacionados às estratégias possíveis para prevenção, emergiram: maior contato com a família, adequação funcional e estrutural do ambiente e intencionalidade de comunicação com o paciente. No que se refere ao diagnóstico do Delirium, os enfermeiros relataram que a alteração do comportamento o define, sendo necessária especial atenção aos sinais da comunicação não verbal. O tratamento do Delirium pode acontecer por restrição mecânica, como método terapêutico e por uso de fármacos como meio de contenção do paciente, ressaltando a comunicação verbal como um instrumento valioso nesta situação. Podemos concluir que o Delirium é compreendido pelos participantes como uma alteração neurológica associada a múltiplas circunstâncias causais, porém, com lacunas no conhecimento acerca deste diagnóstico, em especial, nas estratégias de prevenção e no manejo do paciente. Também ficou evidente que a comunicação verbal e não verbal constituem uma importante estratégia utilizada pelos enfermeiros desde a prevenção até a terapêutica. Assim, o produto deste estudo está focalizado em diretrizes para um curso de capacitação em Delirium em UTI nos seguintes temas: conceituação, contextualização, estratégias preventivas, diagnóstica e terapêutica do Delirium, competência em comunicação verbal e não verbal, modificações do ambiente de terapia intensiva que incluam concretamente a família neste cuidado.

Palavras chave: Delirium; comunicação; enfermagem; unidade de terapia intensiva; instrumentos de avaliação.

Parejo LS. Delirium as a focus of attention for Intensive Care Nurses. 2014. 146p. [thesis]. Botucatu: Univ Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP; 2014.

ABSTRACT

Delirium is a manifestation of acute brain dysfunction which is frequent in critically ill patients and associated with increased morbidity and mortality. In the experience of Intensive Care Units (ICUs), this situation affects many patients during the hospitalization period, and the frequency of events increases as the hospitalization period extends. With this regard, this study aimed at understanding the concepts attributed to Delirium by ICU nurses for preventive, diagnostic and therapeutic approaches in the care for patients showing this diagnosis. It was a qualitative study with a methodological framework based on Content Analysis and conducted in two adult ICUs in public hospitals in São Paulo state - Brazil, one of which was located in inner São Paulo state and the other in the state capital city. Data were collected from April to July 2013 by means of semi-structured interviews in which 18 female nurses whose ages were predominantly between 25 and 30 years and who had worked in the care for critical patients for 1 to 5 years participated. The results in the study originated seven categories according to the following topics: Delirium is confusion, agitation, hallucination and aggressiveness. It has multiple causal circumstances associated with the ICU environment, abstinence from drug and alcohol use, previous psychiatric disease and the use of pharmaceuticals/sedatives. In the topics related to possible prevention strategies, the following emerged: greater contact with one's family, functional and structural adequacy of the environment and intentionality of communication with the patient. As regards the Delirium diagnosis, nurses reported that behavioral changes define it, and special attention must be paid to non-verbal communication signs. Delirium treatment may take place by mechanical restriction as a therapeutic method and by the use of pharmaceuticals as a means of patient restraint, pointing out verbal communication as a valuable instrument in this situation. It can be concluded that Delirium is understood by the participants as a neurological alteration associated with multiple causal circumstances, however, with many gaps regarding the knowledge related to its diagnosis, particularly with in relation to prevention strategies and patient management. It was also evident that verbal and non-verbal communication constitutes an important strategy used by nurses from prevention to therapeutics. The product of this study is focused on guidelines for a training course in ICU Delirium in the following topics: concepts, context, preventive, diagnostic and therapeutic strategies Delirium, competence in verbal and nonverbal communication, changes in the environment of intensive care which specifically, include the family in this care.

Key words: Delirium; communication; nursing; intensive care unit; evaluation instruments.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Método de Avaliação do Delirium.....	27
Quadro 2	Algoritmo para Delirium.....	30
Quadro 3	Método de Avaliação de Confusão em UTI – CAM_ICU.....	35
Quadro 4	Teste do Pensamento.....	38
Quadro 5	Escala Richmond de Sedação e Analgesia – RASS.....	40
Quadro 6	Fatores de Risco para Delirium por Nível de Evidência.....	48
Quadro 7	Caracterização das UTIs participantes do estudo–Botucatu, 2013.....	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama de fluxo para o diagnóstico do Delirium em pacientes de UTI.....	34
Figura 2	Imagens do Teste de Atenção.....	38

TABELA

Tabela 1	Caraterização dos sujeitos por Instituição Hospitalar – Capital Paulista e Interior do Estado - Botucatu, 2013.....	76
-----------------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

USP: Universidade de São Paulo

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual – IV edição

CAM: Confusion Assessment Method

DRS: Delirium Rating Scale

DRS-R-98: Delirium Rating Scale Reviewed

CAM-ICU: Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit

ASE: Attention Screening Examination

RASS: The Richmond Agitation and Sedation Scale

CID: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

dB: Decibéis

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Quadros

Lista de Figuras

Lista de Tabela

Lista de Abreviaturas e Siglas

1 Apresentação.....	19
2 Introdução.....	22
3 Revisão da Literatura.....	42
4 Objetivos.....	58
5 Referencial Teórico e Metodológico.....	60
5.1 Referencial Teórico.....	61
5.2 Os referenciais de relevância em Delirium e Comunicação.....	61
5.3 Referencial Metodológico.....	61
5.3.1- Caracterização do Estudo.....	61
5.4 População-alvo e local da pesquisa.....	62
5.4.1 – População.....	62
5.4.2 – Critérios de inclusão.....	62

5.4.3 – Cenário do estudo.....	63
5.5 Procedimentos Éticos.....	65
5.6 Instrumentos de Coleta de Dados.....	65
5.7 Coleta de Dados.....	66
5.8 Organização e Tratamento de Dados.....	68
6 Resultados.....	72
6.1 Caracterização das unidades participantes do estudo.....	73
6.2 Caracterização dos sujeitos do estudo.....	74
6.3 Caracterização Temática.....	78
7 Discussão.....	98
8 Considerações Finais.....	117
Referências.....	121
ANEXOS.....	137
APÊNDICES.....	144

"Mas de uma coisa eu sei: meu caminho não sou eu, é outro, é os outros.

*Quando eu puder sentir plenamente o outro estarei salva e pensarei: eis o meu ponto de
chegada".*

Clarisse Lispector

1 APRESENTAÇÃO

O ser humano, na sua integralidade, sempre me despertou interesse. Mais do que as ações, inquietam-me as reais motivações que resultam em determinados comportamentos, levando-me a valorizar conversas de âmbito íntimo, não como forma de interferir ou especular particularidades, mas como forma de entender razões.

Desde o início da vida profissional, percebi que meu perfil ajudaria no trato com pessoas em situações de crise, que diante da dor e sofrimento, adotam posturas não usuais do cotidiano.

Na ansiedade pelo aprimoramento, optei por uma pós-graduação na modalidade residência, entendendo que essa opção me tornaria um profissional mais completo. Tive a grata oportunidade de participar desse programa no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, onde na convivência com mestres apreendi o significado do “ser enfermeira”, tornando esse momento um divisor de águas em minha vida. Lá, entendi a importância do processo de enfermagem e como ele nos direciona ao cuidado em seu mais amplo sentido.

No entanto, desde o início, minha experiência profissional foi focada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ambiente conhecido por excesso de tecnologia e risco iminente de morte. Na ânsia pelo conhecimento tecnológico e científico, minha preocupação com a integralidade ficou adormecida por um determinado tempo, sendo novamente despertada ao prestar atenção naquilo que de fato importa: O SER HUMANO. Nesse processo de busca e aprendizado, compreendi a importância de aprimorar habilidades

comunicativas, tendo como panorama a convivência diária com o sofrimento, com as incertezas expressas nos rostos de pacientes e familiares, muitas vezes impossibilitados de verbalização. A partir daí, deu-se início uma nova fase, a participação no grupo de Pesquisas em Comunicação na Escola de Enfermagem da USP, onde mais uma vez o convívio com pessoas especiais e de alto valor acadêmico me permitiu, a cada encontro, aprender o valor da comunicação efetiva, fazendo-me entender que a palavra verbalizada compreende uma parte muito pequena da comunicação, sendo de extrema importância prestar atenção ao que não é dito.

O aprendizado no grupo de Pesquisas em Comunicação e a experiência como enfermeira assistencial em UTI de alta complexidade despertaram-me o interesse em compreender por que muitos pacientes apresentam alterações de comportamento sem relação aparente com a causa de internação. Na vigência dessas alterações, a abordagem utilizada muito me incomodava, porém faltava o conhecimento necessário do que poderia ser feito por nós enfermeiros, de forma preventiva e/ou terapêutica, uma vez que os pacientes que cursam com essas alterações prolongam seu período de internação e, conseqüentemente, tornam-se expostos a outras complicações.

Na literatura encontrei informações relevantes, como a definição conceitual. Então soube que o nome atribuído a essas alterações é **Delirium** e pude entender que elas não possuem relação direta com outras alterações psiquiátricas.

Ao compartilhar essas informações com colegas próximos, o espanto tornou-se presente, fazendo-me perceber que o desconhecimento sobre o assunto comprometeria a adoção de estratégias assistenciais.

O passo inicial foi buscar o que já havia sido publicado sobre o assunto na literatura científica. Imediatamente me familiarizei com o tema e com instrumentos já validados que poderiam ser utilizados por não médicos. A partir daí optei por realizar uma revisão da literatura, cruzando o assunto com a escala mais utilizada e difundida para essa finalidade, e percebi que, embora o enfermeiro seja o profissional que acompanha o paciente diariamente, os trabalhos realizados e publicados são de origem médica, tendo, em muitos momentos, o enfermeiro apenas como “coletador” de dados. Esse resultado mais a carência de trabalhos publicados em português talvez justifiquem o espanto dos meus colegas.

Essas constatações serviram de motivação para explorarmos a experiência dos enfermeiros de UTI na assistência a pacientes com Delirium, bem como o interesse em conhecer quais são as estratégias utilizadas na prevenção, no diagnóstico e na terapêutica dessa condição.

INTRODUÇÃO

“Feliz daquele que transfere o que sabe e aprende aquilo que ensina.”

2 INTRODUÇÃO

A experiência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) mostra que muitos pacientes, durante o período de hospitalização, cursam com alterações de comportamento, aumentando a frequência dos eventos à medida que o período de internação se prolonga. Vivência em procedimentos dolorosos, mudanças nos hábitos de vida, falta de independência, observação da morte ou agravos somados contribuem na exacerbação de períodos de confusão, especialmente no período noturno.

Na busca por melhor entendimento dessas manifestações, por meio da literatura, percebe-se que a denominação utilizada para essas alterações é Delirium, sendo comum entre doentes hospitalizados, acometendo especialmente idosos⁽¹⁻⁴⁾.

Contextualizando historicamente, Delirium foi uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica. Nos trabalhos de Hipócrates (460-366 a.C.), encontram-se inúmeras referências ao conjunto de sintomas que hoje chamamos de Delirium⁽⁵⁾.

O termo Delirium deriva do latim “delirare”, significando, literalmente, “estar fora do lugar”. Na prática, assumiu o sentido de “estar insano, confuso, fora de si”¹; no entanto, até o início do século XIX o termo era empregado como designação geral de loucura e perturbações mentais agudas. Sabe-se que a matriz atencional¹ organiza quais dos muitos estímulos internos e externos devem ser colocados preferencialmente no centro da consciência para posterior execução. Isso é claramente percebido quando eventos idênticos

1 Definida como: eficiência de detecção, poder de concentração, grau de vigilância, resistência a interferências e capacidade de processamento mental.

causam respostas variáveis de acordo com seu momento e significância; ou seja, podemos entender “atenção” como um termo genérico que designa todos os processos que medeiam essa escolha. A presença de modulação atencional no nível psicológico implica alocação preferencial de eventos que tenham adquirido relevância emocional; no nível neural, a atenção refere-se às alterações na seletividade, intensidade e duração das respostas neurais para cada evento ⁽⁵⁾.

A atenção humana tem inúmeras limitações. Os órgãos sensoriais possuem um limite de acuidade que precisa ser constantemente regulado para captar eventos relevantes. A capacidade de processamento dos estímulos é limitada, e o acesso aos canais de respostas também tem limites². Essas limitações criam uma competição constante pelos canais de processamento do sistema nervoso central, com a complexidade de conexões sinápticas, no qual um mesmo estímulo pode promover atenção ou indiferença, dependendo do contexto e da experiência passada ⁽⁵⁾.

Aspectos desse processo incluem os estados de viglância e orientação, atenção seletiva, atenção mantida e atenção dividida. A capacidade de orientação, a de exploração, a de concentração e a de viglância são aspectos da atenção saudável, enquanto a distrabilidade, a falta de persistência e a confusão são aspectos de atenção deficitária ⁽⁵⁾.

Na atualidade, a definição aceita internacionalmente para Delirium foi desenvolvida e validada pela American Psychiatric Association em 1994 ⁽⁶⁾; uma síndrome neuropsiquiátrica comum e grave, com características fundamentais

2 Uma analogia a essa limitação seria o fato de só possuímos duas mãos, sendo geralmente difícil realizar duas atividades independentes com cada uma delas.

de início agudo, curso flutuante e déficits atencionais. Em muitos casos envolve déficits cognitivos, como alterações na excitação (hiperativo, hipoativo, ou misto), déficits perceptivos e alterações no ciclo sono-vigília, com frequência acompanhado de características psicóticas, incluindo alucinações e delírios ⁽³⁾.

Essa síndrome não foi reconhecida por anos, e recentes evidências mostram piores resultados clínicos, maior morbimortalidade, maior permanência em unidade hospitalar ou em terapia intensiva, maiores custos e piora cognitiva no segmento pós alta aos pacientes que a manifestam durante o período de hospitalização ⁽⁷⁻⁸⁾.

Dados estatísticos confirmam que a incidência é elevada e afeta 10 a 20% de todos os adultos hospitalizados, 30 a 40% dos pacientes idosos hospitalizados e 80% dos pacientes na UTI ^(2-3,9-10).

O desafio da prática clínica está associado a outras desordens de origem mental que possibilitam o erro diagnóstico, como a demência e a depressão. Para a correta avaliação, inúmeras escalas semiestruturadas têm sido desenvolvidas ^(1,11-13).

De acordo com os critérios estabelecidos pelo Diagnostic and Statistical Manual, em sua quarta edição (DSM IV)⁽¹⁴⁾, são quatro os aspectos que deverão constar para que uma escala seja útil no diagnóstico de Delirium: (1) validação específica para uso no Delirium; (2) capacidade de distinguir Delirium de demência; (3) avaliação de múltiplas características do Delirium; e (4) praticabilidade de uso em pacientes com Delirium ⁽¹⁵⁾.

Dentre os instrumentos validados, em nosso país, apenas o Confusion Assessment Method (CAM), o Delirium Rating Scale (DRS) e sua versão

revisada (DRS-R-98)50 preenchem tais critérios ⁽¹⁶⁾.

O CAM pode ser aplicado por clínicos não psiquiatras para identificar Delirium em diversos ambientes, sendo atualmente o instrumento mais utilizado com esse intuito, apresentando sensibilidade de 94,1% e especificidade de 96,4%^(15,17-18).

O CAM utiliza nove critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV, a saber: início agudo e flutuação; desatenção; pensamento desorganizado; alteração do nível de consciência; desorientação; diminuição da memória; distúrbios de percepção; agitação psicomotora ou sono-vigília alterados⁽⁶⁾.

Internacionalmente, é conhecido e usado por ser o instrumento que melhor combina validade, confiabilidade, facilidade e rapidez ⁽¹⁹⁾.

No Brasil a escala CAM foi validada e seu uso tem sido crescente como apoio diagnóstico ao Delirium⁽¹⁵⁾.

Sua aplicação consiste na avaliação do paciente e, caso apresente as características descritas, o item correspondente deve ser assinalado com um círculo.

1) Início agudo Há evidência de uma mudança aguda no estado mental de base do paciente.....	☐
2) Distúrbio de atenção 2.A) O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção – por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito? - Não, paciente normal durante toda a entrevista. - Sim, em algum momento da entrevista, porém de forma leve..... - Sim, em algum momento da entrevista, de forma marcante..... - Incerto 2.B) Se anormal, esse comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou a aumentar e diminuir de gravidade? - Sim..... - Não - Incerto 2.C) Se anormal, descrevo o comportamento	☐ ☐ ☐
3) Pensamento desorganizado 3.A) O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto? - Não, paciente normal durante toda a entrevista - Sim, em algum momento da entrevista, porém de forma leve..... - Sim, em algum momento da entrevista, de forma marcante..... - Incerto	☐ ☐

3.B) Se anormal, esse comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou a aumentar e diminuir de gravidade? - Sim..... - Não - Incerto - Não aplicável 3.C) Se anormal, descreva o comportamento.	
4) Alteração do nível de consciência 4.A) Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente? - Alerta(normal) -Vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente)..... - Letárgico (sonolento, facilmente acordável)..... - Estupor (dificuldade para despertar)..... - Coma..... - Incerto	
4.B) Se anormal ou incerto, esse comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou a aumentar e diminuir de gravidade? - Sim..... - Não - Incerto 4.C) Se anormal ou incerto, descreva o comportamento.	

5) Desorientação	
5.A) O paciente ficou desorientado durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia?	
6) Distúrbio (prejuízo) da memória	
O paciente apresentou problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital, ou dificuldade para se lembrar de instruções?.....	
7) Distúrbios de percepção	
O paciente apresentou sinais de distúrbios de percepção, como alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensamento de que algum objeto fixo se movimenta)?	
8) Agitação psicomotora	
Parte 1 – Durante a entrevista, o paciente apresentou aumento anormal da atividade motora, tais como agitação, beliscar de cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e frequente de posição?	
Retardo psicomotor	
Parte 2 – Durante a entrevista, o paciente apresentou diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo, ou lentidão exagerada de movimentos?	
9) Alteração do ciclo sono-vigila	
O paciente apresentou sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna?	

Fonte: (Confussion Assessment Method - CAM – Adaptada por Inoye et al, traduzida e validada por Fabri et al, 2001)^(15,17).

Em seguida, é necessária a aplicação do algoritmo desenvolvido para essa finalidade. Se o paciente apresentar os sinais e sintomas descritos, o diagnóstico é confirmado, permitindo anteceder-se a maiores complicações e

sendo possível implementar uma assistência adequada.

Quadro 2 - Algoritmo para diagnóstico para Delirium

Critério A. <u>Início agudo e curso flutuante:</u> MARQUEI UM CÍRCULO NA PERGUNTA 1 OU ALGUM QUADRADO NAS PERGUNTAS 2, 3 OU 4?	() Sim () Não
Critério B. <u>Falta de atenção:</u> MARQUEI ALGUM CÍRCULO NA PERGUNTA 2?	() Sim () Não
Critério C. <u>Pensamento desorganizado:</u> MARQUEI ALGUM CÍRCULO NA PERGUNTA 3?	() Sim () Não
Critério D. <u>Alteração do nível de consciência:</u> MARQUEI ALGUM CÍRCULO NA PERGUNTA 4?	() Sim () Não

Fonte: (Confusion Assessment Method – CAM- Adaptada de Inoye et al traduzida e validada por Fabri et al,2001) ^(15,17).

Para o diagnóstico de Delirium é necessária a presença dos critérios A e B mais a presença do critério C ou do critério D, formando A+B+C ou A+B+D.

Esse modelo é considerado amplo, pois contempla os nove critérios do DSM IV⁽¹⁴⁾; porém, sua utilização em unidades críticas é considerada inadequada, uma vez que alguns itens a serem avaliados não se encaixam no perfil dos pacientes de UTI, que muitas vezes cursam com necessidade de suporte ventilatório invasivo, sedação e drogas vasoativas ficando impossibilitados de responder verbalmente às questões da avaliação.

A fim de contemplar essa população, pesquisadores da Vander Bilt Medical Centre, in Nashville, desenvolveram uma versão adaptada do CAM, denominada: Método de Avaliação de Confusão para Unidades de Cuidados Intensivos (CAM-ICU) ⁽²⁰⁾.

O CAM-ICU utiliza quatro dos nove critérios do CAM, constituindo o CAM algoritmo: 1) mudança aguda de linha de base ou curso flutuante; 2) desatenção; 3) pensar desorganizado e 4) alteração do nível de consciência. Com essa ferramenta é possível realizar uma avaliação seriada do Delirium por médicos e/ou enfermeiros de terapia intensiva beira leito levando menos de 2 minutos ^(11,21).

Nas etapas da avaliação do Delirium, a comunicação possui uma importância significativa, pois se encontra situada em duas dimensões existenciais, decorrentes de dois modos de se relacionar com o mundo: uma verbal, que lhe confere um estatuto de psicolinguística, e outra não verbal, com um estatuto psicobiológico ⁽²²⁾.

Em vários momentos os pacientes de terapia intensiva cursam com comunicação verbal prejudicada, e o método de avaliação CAM-ICU utiliza em suas etapas o não verbal ⁽²³⁾.

Nesse modelo a comunicação verbal é substituída e as informações necessárias são obtidas por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância entre os indivíduos. Ela é tão eficiente, que a interação pessoa-pessoa é mantida, sendo possível, complementar, contradizer e demonstrar sentimentos ⁽²³⁾.

São seis os sinais conhecidos como passíveis de ser emitidos pelo não verbal:

- Paralinguagem: qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Esses sinais são fornecidos por: ritmo da voz, intensidade, entonação, grunhidos, ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiro etc.
- Cinésica: a linguagem do corpo, ou seja, os seus movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça até expressões mais sutis, como faciais.
- Proxêmica: o uso que o homem faz do espaço como produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação.
- Tacêsica: tudo o que envolve a comunicação tátil, como pressão exercida, local onde se toca, tempo de contato, forma de aproximação, idade e sexo dos comunicadores, sendo relacionada com o espaço pessoal, a cultura dos comunicadores e as expectativas de relacionamento.
- Características físicas: são a forma e a aparência de um corpo que transmitem informações sobre faixa etária, sexo, origem étnica, social, estado de saúde etc. Os objetos utilizados pela pessoa também são sinais de autoconhecimento e das relações mantidas.

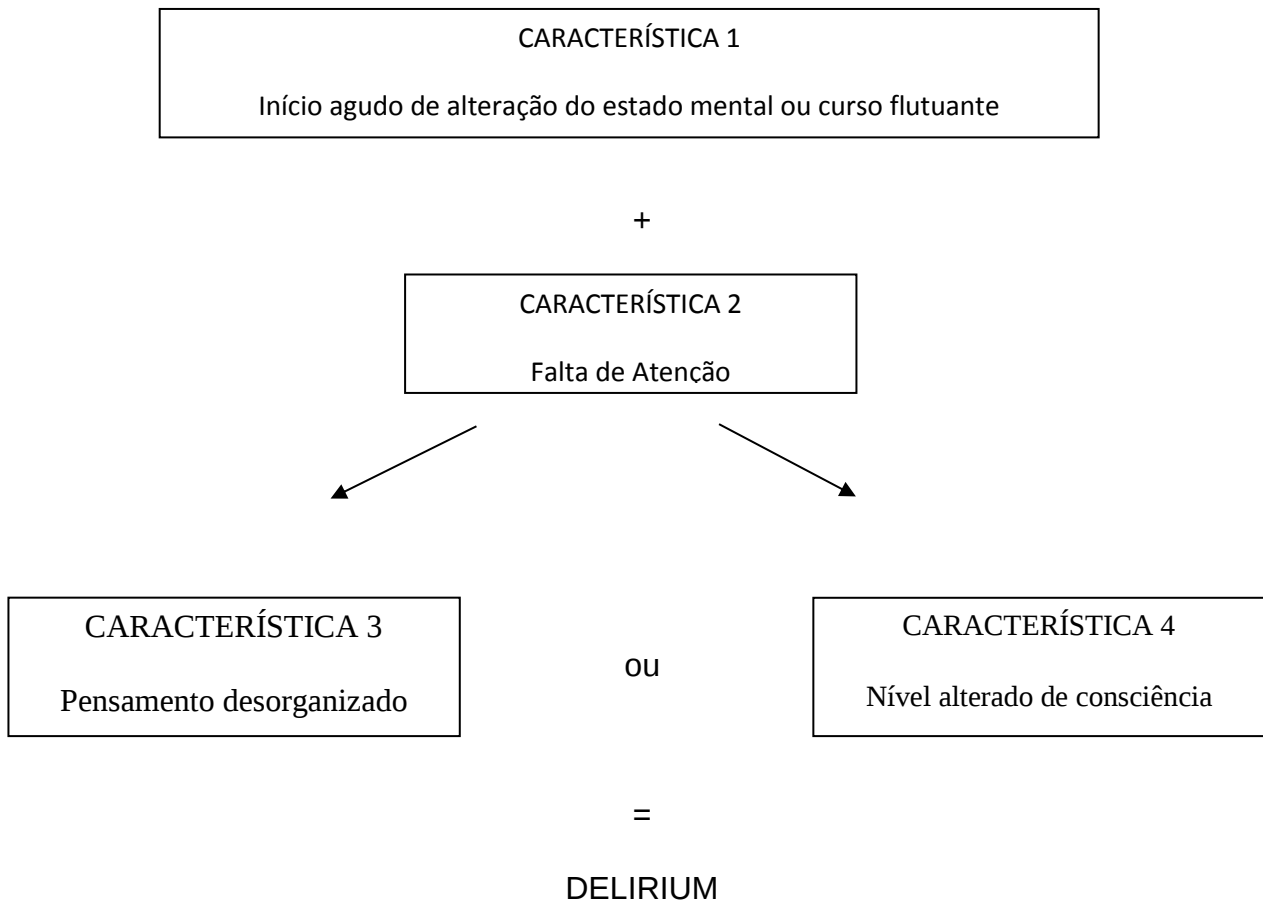
- Fatores do meio ambiente: são as disposições dos objetos no espaço e as características do próprio espaço como cor, forma e tamanho ⁽²²⁾.

Na avaliação do Delirium por meio do CAM-ICU, a cinésica e a tacêsica são os sinais mais utilizados, embora os outros interajam fornecendo informações complementares.

Abaixo é apresentado o manual para a utilização da escala. Constando, inicialmente, do diagrama de fluxo seguido do Método CAM-ICU ^(15,21).

No diagrama as características visualizadas pelos profissionais que avaliam o paciente são decisivas para a abertura do protocolo.

Figura 1 - Diagrama de fluxo para o diagnóstico do Delirium em pacientes de UTI



Fonte: Diagrama de Fluxo do Método CAM-ICU. Pessoa RF, Nacul FE. Delirium em pacientes críticos. Rev Bras Ter Intensiva. 2006; 18(2):190-5. - Retirado de Ely EW e col. 2001⁽¹⁹⁾.

Após essa primeira constatação, parte-se para a avaliação mais concreta, que consiste no preenchimento do instrumento com as quatro características descritas no DSM IV ⁽¹⁴⁾.

Quadro 3 - Método de Avaliação de Confusão em UTI - CAM-ICU**CAM-ICU – Características e Descrições**

Característica 1: Início agudo ou curso flutuante Ausente Presente

A – Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?

Ou

B – Esse comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou a aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (ex.: RASS, Glasgow ou avaliação Delirium prévio)?

Característica 2 : Falta de atenção Ausente Presente

A – O paciente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8, quer no componente visual, quer no componente auditivo do teste de atenção (Atenção Screening Examination - ASE)?

Característica 3: Pensamento desorganizado Ausente Presente

Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:

Característica 4. Nível de consciência alterado Ausente Presente

O nível de consciência do paciente é outro qualquer que não o alerta(vígil, letárgico ou estuporoso?)

CAM-ICU global característica 1+ 2 ou 3 ou 4 Sim Não

Fonte: Diagrama de Fluxo do Método CAM-ICU. Pessoa RF, Nacul FE. Delirium em pacientes críticos. Rev Bras Ter Intensiva. 2006; 18(2):190-5. - Retirado de Ely EW e col. 2001 ⁽²¹⁾.

Para a correta avaliação, o manual fornece instruções necessárias. A presença da primeira característica é que dará início ao protocolo, ou seja, alterações agudas no estado mental do paciente.

A característica dois objetiva testar a atenção; para tanto, o examinador deve utilizar a estratégia de testes de atenção auditivo e visual. Dividimos em duas etapas (A e B) para facilitar o entendimento da aplicação dessa etapa.

A. Teste de Atenção Auditivo (Letras)

O enfermeiro deve informar ao paciente que será falada uma série de 10 letras e que sempre que ouvir a letra “A” a mão deve ser apertada. Se achar conveniente, exemplifique antes do início do teste. Em seguida, leia as 10 letras num tom de voz normal (suficientemente alto para ser ouvido acima do ruído da UCI), à velocidade de uma letra por segundo.

S A H E V A A R A T

Pontuação: Os erros são contados quando o doente falhar no aperto de mão quando ouvir a letra “A” e quando o doente apertar a mão em qualquer outra letra que não a “A”.

A seguir deve-se dar continuidade ao teste de atenção, fazendo uso de figuras.

B. Teste de Atenção Visual (Figuras)

Passo 1 - 5 figuras

Nessa etapa, deve ser mostrado ao paciente 5 figuras de objetos comuns por 3 segundos cada. O enfermeiro deve orientá-lo a observar com atenção, pois em seguida será necessário que ele tente recordar-se de cada figura apresentada.

Passo 2 - 10 figuras

Nessa etapa o enfermeiro deve mostrar-lhe 10 figuras, mantendo o mesmo tempo da primeira etapa, ou seja, 3 segundos cada. As figuras escolhidas devem contemplar as 5 que ele já viu e outras 5 novas. Elas devem ser apresentadas de forma intercaladas e o paciente deve ser orientado a indicar se já viu ou não tais fotografias abanando a cabeça para “sim” (demonstrar) ou “não” (demonstrar).

A pontuação desse teste é computada pelo número de respostas “sim” ou “não” corretas durante o segundo passo (dentro de 10 possíveis). Com vistas a melhorar a visibilidade para os doentes mais idosos, as imagens deverão ser impressas em tamanho 6x10 em papel colorido e laminadas com acabamento mate³.

É considerado com dificuldade em focar a atenção, quando índices inferiores a 8 quer no componente visual quer no componente auditivo do Teste de Atenção Attention Screening Examination (ASE) não são alcançados.

As figuras sugeridas são familiares a qualquer pessoa, contemplando raças e diferentes posições socioculturais.

³ **Nota:** Se o doente usa óculos, assegurar-se de que ele os está usando durante a realização do teste visual. O resultado do teste é dado pela soma das respostas “sim” e “não” corretas durante o segundo passo. (x corretas em 10).

Figura 2 - Imagens do Teste de Atenção**Figura 1****Figura 2**

A seguir deve ser realizado o teste de pensamento, que avalia as 3 características do fluxograma.

C. Teste do pensamento

É considerado pensamento desorganizado ou incoerente se ocorrer respostas incorretas a duas ou mais das quatro questões ou se houver incapacidade de obedecer aos comandos.

Quadro 3 - Teste do Pensamento

Alternar conjunto A e conjunto B

Conjunto A

Conjunto B

1– Uma pedra pode flutuar?	1 – Uma folha pode flutuar na água?
2 – Existem peixes no mar?	2 – Existem elefantes no mar?
3 – Um quilo pesa mais que dois quilos?	3 – Dois quilos pesam mais que um quilo?
4 – Pode-se usar um martelo para pesar uma agulha?	4– Pode-se usar um martelo para cortar madeira?

E, por fim, a característica 4 avaliará o nível de consciência do paciente. Deve-se entender por nível de consciência alterado qualquer comportamento que não o alerta, tal como o vígil, o letárgico ou o torporoso.

O estado alerta diz respeito ao paciente completamente ciente do ambiente, que interage de forma apropriada e espontânea, e o letárgico/sonolento, aquele que facilmente desperta, porém não está totalmente ciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma apropriada com o entrevistador, mas torna-se completamente ciente do ambiente e se comunica apropriadamente quando estimulado minimamente. Já o torporoso se encontra completamente alienado mesmo quando estimulado vigorosamente; só é despertável com estímulos vigorosos e repetidos e, assim que o estímulo cessa, o indivíduo volta para o estado anterior de não despertável.

Portanto, é necessário, para a realização do diagnóstico, associar a monitorização da sedação e do Delirium, por meio do método de duas etapas para avaliação da consciência. O primeiro passo refere-se à avaliação da sedação, que é quantificada pela escala de agitação e sedação de Richmond (The Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS). A escala de avaliação vai de +4 a -5.

Quadro 4 - Escala Richmond de Sedação e Analgesia - RASS

PONTUAÇÃO	COMPORTAMENTO	DESCRIÇÃO
+4	Agressivo	Violento, perigoso
+3	Muito agitado	Conduta agressiva; remoção de tubo ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação, agressivos ou vigorosos
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0		Alerta, calmo
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (>10 seg.).
-2	Sedação Leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10 seg.).
-3	Sedação Moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação Profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser desperto	Não responde ao som da voz nem ao estímulo físico.

Fonte: Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). JAMA 2003; 289:2983-2991 ⁽²⁴⁾.

Se o RASS for superior a -4 (-3 até +4) deve-se então seguir para o segundo passo, que é a avaliação do Delirium. A abordagem em duas etapas do CAM-ICU é adequada para a maior parte dos pacientes que não consegue comunicar-se com o avaliador ⁽²¹⁾.

Enfermeiros podem utilizar a escala CAM ou a escala CAM-ICU, uma vez que, além de possuir capacidade técnica e acadêmica, ele está mais presente no cuidado diário beira leito, quer como assistencial, quer como gestor do cuidado.

A temática tem se destacado, pois a internação prolongada e o aumento da morbimortalidade estão associados ao Delirium, portanto se torna imprescindível a precisão diagnóstica, bem como as medidas de intervenção precoce.

Como enfermeira, com experiência acumulada em unidades críticas, percebo lacunas na aquisição de conhecimento sobre Delirium e sobre escalas diagnósticas validadas em nosso país. Diante disso, surge a pergunta: qual o cuidado que o enfermeiro presta ao paciente de UTI que apresenta Delirium?

A fim de responder ao problema do estudo, foi realizada uma revisão da literatura nas principais bases de dados em saúde, pela qual se percebeu que o assunto, apesar do crescente destaque, ainda carece de pesquisas nacionais.

REVISÃO DA LITERATURA

*“...Que eu encontre uma lógica
Que me ensine os caminhos do mundo
Que eu descubra uma mágica
Que te traga pra perto de mim...”*

Detonautas

3 REVISÃO DA LITERATURA

A fisiopatologia do Delirium ainda não está completamente compreendida, embora pareça que seu desenvolvimento seja multifatorial, envolvendo uma predisposição do paciente ⁽²⁵⁾.

Dúvidas sobre a origem do Delirium e sobre seus fatores desencadeadores despertam interesses em diferentes seguimentos fisiopatológicos.

Nesse momento, a premissa mais aceita é que se trata de uma anomalia do neurotransmissor com deficiência colinérgica que afeta várias esferas do sistema nervoso central, apesar de uma lesão cerebral difusa também ter sido detectada ⁽²⁶⁻²⁷⁾. Pesquisadores reconhecem que ainda não há provas suficientes para aceitar ou refutar essa teoria como sendo responsável pelos mecanismos fisiopatológicos desencadeadores. Portanto, nesse seguimento, as pesquisas atuais concentram-se em obter uma melhor compreensão de como o Delirium se comporta ante outros fatores, como hipoxia, estresse crônico, diminuição do metabolismo cerebral e inflamação ⁽²⁶⁾. Alguns experimentos demonstraram que a presença de citocinas e do fator de crescimento I semelhante à insulina (IGF-I) associada à baixa reserva pulmonar, comum em idosos, bem como a valores elevados de proteína C reativa no momento da internação, podem causar suscetibilidade para o surgimento do Delirium. Esse achado abre a possibilidade de que a proteína C reativa possa ter um papel fisiopatológico direto. No entanto, acredita-se que ela apenas reflita alterações de outros fatores, como as citocinas ou fator de crescimento I semelhante à insulina (IGF-I), uma vez que esses marcadores

estão associados a processos inflamatórios. A literatura também sugere a interferência das interleucinas $\alpha 1$ (IL-1 α), interleucina 1 β (IL-1 β), receptor antagonista da interleucina 1 (IL-1RA), interleucina 6 (IL-6), fator α de necrose tumoral(TNF- α), interferon gama (IFN- γ) e fator inibidor da leucemia (LIF) ⁽⁴⁾.

Predisposição genética também tem sido estudada. O genótipo APOE, que desempenha um papel na função cognitiva e afeta a resposta imune, também foi sugerido como um possível fator predisponente para Delirium ⁽⁴⁾.

Estudos que avaliaram as mudanças no eletroencefalograma e a atividade sérica mensurada dos anticolinérgicos (SAA) em pacientes com Delirium em unidades de cuidados intensivos sugeriram a possibilidade da associação entre Delirium e os níveis séricos de SAA ⁽²⁸⁾.

É sabido que a sedação prolongada interfere no comportamento dos pacientes. Em um estudo randomizado com 661 pacientes em que se avaliava o efeito da sedação com dexmedetomidine e lorazepam na disfunção cerebral aguda em pacientes com suporte ventilatório mecânico, ficou sugerido que a sedação com dexmedetomidine reduz a duração do Delirium e do coma, em comparação com os benzodiazepínicos ⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Sabe-se que os benzodiazepínicos podem predispor disfunção cerebral por ativação do γ -aminobutyricacid (GABA A) – receptor do sistema nervoso central que altera neurotransmissores deliriogênicos, como dopamina, serotonina, acetilcolina, norepinefrina e glutamate. Dexmedetomidine é um receptor agonista $\alpha 2$ -adrenérgico altamente seletivo, que atua tanto no sentido de sedação como de analgesia, e é uma opção pouco estudada como alternativa para os benzodiazepínicos ⁽²⁷⁾.

Porém, se Delirium fosse desencadeado unicamente como efeito de medicações agudas, provavelmente após o término da exposição ele desapareceria. Mas percebe-se que uma percentagem significativa dos indivíduos continua a ter sintomas e são mais propensos a desenvolver demência. Essa probabilidade levanta a possibilidade de que a lesão cerebral difusa oculta, resultante de hipóxia local, hipoperfusão, inflamação mediada por citocinas e trombose microvascular, característica da disfunção orgânica cerebral, seja a responsável. Com esses conceitos, marcadores capazes de avaliar níveis de proteínas cerebrais poderiam ser utilizados, a fim de se verificar a influência desses mecanismos em pacientes, e por meio da ressonância magnética poderia se detectar a concentração de sódio no tecido⁽²⁷⁾. Mas a busca deveria ser individual, e os custos elevados inibem a pesquisa.

Algo a ser considerado é que Delirium não deve ser confundido com demência, que é um estado gradual de déficit cognitivo e de inabilidade intelectual, geralmente se agravando durante anos, em níveis de médio a severo. Tampouco pode ser confundido com depressão, que se manifesta por um período de tempo e é acompanhada por uma incapacidade de lidar com circunstâncias tristes, podendo levar o indivíduo à incapacidade de cuidar de suas responsabilidades diárias. O problema do diagnóstico errado é que os sintomas de Delirium, demência e depressão podem coexistir⁽³¹⁾.

A causa do Delirium é multifatorial, e seu desenvolvimento envolve uma complexa inter-relação entre a vulnerabilidade do paciente (fatores de predisposição) e fatores de exposição⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Pesquisadores agruparam os fatores de risco para Delirium em quatro domínios: características dos pacientes; doenças crônicas; ambiente; e doenças agudas. Os dois primeiros domínios contêm fatores predisponentes não modificáveis. Os dois últimos são os fatores situacionais e podem ser modificáveis; esses domínios subdividem-se em características do paciente e patologia⁽³⁾. Esse agrupamento foi construído com base nos resultados de um estudo multicêntrico prospectivo do tipo coorte com mais de 500 pacientes que apresentaram Delirium durante a internação: idade, fumo diário (mais de 10 cigarros por dia) e uso de álcool (mais de três bebidas por dia) foram identificados como fatores de risco para quase todos os pacientes. No domínio de doença crônica, o principal achado foi um comprometimento cognitivo pré-existente, geralmente demência. O domínio de doença aguda é mais complexo; febre (temperatura acima de 38,5 °C), uso de drenos, tubos, cateteres e infusões intravenosas foram mais prevalentes naqueles que desenvolveram Delirium. A administração de medicação psicoativa antes do início do Delirium (incluindo morfina e benzodiazepínicos) também foi identificada, embora três ou mais medicamentos utilizados em combinação possam contribuir para seu desenvolvimento⁽³⁾.

Os fatores de riscos ambientais também foram relacionados: falta de luz solar, ausência de relógio visível, uso de restrições físicas e mudanças abruptas de ambiente, como transferência da emergência para uma unidade de terapia intensiva - UTI ^(3,32).

Em forma de quadro apresentamos os fatores de risco para o desenvolvimento do Delirium, agrupados de acordo com os critérios

estabelecidos por nível de evidência⁴.

Dentro do nível de evidência I, ou seja, estudos realizados por meio de revisões sistemáticas e metanálises incluindo apenas ensaios clínicos randomizados, com validade interna, com adequado poder e mínima possibilidade de erro, foram encontrados como fatores de risco modificáveis e consequentemente passíveis de intervenção precoce duas características:

- níveis de sódio alterados; e
- restrições físicas.

Já dentro do nível de evidência II, ou seja, revisões sistemáticas de literatura, incluindo estudos de casos e controles e de coorte, ensaios clínicos randomizados, mas com menor qualidade metodológica, como estudos de intervenção, prospectivos, porém não randomizados e estudos de coorte e de caso-controle bem conduzidos, foram encontrados três características modificáveis:

- exposição a benzodiazepínicos;
- falta de iluminação natural; e
- falta de visitas.

4 Nível I: revisões sistemáticas e metanálises incluindo apenas ensaios clínicos randomizados, com validade interna, com adequado poder e mínima possibilidade de erro; **Nível II:** revisões sistemáticas de literatura, incluindo estudos de casos e controles e de coorte, ensaios clínicos randomizados, mas com menor qualidade metodológica, como estudos de intervenção, prospectivos, porém não randomizados, e estudos de coorte e de caso-controle bem conduzidos; **Nível III:** relatos simples de séries de casos ou de casos isolados; **Nível IV:** artigos que tratam apenas da opinião de especialistas, tais como revisões simples, editoriais e cartas⁽³³⁾.

Quadro 5 - Fatores de risco modificáveis e não modificáveis para Delirium

FATORES DE RISCO PARA DELIRIUM POR NÍVEL DE EVIDÊNCIA	
NÍVEL I	NÍVEL II
BASEADOS EM REVISÕES SISTEMÁTICAS	BASEADOS EM ESTUDOS PROSPECTIVOS TIPO COORTE
Prejuízo cognitivo preexistente como:	70 anos ou mais
Demência	História prévia de Delirium
Depressão	Abuso de Álcool
Níveis alterados de Sódio Sérico	Pré-operatório com uso de analgésicos narcóticos
Prejuízo Visual	Admissão para neurocirurgia
Uso de cateteres	Exposição a benzodiazepínicos
Uso de restrições físicas	Ventilação Mecânica
Doença Grave, ex. Sepsis	Falta de iluminação natural
Sexo Masculino	Falta de Visitas
	Dias de hospitalização
	De 2-5 dias para idosos que sofreram fratura de quadril
	9 dias para todos os idosos hospitalizados

Fonte: Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People. Developed by the Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit, Melbourne Health in collaboration with the Delirium Clinical Guidelines Expert Working Group. Commissioned on behalf of the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC), by the AHMAC Health Care of Older Australians Standing Committee (HCOASC). Published 2006. Available at: <http://www.health.vic.gov.au/acuteagedcare/delirium-cpg.pdf>; Van Rompaey et al, 2009^(3,32).

Por tratar-se de uma síndrome, o diagnóstico é complexo. Estudos concentrados no desenvolvimento de ferramentas para avaliação de Delirium com níveis aceitáveis de validade e confiabilidade estão em desenvolvimento.

Mas, mesmo de posse de instrumentos, os profissionais de saúde frequentemente falham no reconhecimento do Delirium.

É sabido que enfermeiros são mais capazes de realizar essa avaliação porque sua presença 24 horas beira leito permite detectar flutuações no estado mental, alteração nos padrões de sono e presença de alucinações mais facilmente que outros profissionais de saúde⁽³⁴⁾.

Em revisão sistemática, investigadores encontraram que, embora o enfermeiro utilize avaliações para determinar Delirium, há uma variação entre 26% e 83%, o que significa que os enfermeiros podem ser capazes de definir Delirium, mas talvez estejam fazendo avaliações superficiais do estado mental⁽³⁵⁾.

Em um estudo envolvendo 111 pacientes, concluiu-se que enfermeiros documentam os sinais de Delirium, mas foram incapazes de reconhecer que esses (sinais) estavam relacionados a sinais agudos; consequentemente, quando as intervenções de enfermagem foram aplicadas, eles podem ter agravado o estado do paciente, por aplicar dispositivos de imobilização, o que contribui para o agravamento do quadro⁽³⁶⁾.

Em estudo realizado em uma UTI com objetivo de comparar os resultados, por meio de entrevistas com enfermeiras associadas a gráficos de auditoria e observações de pacientes, a taxa de reconhecimento do Delirium foi de 50% ⁽³⁷⁾.

O reconhecimento de Delirium por enfermeiros em pacientes de pós-operatório de cirurgia de quadril também mostrou incoerência. A variação foi de 87,5% no primeiro dia para 50% após 12 horas, sugerindo que os enfermeiros não estão diferenciando Delirium ao longo do tempo de acordo com as respostas cognitivas do paciente ⁽³⁸⁾.

Diversas barreiras são percebidas como fator de resistência na avaliação criteriosa do Delirium em pacientes críticos; uma delas está relacionada ao fato de que as avaliações nem sempre mostram melhorar os resultados. Outros fenômenos envolvidos são:

- falta de clareza quanto ao que profissional de saúde deve avaliar diariamente;
- complexidade e ambiguidade de algumas ferramentas de avaliação;
- falta de compreensão clara de quais pacientes devem ser avaliados;
- restrições de tempo;
- falta de conhecimento sobre a apresentação do Delirium e suas sequelas;
- falta de confiança com o uso da ferramenta;
- incapacidade de usar as ferramentas de avaliação atuais para pacientes fortemente sedados ⁽³⁴⁾.

A fim de aumentar a adesão por parte dos profissionais envolvidos na avaliação, estratégias são sugeridas.

- Primeiro: o membro da equipe responsável pela avaliação diária precisa ser estabelecido.

- Segundo: o instrumento a ser utilizado deve ser cuidadosamente selecionado.

Atualmente, os instrumentos de rastreamento validados diferem nos componentes de avaliação na sua capacidade de determinar a presença de Delirium, particularmente o tipo hipoativo, em doentes com perturbações da visão, de audição e naqueles que estão entubados, recebendo suporte de ventilação mecânica ⁽³⁴⁾.

- Estratégias educacionais, incluindo a apresentação dos resultados da avaliação durante a visita beira leito deve ser consideradas ⁽³⁴⁾.

Programas educacionais bem-sucedidos têm usado campanhas de marketing social. Como consequência, ocorreram:

- aumento no conhecimento;
- conforto na utilização da ferramenta; e
- aceitação dos resultados de avaliação.

Qualquer estratégia selecionada deve abranger a equipe de enfermagem, incluindo cartazes em áreas altamente utilizadas nas unidades ⁽³⁹⁾.

No estudo de viabilidade de um sistema informatizado de apoio para melhorar a avaliação da enfermeira na detecção do Delirium sobreposto a demência, que envolveu 15 pessoas (idade média de 83 anos com score de admissão no Mini-Exame do Estado Mental de 14,8)⁵, os resultados indicaram

⁵ Qualquer pontuação igual ou superior a 25 (de um total de 30) é efetivamente normal (intacto). Abaixo disso, a pontuação pode indicar perda cognitiva grave (≤ 9 pontos), moderada (10 a 20 pontos) ou leve (21 a 24 pontos). A

100% de adesão pela equipe de enfermagem no apoio à decisão de avaliação de Delirium e 75% de adesão nas telas de gestão. Esses esforços bem-sucedidos incentivam o uso da tecnologia da informação na avaliação e na gestão de Delirium em idosos ⁽⁴⁰⁾.

O aspecto mais importante para aumentar as taxas de adesão diária na avaliação de Delirium é o desenvolvimento de um protocolo de monitorização contínua. Indicadores relacionados com taxas de conclusão, taxas de documentação e relatórios de mudanças, a partir da linha de base do paciente, podem ser desenvolvidos. Em geral, o Delirium deve ser monitorizado pelo menos uma vez por turno de enfermagem, e quaisquer mudanças observadas devem ser registradas. As auditorias de qualidade devem procurar a variabilidade entre as informações, unidades e horários. Esses dados podem orientar ainda mais a observação beira leito e direcionar programas de capacitação sempre que necessário ⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

A gestão bem-sucedida do Delirium é uma combinação de técnicas de prevenção e tratamento precoce. A prevenção adequada consiste no reconhecimento dos fatores de risco presentes no paciente, consciência do risco de vida, de violência física e psicológica ⁽⁴³⁾.

Em outras palavras: fatores predisponentes, fatores precipitantes e triagem permitirão intervenções bem-sucedidas e melhorias de qualidade, especialmente porque lacunas foram encontradas nas três áreas. Essa prática

pontuação bruta pode precisar ser corrigida de acordo com a escolaridade e a idade. Pontuações baixas ou muito baixas são fortemente correlacionadas com [demência](#), embora outros distúrbios mentais podem também levar a resultados anormais no teste MEEM. A presença de problemas puramente físicos pode também interferir com a interpretação se não levados em consideração apropriadamente; por exemplo, um paciente pode não ser capaz de ouvir ou ler instruções adequadamente ou pode possuir um déficit motor que afete a habilidade de escrever ou desenhar ⁽⁴¹⁾.

pode resultar em melhoria da qualidade de vida do paciente, diminuição da duração da estada e redução de custos ⁽⁴⁴⁾.

Quando a equipe é envolvida no diagnóstico precoce do Delirium por meio de instrumentos validados e protocolos bem estruturados, é possível pensar em estratégias de prevenção de baixo custo. Estas esbarram na humanização do cuidado, algo tão difundido hoje e precariamente aplicado.

As intervenções não farmacológicas parecem ser mais eficazes em sua prevenção, e diversos estudos têm sido realizados com essa finalidade ⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

Uma revisão sistemática encontrou que consulta geriátrica proativa, ou seja, realizada com 24 horas de antecedência e complementada com reorientação momentos antes da cirurgia, certificando-se de que houve entendimento das orientações, reduz a incidência e a severidade do Delirium ⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾. Essas habilidades estão presentes nos estudos sobre comunicação. A compreensão da comunicação como um processo de interação face a face envolve tentativas de entender o outro e de ser entendido por ele. A comunicação verbal é associada às palavras expressas por meio da linguagem escrita ou falada, pois, quando interagimos verbalmente com alguém, estamos tentando nos expressar, transmitindo, clarificando ou validando a compreensão de algo ⁽²²⁾.

Outra terapia recomendada além da reorientação envolve a utilização de recursos ambientais e sociais, promovendo atividades mentais. Essa abordagem inclui o uso de recursos visuais, lembretes verbais do tempo, identificação clara do profissional em cada abordagem, assim como o uso do

nome do paciente durante as avaliações diárias e o incentivo de visitas regulares da família em horários flexíveis ⁽⁴⁸⁾.

Já a terapia de validação consiste em reconhecer as experiências significativas dos pacientes sem, necessariamente, concordar que o teor de confusão do doente é real⁽⁴⁹⁾. Essa abordagem não foi validada, no entanto, parece lógico que, ao menor sinal de desorientação, a primeira estratégia a ser tentada é a terapia de reorientação, ou seja, situar o paciente em relação ao tempo e ao espaço. Essa intervenção tenta abordar as disfunções cognitivas fundamentais de Delirium (isto é, desorientação aguda da pessoa no tempo e no espaço). Por outro lado, a terapia de validação pode ser necessária como primeiro passo, se o paciente for muito agitado ou agressivo para permitir qualquer tentativa de reorientação. Se não houver sucesso, pode ser justificado o uso de métodos farmacológicos. Restrições físicas devem ser utilizadas apenas se existir perigo de danos físicos para o paciente ou para a equipe de cuidados de saúde ⁽⁵⁰⁾.

O tratamento tardio aumenta a mortalidade em pacientes de UTI⁽⁵¹⁾. Assim, há um forte impulso para a gestão antecipada do Delirium. A Avaliação do paciente para doenças agudas é o primeiro passo. Verificação da posição do tubo endotraqueal, parâmetros do ventilador, avaliar a evidência de pneumotórax, bem como a curva de temperatura, são variáveis essenciais a serem consideradas em um paciente agitado. Aplicações de pedaços de gelo para minimizar o desconforto de ter lábios secos e ajuste da posição do paciente na cama são boas intervenções, que podem diminuir a agitação no delirante⁽⁵²⁾.

Além das estratégias discutidas como métodos preventivos, massagem⁽⁵³⁾ e musicoterapia⁽⁵⁴⁾ têm sido utilizadas com algum sucesso no tratamento sintomático.

Rescentemente, a estratégia sustentada no algoritmo ABCDE tem sido recomendada como uma forma de incentivar a colaboração interdisciplinar e a implementação de uma abordagem padronizada⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾.

Essa estratégia consiste em: A - despertar; B - respiração; C - coordenação; D - monitoramento do delírio; E - exercício físico/mobilidade precoce. Outros estudos confirmam a eficácia dos diferentes componentes dessa estratégia para reduzir o impacto de Delirium. Por exemplo, um recente estudo randomizado controlado descobriu que a terapia física precoce reduz a duração de Delirium na UTI⁽⁵⁷⁾.

Deve-se atentar que intervenções farmacológicas não devem prevalecer sobre a completa avaliação do paciente e do ambiente, a fim de se identificar as causas. Mas, se for necessário, a utilização de fármacos não deve ser descartada. Vale ressaltar que a prevenção do Delirium por meio da gestão farmacológica profilática não demonstrou ser efetiva⁽⁴⁵⁾. Em um estudo prospectivo realizado com pacientes de alto risco para Delirium internados por fratura de quadril, em que se utilizou, de forma profilática, o haloperidol, os resultados não mostraram redução em sua incidência⁽⁴⁶⁾.

O tratamento farmacológico do Delirium é bem estudado e inclui sedativos, analgésicos e neurolépticos. O haloperidol é a droga de escolha para o manejo sintomático⁽⁴⁶⁾.

Pacientes com contraindicações para a uso de haloperidol (como doença de Parkinson, síndrome do QT longo ou histórico de convulsões) podem ser tratados com outras medicações psicotrópicas, principalmente antipsicóticos⁽⁵⁸⁾.

Os benzodiazepínicos devem ser evitados, a menos que seja absolutamente necessário (tal como num paciente ventilado mecanicamente por longa data), porque eles são associados com o aumento da ocorrência⁽⁵²⁾.

O controle adequado da dor deve ser alcançado por meio de uma abordagem centrada no paciente, que leva em conta o processo patológico e a experiência de dor do paciente. Neurolépticos são reservados principalmente para pacientes agitados sob ventilação mecânica, em quem a ventilação adequada não pode ser alcançada apesar de sedação profunda⁽⁵²⁾.

Há evidências limitadas sobre os benefícios das intervenções farmacológicas em pacientes terminais, embora haloperidol ainda seja a droga de escolha⁽⁵⁹⁾.

Também há escassez de estudos sobre as sequelas psicológicas do Delirium após a saída do paciente da UTI. No entanto, especialistas revelam que esses pacientes têm maior probabilidade de desenvolver desordens de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, que é uma forma grave de ansiedade frequentemente associada ao retorno desse paciente à UTI. Mas há carências de estudos que relacionem o Delirium adquirido no hospital a outras sequelas psicológicas, tais como distúrbios do sono e depressão. Essas têm sido correlacionadas à internação, mas não necessariamente ao Delirium⁽⁶⁰⁾.

Os custos de saúde para esses pacientes estão estimados em mais que o dobro que para os pacientes sem Delirium. Além do aumento de risco para quedas, diabetes mellitus e fratura de quadril⁽⁶¹⁾.

Como foi possível perceber, há muitas variáveis a serem estudadas, pois toda estratégia encontra dificuldades no preparo da equipe. A natureza flutuante do reconhecimento do Delirium pelos profissionais de saúde torna mais difícil e, conseqüentemente, compromete o tratamento.

Portanto, nosso estudo está focado em compreender os conceitos atribuídos a Delirium e as estratégias que os enfermeiros de UTI utilizam na abordagem ao paciente crítico com ou em risco de Delirium. Com esse conhecimento, espera-se colaborar com o aumento da percepção, por parte dos profissionais de saúde, da necessidade de implantação de um protocolo estruturado em que a comunicação verbal e a não verbal seja uma ferramenta que possibilite formas adequadas de prevenção, diagnóstica e terapêutica, do Delirium.

OBJETIVOS

“O homem começa a morrer quando perde o entusiasmo”.

Balzac

4 OBJETIVOS

- Compreender os conceitos que os enfermeiros de UTI atribuem ao Delirium;.
- Identificar as estratégias que esses profissionais utilizam na abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica ao paciente com Delirium.

REFERÊNCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

“Quem está convicto da verdade não precisa escutar. Por que escutar? Somente prestam atenção na opinião dos outros, diferente da própria, aqueles que não estão convictos de ser possuidores da verdade. Quem não está convicto está pronto para escutar - é um eterno aprendiz...”.

Rubem Alves

5 REFERENCAL TEÓRICO

5.1 Referencial Teórico

A definição conceitual, os sinais e sintomas apresentados, bem como as estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas utilizadas pelos profissionais envolvidos na assistência ao paciente em Delirium, têm sido amplamente estudados, conforme apresentamos por meio da revisão de literatura. Com isso, foi possível perceber que diferentes autores abordam a temática. Pautados em reflexões, após a leitura dos artigos, selecionamos alguns que sustentarão a discussão de nossos resultados, considerando:

- relevância dos estudos realizados por esses autores;
- contribuição na definição conceitual do Delirium;
- apresentação de propostas em estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas do Delirium com índices de confiabilidade reconhecidos.

Sharon K. Inouye⁽⁶²⁻⁶³⁾; E. Wesley Ely⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾; Mark Van den Boogaard⁽⁶⁶⁻⁷⁴⁾; Renato Moraes Alves Fabbri⁽¹⁵⁾; Renata Fittipaldi Pessoa⁽⁷⁵⁾; Flávio Eduardo Nácul⁽⁷⁵⁾; e sobre comunicação interpessoal, Maria Julia Paes da Silva⁽²²⁾.

5.2 Referencial Metodológico

5.2.1 Caracterização do Estudo

Para compreender a complexidade da construção dessas representações com o contexto na qual se produzem, utilizamos a metodologia qualitativa. A pesquisa qualitativa *“trabalha com o universo de significados,*

motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽⁷⁶⁾.

Essa metodologia foi aplicada por meio de um estudo descritivo exploratório, cujo propósito foi o de descrever e explorar aspectos envolvidos na experiência do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre Delirium e os caminhos percorridos no processo decisório da prevenção à terapêutica.

Optamos pela pesquisa qualitativa, já que esta se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, isto é, trabalha com um universo que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽⁷⁶⁾.

5.3 População-alvo e local da pesquisa

5.3.1 População

Enfermeiros de UTI adulto de hospitais públicos do Estado de São Paulo

5.3.2 Critérios de inclusão

- Consentir em participar do estudo.
- Experiência em UTI, há pelo menos 6 meses.

5.3.3 Cenário do estudo

Esta investigação foi autorizada e aprovada para a realização em UTIs adulto de dois hospitais-escola do Estado de São Paulo, sendo um localizado no interior paulista (universitário) outro na capital (não vinculado à universidade).

As instituições participantes possuem disponibilidade de leitos de UTI adulto e de enfermeiros assistenciais, além das características a seguir descritas.

- O hospital universitário localiza-se na região centro-oeste do estado, distante 235 km da capital, conta com 385 leitos e é a maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) na região. Estima-se que a abrangência populacional de atendimento seja de 2 milhões de pessoas, vindas de 75 municípios. Em constante ampliação, o hospital possui área de 70.000 m² e disponibiliza à população avançado Centro de Diagnóstico por Imagem, registros gráficos, exames de análises clínicas, aparelhos de ressonância magnética, radiologia digital, tomografia e ultrassom. Também oferece serviços de quimioterapia, hemocentro, endoscopia, partos de risco, medicina nuclear, hemodiálise e moderno centro cirúrgico. Com perfil de até 417 operacionais e 52 leitos de UTI (30 adultos, 15 neonatais e 7 pediátricos). O Serviço de Terapia Intensiva (SETI), localizada no térreo, é composto por duas alas com a mesma chefia clínica e de enfermagem, totalizando 24 leitos e 13 enfermeiros. Oferece residência médica em diversas especialidades e aprimoramento profissional para os profissionais de psicologia, enfermagem, fisioterapia e nutrição. O serviço de educação continuada está inserida ao

Núcleo de desenvolvimento humano (Nuca de RH), com a gestão exercida por uma enfermeira, que coordena todas as atividades de desenvolvimento nos diferentes segmentos de atualização profissional.

Os servidores são compostos por profissionais com vínculos distintos, evidenciando um momento de transição da instituição.

O Hospital-escola da capital paulista fica localizado na região central e tem como principal clientela os Servidores Públicos Municipais; no entanto, o atendimento aos munícipes é livre. Trata-se de um hospital referência para o Serviço de Atendimento Médico dos Bombeiros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o que torna um hospital especializado no atendimento às vítimas de politrauma. Oferece residência médica em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, porém não possui um programa de especializações voltado para as demais áreas da saúde. O Serviço de Educação Continuada é ativo e conta com dois enfermeiros, responsáveis pela agenda de atividades. Os funcionários em todos os seguimentos do atendimento são concursados municipais.

O hospital possui uma UTI adulto de atendimento geral com 25 leitos, que fica localizada no 6º e no 7º andar. Os leitos da UTI localizada no 6º andar respondem pelos pacientes provenientes do pronto-socorro, das unidades de internação e do centro cirúrgico; os leitos do 7º andar recebem, principalmente, pacientes de atendimento clínico da cardiologia, provenientes do pronto-socorro e das unidades de internação. Para uma assistência integral, a UTI adulto possui uma escala de 12 enfermeiros contemplando as 24 horas.

5.4 Procedimentos Éticos

Os procedimentos éticos para a realização deste estudo aconteceram de acordo com os passos descritos a seguir.

O hospital universitário do interior paulista solicitou, primeiro, a carta aceite do responsável médico (ANEXO I) e de enfermagem (ANEXO II) da UTI, para posterior aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da própria instituição.

O hospital escola da capital paulista solicitou que o projeto fosse encaminhado ao COEP da própria instituição com o *currículo lattes* do pesquisador. Após avaliação das exigências internas, foi encaminhado ao chefe clínico, para autorização à pesquisa (ANEXO III).

Conforme requisição da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto, com as respectivas autorizações, foi cadastrado na Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o número de Protocolo 193.071, em reunião do dia 4/2/2012 (ANEXO IV).

5.5 Instrumento de Coleta de Dados

Inicialmente, foi construído um instrumento de coleta de dados que constava de três partes: caracterização do sujeito; caracterização da unidade; e nove questões norteadoras. Submetemos o instrumento a um teste-preliminar no grupo de Pesquisa em Comunicação, da Escola de Enfermagem da USP, que sugerindo modificações, aceitas, permitiu uma nova construção do instrumento, que consta em sua versão final em duas partes: caracterização do

sujeito com oito questões; e três questões norteadoras. Manteve-se o instrumento de caracterização da UTI, que foi preenchido pelo pesquisador, seguindo sugestões acatadas nesse grupo (Apêndice I).

5.6 Coleta de Dados

A pesquisa teve início trinta dias após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo realizada entre os meses de abril/2013 e julho/2013.

O início da coleta de dados obedeceu a seguinte ordem:

Primeiramente, foi agendada uma reunião com o enfermeiro chefe das UTIs participantes. Nessa ocasião foram apresentadas as autorizações e o objetivo da pesquisa.

A seguir, a enfermeira responsável apresentou a unidade e, nesse momento, o instrumento de caracterização da UTI foi preenchido (Apêndice I). Este consta com dez questões objetivas, sendo cinco questões de preenchimento baseadas na observação do pesquisador e outras cinco relacionadas à rotina, necessitando do auxílio da enfermeira-chefe. Em seguida, foi solicitada a escala dos enfermeiros, com nomes e turnos, afim de que o pesquisador pudesse agendar as entrevistas e organizar o tempo de coleta.

Após ciência e autorização, os enfermeiros participantes foram notificados verbalmente, pela chefia de enfermagem da UTI, da presença da pesquisadora no setor. A partir daí deu-se início a pesquisa com os enfermeiros, de forma individual e com agendamento prévio.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada, respeitando eventuais emergências, uma vez que ocorreram durante o turno de plantão.

Inicialmente, os enfermeiros receberam informações sobre o procedimento e o objetivo da pesquisa e assinaram o TCLE, em duas vias (Apêndice II), ficando uma via de posse do entrevistado e a outra do pesquisador. Foi assegurado aos participantes o sigilo de suas informações e garantido que, após a transcrição e a conferência da exatidão do processo de transferência das falas para a escrita, o áudio seria descartado imediatamente, sendo mantido arquivado por cinco anos apenas o registro impresso.

Iniciamos a pesquisa com o preenchimento do instrumento de caracterização do sujeito, com oito questões (Apêndice III). Nessa etapa, o pesquisador transcrevia as respostas no impresso construído com essa finalidade. A seguir, deu-se início à entrevista com questões semiestruturadas, em que as falas foram registradas por meio de um gravador. O tempo médio de cada entrevista foi de vinte minutos, variando de acordo com a experiência vivenciada por cada enfermeiro.

Ao término de cada entrevista, a pesquisadora identificava o número da pesquisa e anotava eventuais observações consideradas pertinentes.

Optou-se pela entrevista semiestruturada por ser uma estratégia em que, intencionalmente, o pesquisador obtém informações, por meio das falas dos atores sociais relativas a ideias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinada crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos; ou

seja, é um processo de interação social entre sujeitos e, por isso, acaba sendo uma das técnicas mais utilizadas no trabalho de campo⁵⁸.

Uma entrevista semiestruturada é aquela que, com base em certos questionamentos importantes para a pesquisa, permite, por meio da construção de um roteiro básico, maior liberdade de respostas do informante, sem perder de vista o foco colocado pelo investigador, possibilitando uma maior flexibilidade, na medida em que se pode alterar a ordem das perguntas, tendo ampla liberdade para fazer intervenções de acordo com o andamento da entrevista⁽⁷⁷⁾.

Após o período de coleta de dados, iniciou-se a transcrição das falas. Com auxílio de um fone de ouvidos e de um computador, tudo o que foi registrado pelo áudio foi transferido para um arquivo digital no formato word.doc. Essa etapa exaustiva ocorreu entre os meses de julho e agosto. A fim de garantir exatidão e minimizar possíveis erros, todo o material transcrito foi revisado no mês de setembro.

5.7 Organização e Tratamento de Dados

Os dados, obtidos por meio das entrevistas, foram analisados seguindo a Análise de Conteúdo. Esta consiste em um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens” ⁽⁷⁸⁾.

A análise de conteúdo desdobra-se, basicamente, em três fases:

- a) **pré-análise:** nessa fase, o pesquisador faz uma leitura flutuante nos documentos a serem analisados, deixando-se tomar contato exaustivo com o material;
- b) **exploração do material:** ocorre logo após a pré-análise e consiste numa fase longa de operações de codificação, enumeração, classificação e a agregação, com base em regras previamente formuladas. Nessa fase o material é codificado, ou seja, submetido a um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”. Para organização da codificação, são necessárias três escolhas: **o recorte** (escolha das unidades); **a enumeração** (escolha das regras de contagem); **a classificação e a agregação** (escolha das categorias). Para se proceder ao recorte do material, toma-se necessária a sua leitura e a demarcação dos “núcleos de sentido”, ou seja, das unidades de significação. Essas unidades podem ser chamadas de unidades de registro, que nada mais são do que um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando à categorização e à contagem frequencial. Nesse caso utilizamos a análise temática; o tema é a unidade de significação, que se liberta naturalmente de um texto analisado. Logo, fazer uma análise temática consiste em descobrir os temas, que são as unidades de registro nesse tipo de técnica de análise, o que corresponde a uma regra para o recorte. Após o recorte, procede-se à contagem das unidade de significação, conforme as regras estabelecidas pelo

codificador que, posteriormente, passará a classificá-las e a agregá-las em categorias;

c) **tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação:** nessa fase, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Os resultados são submetidos a operações estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (análise fatorial), permitindo estabelecer quadros, diagramas, figuras e modelos referentes aos resultados. De posse desses dados significativos, o investigador pode propor inferência e interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas ⁽⁷⁸⁾.

Dentre as várias técnicas propostas para a análise, optamos pela utilização da técnica de análise de conteúdo, sendo delimitada como análise temática. A análise temática presta-se ao estudo de motivações, atitudes, valores, crenças e tendências ⁽⁷⁸⁾.

Com esses conceitos, todo o material coletado foi analisado, a fim de buscar, por meio de sua organização, a compreensão das razões que norteiam as atitudes manifestadas pelos indivíduos. Para tanto, as entrevistas e depoimentos gravados foram transcritos e codificados, com o intuito de propiciar leitura fluente de todo o material obtido, seguida da anotação das categorias qualitativas que foram evidenciadas por meio desse primeiro contato sistemático com os dados.

Posteriormente, foram realizadas novas leituras, assinalando-se as ideias importantes, ordenando e numerando as respostas, em vistas à

organização do material coletado para destacar os temas, às ideias-chave e aos núcleos de sentido. Com base nessa ordenação, foram retirados trechos dos diálogos nos quais os argumentos construídos permitiram uma melhor compreensão dos sentidos buscados nos objetivos da pesquisa.

Essa busca foi conduzida com base nas questões norteadoras de nosso estudo:

- Como é o ambiente físico e funcional da UTI em que você trabalha?
- Fale-me sobre sua experiência no cuidado a pacientes com Delirium.
- Quais são as estratégias de cuidado que você utiliza para diagnosticar, prevenir e tratar pacientes com Delirium?

RESULTADOS

*“Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei.
Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento.”*

Clarisse Lispector

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização das unidades participantes do estudo

A fase inicial proposta por este estudo deu-se por caracterização das unidades envolvidas, conforme apresentamos no quadro seguir:

Quadro 6: Caracterização das UTIs participantes do estudo, Botucatu, 2013

Pontos observados	Hospital da Capital Paulista	Hospital do Interior do Estado
1 Tem janelas com vistas para área externa	Parcialmente. Visualização de luminosidade, não de paisagens	Parcialmente. Visualização de luminosidade, não de paisagens. Os leitos de pacientes de longa permanência não possuem janelas
2 Tem sistemas de identificação de tempo/espço (calendários, relógios) visíveis aos pacientes?	Não	Não
3 Tem horário flexível de visitas?	Não	Não
4 Permite acompanhante?	Não	Não
5 Como se caracteriza a incidência de ruídos? (utilizando uma escala numérica de 1-10)	Mediano. 7 no período diurno e 3 no noturno	Mediano. 7 no período diurno e 3 no noturno
6 O enfermeiro apresenta-se ao paciente, posicionando-o quanto ao dia e à hora, na abordagem ao paciente, mesmos os sedados e intubados?	Não	Não

7	Há protocolo de despertar diurno?	Não	Não
8	Pacientes são mobilizados precocemente fora do leito, mesmo sob suporte ventilatório invasivo?	Não	Não
9	Há padronização de horário de manipulação mínima? Qual?	Não	Não como protocolo, mas busca-se menor movimentação após as 24h.
10	Horário das rotinas:		
	Banho:	M, T, N, priorizando os conscientes para o período diurno.	M, T, N
	Laboratório:	Manhã	Noite
	Raio X:	Manhã	Quando Necessário

6.2 Caracterização dos sujeitos do estudo

Preencheram os critérios para a pesquisa 18 enfermeiros, sendo a totalidade do sexo feminino. A idade predominante (11 enfermeiros) variou entre 25 e 30 anos, representando 61,12%; havia 4 (22,22%) com idade entre 36 e 45 anos, 1 (5,55%) com idade entre 31 e 35 anos e 2 (11,11%) com idade superior a 50 anos.

Quanto ao tempo de formação: 6 (33,33%) possuem entre 1 a 5 anos de formados; 7 (38,89%), de 6 a 10 anos; 3 (16,67%), de 11 a 20 ; e 2 (11,11%), mais de 20 anos.

O tempo de atuação dessas profissionais na Unidade de Terapia Intensiva é variável. A maioria, 11 enfermeiros, possui até 5 anos de atuação, 3 possuem entre 6 e 10 anos, e 4 contam com mais de 10 anos.

Quanto à busca por especialização e pós-graduação, quase a totalidade dos sujeitos referiu ter mais de uma especialização, com prevalência na área de terapia intensiva, incluindo um sujeito com mestrado e doutorado em andamento.

Quando questionados sobre o ano em que participaram da última atualização profissional em cursos de curta duração⁶ e/ou eventos, oito profissionais referiram o ano de 2013 e quatro o ano de 2012. Alguns enfermeiros participaram em mais de uma atualização.

Os temas das atualizações versaram sobre: passagem de cateter de PIC, abordagem ao paciente psiquiátrico, Delirium, cuidado ao paciente oncológico, saúde pública, captação de órgãos e manutenção do potencial doador, ventilação mecânica, preparatório para concurso público, cuidado ao paciente geriátrico, ressuscitação cardiopulmonar, sistematização da assistência de enfermagem e infecção hospitalar.

Quanto ao turno de trabalho, 12 trabalham no período diurno, porém relataram experiência de trabalho no período noturno, ou por vínculo anterior e/ou concomitante ou por cobertura ocasional, e 6 são enfermeiros do noturno.

Apenas dois profissionais relataram duplo vínculo, tendo como setor adicional de atuação o centro cirúrgico e o pronto-atendimento.

⁶ Curso com carga horária igual ou menor há 40 horas.

A seguir, demonstramos em tabela as características dos sujeitos por instituição/unidades estudadas.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos por instituição hospitalar – Capital Paulista e Interior do Estado, Botucatu, 2013

Capital	Hospital da Paulista	Hospital do Interior do Estado
Sexo		
Feminino	8	10
Idade		
Até 30 anos	3	8
31-40 anos	0	2
41-50 anos	3	0
Acima de 51 anos	2	0
Tempo de Graduação		
Até 5 anos	2	2
De 6-10 anos	2	7
De 11-15 anos	0	1
Acima de 15 anos	4	0
Pós-Graduação	Completa Incompleta	Completa Incompleta
<i>Lato Sensu</i>	7 1	8 1
<i>Stricto Sensu</i>	0 0	1(mestrado) 1(Doutorado)

Área de especialização				
UTI	5	2	5	1
Administração Hospitalar	3			
Gestão Hospitalar			1	
Saúde Pública	1			
Docência	1		1	
Nutrologia	1			
Cardiologia	1			
Obstetrícia			1	
Nefrologia			1	
Urgência e Emergência			1	
Oncologia			2	
Tempo de atuação como enfermeiro de UTI				
Até 5 anos	3		8	
De 6-10 anos	1		2	
De 11-15 anos	3		0	
Acima de 16 anos	1			
Turno de experiência como enfermeiro de UTI				
Manhã/Tarde	8		10	
Noite	3	9		

Duplo vínculo como enfermeiro		
Sim	2	1
Não	6	9

6.4 Categorias Temáticas

Dos discursos dos enfermeiros emergiram categorias que permitiram apreender a percepção que esses profissionais têm sobre o Delirium, bem como as experiências e as estratégias utilizadas na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de pacientes em UTI. Revelam ainda, a visão que possuem sobre o ambiente físico e funcional das UTIs em que trabalham.

Da questão norteadora: Fale-me sobre sua experiência no cuidado a pacientes com Delirium, extraímos a definição conceitual e as experiências percebidas sobre a causa do Delirium. Essas falas deram origem a duas categorias temáticas:

- **Delirium é confusão, agitação, alucinação e agressividade.**
- **Delirium e suas múltiplas circunstâncias causais.**

Dessa segunda categoria (II) emergiram quatro subcategorias:

- a) Delirium está associado à abstinência de álcool e drogas;
- b) Delirium está associado ao ambiente;
- c) Delirium está associado à doença psiquiátrica prévia;
- d) Delirium está associado ao uso medicação/sedação

I. Delirium é confusão, agitação, alucinação e agressividade

Os sujeitos entrevistados descreveram suas experiências com o Delirium por meio das características manifestadas pelos pacientes. O impacto causado fica evidente nas falas apresentadas, demonstrando que a incidência dessa alteração de comportamento é elevada.

“...uma confusão mental, isso a gente recebe aqui direto...”

(H1-E1).

“ Para mim é quando o paciente seja por meio de drogas ou não, apresenta uma alteração do comportamento que foge da realidade e você nota que o que ele está esboçando não é real...Dependendo do quadro clínico do paciente... se de repente ele está verbalmente agressivo, né?” (H1-E5).

“...Então já vi diversas manifestações, tanto de agressividade ... acho que a maioria é agressividade, até em relação ao cuidador. Então você tem agressividade, você tem depressão, apatia e, até alucinações...” (H1-E6).

“...Delirium é quando o paciente começa enxergar as coisas, ele enxerga os bichos subindo na parede, ouve vozes...aqui na UTI eu já vi paciente falando, que tava enxergando bichos subindo” (H1-E7).

“...nunca li o que é Delirium, o.... que eu sei seria o que a gente chama de confusão mental, agitação psicomotora... porque a gente observa muito se o paciente tá, com agitação..., principalmente aqui na UTI, paciente infartado, idoso, infartado. Que é... muito comum, que eu observei, à noite, fica agitado, não reconhece a gente, chama por familiar, chama a gente como se fosse familiar...” (H1-E8).

“...falam coisas totalmente fora... do comum... falam que estão em lugares que não estão... falam que fulano fez isso, às vezes confundem a gente com outra pessoa...” (H2-E10).

“Delirium para mim na verdade é quando o paciente... desorienta, mesmo quando ele não tem nenhum déficit neurológico” (H2-E11).

“Quando o paciente está desorientado... eu vou falar de minha prática... quando está desorientado...” (H2-E12).

“É uma agitação, desorientação, não estar orientado no tempo e espaço...” (H2-E16).

“É confusão mental, ele começa... a não falar coisas lógicas... ele não reconhece mais o tempo... Ele fica confuso... ansioso” (H2-E17).

“Eu entendo como Delirium, como se fosse um desarranjo neurológico...a pessoa...ela foge, digamos do mundo real, ela tem a percepção dela enquanto ela está naquele momento de desorientação, só que ela interpreta tudo aquilo como se fosse real. Então como se for por exemplo: muitas vezes...o paciente fala: tem alguém tentando me matar, tem alguém tentando me perseguir, só que se ele for para casa, ele vai achar que realmente tinha isso. Ele interpreta o Delirium como se fosse o mundo real para ele. Eu entendo mais ou menos como se fosse isso o Delirium” (H2-E18).

II. Delirium e suas múltiplas circunstâncias causais

Os enfermeiros relacionam a causa do Delirium a múltiplas circunstâncias. Essa possibilidade faz com que muitos tenham dificuldade em perceber quando um fator desencadeia o outro. No entanto, reconhecem que o Delirium pode coexistir com outras patologias.

Nessa categoria foram identificadas subcategorias, que de acordo com a experiência dos enfermeiros foram apontadas como desencadeadoras.

Agrupamos por semelhanças para dar significados a essas subcategorias.

a) Delirium está associado ao ambiente

Os enfermeiros percebem a influência do ambiente como uma das causas precipitantes do Delirium.

“...paciente às vezes com muito tempo de internação dentro da UTI, ele pode ficar confuso sim, por conta do ambiente mesmo, é fechado, ele é restrito de um familiar, um acompanhante do lado dele... porque ele não tem noção de tempo, espaço, e ...e se ele está aqui há muito tempo ele acaba perdendo, mesmo paciente consciente, responsivo, ele acaba perdendo...” (H1-E1).

“...Justamente, devido ao ambiente...são ideias que passam na cabeça dele, devido ele estar num ambiente totalmente diferente para ele. Um ambiente fechado, ele fica ansioso, fica angustiado...” (H1-E4).

“...é...por ele tá internado em uma UTI, num ambiente fechado, não...se comunica mais, não vê, fica fora da realidade, acho que isso também desencadeia o Delirium. Principalmente em mulheres... não sei. às vezes fica longe da família...é mais em mulheres, às vezes a gente até discute aqui na UTI.... Eu já tive pacientes internados aqui meses que começou com Delirium”(H1-E-7).

“...O medo de morrer. Porque é a hora que eles se veem sozinhos em um ambiente estranho, sem um familiar... em um ambiente estranho... eles ficam agressivos...” (H1-E9)

“O paciente pode chegar em Delirium ou desenvolver o Delirium aqui. Porque ele está em um ambiente fechado, não tem noção do tempo e espaço...”(H2-E9).

“...um paciente que não tem déficit neurológico está há alguns dias internado...que não vê luz, não vê a hora...começa a desorientar...”(H2-E11).

“O tempo de internação, muito tempo de internação...Essa falta de informação de saber se é dia ou noite. A UTI sempre está com as luzes apagadas. Assim o paciente perde totalmente a noção do tempo e espaço”(H2-E17).

b) Delirium está associado a abstinência de álcool e drogas

É possível perceber a dificuldade diagnóstica, uma vez que Delirium pode estar associado a outras desordens de origem mental ou coexistir com outras patologias.

“Inclusive então eu também acho que entra dentro do Delirium a abstinência...alcoólica e abstinência por drogas” (H1-E2).

“...Até por abstinência, sei lá de coisas que ele toma fora de droga...” (H1-E4).

“O Delirium...quando o paciente está em abstinência...ou alcoólica ou de álcool ou drogas...” (H2-E10).

“ Eu não sei realmente, mas...a gente tem muita experiência... porque muitos pacientes são alcoólatras...usuários de drogas, então eles acabam que, quando desliga-se a sedação eles tem alguns momentos de Delirium...” (H2-E15).

“Silêncio...hã...Eu acho que acaba confundindo bastante o que é Delirium...Por exemplo, paciente que é dependente de álcool e droga...eles geralmente quando acordam da sedação, eles tem muita agitação. E daí, fica um pouco confuso, se é Delirium mesmo ou se é abstinência” (H2-E16).

c) Delirium está associado a doença psiquiátrica prévia

Assim como na subcategoria anterior a dificuldade diagnóstica surge quando há suspeita de patologias associadas. Nessa subcategoria doença psiquiátrica prévia aparece como causa precipitante do Delirium.

“...as vezes o paciente já tem a pré-disposição, então quando ele chega nesse ambiente de UTI, aí pronto aí é a gota d'agua que faltava...se ele tem uma doença neurológica ou psiquiátrica ou psicológica...”(H1-E4).

“...Uma patologia prévia que às vezes ele já tem...paciente às vezes é psiquiátrico e já está internado aqui ou que já tem Delirium prévio...”(H1-E7).

“...Quando o paciente tem algum problema ...psiquiátrico...”(H2-E17).

d) Delirium está associado ao uso medicação/sedação

A interferência da sedação no momento do desmame é facilmente reconhecido pelos sujeitos como fator de agravamento no aparecimento do Delirium.

“Tem sim, porque a gente tem bastante aqui...geralmente pacientes idosos tem bastante... às vezes paciente em abstinência, tem pacientes que ficam muito tempo sedados e também tem algumas drogas que induzem ao Delirium. Então a gente tem sim contato com pacientes em Delirium” (H2-E10).

“...o uso de medicações...acredito que o midazolam pode causar...pode ser uma das causas...”(H2-E12).

“...No desmame da sedação. Tem paciente que não consegue ficar sem a sedação e por isso eles ficam dependente mesmo e então eles agitam muito, eles deliram mesmo” (H2-E16).

Da questão norteadora: Quais estratégias de cuidado você utiliza para prevenir, diagnosticar e tratar pacientes com Delirium, emergiu o sentimento de insegurança e impotência por parte dos enfermeiros, evidenciando a necessidade de instrumentalização por protocolos institucionais, uma vez que desconhecem escalas com essa finalidade.

Alterações de comportamento, fala desordenada e desorientação no tempo e no espaço foi a evidência mais marcante citada pelos enfermeiros como método de identificação do Delirium; porém, é atribuída ao médico a responsabilidade diagnóstica e terapêutica e à instituição a responsabilidade de prevenção, uma vez que essa modalidade de assistência, segundo os enfermeiros está relacionada à planta física inadequada, falta de capacitação da equipe e quantitativo de funcionários. Nos pacientes com comunicação verbal prejudicada a estratégia citada para validar a comunicação não verbal foi a mímica. Emergiram dessa questão as três categorias temáticas a seguir.

- **Estratégias preventivas para o Delirium**

Desta categoria emergiram quatro subcategorias, dando significado à temática:

- a) maior contato com a família;
- b) adequação funcional e estrutural do ambiente;
- c) intencionalidade de comunicação com o paciente;
- d) estratégias preventivas para o Delirium não são identificadas.

- **Estratégias diagnósticas para o Delirium**

Desta categoria surgiram três subcategorias:

- a) Alteração do comportamento define o diagnóstico;
- b) Atenção aos sinais da comunicação não verbal;
- c) Os enfermeiros não identificam métodos diagnósticos para Delirium.

- **Tratamento e suas possibilidades**

Emergiram desta categoria três subcategorias

- a) restrição mecânica como método terapêutico;
- b) uso de fármaco como meio de contenção do paciente em Delirium;
- c) comunicação verbal como um instrumento valioso.

III. Estratégias preventivas para o Delirium são identificadas

O lado preventivo, baseado em conhecimento específico do tema e em humanização, existe. Os enfermeiros reconhecem a importância da comunicação e da revalidação das informações de forma recorrente, como estratégias bem-sucedidas. Associam a falta da família e a rotina estressante da UTI como determinantes no surgimento do Delirium, mas relatam que a adoção de medidas preventivas é de difícil implantação, porque esbarram no quantitativo de funcionários, na descontinuidade dos plantões, na estrutura física inadequada e no automatismo na realização das tarefas.

Surgiram dessa questão as quatro subcategorias apresentadas a seguir, que dão sentido ao tema.

- a) **Adequação funcional e estrutural do ambiente**

“...seria bom ter relógios na UTI, ter janelas para ver o sol, ver que é noite. Geralmente tem que ter um calendário, falar o dia que é, a data. A gente tem relógio para nós e geralmente essas janelas aí são pequenas, a planta física não ajuda...”(H1-E7).

“Eu acho que.... pode estar relacionado com o cansaço... do paciente... porque, se você for ver, o paciente não descansa, porque há uma rotina diária de manipular o paciente o tempo todo... de lá para cá o tempo todo... esse barulho constante... então se você for ver.... o paciente quase não descansa...então seria uma opção criar alguma coisa para o paciente ficar durante a noite um pouco... um tempo... sem ser incomodado... para ele poder descansar mais.... (H2-E10).

“De protocolo não. Fica tudo no individual e do que a gente conhece de artigos, congressos. Eu oriento os enfermeiros e a gente tenta aplicar. Mas que seja protocolo para evitar Delirium não... A gente coloca televisão... quando está no isolamento e o paciente não está sedado, tento tirar do box sem janela... agora eu não consigo sempre fazer isso porque não estou diretamente na assistência, mas eu oriento as enfermeiras quando for evoluir o paciente, conversar com ele... falar o dia atual, a hora atual, colocar o paciente no mundo, falar do horário de visita, por que veio o familiar, por que não veio, é... justamente orientar o paciente em relação ao local que ele se encontra, quando ele é recebido na internação também” (H2-E11).

“...é uma estratégia, mas o paciente que está no isolamento, não tem como deixar a luz do sol entrar...depende do local que o paciente está... mas, é difícil... a gente acaba sendo tão prático no dia a dia que acaba perdendo um pouco a sensibilidade... Esses dias que eu parei para pensar... a Dna...., faz três meses que essa mulher não dorme, ela está irritada, está depressiva... então a gente vem... trabalha, você está sozinha e acaba sendo insuficiente, então você acaba fazendo o que dá... algumas coisas, estratégias de prevenção acaba deixando de lado...” (H2-E15).

b) Maior contato com a família

“...eu acho que se a família ficasse perto... talvez fosse melhor... mas, isso é impossível. A equipe ficaria muito estressada... porque família sempre estressa... mas, talvez ajudasse o paciente a sentir-se mais seguro...” (H1-E3).

“...contato maior também com a família... mas é complicado falar assim também porque... é difícil estender o mais o horário... criar mais horários... porque como é hospital escola... tem horários de procedimentos com os pacientes... e acaba não abrindo horário

para quase para a família. De manhã é o horário que eles vão examinar os pacientes, vai liberar a prescrição, evoluir os pacientes, então esse horário já... não tem como... aí à tarde é o único horário mesmo... porque depois que termina o horário de visita, geralmente é o horário que passa a visita da CCI, aí eles prescrevem o que tem que ser trocado...o acesso central... e aí tem que fazer algum procedimento e é depois da visita que começa o procedimento... aí já é a passagem de plantão e já é noite. Só se colasse um horário à noite, mas aí já não sei... mas que seria bom para ele seria... porque eles sentem falta do contato com a família...” (H2-E10).

“...eles precisam ficar num ambiente mais... eu diria familiar... mas a gente não consegue colocar um familiar dentro da UTI... Eu não consigo deixar frequentemente porque, satura a equipe de técnico de enfermagem. Então essa é minha luta... porque quando tem um familiar junto ao paciente ele não entra em Delirium...” (H2-E11).

c) Intencionalidade de comunicação com o paciente

“...conversar com o paciente, acho que falta muito diálogo, tempo para dialogar, porque... às vezes não é porque a gente não quer, é por que não tem o tempo necessário de dialogar e observar como ele está se comunicando. Isso é algo que precisamos melhorar” (H1-E1).

“...prever... quando eu pego um paciente idoso, eu já tenho em vista que isso possa acontecer. Então eu procuro...tento conversar e mantê-lo orientado...” (H1-E2)

“O que a gente tenta fazer é socializar mais o paciente. Tem uma paciente a Dona..... que ela é a mais antiga nossa. Eu sempre pergunto se ela quer ver TV... ela está no isolamento, então não tenho tirar ela dali... Então é assim, é mais na socialização. Mas agora quando o paciente está sedado é mais o estímulo verbal de tentar que ele acorde...” (H2-E15)

c) As estratégias preventivas para o Delirium não são identificadas pelos enfermeiros de UTI

Nesta subcategoria temática, enfermeiros demonstram desconhecimento sobre possibilidades de prevenção.

“...Não sei te dizer muita coisa... agora para prevenir eu não sei... não sei mesmo” (H1-H3).

“...Eu acho que não é possível evitar. Porque eu, como enfermeira, trabalhando em uma unidade de terapia intensiva adulto, sendo uma enfermeira pra 12 pacientes, com as atribuições todas administrativas que a gente tem como enfermeira assistencial... mas com uma parte administrativa. É mais difícil de a gente tentar e minimizar isso. Então você não consegue...” (H1-H5).

“...Olha, o enfermeiro não, eu acho que a equipe de enfermagem, atendendo o paciente, conversando, mas eu acho que... ajuda, mas não se o paciente tem uma tendência... senhorinhas que estão conversando, daí de repente começam a gritar que estão pegando, que estão machucando, então eu acho que a gente dá uma assistência humanizada, mas eu acho que não tem muito o que fazer...” (H1-E8).

“Não tenho ideia... eu acredito que deve dar... porém não estudei nada sobre isso...” (H2-E13).

“Acho... que deve ser possível sim... só não sei como... mas acho que sim... acho que deve ser possível” (H2-E15).

IV. Estratégias diagnósticas do Delirium

Nessa categoria, estratégia é entendida como recurso utilizado com finalidade diagnóstica. A falta de instrumentalização por meio de protocolos institucionais ou escalas com essa finalidade leva aos enfermeiros utilizarem a

avaliação clínica como opção exclusiva. Alteração de comportamento, fala desconexa e agitação psicomotora são o que define o diagnóstico, mas a incerteza quanto à correta avaliação cresce à medida que o paciente se encontra impossibilitado de utilizar a comunicação verbal. A somatória desses fatores contribui para a manutenção da dependência médica.

a) O enfermeiro não identifica métodos diagnósticos

“...Geralmente eu aviso o médico...para ele estar ciente do que está acontecendo com o paciente e vir avaliar...” (H1-E7)

“...Então ... é duro falar... porque a gente nunca sabe se ele está ou não em Delirium...primeiro de tudo eu comunico o médico...vou conversar com o médico... aí ele coloca na prescrição...veem e avaliam...” (H2-E12)

“...silêncio... mas será que é possível o enfermeiro fazer o diagnóstico do Delirium? ...eu te volto com essa pergunta. Porque a partir do momento que você vê sinais e sintomas quem fecha o quadro de diagnóstico de uma patologia de Delirium é o médico...” (H2-E14)

“...Porque o paciente está conversando e daqui a pouco não te reconhece, já começa a falar coisas desconexas, mesmo. Então a gente avisa o médico. Porque a gente sabe que vai piorar. (H2-E16)

“...Já ouvi falar que tem várias escalas. Tem escala de braden, que é para úlcera. Tem várias escalas, mas eu não estou atualizada em relação a uma escala que auxilie no diagnóstico do Delirium.”.(H1-E2)

“...eu não conheço, mas eu já ouvi dizer, que tem hospitais... em iriam implantar essa escala, mas eu não cheguei a pegar para ver, porque era fechada na instituição...” (H1-E3)

“...a escala de Glasgow... que tem lá palavras impróprias, me parece que.... sim, avalia nível de consciência.... Então a escala de Glasgow avalia isso, porque tem palavras impróprias num dos itens. Então tem esse instrumento, pode mensurar isso. Não é direcionado só para o Delirium, assim como tem a Glasgow, tem a braden para um determinado assunto. Deveria ter um exclusivo para o Delirium. Eu não conheço um exclusivo. Pode ser que tenha, mas eu não é de meu conhecimento.” (H1-E4)

“...Aqui a gente, não tem...eu não conheço...(H2-E9)

“...Silêncio... não... até tinha o projeto de um médico daqui... mas, não concretizou. Ele queria realmente ehhh ter um aplicativo... pra isso. Mas, ele desistiu...” (H2-E16)

“Instrumento?... silêncio... Tipo escala de Glasgow? Assim? Eu sei que tem, mas eu não sei qual que é. Eu não faço ideia.” (H2-E17)

“...Não consigo perceber.... não tenho estratégia... Muito difícil...” (H1-E7)

“...Olha eu não sei te dizer se seria Delirium...ou agitação pela própria intubação... eles acordando do coma... de uma anestesia... nunca pensei nessa associação... a gente sempre associa com desconforto respiratório...” (H1-E8)

“...nos que estão acordados... eu consigo ter a percepção. Porque eles ficam ansiosos, tentando extubar-se, tentando falar com a gente, demonstrar de alguma forma... aí às vezes eu tenho até dúvida se é uma agitação, se é Delirium mesmo.” (H2-E13).

“...Para ser bem sincera, não sei responder essa pergunta... Se ele tiver com ransay bem elevado fica complicado...” (H2-E14)

“intubado... é que, quem faz isso é o fisioterapeuta...” (H1-E9)

b) A alteração de comportamento define o diagnóstico

“...eu identifico...quando eu pergunto para ele... o nome dele, aí eu tento entrar um pouquinho na questão da família... se é uma senhora e vejo que tem filhos ou bastante acompanhantes. Eu pergunto a senhora tem quantos filhos? Aí ela começa a falar eu tenho 02, daqui a pouco ela fala eu tenho 03, depois ela olha para você... e diz: você é minha filha... você já conversou, você já orientou e ela pergunta a mesma coisa em menos de 05 minutos... é assim que a gente detecta mesmo” (H1-E1).

“...O paciente pode estar acordado, ele pode estar consciente e acordado e ter períodos que ele fica confuso, ou ter um período de Delirium, ele pode ter isso, períodos...Só na avaliação mesmo, quando se está fazendo o exame físico. No momento da entrevista. (H1-E4).

“...então...o paciente que estava ali...consciente...conversando normal...fica agressivo, quer levantar da cama..., assim que eu identifico” (H2-E10).

“...quando eu me deparo com um paciente em Delirium. Eu faço uma avaliação dele, vejo se ele consegue saber quem ele é, vejo se ele consegue lembrar das pessoas da família, aonde ele está, para ver se ele está sabendo se localizar...” (H2-E17).

c) Atenção aos sinais da comunicação não verbal

A mímica foi citada como o principal meio de comunicação não verbal dos pacientes sob suporte ventilatório invasivo na avaliação do Delirium.

“...é um pouquinho mais complicado, porque ele não se comunica, ele não consegue se expressar, mas acho importante você conversar, nem que ele não tenha uma resposta, mas ele vai acenar com a cabeça...” (H1-E2).

“...É observar os sinais que ele emite. A mímica que ele emite, a face, o rubor, os batimentos cardíacos, os monitores, são sinais de que ele está consciente e entendendo, ele só não fala porque está intubado, mas se não fosse isso ele falaria...” (H1-E4).

V. Estratégias de tratamento e suas possibilidades

Nessa categoria temática ficaram evidentes possibilidades farmacológicas e não farmacológicas. Dentre as possibilidades não farmacológicas, a contenção mecânica e a comunicação foram as citações mais prevalentes. Também fica claro que, qualquer que seja a opção, há necessidade do aval médico, demonstrando a codependência na tomada de decisão.

a) Contenção mecânica como método terapêutico;

“...a contenção mecânica a gente usa, também usa os meios de apoio psicológico, a gente tem psicóloga aqui...” (H1-E1).

“...Ah hoje usamos a contenção. Não tem o que fazer...é perigoso para o paciente, então a gente restringe e comunica o médico...” (H1-E3).

“...se for o caso, dependendo do estado do paciente, do diagnóstico, da idade, se for o caso... é a contenção mecânica...” (H1-E4).

“...vai falar com o médico e ver o que ele vai falar. Mas, antes disso você já contém, se ele não está contido, por conta da segurança dele” (H1-E5).

“...restringir o paciente. Então você comunica o médico... porque às vezes a restrição mecânica não é o suficiente...” (H1-E6).

“eles precisam ser restritos, restringidos, aí entra-se com medicação...” (H2-E14).

b) Comunicação verbal um instrumento valioso

“...falar, falar e falar, ser o mais direta possível...trazê-los de volta à realidade...” (H1-E2).

“...se for de causa que dá para conversar, vai conversar com o paciente, primeiro é o diálogo...tenta-se de tudo. (H1-E4).

“...dependendo do momento em que ele está, a gente entra no Delirium dele e tenta trazê-lo para a realidade...” (H1-E5).

c) Uso de fármaco como meio de contenção do paciente em Delirium

“...medicação. Às vezes medicação é necessária. Aqui usamos muito o haldol de dia, mas à noite eu acho que eles usam diazepam. Agora, nem sempre resolve. Eu já tive casos de pacientes que chegaram a usar três ampolas de haldol...mas ainda assim às vezes não adianta e tem que sedar...”(H1-E6).

“...do ponto de vista médico, geralmente é medicação... Quanto está confuso e muito agitado, dá haldol, agora para Delirium, quando ele está delirando, não tem...”(H1-E7).

“...Aí a gente fala com o médico...se precisar de uma sedação, uma coisa assim... não temos uma medicação padrão, tem médico que usa haldol, tem médico que usa aquele da gotinha, mas não tem um padrão... aqui no nosso hospital não tem protocolo de nada..” (H1-E8).

“...é haldol. Depende do plantonista, porque às vezes a gente avisa que o paciente está agitando, ele pede para fazer haldol...” (H2-E11).

“Acho que é precedex...consegue acalmar e manter um nível de consciência bom...dose baixa...” (H2-E13).

“...Aí comunica o médico, o médico avalia, caracteriza e entra com o protocolo que tem que ser no momento, assim para esse tipo eu não lembro, mas a sedação é midazo, fenta, precedex usa bastante...são mais essas mesmas que são mais utilizadas...” (H2-E14).

“ O que tem usado bastante aqui, para Delirium é o precedex. E tem tido um resultado ótimo. No desmame da sedação. Tem paciente que não consegue ficar sem a sedação e por isso eles ficam dependentes e agitam muito, eles deliram mesmo. Então eles (médico) entram com o precedex. É uma experiência que a gente está tendo ótima. É novo para nós, a gente não utilizava antes” (H2-E16).

Da questão norteadora: Como é o ambiente físico e funcional da UTI em que você trabalha? Extraímos a visão e o sentimento dos enfermeiros sobre como a estrutura física associada às rotinas preconizadas pela instituição interferem na realização do trabalho da equipe.

Nas falas registradas foi possível perceber, que na percepção dos enfermeiros, a planta física e as rotinas podem interferir de forma negativa no cuidado ao paciente subentendendo associação com o surgimento do Delirium.

Essa questão deu origem a duas categorias temáticas.

- **Estrutura física inadequada**
- **Rotinas que não favorecem ao bem-estar do paciente**

VI. Estrutura física inadequada

“...eu não gosto muito da planta física...por conta de visualização do paciente. Você tem que ir até o quarto, que é fechado...não é

de fácil acesso...onde você consegue visualizar todo mundo para ver se tem alguma alteração ou não” (H1-E3).

“Eu acho ruim, ambas são plantas físicas totalmente fora do padrão e fora da normatização... porque aqui não era uma UTI...o padrão de metragem mais ou menos, mais de instalação não favorece” (H1-E4).

“Ela não é uma planta de UTI adequada, inclusive para nossa visualização. Então eu não tenho como visualizar...tipo se aquele paciente está ficando esquisito” (H1-E5).

“...eu trabalharia em relação a acústica, as cores dos ambientes, também acho que interfere e muito a iluminação do ambiente. Então por exemplo às vezes tem uma luminária, você não tem meia luz ou é escuro ou é claro. Imagina você acordar com uma luz na cara? É horrível...pacientes vivem isso...pacientes vivem isso, então é um desconforto muito grande...ou você acende tudo ou apaga tudo. Teria que pensar em uma iluminação individualizada, para cada leito. O aquecimento ou o resfriamento do ambiente, isso é uma coisa que a gente sofre muito mais...a única coisa que temos para aquecer o paciente é o cobertor...quando tá muito calor é abrir a janela...eu não tenho recurso...” (H1-E6).

“Não é nenhum pouco prática. Do ponto de vista do paciente não porque ele é como se fosse uma enfermaria... e do profissional também, porque não enxerga o paciente. Uma UTI de onde você está tem que enxergar o paciente. Aqui são quartos...os pacientes ficam muito perto um do outro, a gente divide por cortina, não tem como isolar o paciente...” (H1-E7).

“Totalmente errada. Primeiro: aqui é dividido em células, isolamento, pós-operatório e longa permanência. O pós-operatório são quartos, o isolamento são quartos com portas e é o único lugar que temos para isolamento de contato, aerossóis...não tem janelas...é um cubículo, muito fechado...você imagina, ficar tanto tempo, por mais que você esteja consciente, ficar em um ambiente que não tem janela, que você não sabe se é dia, se é noite...entendeu?” (H2-E9).

“Não...não...não...não...não mesmo. É, nem aqui que é uma construção mais antiga, nem a UTI do OS que é uma construção mais nova. Aqui é em forma de H, então não enxergamos os pacientes do fundo, nem eles enxergam a gente. Eles ficam mais isolados...” (H2-E11).

“Então, para o paciente não... porque é um lugar escuro, as janelas não tem a luz do sol... não tem janelas para que o paciente passa ver se é dia ou noite. Tem janela, mas é para um corredor que tem uma parede, não bate sol, nada” (H2-E12).

“...não é boa... porque o paciente fica muito isolado, pelo fato dela ser reta. Se ela fosse oval, em círculo, não ficaria isolado... eu acho que é prejudicial, acaba gerando um quadro depressivo e isso pode piorar o quadro dele. Para a gente também é pior, porque não tem visão de todos” (H2-E15).

“Bom, como posso dizer é meio desproporcional...tem pacientes que ficam mais no fundo das UTIs... no fundo do isolamento, no fundo do longa permanência, no fundo do pós-operatório. Eu não sei, às vezes eu imagino que eles tem a impressão, geralmente são lugares um pouco mais escuros, um pouco mais silenciosos, porque o barulho dos residentes, do pessoal geralmente fica mais aqui. Eu imagino que isso favorece ele entrarem em Delirium. Dá uma impressão de isolamento” (H2-E18).

VII. Rotinas não favorecem ao bem-estar do paciente

“Os horários de visita são restritos, é meia hora de visita, é pouco...se eu pudesse eu mexeria nisso. Porque tem pessoas que não tem disponibilidade de ter só esse horário... porque trinta minutos de dia... e à noite são só quinze minutos, é pouco. Eu acho que contribui para alteração do paciente, porque é pouco tempo com a família... aí tem outro problema: falta de informação. Tem muitas pessoas que quando te vê fala: o médico não passou aqui, não me passou informação... é importante falar não só com a família, mas com o paciente também. A pessoa fica ansiosa...” (H1-E3).

“Olha... eu acho que a questão de horário para o paciente, eu também questiono, devido toda a problemática da instituição que eu estou. Porque é um número grande de pacientes com um

número insuficiente de funcionários e fica aquela brincadeira... eu até gostaria que o paciente x fosse banho da noite, agora na hora que eu vou falar com a colega para fazer a troca, isso não existe. Então fica difícil adequar. Nós temos problemas com a questão dos exames, tem aquela rotina, também não é toda hora que o laboratório pode vir, subir...” (H1-E5).

“Eu acho que não beneficia o paciente. Porque aqui na UTI tem banhos de manhã e à noite. Então tem pacientes que toma banho bem cedinho às seis da manhã e paciente que toma banho... sei lá a hora que dá tempo à noite. Pode ser sete, nove, mas se atrasar pode ser lá meia noite... se ele mudar de leito, o banho que era da manhã se for para o leito do banho da noite... aí ele sempre estava tomando banho de manhã aí vai tomar banho à noite... laboratório toda hora, Rx de manhã, exames de rotina às seis da manhã... barulho de bomba é o dia inteiro movimento...” (H1-E7).

“Não favorece ao paciente... não favorece mesmo. A gente dá banho à noite, colhe exames de madrugada... eu não me conformo de colher gasometria de madrugada com a justificativa de que os médicos irão examiná-las as 7 h... Divisão de banhos... manhã e noite... eu não consegui mudar porque senão eu sobrecarrego uma equipe... se eu falar, agora todos os banhos serão dados durante o dia, eles vão surtar...” (H2-E11).

“...por exemplo, agora são 22:30 e tem paciente tomando banho nesse horário. Com a temperatura que faz aqui!!!...colher exames as 4:30, imagine que eles estão lá dormindo, aí você vem e dá uma picada as 4:30 da manhã. Rx nem se fala...então por mais que esteja sedado eu imagino que... à noite foi feita para dormir... eles não dormem...” (H2-E15).

DISCUSSÃO

Tudo em nós está em nosso conceito do mundo; modificar o nosso conceito do mundo é modificar o mundo para nós, isto é, modificar o mundo, pois ele nunca será, para nós, senão o que é para nós..

Fernando Pessoa

7 Discussão

A manifestação do Delirium nos pacientes de Terapia Intensiva tem sido alvo de estudos da prevenção à terapêutica^(3-4,28,36,38).

Sabe-se que Delirium durante a hospitalização aumenta o trabalho dos profissionais envolvidos no cuidado, aumenta a permanência hospitalar, eleva custos operacionais, contribui para o déficit de auto cuidado no seguimento pós-alta e aumenta a mortalidade^(2,3,7,8,44).

O profissional enfermeiro, por ser mais presente beira leito, pode identificar as alterações de comportamento e acompanhar a evolução do Delirium por meio de instrumentos validados com essa finalidade. Contudo, constantemente, esse cuidado tem sido negligenciado por causa da falta de conhecimento do que e como avaliar, da falta de tempo, da falta de interesse, dentre outras razões^(15,17,34-37).

Analisando os resultados obtidos, caracterizamos os enfermeiros participantes como sendo do sexo feminino, com idade predominante entre 25 e 30 anos, tempo de formação de 6 a 10 anos, e de atuação como enfermeiro de UTI de até 5 anos.

No quesito aprimoramento profissional, a totalidade dos entrevistados mostraram-se ativos, participando nos últimos dois anos de alguma modalidade de atualização, quer por cursos de curta duração, quer por meio de pós-graduação *Latu Senso* e/ou *Strictu Senso*.

Na caracterização estrutural das unidades avaliadas, verificou-se janelas sem visibilidade externa e com iluminação natural apenas em alguns leitos.

Esses achados corroboram com a literatura que associa deficiências estruturais como causa precipitante do Delirium, classificando-as em fatores de risco modificáveis ^(32,79).

Sabe-se que há um movimento sustentado pelos programas de humanização e pela hotelaria hospitalar direcionado a alterar essa realidade. No entanto, reformas estruturais envolvem elevados custos financeiros e bloqueio temporário de leitos.

Ainda dentre os fatores de riscos modificáveis apresentados por estudos com nível de evidência I e II encontram-se aspectos funcionais da UTI. Ausência de relógios como meio de localização no tempo e no espaço para pacientes e falta de visitas são citados como causas desencadeadoras do Delirium ^(32,79).

Ao caracterizarmos funcionalmente as UTIs participantes deste estudo, percebemos que esses aspectos estão presentes, acrescidos de falta de acompanhantes, ausências de protocolos de despertar diurno, de manipulação mínima e de mobilização precoce fora do leito ^(3,32). Estes são aspectos mais simples, capazes de reduzir em até 40% a incidência de Delirium na UTI ⁽⁸⁰⁾.

Dos discursos dos sujeitos emergiram sete categorias. Para os enfermeiros, Delirium: é confusão, agitação, alucinação e agressividade (categoria I); possui múltiplas circunstâncias causais (categoria II); conta com possibilidades preventivas (categoria III); conta com possibilidades diagnósticas (categoria IV); conta com possibilidades terapêuticas (categoria V), que muitas vezes não são eficazes, graças à estrutura física inadequada (categoria VI) e às rotinas, que não favorecem ao bem-estar dos pacientes (categoria VII).

No que se refere à conceituação do Delirium, extraímos das falas dos enfermeiros que Delirium é confusão, agitação, alucinação e agressividade. Esse conceito harmoniza-se com a definição do Delirium desenvolvida e validada pela American Psychiatric Association⁽⁶⁾ como sendo “... uma síndrome neuropsiquiátrica comum e grave, com características fundamentais de início agudo, curso flutuante e déficits atencionais”⁶. Também nos remete aos critérios da DSM IV⁶, que lista nove características do Delirium, sendo que, para a confirmação diagnóstica são necessários ao menos quatro:

- 1) início agudo e flutuação; 2) desatenção; 3) pensamento desorganizado;
- 4) alteração do nível de consciência; 5) desorientação; 6) diminuição da memória; 7) distúrbios de percepção; 8) agitação psicomotora ou atraso;
- 9) sono-vigília alterada⁽¹⁴⁾.

Nos discursos, percebemos que o comportamento mais marcante para os enfermeiros, em harmonia com os critérios da DSM IV, são: agitação psicomotora; confusão mental e pensamento desorganizado. /No entanto, nenhum dos sujeitos citou quatro ou mais critérios, concomitantemente. Para eles, contrariando os critérios da DSM IV, o diagnóstico de Delirium é confirmado na presença de apenas uma ou duas das características.

Está representado, nas falas dos profissionais entrevistados, que nas atualizações a temática não foi contemplada. Apenas alguns enfermeiros mencionaram ter conhecimento do assunto por meio dos representantes da indústria farmacêutica, que, ao oferecerem alternativas para sedação padrão, divulgam a relevância do tema e oferecem cursos vinculados.

Na percepção dos profissionais, as causas precipitantes do Delirium, citadas nas entrevistas, são: abstinência ao álcool e drogas; fatores ambientais; doença psiquiátrica prévia; e uso de medicação/sedação.

Como já enfatizado, Delirium é uma síndrome e seu desenvolvimento é multifatorial^(25,79). Estudos em diferentes seguimentos buscam encontrar as possíveis causas. No entanto há obstáculos, pois existe a possibilidade do Delirium coexistir com outras patologias de desordem mental^(14,15). Ao falarmos em abstinência por álcool e drogas, estamos falando do *Delirium Tremens*; esse é um tipo de Delirium específico da síndrome de abstinência de drogas como álcool, maconha, cocaína ou medicamentos depressores do sistema nervoso central. Envolve confusão mental, muita ansiedade, euforia, rápidas variações de humor, distúrbios do sono e convulsões – diferente do Delirium, que se refere a uma confusão mental aguda⁽⁸¹⁾.

A fim de minimizar o erro diagnóstico e diferenciar os tipos de Delirium, a utilização de instrumentos validados deve ser considerada. O CAM-ICU contempla os critérios da DSM IV e permite que não médicos beira leito o apliquem com eficiência e eficácia⁽¹⁴⁻¹⁵⁾; porém, há necessidade de treinamento. Neste estudo, os sujeitos, além dos equívocos de conceitos, demonstravam espanto com as próprias dúvidas, como se, ao raciocinar para responder, compreendessem que talvez não soubessem das diversas particularidades envolvidas. Expressões por meio da paralinguagem reforçavam a insegurança.

A paralinguagem constitui em um instrumento da comunicação que serve para expressar sentimentos e atitude, e é expressa em forma de

grunhidos, oscilação na entonação das palavras, no ritmo ou na velocidade do discurso⁽²²⁾.

Ainda nas possibilidades causais foi citado como relevante o desmame da sedação. O manejo farmacológico no Delirium talvez seja o segmento mais estudado na atualidade. A utilização dos benzodiazepínicos como primeira opção de sedação tem sido revista. Sabe-se que os efeitos colaterais delirínogênicos são acentuados. Por essa razão, em necessidade de sedação outras opções têm sido recomendadas, como o uso do dexmedetomidine, um receptor agonista $\alpha 2$ -adrenérgico. O que pesa contra é o custo elevado e a necessidade de altas doses para alcançar um RASS maior que -4 ^(29-30,52).

Também, dentre os fatores precipitantes identificados pelos entrevistados, está o ambiente. Enfermeiros reconhecem como interferência deletéria ao equilíbrio mental: o tempo prolongado de internação em um ambiente fechado; a ausência de acompanhantes 24 horas; a perda de noção do tempo e espaço; e a falta de iluminação natural. Essa percepção é apoiada por estudos de relevância científica que classificam esses achados como fatores de risco passíveis de modificação⁽⁷⁹⁾.

Corroborar essa informação as orientações contidas no *Guia da prática clínica para o manejo do delirium em pessoas idosas*, que cita a falta de iluminação natural, a falta de visitas e vários dias de hospitalização como preditores do Delirium^(3,32).

Apesar das evidências sustentadas por estudos, ainda há carências de trabalhos randomizados de qualidade metodológica que avaliem o impacto de medidas preventivas nesse segmento, talvez porque se saiba que, além do

ambiente, há outras variáveis que podem interferir na homogeneidade da amostra. A própria prevalência e incidência do Delirium em estudos nacionais é limitada. Os dados que impulsionam o interesse e as mudanças nos hospitais brasileiros são provenientes de estudos internacionais e talvez ocorram mais motivados pela tendência da hotelaria hospitalar e por influência dos programas de humanização do que pela conscientização da relevância do tema.

O Delirium por ser algo transitório, de curso flutuante e, por não ser a causa da internação, pode levar a impressão de algo de menor importância^(34,60). A considerar a carência de protocolos institucionais para essa finalidade, que acrescida ao déficit de abordagem do tema nos cursos de graduação, pós-graduação e de atualização, faz com que os profissionais não estejam instrumentalizados para avaliação do Delirium⁽³⁴⁾.

Nas falas dos enfermeiros alteração de comportamento na forma hiperativa é quem define o diagnóstico. Este é percebido por meio de agitação, agressividade, fala desconexa e confusão. Apesar de harmonizar-se com os critérios estabelecidos pela DSM IV, outras manifestações do Delirium podem não estar sendo reconhecidas.

A American Psychiatric Association classifica o Delirium em três tipos: hiperativo, hipoativo ou misto⁶, a falta desse conhecimento pode acarretar na falha diagnóstica e terapêutica, uma vez que o tipo hipoativo pode ser confundido com rebaixamento de nível de consciência ou depressão^(1,11-13).

Na necessidade de suporte ventilatório invasivo, essa possibilidade agrava-se. O paciente não verbaliza da forma usual, e o entendimento do que é

expresso fica comprometido. Na leitura dos discursos é percebido que a principal dúvida dos enfermeiros está relacionada com as possibilidades diagnósticas: Delirium? dor? ansiedade? Diante das incertezas, a responsabilidade pela correta avaliação é transferida a outros profissionais. Foi citado como profissão de apoio o fisioterapeuta, já que estamos falando de paciente “entubado”, mas para a grande maioria o médico é o detentor da responsabilidade diagnóstica e terapêutica.

Essa dependência ao modelo biomédico perpetua desde o momento em que a enfermagem como profissão do campo da saúde foi estabelecida, no século XIX. Nessa ocasião foi fundada a primeira Escola de Enfermagem, na Inglaterra, em 1860, que tinha como pressupostos concepções teórico-filosóficas em que o médico se constituía como a única pessoa qualificada para ensinar, por ter o conhecimento científico sobre as doenças. Nesse modelo, a figura central do médico firma-se como principal responsável, decidindo quais das funções poderiam ser executadas pela enfermagem. Assim, a enfermagem, ao executar procedimentos previamente definidos e estabelecidos pelos médicos, nasce como uma profissão complementar à prática médica, como um suporte para o trabalho médico. Há outros aspectos a serem considerados e, apesar da evolução em busca de uma enfermagem com corpo próprio de conhecimento científico, essa herança ainda exerce forte influência sobre o comportamento da equipe de enfermagem ante o médico e o paciente⁽⁸²⁾.

Nesse contexto, o que poderia consolidar independência diagnóstica e terapêutica em relação ao Delirium seria a utilização da escala CAM-ICU. Mas, as falas dos enfermeiros evidenciam o desconhecimento desse instrumento.

Em alguns momentos foi citado escalas de uso consolidado em UTI para outras finalidades (escala de coma de glasgow, braden) como um instrumento capaz de diagnosticar o Delirium.

A escala CAM-ICU é um instrumento validado em nosso país desde 2001⁽¹⁵⁾, mas, sua utilização na prática ainda é limitada. Baseado em estudos internacionais, as causas para a falta de adesão na avaliação do Delirium por meio de instrumentos de avaliação são variados. Pesquisadores listam como possíveis causas: falta de clareza quanto ao que o profissional deve avaliar diariamente; a complexidade e a ambiguidade de algumas ferramentas de avaliação; falta de compreensão clara de que pacientes devem ser avaliados; restrição de tempo; falta de conhecimento sobre a apresentação do Delirium e suas sequelas; falta de confiança com o uso da ferramenta; incapacidade de usar as ferramentas de avaliação atuais para pacientes fortemente sedado⁽³⁴⁾.

Na literatura nacional não encontramos estudos que justifiquem a não utilização de instrumentos para a avaliação do Delirium. Talvez esse constitua um importante braço para pesquisas futuras.

Apesar das lacunas percebidas no conhecimento e na autonomia dos enfermeiros em diagnosticar o Delirium, há coerência no discurso quanto aos métodos preventivos.

Por meio das falas dos enfermeiros, foi possível perceber a importância da família na prevenção do Delirium. Esse achado está em harmonia com estudos que destacam a vulnerabilidade do paciente como fator desencadeador⁽²⁵⁻²⁷⁾.

A UTI constitui um ambiente ameaçador, uma vez que normalmente está associada a incertezas, mudanças de rotinas, falta de privacidade e de rostos familiares que transmitam apoio, amor e segurança.

Em um estudo focado nas visitas à UTI, a maioria dos pacientes entrevistados refere-se à separação da família como problema prioritário, revelando o desejo de receber visitas de forma diferente do que ocorre rotineiramente, destacando que deveria haver um plano individualizado para minimizar o afastamento da família⁽⁸³⁾.

Em outro estudo, a flexibilidade da instituição quanto à permanência de familiares durante a hospitalização foi um achado de relevância no processo saúde-doença⁽⁸⁴⁾. A família pode atuar como unidade de saúde para seus membros, ou seja, ela tem um referencial para compreender e atuar nas diferentes situações de saúde e doença, são os primeiros a observar a mudança no humor e disposição de seus membros, e a desempenhar as primeiras ações no sentido de aliviar os sintomas⁽⁸⁵⁾.

No entanto, nas falas dos sujeitos fica evidente que, apesar do reconhecimento da importância do familiar para o paciente, para os profissionais de enfermagem, isso se constitui como agente estressor.

Estudos apontam que, embora alguns familiares demonstrem sentimentos de gratidão e respeito pelos profissionais por causa dos cuidados prestados ao paciente, muitas vezes eles projetam sentimento de tristeza e angústia nos trabalhadores de enfermagem, e este, por limitação pessoal ou pelo fato de nada mais poder fazer pela situação, sente-se sobrecarregado⁽⁸⁶⁻⁹⁰⁾. O questionamento constante sobre o quadro clínico dos parentes causa

ansiedade, pois a equipe não sabe ao certo o diagnóstico e o prognóstico dos pacientes nem está autorizada a falar sobre tal questão. Dessa forma, fica evidente que a tarefa de cuidar dos familiares se torna uma sobrecarga psíquica.

A questão ambiental é uma constante nas falas dos enfermeiros na questão preventiva e terapêutica. O aspecto mais presente nos discursos é a questão da iluminação natural pela ausência ou pelo número insuficiente de janelas, ausência de relógios visíveis aos pacientes, excesso de barulho provocado pela tecnologia e pela necessidade de procedimentos, em diversos momentos comprometendo o descanso.

Estudos confirmam que o ambiente de terapia intensiva é gerador de estresse. As variáveis são muitas, mas aparece sempre em destaque o nível de ruídos, considerado acima do preconizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a qual prevê que o nível seguro de ruído hospitalar deve variar entre 35 e 45 dB. A luminosidade constante e artificial, a ausência de janelas, a perda da referência espaço temporal e da privacidade, a presença de pessoas e equipamentos estranhos, a monitorização contínua dos sinais vitais e da atividade cardíaca, a submissão a procedimentos invasivos, a ausência da família e dos amigos e a imobilidade também são citados como aspecto capaz de estressar os pacientes. São acrescentadas a isso a presença de odores desconhecidos, a sensação de morte e a intervenção constante da equipe multidisciplinar⁽⁹⁰⁻⁹⁷⁾.

A atenção dada a esses aspectos foi citada pelos enfermeiros como capaz de minimizar danos aos pacientes. Mas, apesar do reconhecimento,

citam que os esforços nessa direção são atribuição da instituição, quer por reformas estruturais, quer pelas mudanças de rotinas, pois os esforços individuais são considerados insuficientes devido à descontinuidade nos plantões.

A temática comunicação também aparece como item de importância. Nos discursos relacionados ao diagnóstico a comunicação não verbal foi citada como de relevância; já comunicação verbal aparece como item associado à prevenção e à terapêutica.

A comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender às necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem, despertando nos pacientes sentimentos de confiança e permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros⁽⁹⁸⁻⁹⁹⁾.

Um dos objetivos da assistência de enfermagem é levar o paciente a participar dos esquemas terapêuticos. Essa participação depende dos processos de comunicação, com base nos quais se estabelecem relações de confiança necessárias para o paciente, pessoa fragilizada pela doença, diminuir o medo e a ansiedade, e lutar por seu restabelecimento com dignidade.

Os enfermeiros intensivistas reconhecem que a comunicação, por meio da validação e da revalidação das informações, é aspecto necessário para a prevenção do Delirium, em que, além da experiência no uso de tecnologias e do suporte psicossocial, o processo da comunicação constitui um importante

apoio para que o paciente possa suportar os efeitos da hospitalização, mantendo a percepção de si próprio e da sua realidade⁽⁹⁹⁻¹⁰⁰⁾.

Em alguns discursos foi possível perceber desconhecimento sobre a possibilidade preventiva do Delirium. Os argumentos foram sustentados pela sobrecarga de trabalho, impossibilitando o acompanhamento das alterações de comportamento, fatores pré-existentes, como idade avançada e falta de conhecimento declarado sobre a temática.

Há poucos dados disponíveis sobre as práticas atuais dos enfermeiros na avaliação do Delirium, sobre o treinamento que eles recebem e as potenciais barreiras que porventura apresentem em relação ao tema. Por essa razão cabe ressaltar que o treinamento, a viabilidade e o sucesso das avaliações dependem de uma melhor compreensão das crenças dos enfermeiros em relação ao assunto⁽¹⁰¹⁾.

Foi extraído das falas dos sujeitos a categoria temática tratamentos e suas possibilidades. Na percepção dos enfermeiros, estão classificados em abordagens farmacológicas e não farmacológicas.

Para melhor compreensão, desdobramos em três subcategorias: contenção mecânica, comunicação e uso de fármacos.

Em um estudo realizado no sul do país, objetivando a construção de intervenções de enfermagem coletivas na abordagem ao paciente em Delirium, observou-se que existe a preocupação pelo uso inadequado das contenções físicas e, ao mesmo tempo, o temor pela responsabilização da enfermagem caso algo ocorra ao paciente não devidamente restrito⁽¹⁰²⁾.

O tema ainda é pouco abordado na literatura, o que dificulta o preparo do profissional para a tomada de decisões relacionadas à restrição no cotidiano da UTI.

O uso de contenção mecânica é um tema complexo, que vai além do cuidado de enfermagem, abrangendo questões físicas, psicológicas, legais e éticas⁽¹⁰³⁾. De acordo com o Royal College of Nursing, não existe uma definição jurídica precisa para restrição. No entanto, em termos gerais, significa “restringir a liberdade, impedir alguém de fazer o que quer”. The Joint Commission on Accreditation of Health – Care Organizations, dá uma definição mais precisa; restrição é definida como “qualquer método físico de restringir a liberdade de uma pessoa de movimento, atividade física, ou acesso normal ao seu corpo”. É importante ter uma definição clara de restrição, compartilhando seu significado, sensibilizando e enfatizando o uso de restrição na prática diária dos profissionais de saúde⁽¹⁰³⁾.

Prevenção de extubação acidental é uma das razões apontadas para o uso de contenções. Uma solução para o problema seria a revisão das diretrizes da UTI para agilizar o desmame ou mesmo considerar a traqueostomia, no caso do tubo orotraqueal provocar agitação⁽¹⁰³⁾. Existem poucas pesquisas sobre as percepções dos pacientes e familiares a respeito do uso de restrições, propondo que em longo prazo mais pesquisas sejam feitas, a fim de se verificar os efeitos psicológicos dessas restrições⁽¹⁰⁴⁾. O paciente criticamente doente sofre uma grande carga de estresse durante o tratamento de terapia intensiva; assim, manter um nível ótimo de conforto para o paciente, bem como sua segurança, são elementos essenciais do tratamento⁽¹⁰⁵⁾. A British Association of Critical Care Nurses sugere terapias alternativas como opções para as

contenções físicas, como massagem, musicoterapia, acupuntura, toque terapêutico e envolvimento dos familiares. Estes servem como suporte para reorientação frequente⁽¹⁰⁴⁾. Programas de educação em cuidados críticos devem abordar todos os tipos de terapias de restrição. Os EUA e a Austrália estão, agora, abordando a redução da restrição física, por meio do desenvolvimento de programas educacionais que visam reforçar o conhecimento sobre: os direitos e a autonomia dos pacientes; aspectos éticos da restrição de pacientes; os aspectos legais; o impacto e os perigos da restrição física; e as alternativas de restrição⁽¹⁰⁴⁾. Tais iniciativas também devem ser desenvolvidas no Reino Unido, mas também englobarão a criação de maior consciência sobre contenção química, bem como formas de prevenir ou minimizar essas abordagens ⁽¹⁰⁴⁾.

A agitação do paciente com Delirium é o aspecto mais avaliado na tomada de decisão do enfermeiro a lançar mão das restrições físicas. Estudos apontam que a decisão de conter o paciente agitado é em 94% do enfermeiro, com o respaldo do médico intensivista⁽¹⁰³⁾.

Cabe ressaltar que o uso inadequado das restrições pode levar a uma piora do quadro confusional, sem falar do impacto emocional para a família, que se vê impedida de comunicar-se com seu familiar de forma satisfatória, frustrando-se ao encontra-lo restrito ao leito⁽¹⁰⁶⁾.

Como outras complicações inerentes às contenções, há hipertensão, taquicardia, aumento da agitação, aspiração, asfixia, comprometimento da circulação, lesões de pele e nervos, úlceras de pressão, constipação e outras complicações associadas com imobilidade⁽¹⁰³⁾.

Pensar no paciente de maneira holística promove a dignidade durante os cuidados diários. O oferecimento de comunicação efetiva, explicando sempre todos os procedimentos, constitui uma valiosa ferramenta terapêutica, à medida que os enfermeiros focam a atenção em situar o paciente no tempo e espaço, tentando trazê-lo a realidade⁽¹⁰⁷⁾.

Vale ressaltar que intervenção precoce na abordagem do Delirium está em direta proporção com o grau de familiaridade da equipe de saúde com as suas apresentações e, portanto, a educação é etapa básica para uma intervenção eficaz⁽¹⁰⁸⁾.

Outra abordagem citada como terapêutica na abordagem ao Delirium está associada ao uso de fármacos, uma vez e que é difícil lidar com agitação psicomotora e restrição física na UTI.

Há controvérsias quanto ao uso profilático do haloperidol em pacientes com alto risco para Delirium poder reduzir complicações⁽¹⁰⁹⁾, pois em um estudo prospectivo realizado com pacientes de alto risco para Delirium o haloperidol profilático não mostrou redução da incidência. No entanto, na abordagem terapêutica o uso já é consolidado⁽⁴⁶⁾.

Nos discursos dos enfermeiros, a abordagem farmacológica por meio do haldol é conhecida, uma vez que foi citada por quase a totalidade da amostra como sendo o recurso mais utilizado. Alguns citaram a necessidade de sedação com benzodiazepínico ou com agonista α -adrenérgico. O que chama a atenção é a sequência de conduta. Para os enfermeiros, restrição mecânica antecede a outras medidas não farmacológicas e à restrição química. Esse

manejo talvez pudesse ser alterado, uma vez que é sabido que a contenção mecânica constitui um importante agente estressor ⁽⁵²⁾.

Foi consenso entre os participantes o desconforto e a preocupação em relação ao barulho na unidade. Um dos fatores seria a grande circulação de pessoas no setor, além dos trabalhadores da unidade, o que causa grande tumulto. Aliado a isso, a falta de sensibilização da equipe como um todo para a redução de ruídos, também foi abordada. O fator estrutural é um grande empecilho para se manter o ambiente mais silencioso, pois os boxes são muito próximos ao Posto de Enfermagem, onde os funcionários executam atividades como preparo de medicações.

O ambiente de Terapia Intensiva pode, por si só, ser a causa de estresse e agitação devido a fatores como ventilação mecânica, procedimentos invasivos, dor, medo, ansiedade, sobrecarga sensorial e interrupção dos ciclos do sono ⁽¹⁰³⁾.

É consenso entre autores o fato de ser a UTI um lugar propício para ocorrência de Delirium, citando como fatores de risco idade (geralmente maiores de 65 anos), hipertensão arterial sistêmica, etilismo, distúrbios metabólicos, uremia, hipoxemia, anemia, acidose, hipotensão. Foram citados também comprometimento visual e auditivo, intervenções cirúrgicas e drogas ^(13,110-11).

Cuidados de Enfermagem podem amenizar ou prevenir o Delirium. Entre esses cuidados pode-se citar o uso da luz para manter ou restaurar o ciclo circadiano, um cuidado simples e muitas vezes subutilizado ⁽¹¹²⁾.

Outras medidas incluem: uso de próteses auditivas e óculos, quando o paciente fizer uso deles, para que se sinta mais seguro; oportuna remoção de sondas e restrições; mobilização precoce no leito e uso racional de restrições físicas e químicas^(105,113)

É importante pensar no paciente de uma maneira holística e prover dignidade durante os cuidados diários, como os banhos no leito, respeitar a privacidade sempre que possível⁽¹⁰⁷⁾.

A presença do familiar também pode auxiliar nesse processo. Ampliar os horários de visita pode ser de grande valia no caso de pacientes idosos, a fim de reorientá-los.

A privação do sono influencia na recuperação, na capacidade de resistir a infecções, provoca problemas neurológicos e respiratórios podendo prolongar a duração da ventilação, e permanência na UTI⁽¹¹⁴⁻¹¹⁵⁾.

Dor, ruído e desconforto, os modos de ventilação e as drogas têm sido citados como causas da privação do sono em pacientes criticamente doentes^(107,115).

O subdiagnóstico da síndrome está intimamente ligado ao pouco conhecimento, aliado à sucessão de práticas errôneas, como inadequação do ambiente e uso abusivo das sedações.

As intervenções educacionais aperfeiçoam as habilidades de enfermeiros da UTI para realizar uma avaliação de Delirium de forma padronizada, sem detrimento da sua precisão. Este estudo também sugere que o *screening* de Delirium não pode constituir um processo de garantia de

qualidade, portanto, uma abordagem sistematizada deve ser incorporada na educação dos enfermeiros de cuidados intensivos. Finalmente, as iniciativas educacionais focadas em melhorar a capacidade dos não médicos para avaliar o Delirium são importantes como aquelas para avaliação de dor e sedação, e devem ser parte de qualquer esforço para a melhoria da assistência ao paciente em cuidados críticos⁽¹⁰¹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“ Não sei quantas almas tenho.
Cada momento mudei.
Continuamente me estranho.
Nunca me vi nem achei.
De tanto ser, só tenho alma.
Quem tem alma não tem calma.
Quem vê é só o que vê,
Quem sente não é quem é,*

*Atento ao que sou e vejo,
Torno-me eles e não eu.
Cada meu sonho ou desejo
É do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem;
Assisto à minha passagem,
Diverso, móbil e só,
Não sei sentir-me onde estou.*

*Por isso, alheio, vou lendo
Como páginas, meu ser.
O que segue não prevendo,
O que passou a esquecer.
Noto à margem do que li
O que julguei que senti.
Releio e digo: "Fui eu ?"
Deus sabe, porque o escreveu.*

Fernando Pessoa

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema *Delirium* é um desafio para os profissionais intensivistas por suas particularidades e pela dificuldade de diagnóstico. Por meio das informações coletadas nas entrevistas, percebeu-se que a equipe de enfermeiros tem dificuldades em lidar com o paciente delirante. O *Delirium* muitas vezes é confundido com o *Delirium tremens*, este ocasionado pela abstinência alcoólica. A subdivisão em *Delirium* hipoativo, hiperativo e misto, também é desconhecida dos profissionais de forma geral. O pouco conhecimento acerca da síndrome mental orgânica denominada *Delirium* ficou bastante evidente em todas as entrevistas, independentemente do tempo de atuação profissional de cada enfermeiro entrevistado – inclusive, chamou a atenção o fato de alguns profissionais associarem o *Delirium* à doença mental prévia. A questão do uso de restrições físicas foi apontada com um dos únicos recursos passíveis de serem utilizados pelo enfermeiro. Ainda se percebe dificuldade em abolir o seu uso, tendo em vista a temeridade em relação a danos físicos ao paciente, com consequente responsabilização da equipe de enfermagem.

Os enfermeiros demonstraram de forma bastante contundente a necessidade de aprofundar a temática em processos de treinamentos e, com isso, buscar-se estratégias de prevenção à realidade das UTIs. A abordagem por meio de escalas é praticamente desconhecida nos campos de estudos. Qualquer discussão no sentido da implantação de protocolos terá que ser sedimentada em etapas, começando inicialmente com treinamento e conscientização. A maioria dos artigos lidos pela autora para a elaboração da

revisão mostrou que essa tarefa não tem sido fácil, mesmo em UTIs de outros países com maior aporte tecnológico que utilizam escalas de avaliação e monitorização para *Delirium* diariamente.

Um ponto a ser levantado neste estudo foi a pouca produção científica nacional sobre *Delirium*. Acreditamos ser esse um tema de grande relevância e com várias vertentes para pesquisa. Consideramos que este estudo fez que as enfermeiras participantes repensassem sua prática e conseguissem visualizar pontos críticos do ambiente de trabalho, como o ruído perturbador que não deveria fazer parte do cenário da UTI. O grupo percebeu suas fragilidades: o barulho incomoda, a restrição muitas vezes é substituta do cuidar mais aproximado, o ambiente não proporciona um sono reparador para o doente e a família muitas vezes não participa como deveria do processo de internação.

Avaliando os resultados dessa pesquisa, vemos que os objetivos foram alcançados. A utilização da análise temática permitiu que esse tema inquietante viesse à tona, despertando para a necessidade de mudanças. Estas parecem pequenas, num primeiro momento, mas pelas falas dos participantes percebemos que o assunto gerou curiosidade e desejo de aprendizado. Mostrou-se ainda que o tema não se esgotou, e que haverá oportunidades para aprofundar o conhecimento sobre *Delirum*. Por meio dos discursos pudemos perceber possibilidades/necessidades de realizar treinamentos sobre o uso do CAM ICU em UTIs brasileiras.

Falar sobre *Delirium* é falar também de humanização em unidades críticas. O maior aporte tecnológico tem nos distanciando do paciente, e todo esse aparato muitas vezes nos faz esquecer que essa pessoa que hoje está sob nossos cuidados tem uma história, hábitos de sono e repouso, enfim, uma

rotina que é abruptamente interrompida com a entrada na UTI. Proporcionar um ambiente agradável e acolhedor, diminuindo ruídos, luminosidade e uso de restrições, pode mudar o desfecho prognóstico de um paciente crítico. Por meio de toda bibliografia consultada podemos afirmar que um ambiente adequado e acolhedor pode, sim, fazer com que a internação seja abreviada e que o paciente tenha menos complicações decorrentes da permanência hospitalar. É uma equação simples: menos Delirium, menor uso de sedação, menor tempo de ventilação mecânica, menor tempo de internação, menores taxa de infecção e diminuição de custos hospitalares.

Conhecer mais a síndrome Delirium certamente nos tornará aptos a reconhecê-la precocemente, planejando nossa assistência e favorecendo o desfecho de muitos pacientes.

REFERÊNCIAS

“ Não sou eu que decido, minha consciência

Dispara como um cavalo selvagem. Logo pena em mim!”

Nietzsche

REFERÊNCIAS

1. Leung JI, Leung VC, Leung CM, Pan PC. Clinical utility and clinical validation of two instruments (the Confusion Assessment Method Algorithm and the Chinese version of Nursing Delirium Screening Scale) to detect delirium in geriatric inpatients. *Gen Hosp Psychiatr*. 2008; 30(2):171-6.
2. van den Boogaard M, Pickkers P, van der Hoeven H, Roodbol G, Van Achterberg T, Schoonhoven L. Implantation of a delirium assessment tool in the ICU can influence haloperidol use. *Crit Care*. 2009; 13(4):R131.
3. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L. Long term outcome after delirium in the intensive care unit. *J Clin Nurse*. 2009; 18(23):3349-57.
4. Adamis D, Lunn M, Martin FC, Treloar A, Gregson N, Hamilton G, Macdonald AJ. Cytokines and IGF-I in delirious and non-delirious acutely ill older medical inpatients. *Age Ageing*. 2009; 38(3):326-32.
5. Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. Delirium: uma perspectiva histórica. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 2005; 32(3):97-103.
6. American Psychiatric Association (Ed). *Diagnostic and statistical of mental disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994. p.123-133.
7. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med*. 2006; 354(11):1157-65.
8. Jackson JC. Delirium and long-term cognitive impairment: an overview. *Clin Window Web J*. 2006; 6(21).

9. Detroyer E, Dobbels F, Verfaillie E, Meyfroidt G, Sergeant P, Milisen K. Is preoperative anxiety and depression associated with onset of delirium after cardiac surgery in older patients? A prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56(12):2278-84.
10. Radtke FM, Franck M, Schneider M, Luetz A, Seeling M, Heinz A, et al. Comparison of three scores to screen for delirium in the recovery room. *Br J Anaesth.* 2008; 101(3):338-43.
11. Pisani MA, Araujo KL, Van Ness PH, Zhang Y, Ely EW, Inouye SK. A research algorithm to improve detection of delirium in the intensive care unit. *Crit Care.* 2006; 10(4):R121.
12. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage.* 2005; 29(4):368-75.
13. Balas MC, Deutschman CS, Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Alston RP, Richmond TS. Delirium in older patients in surgical intensive care units. *J Nurs Scholarsh.* 2007; 39(2):147-54.
14. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV). 4 ed. Tradução de Batista D. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1994.
15. Fabbri RM, Moreira MA, Garrido R, Almeida OP. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001; 59(2-A):175-9.

16. Negreiros DP. Validação da versão em português da delirium rating scale - revised 98 (DRS-R-98) [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
17. Inouye SK, Leo-Summers L, Zhang Y, Bogardus ST, Leslie DL, Agostini JV. A chart-based method for identification of delirium: validation compared with interviewer ratings using the confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53(2):312-8.
18. Seaman JS, Schillerstrom J, Carroll D, Brown TM. Impaired oxidative metabolism precipitates delirium: a study of 101 ICU patients. *Psychosomatics.* 2006; 47(1):56-61.
19. Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, Braes T, Foreman M, Gastmans C, Milisen K. Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54(4):685-9.
20. Ely EW. Confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU): the complete training manual. Nashville Vanderbilt: Ely EW; Vanderbilt University; 2002.
21. Pessoa RF, Nacul FE. Delirium em pacientes críticos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006; 18(2):190-195.
22. Silva MJ. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8 ed. São Paulo: Loyola; 2003.
23. Braga EM, Silva MJ. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4):410-14.
24. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA.* 2003;

289(22):2983-91.

25. Miller MO. Evaluation and management of delirium in hospitalized older patients. *Am Fam Physician*. 2008; 78(11):1265–70.
26. Hsieh TT, Fong TG, Marcantonio ER, Inouye SK. Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008; 63(7):764 –72.
27. Milbrandt EB, Angus DC. Bench-to-bedside review: critical illness-associated cognitive dysfunction – mechanisms, markers, and emerging therapeutics. *Crit Care*. 2006; 10(6):238.
28. Plaschke K, Hill H, Engelhardt R, Thomas C, von Haken R, Scholz M, et al. EEG changes and serum anticholinergic activity measured in patients with delirium in the intensive care unit. *Anaesthesia*. 2007; 62(12):1217-23.
29. Pandharipande PP, Pun BT, Herr DL, Maze M, Girard TD, Miller RR, et al. Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial. *Jama*. 2007; 298(22):2644-53.
30. van Eijk MM, van Marum RJ, Klijn IA, de Wit N, Kesecioglu J, Slooter AJ. Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. *Crit Care Med*. 2009; 37(6):1881-5.
31. World Health Organization. Depression. What is depression? [text on the Internet]. [cited 2013 Abr 6]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
32. Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People [monograph on the Internet]. Victoria, Australia: Victoria

Government Department of Human Service; 2006 [cited 2013 Abr 6].

Available from: <http://www.health.vic.gov.au/acuteagedcare/delirium-cpg.pdf>

33. Medeiros LR, Stein Airton. Níveis de evidência e graus de recomendação da medicina baseada em evidências. ARTIGO ESPECIAL. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 2002;46 (1,2): 43-46.
34. Devlin J, Fong JJ, Fraser GL, Riker RR. Delirium assessment in the critically ill. Intensive Care Med. 2007; 33(6):929-40.
35. Steis MR, Fick DM. Are nurses recognizing delirium? A systematic review. J Gerontol Nurs. 2008; 34(9):40-8.
36. Silva RC, Silva AA, Marques PA. Analysis of a health team's records and nurses' perceptions concerning signs and symptoms of delirium, Rev Lat Am Enferm. 2011; 19(1):81-9.
37. Eden BM, Foreman MD. Problems associated with underrecognition of delirium in critical care: a case study. Heart Lung. 1996; 25(5):388-400.
38. Milisen K, Foreman MD, Wouters B, Driesen R, Godderis J, Abraham IL, Brools PL. Documentation of delirium in elderly patients with hip fracture. J Gerontol Nurs. 2002; 28(11):23-9.
39. Pun BT, Gordon SM, Peterson JF, Shintani AK, Jackson JC, Foss J, et al. Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers. Crit Care Med. 2005; 33(6):1199-205.
40. Fick DM, Steis MR, Mion LC, Walls JL. Computerized decision support for delirium superimposed on dementia in older adults. J Gerontol Nurs. 2011; 37(4):39-47.

41. Mungas D. In-office mental status testing: a practical guide. *Geriatrics*. 1991; 46(7):54-8, 63, 66.
42. Holly C, Cantwell ER, Jadotte Y. Acute delirium: differentiation and care. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012; 24(1):131-47.
43. Segatore M, Adams D. Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 1-Theoretical aspects. *Orthop Nurs*. 2001; 20(1):31-43.
44. Leslie DL, Zhang Y, Bogardus ST, Holford TR, Leo-Summers LS, Inouye SK. Consequences of preventing delirium in hospitalized older adults on nursing home costs. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(3):405-9.
45. Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J. Interventions for preventing delirium in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (2):CD005563.
46. Vochteloo AJ, Moerman S, van der Burg BL, de Boo M, de Vries MR, Niesten DD, et al. Delirium risk screening and haloperidol prophylaxis program in hip fracture patients is a helpful tool in identifying high-risk patients, but does not reduce the incidence of delirium. *BMC Geriatr*. 2011; 11:39.
47. Ski C, O'Connell B. Mismanagement of delirium places patients at risk. *Aust J Adv Nurs*. 2006; 23(3):42-6.
48. Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted interventions strategies. *Ann Med*. 2000; 32(4):257-63.
49. Fagerberg I, Jonhagen ME. Temporary confusion: a fearful experience. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002; 9(3):339-46.

50. Holly C, Cantwell ER, Jadotte Y. Acute delirium: differentiation and care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2012; 24(1):131-47.
51. Heymann A, Radtke F, Schiemann A, Lutz A, McGuill M, Wernecke KD, Spies C. Delayed treatment of delirium increases rate in intensive care unit patients. *J Int Med Res.* 2010; 38(5):1584-95.
52. Honiden S, Siegel MD. Analytic reviews: managing the agitated patient in the ICU: sedation, analgesia, and neuromuscular blockade. *J Intensive Care Med.* 2010; 25(4):187-204.
53. Richards KC. Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *Am J Crit Care.* 1998; 7(4):288-99.
54. Chlan L. Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilator assistance. *Heart Lung.* 1998; 27(3):169-76.
55. Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, Pun BT, Boehm L, Dittus RS. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness -- crossing the quality chasm. *Chest.* 2010; 138(5):1224-33.
56. Morandi A, Brummel NE, Ely EW. Sedation, delirium and mechanical ventilation: the "ABDCE" approach. *Curr Opin Crit Care.* 2011;17(1):43-9.
57. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet.* 2009; 373(9678):1873-82.
58. Gilchrist NA, Asoh I, Greenberg B. Atypical antipsychotics for the treatment of ICU delirium. *J Intensive Care Med.* 2012; 27(6):354-61.

59. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (2):CD004770.
60. Volk B, Grassi F. Treatment of the post-ICU patient in an outpatient setting. *Am Fam Physician*. 2009; 79(6):459-64.
61. Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Arch Intern Med*. 2008; 168(1):27-32.
62. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized. *N Engl J Med*. 1999; 340(9):669-76.
63. Institute for Aging Research. Hebrew Senior Life. Inouye SK. Glossary of terms for the Aging Brain Center [text on the Internet]. [cited 2014 Jan 8]. Available from: <http://www.hebrewseniorlife.org/research-sharon-inouye>.
64. Ely W. Wall street journal covers VUMC'S post- ICU delirium research [text on the Internet]. [cited 2014 Jan 8]. Available from: <http://my.vanderbilt.edu/getthenac/2013/11-wall-street-journal-covers-vumcs-post-icu-delirium-research/>.
65. ICU Delirium and cognitive Impairment Study Group. Vanderbilt University Medical Center. ABCDs of prevention and safety [text on the Internet]. [cited 2014 Jan 8]. Available from: <http://www.icudelirium.org/>.
66. Raymakers RJ, Vroegop RL, Tekatli H, Van den Boogaard M, Van der Kooi AW, Slooter AJ. Use of physical restraint in Dutch ICUs: prevalence and motives. *Crit Care*. 2013; 17(Suppl 2):P393.
67. van den Boogaard M, Slooter AJ, Bruggemann RJ, Schoonhoven L,

- Kuiper MA, van der Voort PH, et al. Prevention of ICU delirium and delirium – related outcome with haloperidol: a study protocol for a multicenter randomized controlled Trial. *Trials*. 2013; 14:400.
68. Simons KS, Workum JD, Slooter AJ, van den Boogaard M, van der Hoeven JG, Pickkers P. Effect of preadmission sunlight exposure on intensive care unit-acquired delirium: a multicenter study. *J Crit Care*. 2013 nov 6.
69. van den Boogaard M, Schoonhoven L, van Achterberg T, van der Hoeven JG, Pickkers P. Haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a risk for delirium. *Crit Care*. 2013; 17:R19.
70. Van den Boogaard M, Pickkers P. Hope for haloperidol in delirium. *Lancet Respir Med*. 2013; 1(8):e27.
71. Simons K, van den Boogaard M, Slooter A, Pickkers P. Influence of prior sunlight exposure on ICU mortality – does delirium play a role? *Crit Care*. 2012; 16(6):462.
72. van den Boogaard M, Kox M, Quinn KL, van Achterberg T, van der Hoeven JG, Schoonhoven L, Pickkers P. Biomarkers associated with delirium in critically ill patients and their relation with long-term subjective cognitive dysfunction; indications for different pathways governing delirium in inflamed and noninflamed patients. *Crit Care*. 2011; 15(6):R297.
73. van den Boogaard M, Schoonhoven L, van der Hoeven JG, van Achterberg T, Pickkers P. Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: a prospective observational cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(7):775-83.

74. Van Eijk MM, van den Boogaard M, van Marum RJ, Benner P, Eikelenboom P, Honing ML, et al. Routine use of the confusion assessment method for the intensive care unit: multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011; 184(3):340-4.
75. Pessoa RF, Nácul FE. Delirium em pacientes críticos: [revisão]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006; 18(2):190-95.
76. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10° ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
77. Mishima SM, Oliveira TH, Pinto IC. O trabalho do enfermeiro na organização dos serviços de saúde e sua inserção no Departamento de Informática da SMS-RP. *Rev Latino am Enferm*. 1999; 7(4):13-20.
78. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70; 2011.
79. Van Rompaey B, Elsevier MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truyen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2009; 13(3):R77.
80. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized. *N Engl J Med*. 1999; 340(9):669-76.
81. Lipowski ZJ. Acute confusional states (Delirium). In: Albert ML, Knoefel JE (Ed.). *Clinical neurology of aging*. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1994. p.347-62.
82. Florentino FR, Florentino JÁ. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde [artigo na Internet]. [citado 2014 Jan 8]. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/download/3354/2646>

- 83.Souza RMC. Visitas em UTI: subsídios para reflexão. Rev Paul Hosp. 1988; 36(1/3):24-9.
- 84.Silva L, Bocchi SC. A sinalização do enfermeiro entre os papeis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(2):180-87.
- 85.Elsen I. Desafios de enfermagem no cuidado de famílias. Ins: Bub LI (Coord.). Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994.
- 86.Leite MA, Vila VS. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva.Rev Latinoam Enferm. 2005;13(2):145-50.
- 87.Guerrer FJ, Bianchi ER. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm, USP. 2008; 42(2):355-62.
- 88.Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. Rev Bras Ter Intensiva..2008; 20(3):261-66.
- 89.Anjos DR, Silva EA, Falqueiro HJ, Freitas PM, Peres Vp, Massruhá VC, Souza VF. Estresse: fatores desencadeantes, identificação e avaliação de sinais e sintomas no enfermeiro atuante em UTI neonatal. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008; 26(4):426-31.
- 90.Martins JT, Robazzi ML. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos e sofrimento. Ver Latinoam Enferm

[periódico na Internet]. 2009 [citado 2014 Jan 8]; 17(1): [cerca de 8 p.].

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_09.pdf.

91. Marosti CA, Dantas RA. Relation between stressors and sociodemographic and clinical characteristics of patients hospitalized at a coronary unit. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(5):713-9.
92. Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavão OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. Intensive Care Med. 1999; 25(12):1421-6.
93. So HM, Chan DS. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. Int J Nurs Stud. 2004; 41(1):77-84.
94. Scotto CJ, McClusky C, Spillan S, Kimmel J. Earplugs improve patients subjective experience of sleep in critical care. Nurs Crit Care. 2009; 14(4):180-4.
95. Pereira RP, Toledo RN, Amaral JL, Guilherme A. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003; 69(6):766-71.
96. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Níveis de ruído para o conforto acústico: NBR-10152. Rio de Janeiro; 1987.
97. Akansel N, Kaymakçi S. Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. J Clin Nurs. 2008; 17(12):1581-90.

98. Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe editorial; 1993.
99. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
100. Kudak CM, Gallo BM. Efeitos da unidade de terapia intensiva sobre o enfermeiro. In: Kudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
101. Devlin JM, Marquis F, Riker RR, Robbins T, Garpestqd E, Fong JJ, et al. Combined didactic and scenario-base education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. Crit Care. 2008; 12(1):R19.
102. Ribeiro SC. Delirium no paciente em unidade de terapia intensiva: construção coletiva de intervenção de enfermagem [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012. P.73-74.
103. Hine K. The use of physical restraint in critical care. Nurs Crit Care. 2007; 12(1):6-11.
104. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O'Leary M, et al. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. Nurs Crit Care. 2004; 9(5):199-212.
105. Hofso K, Cover FM. Part 1. Chemical and phsysical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: contributing factor. Intensive Crit Care Nurs. 2007; 23(5):249-55.

106. Urrutia IB, Carrasco CC. Incidencia y factores de riesgo asociados a delírio em pacientes críticos cometidos a ventilación mecânica. Rev Child Med Intensiva. 2008; 23(1):18-24
107. Roberts B. Screening for delirium in an adult intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs. 2004; 20(4):206-13
108. Lima DM. Delirium na Unidade de Terapia Intensiva. In: Santos FS. Delirium: uma síndrome mental orgânica. São Paulo: Atheneu; 2008. p.61-76.
109. Bourne RS. Delirium and use of sedation agents in intensive care. Nurs Crit Care. 2008; 13(4):195-202.
110. Alexander E. Delirium in the intensive care unit: medication as risk factors. Crit Care Nurs. 2009; 29(1):85-7.
111. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Elseciers M, Bossaert L. A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: na observational study in non-intubated patients. Crit Care. 2008; 12(1):R16.
112. Taguchi T, Yano M, Kido Y. Influence of bright light therapy on postoperative patients: a pilot study. Intensive Crit Care Nurs. 2007; 23(5):289-97.
113. Pandharipande P, Jacson J, Ely EW. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. Curr Opin Crit Care. 2005; 11(4):360-8.

114. Parthasarathy S, Toben MJ. Sleep in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2004;30(2):197-206.
115. Friese RS. Sleep and recovery from critical illness and injury: a review on theory, current practice, and future directions. Crit Care Med. 2008;36(3):697-705

ANEXOS E APÊNDICES

*“De repente do riso fez-se o pranto,
silencioso e branco como a bruma.
E das bocas unidas fez-se a espuma.
E das mãos espalmadas fez-se o espanto.
De repente da calma fez-se o vento,
Que dos olhos desfez a última chama
E da paixão fez-se o pressentimento,
E do momento imóvel fez-se o drama.
De repente, não mais que de repente,
fez-se de triste o que se fez amante
E de sozinho o que se fez contenta.
Fez-se do amigo próximo o distante
Fez-se da vida uma aventura errante.
De repente, não mais que de repente”.*

Vinicius de Moraes



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



Declaração

DECLARO que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO, o desenvolvimento da Pesquisa "Delirium como foco de atenção para os enfermeiros de Terapia Intensiva", a ser conduzida pelo Sr(a)_Lucineia Stach Parejo, orientado (a) pelo Prof. Dr. Eliana Mara Braga, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Botucatu, 19 de Outubro de 2012.



Dr Ubirajara Aparecida Pereira
Médico Responsável - SETI
Nome e assinatura
Cargo que Ocupa

Faculdade de Medicina de Botucatu
Distrito de Rubião Júnior, s/n CEP 18618-970 Botucatu São Paulo Brasil
Tel 14 3880-1001

 **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Departamento de Enfermagem
BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3811-6070/6004 - FAX (014) 3813- 5264
E.Mail: cnf@fmb.unesp.br



DECLARAÇÃO

Declaro que tenho ciência e autorizo o desenvolvimento da pesquisa "Delirium como foco de atenção para os enfermeiros de terapia intensiva" a ser conduzida por Lucineia Stach Parejo, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional, sob a orientação da Profa. Dra. Eliana Mara Braga, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que o Departamento de Enfermagem está de acordo com o desenvolvimento do projeto.

Por ser verdade, firmamos o presente em 19/10/2012.



Prof. Dra. Carmen M. Casquel Monti Juliani
Chefe do Depto de Enfermagem

ANEXO III



HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL
Comitê de Ética em Pesquisa



São Paulo, 08 de novembro de 2012

Memorando nº 05/2012-CEP-HSPM

À
Pesquisadora Lucinéia Stach Parejo
Enfermeira Mestranda da UNESP/Botucatu

Considerando a autorização da Superintendência, do Departamento de Atenção à Saúde e da Gerência de Internação do Hospital do Servidor Público Municipal e após avaliação da pesquisa a ser desenvolvida, o Comitê de Ética em Pesquisa - HSPM manifesta-se a favor da realização do referido estudo.

Atenciosamente,

Dr. Vicente José Salles de Abreu
Coordenador do CEP/HSPM

VJSA/rmdp

Dr. Vicente José Salles de Abreu - 12/11/2012 - 14h00 - CEP/HSPM

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DELIRIUM COMO FOCO DE ATENÇÃO PARA OS ENFERMEIROS DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Lucineia Stach Parejo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09876212.0.0000.5411

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu ((HCFMB))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 193.071

Data da Relatoria: 04/02/2013

Apresentação do Projeto:

São comuns alterações neuropsiquiátricas em pacientes internados na UTI, não sendo claro o papel do enfermeiro na identificação e nas medidas que possam ser adotadas na prevenção do delirium.

Trata-se de uma investigação quali-quantitativa com enfermeiros que trabalham em UTI sobre o conhecimento e experiências no cuidado com pacientes portadores de delirium. A pesquisadora é matriculada no mestrado profissionalizante, sob orientação da Profa. Eliana Braga, depto de Enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a experiência de enfermeiros de UTI com pacientes que apresentam Delirium; Identificar as estratégias dos enfermeiros de UTI na abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica ao paciente com Delirium.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos associados à pesquisa. O sigilo dos dados é expresso no projeto e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo empregará questionário padronizado para caracterizar os 50 sujeitos da pesquisa e, posteriormente, utilizará de gravações dos diálogos conduzidos pela pesquisadora.

Serão excluídos os enfermeiros folguistas, os que não lidem com pacientes delirantes e com menos de 6 meses de contrato.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



O campo de pesquisa compreende três UTIs: HC-FMB, Hospital SEPACO e HSPM-SP. O projeto será realizado em 2 anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há as autorizações necessárias pelas instituições.

O TCLE é adequado.

O cronograma e orçamentos são adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A metodologia é adequada para o propósito e não apresenta óbices éticos.

Sugiro aprovação do Projeto de Pesquisa, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP sugere aos pesquisadores que envie uma cópia deste parecer aos Centros que colaboram na pesquisa fornecendo dados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO DE PESQUISA APROVADO EM REUNIÃO DO CEP DE 04 DE FEVEREIRO DE 2013, SEM NECESSIDADE DE ENVIO À CONEP. SUGERIMOS AOS PESQUISADORES QUE ENVIEM CÓPIA DESTES PARECER AOS CENTROS COLABORADORES DESTES PROJETO, UMA VEZ QUE ESTES ESTÃO FORNECENDO DADOS PARA COMPLEMENTO DESTA PESQUISA.

BOTUCATU, 04 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

APÊNDICE I

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE

- 1) Possui janelas com vista para área externa?
- 2) Possui sistema de identificação de tempo/espço visíveis aos pacientes? (relógios, calendários)
- 3) Possui horário de visita flexível? Ou seja, familiares e amigos podem visitar a qualquer hora do dia/noite?
- 4) Permite acompanhante?
- 5) Na sua percepção, como se caracteriza a incidência de ruídos (Vozes, aparelhos/equipamentos) :
- 6) Você tem por hábito apresentar-se ao paciente, posicionando-o quanto ao dia e à hora no início de cada plantão, mesmo que esteja sedado e/ou inconsciente?
- 7) Há protocolo de despertar diurno (Sedação desligada durante o dia)?
- 8) Pacientes são mobilizados precocemente fora do leito, mesmo sob suporte ventilatório invasivo?
- 9) Há padronizado algum horário institucionalizado de manipulação mínima? Qual?

-
- 10) A que horas são realizadas as seguintes rotinas:

Banho _____

Laboratório _____

Raio X _____

APÊNDICE II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: DELIRIUM COMO FOCO DE ATENÇÃO PARA OS ENFERMEIROS DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisadora: Lucineia Stach Parejo

Orientadora: Profa. Dra Eliana Mara Braga

Você está sendo convidado a participar de um estudo de pesquisa. Sua participação é completamente voluntária. Antes de decidir se deseja participar, é importante que você entenda o que será realizado e o que a pesquisa envolverá. Leia as informações a seguir e pergunte se algo não estiver claro ou se desejar mais informações.

Este estudo tem como objetivo conhecer sua experiência no cuidado a pacientes internados em unidade de terapia intensiva com Delirium.

A entrevista será realizada em uma sala reservada, de forma individual, onde inicialmente será preenchido um instrumento de caracterização dos sujeitos da pesquisa e da unidade de trabalho contendo 14 questões. Posteriormente, iniciará a entrevista com perguntas norteadoras, e as falas obtidas serão registradas por meio de um gravador, sendo garantido o sigilo do conteúdo falado.

O tempo de coleta de dados e entrevista será de aproximadamente 30 minutos, será mantida a privacidade dos dados dos participantes. Caso seja de sua vontade, poderá abandonar a pesquisa, pois não ocorrerá nenhum tipo de repressão. Os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Declaro que me foram fornecidas todas as informações sobre este estudo, e então me comprometo a participar da pesquisa. Caso houver novas perguntas sobre este assunto, posso entrar em contato com a aluna pesquisadora pelo e-mail: luciaparejopreti@hotmail.com ou celular: (11)967067142.

Estou ciente de que, caso tenha dúvidas ou me sinta prejudicado, poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Júlio de Mesquita Filho, situado a Rua João Butignolli s/n, Distrito Rubião Junior – Botucatu - CEP: 18618-000 – Caixa Postal 504 - Telefone (14)38116182.

Eu,....., portador do R.G..... fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. A pesquisadora Lucineia Stach Parejo certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa serão utilizados somente para fins científicos.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Botucatu, _____ de _____ de 2013.

Lucineia Stach Parejo
Pesquisadora

Assinatura do Participante

APÊNDICE III

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Número da entrevista

DATA: ____/____/ 2013

1) SEXO: ()M ()F

2) IDADE _____

3) Nível de escolaridade?

Tempo de graduado em enfermagem _____

() Pós-graduação

Lato Sensu () Completa () Incompleta - Área _____

Stricto Senso () Completa () Incompleta

Área de especialização? _____

4) Há quanto tempo você concluiu sua última atualização profissional?

5) Tempo de atuação como enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva?

6) Turno de trabalho na UTI?

() Manhã

() Tarde

() Noite

7) Possui mais de um vínculo de trabalho como enfermeiro?

8) Se sim, qual o local de atividade profissional adicional?

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1. Como é o ambiente físico e funcional da UTI em que você trabalha?**
- 2. Fale-me sobre sua experiência no cuidado a pacientes com Delirium.**
- 3. Quais são as estratégias de cuidado que você utiliza para diagnosticar, prevenir e tratar pacientes com Delirium?**