



escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos com a  
pessoa em delirium**

Sónia Maria Oliveira da Silva

Coimbra, janeiro 2023





escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# **Intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos com a pessoa em delirium**

Sónia Maria Oliveira da Silva

Orientadora: Doutora Maria Isabel Domingues Fernandes,  
professora coordenadora da ESEnC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Coimbra, janeiro 2023



## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe que sempre me incentivou a continuar o meu percurso formativo, mesmo perante as adversidades, acreditando, mais do que eu, nas minhas reais capacidades. Paraphraseando-a “Se chegaste até aqui com tanto sacrifício, esforças-te só mais um pouco e acabas com isso, vais ver que valerá a pena”. Naqueles momentos mais sombrios, muitas vezes, mais das que eu desejaria, pensei em desistir, mas lembrava-me suas sábias palavras e seguia em frente.

À minha filha, que tal como todas as adolescentes, com a acréscimo da mudança de escola necessitou do apoio da mãe e eu nem sempre estive lá para a ajudar, reconfortar, acalmar... Apesar da sua compreensão e do meu esforço reconheço que a vida não permite ensaios e houve momentos que se perderam...

Ao meu marido, que demonstrou compreensão por esta fase mais tensa, suportando o meu mau humor, o meu stress, a minha indisponibilidade, acreditando que seria um momento transitório e que logo tudo voltaria a ser como dantes.

À professora orientadora, Dr<sup>a</sup> Isabel Fernandes, que fora minha professora no curso de bacharelato em enfermagem, já lá vão vinte sete anos, pela sua sapiência, disponibilidade para ler e reler vezes sem conta esta dissertação, empoderando-me de conhecimento para que juntamente conseguíssemos chegar ao dia de hoje e escrever “Fui capaz de concretizar este projeto, sentindo-me orgulhosa pelo meu modesto contributo em prol do conhecimento em enfermagem”, tal como a minha mãe sempre acreditou.

Aos amigos do coração, que eles sabem quem são, por me terem acompanhado neste árduo caminho mostrando disponibilidade para escutarem os meus receios e por me terem apoiado com palavras tais, que me acalmavam o espírito e faziam-me prosseguir rumo aos objetivos traçados.

A Deus por me ter dado a coragem e o discernimento para nunca desistir e a todas as estrelinhas no Céu que me amparam diariamente nesta jornada que é a vida.

A todos aqueles que se cruzaram no meu caminho, que mesmo sem saberem tornariam o meu dia melhor permitindo-me continuar. Muito obrigada a todos.



“O vencedor é um sonhador que nunca desiste”

Nelson Mandela



## RESUMO

**Introdução:** O delirium, é um transtorno neurocognitivo com perturbação da atenção, da consciência e da cognição, que tende a flutuar, estando associado a perturbações do ciclo do sono-vigília, sendo geralmente reversível. O delirium na Pessoa em Situação Crítica (PSC) em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) é uma realidade que permanece subdiagnosticada, com lacunas na intervenção e impactos negativos na saúde.

**Objetivos:** Conhecer o conceito e o significado que os enfermeiros de UCI atribuem ao delirium, compreender a perceção dos enfermeiros de UCI sobre os contributos da avaliação objetiva do delirium com a PSC, analisar os fatores promotores/inibidores da monitorização do delirium na PSC e analisar as intervenções de enfermagem para a prevenção, avaliação e documentação do delirium da PSC.

**Metodologia:** Estudo qualitativo descritivo exploratório, em que os dados foram colhidos por entrevista semiestruturada em três grupos focais, com enfermeiros intencionalmente selecionados, de uma UCI de nível III, de um centro hospitalar em Portugal. Os dados foram analisados segundo a metodologia proposta por Bardin (2016).

**Resultados:** Da análise de conteúdo emergiram seis categorias: A PSC em delirium: conceções; Avaliação da PSC em delirium; Impacto(s) da ocorrência de delirium; Intervenções preventivas; Constrangimentos no cuidar; e Como promover o cuidado: sugestões. Os enfermeiros têm perceção que o delirium é uma síndrome complexa, que a PSC responde de forma díspar o que torna o diagnóstico mais complexo, que a prevenção é a melhor forma de intervenção e tem impacto negativo para a pessoa, a família e o enfermeiro. Sustentam a avaliação na experiência, raramente recorrendo à avaliação objetiva por razões ligadas à sua preparação, porém, reconhecem-na como uma avaliação rigorosa e sustentada. Têm conhecimento sobre as intervenções preventivas do delirium, contudo, percecionam que as suas práticas não evidenciam a importância da sua implementação integrada, como preconiza a *bundle* ABCDEF. Há lacunas na documentação do delirium e intervenções, associadas a dificuldades no uso do padrão documental instituído.

**Conclusões:** A formação e treino dos profissionais, a alteração do padrão de documentação, a adequação do rácio enfermeiro/doente e práticas sustentadas nos referenciais teóricos centrados na pessoa, seriam contributos na promoção da qualidade da intervenção com a PSC em delirium.

**Palavras chaves:** Cuidados de enfermagem, enfermeiro, PSC, delirium, UCI



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Delirium is a neurocognitive disorder with disturbance of attention, consciousness and cognition, which tends to fluctuate, is associated with disturbances in the sleep-wake cycle, and it is often reversible. Delirium in critically ill patient in Intensive Care Units (ICU) is a reality that remains underdiagnosed, with gaps in intervention and negative impacts on health.

**Objectives:** To know the concept and meaning that ICU nurses attribute to delirium, to understand the perception of ICU nurses about the contributions of objective assessment of delirium with CIP, to analyze the promoting/inhibiting factors of monitoring delirium in CIP and to analyze nursing interventions for the prevention, assessment and documentation of critically ill patient in delirium.

**Methodology:** Descriptive exploratory qualitative study, in which data were collected through semi-structured interviews in three focus groups with intentionally selected nurses, from a level III ICU, from a hospital center in Portugal. Data were analyzed according to the methodology proposed by Bardin (2016).

**Results:** Six categories emerged from the content analysis: the critically ill patient in delirium: conceptions; Assessment of critically ill patient in delirium; Impact(s) of the occurrence of delirium; Preventive interventions; Constraints in caring; and How to promote care: suggestions. Nurses are aware that delirium is a complex syndrome, that the critically ill patient responds in different ways, which makes the diagnosis more complex and that prevention is the best form of intervention and has a negative impact on the person, the family and the nurse. They support the evaluation in experience, rarely resorting to objective evaluation for reasons related to their preparation, however, they recognize it as a rigorous and sustained evaluation. They are aware of preventive interventions for delirium, however, they perceive that their practices do not show the importance of their integrated implementation, as advocated by the ABCDEF bundle. There are gaps in the documentation of delirium and interventions associated with difficulties in using the established documentary standard.

**Conclusions:** The education and training of professionals, the change in the documentation standard, the adequacy of the nurse/patient ratio and practices based on person-centered theoretical frameworks would contribute to promoting the quality of intervention with critically ill patient in delirium.

**Keywords:** Nursing care, nurse, critically ill patient, delirium, ICU.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APACHE** – *APACHE*

**BPS** – *Behavioral Pain Scale*

**CAM** – *Confusion Assessment Method*

**CAM – ICU** – *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units*

**CE** – Comissão de Ética

**CI** – Cuidados Intensivos

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CPOT** – *Care Pain Observation Tool*

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**e-CASH** – *Early Comfort using Analgesia minimal Sedatives and Maximal Humane care*

**ECMO** – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

**EEEMC-PSC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

**E-PRE-DELERIC** – *Early PREdition of DELIRium for Intensive Care*

**ESEnfc** – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**GF** – Grupo Focal

**ICDSC** – *Intensive Care Screening Checklist*

**ICU** – *Intensive Care Unit*

**NAS** – *Nursing Activities Score*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PAD** – *Pain, Agitation and Delirium*

**PADIS** – *Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption*

**PRE – DELERIC** – *PREdition of DELIRium for Intensive Care*

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**REM** – *Rapid Eye Movement*

**RASS** – *Richmond Agitation Sedation Scale*

**SIDE** – Sistema de Informação e Documentação em Enfermagem

**SMI** – Serviço de Medicina Intensiva

**SCCM** – *Society of Critical Care Medicine*

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** – Fluxograma *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units* (CAM-ICU)..... 30



## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> – <i>Richmond Agitation – Sedation Scale</i> (RASS) .....  | 29 |
| <b>Tabela 2</b> – CAM-ICU 7 .....  | 33 |
| <b>Tabela 3</b> – Caracterização dos dados sociodemográficos e profissionais dos GF..                                  | 51 |
| <b>Tabela 4</b> – Representação esquemática das categorias e subcategorias que compõem a questão de investigação ..... | 61 |



## SUMÁRIO

|  | Pág.          |
|--|---------------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>19</b>     |
| <br><b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>                     |               |
| <b>1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E O DELIRIUM .....</b>      | <b>25</b>     |
| 1.1. DELIRIUM: CARATERIZAÇÃO .....                             | 25            |
| 1.2. AVALIAÇÃO DA PESSOA EM DELIRIUM .....                     | 28            |
| 1.3. FATORES SUBJACENTES À OCORRÊNCIA DE DELIRIUM.....         | 35            |
| 1.4. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS DA OCORRÊNCIA DE DELIRIUM.....   | 37            |
| <br><b>PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>               |               |
| <b>2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>                    | <b>45</b>     |
| 2.1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA EM ESTUDO.....                   | 45            |
| 2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....                 | 46            |
| 2.3. TIPO DE ESTUDO .....                                      | 47            |
| 2.4. CONTEXTO DO ESTUDO .....                                  | 47            |
| 2.5. OS PARTICIPANTES.....                                     | 49            |
| 2.6. PROCEDIMENTOS PARA COLHEITA DE DADOS .....                | 52            |
| 2.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....                      | 55            |
| 2.8. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....                        | 56            |
| <br><b>PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> |               |
| <b>3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>                 | <b>61</b>     |
| <b>4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>                         | <b>79</b>     |
| <br><b>CONCLUSÃO .....</b>                                     | <br><b>91</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                         | <b>95</b>     |

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Parecer da Comissão de Ética da instituição hospitalar em estudo

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Guião orientador da entrevista em grupo focal

**APÊNDICE II** – Questionário sociodemográfico e formação profissional do Grupo Focal

**APÊNDICE III** – Consentimento informado

## INTRODUÇÃO

É pela investigação em enfermagem, tal como em outras ciências, que o corpo de conhecimentos da disciplina tem uma constante atualização. Esta contribui para se edificar uma prática baseada na evidência, melhorando as respostas às necessidades da pessoa/família/comunidade, objetivando cuidados de excelência.

A realização deste estudo de investigação subordinado ao tema “Intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos com a pessoa em delirium” visa produzir conhecimento que contribua para o aperfeiçoamento da prática clínica de enfermagem.

Sendo da competência do enfermeiro especialista desenvolver uma prática baseada na evidência, focada para resultados positivos e para o crescimento da enfermagem como ciência (Regulamento 429, 2018) é crucial que o enfermeiro se aproprie e se consciencialize do que a evidência científica emana sobre esta temática.

O delirium, segundo American Psychiatric Association (APA) (2013), é um transtorno neurocognitivo com perturbação da atenção, da consciência e da cognição, que tende a flutuar e a agravar ao longo do dia, está associado a perturbações do ciclo do sono-vigília e regra geral é reversível. Segundo a *International Council of Nurses* (ICN) (2019) a classificação para a prática de enfermagem integra o foco de atenção confusão aguda, como “Pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo”.

Quando a situação de delirium não reúne todos os elementos caracterizadores é designado por subsindromático (APA, 2013) e está associado a fator de risco para o delirium, com aumento do tempo de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e a maior dependência após a alta.

Para avaliar delirium em cuidados intensivos de forma rigorosa e sistemática, Devlin et al., (2018) recomendam a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units* (CAM-ICU) ou a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC). A avaliação e identificação dos fatores de risco associados ao delirium são de extrema importância para implementar estratégias de prevenção e tratamento adequadas às reais necessidades da pessoa.

A maioria dos autores, entre eles Devlin et al. (2018) não preconizam a intervenção farmacológica para a prevenção do delirium, considerando recomendável uma

intervenção não farmacológica multicomponente centrada, mas não limitada, na redução dos seus fatores de risco modificáveis.

A frequência da sua ocorrência associada à gravidade das suas consequências conduziu Pandharipande, Banerjee, McGrane e Ely (2010) a defender a existência da implementação da bundle ABCDEF para melhorar os *outcomes* ao doente crítico. Esta recomendação, que se mantém até aos dias de hoje, é defendida pela Society of Critical Care Medicine (SCCM) e pela organização ICUDelirium.org., bem como por outros autores (Devlin et al., 2018; Pun et al., 2020).

Assim o tratamento do delirium, sustentado na literatura, é fortemente baseado nas terapias não farmacológicas que, associado à sua abrangência terão outros contributos positivos, como a qualidade de vida da pessoa, da família e da comunidade. Para Devlin et al. (2018) as consequências desejáveis de utilizar as diversas intervenções não farmacológicas para minimizar o delirium suplantam quaisquer possíveis consequências indesejáveis.

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC) reconhecer a sintomatologia associada ao delirium, os fatores de risco, proceder à sua avaliação rigorosa e sistemática para que possa prescrever intervenções não farmacológicas e/ou agilizar as farmacológicas, minimizando as consequências nefastas pela otimização do ambiente, dos processos terapêuticos e do risco, salvaguardando a segurança da pessoa, proporcionando cuidados de qualidade e ganhos em saúde (Regulamento nº429, 2018). Segundo este regulamento o cuidado à pessoa em delirium é, também, da competência do enfermeiro especialista pois, é da competência deste "... prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (...) reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica ..." (p.19363)

Perante o exposto é pertinente investigar a perceção dos enfermeiros sobre "O que influencia os enfermeiros de cuidados intensivos na intervenção com a pessoa em situação crítica em delirium?". A ênfase colocada nos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos (UCI) prende-se com a relevância destes na intervenção com a Pessoa em Situação Crítica (PSC), por ser o contexto onde a investigadora exerce funções, e por considerar relevante conhecer o problema no seu contexto de prática clínica para equacionar propostas e/ou recomendações orientadoras da promoção da qualidade dos cuidados com a PSC em delirium.

O objetivo do presente estudo foi analisar a percepção dos enfermeiros de cuidados intensivos (CI) no que concerne às intervenções implementadas com a PSC em delirium. Para a sua consecução identificaram-se os seguintes objetivos específicos: conhecer o conceito e o significado que os enfermeiros de CI atribuem ao delirium, compreender a percepção dos enfermeiros de CI sobre o(s) contributo(s) da avaliação objetiva do delirium com a PSC, analisar os fatores promotores e/ou inibidores da monitorização do delirium na PSC, e analisar as intervenções de enfermagem para a prevenção, avaliação e documentação do delirium da PSC.

Para a concretização dos objetivos que envolvem as percepções dos participantes no estudo foi desenvolvida uma investigação descritiva com uma abordagem qualitativa, em que os dados foram colhidos junto a enfermeiros intencionalmente selecionados de uma equipa de CI por entrevistas em grupos focais.

Na qualidade de enfermeira especialista e alinhada com o eixo estratégico de inovação e investigação, pretende-se que o presente estudo demonstre o estado da arte face à temática em análise, a problemática percecionada pelos enfermeiros de CI quanto às intervenções implementadas com a PSC em delirium, mas também que contribua para a sua consciencialização e reflexão, erigindo o conhecimento em enfermagem e contribuindo para a promoção da qualidade dos cuidados. Concomitantemente, pretende ter desenvolvido competências especializadas no cuidar da PSC, concedendo-lhe o grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Este estudo encontra-se estruturado pelo enquadramento teórico e metodológico, apresentação e análise dos resultados e conclusão. No enquadramento teórico serão apresentados os conceitos do delirium, da avaliação sistemática com descrição dos instrumentos de parametrização validados para o contexto de CI, e das intervenções prescritas e implementadas pelo enfermeiro de CI com a PSC com ocorrência de delirium. No que alude ao enquadramento metodológico será elencado e fundamentado na evidência científica o desenho orientador do estudo, abordando a questão de investigação e os objetivos, o tipo de estudo, os participantes e o seu contexto, os procedimentos éticos e legais adotados e o processo seguido para a análise dos dados. A investigação terminará com uma conclusão onde serão sintetizadas as perspetivas da investigadora quanto aos principais resultados apresentados e as suas potencialidades para a melhoria da prática clínica em enfermagem conducente com a evidência científica.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E O DELIRIUM**

A revisão da literatura consiste no reconhecimento, localização e análise de documentos científicos que incluam informação relacionada com o tema de investigação (Coutinho, 2021) sendo indispensável à execução deste estudo.

Sendo um estudo qualitativo a revisão da literatura não pretende dar resposta à questão de investigação propriamente dita, mas fornecer um suporte científico sobre os conceitos que a constituem e o que a evidência relata sobre as intervenções do enfermeiro de CI com a PSC com ocorrência de delirium. A revisão permitiu à investigadora a apropriação dessas realidades que foram amplamente discutidas nas entrevistas grupais que realizou, sustentando os seus resultados na evidência científica atual.

### **1.1. DELIRIUM: CARATERIZAÇÃO**

O delirium, segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais DSM-V, é uma disfunção neurológica, com perturbação da atenção, da consciência e da cognição, desenvolvendo-se num curto período de tempo (horas a dias) e que tende a flutuar e a agravar ao longo do dia, devido à diminuição dos estímulos. Está associado a perturbações do ciclo do sono-vigília, podendo ocorrer mesmo inversão total. É, ainda, uma consequência fisiológica direta de uma condição médica como uma intoxicação ou abstinência de substância, exposição a toxinas, uso de medicamentos ou a combinação destes e de outros fatores. Geralmente é reversível não devendo ser diagnosticado em contexto de coma, e ser diferenciado de demência, de transtornos psicóticos, bipolar e depressivos com características psicóticas (APA, 2013).

A fisiopatologia do delirium ainda não está completamente determinada, a sua etiologia é complexa e multifatorial, porém existem várias alterações no sistema nervoso central que culminam em delirium, emergindo várias teorias para explicar a sua relação (Silva, Firmino, Roznowski, & Knopfholz, 2013).

Das teorias/hipóteses explicativas, a mais consensual reside em alterações nas diferentes áreas cerebrais das vias neurológicas e dos sistemas de neurotransmissores como: acetilcolina, serotonina, dopamina, melatonina, noradrenalina, e do ácido gama-

aminobutírico (GABA), não existindo uma via única comum (Carvalho et al. 2021; Prayce, Quaresma, & Neto, 2018; Siva et al., 2013).

Destas alterações emergem: a diminuição do metabolismo oxidativo associado a mecanismos patogénicos com repercussão no sistema de neurotransmissores; aumento das citocinas inflamatórias com alteração da permeabilidade da barreira hematoencefálica e da circulação cerebral alterando a função dos neurotransmissores; e alterações das concentrações, síntese e libertação dos neurotransmissores (Carvalho et al, 2021; Prayce et al.,2018).

A diminuição da atividade colinérgica (acetilcolina) que desempenha, para além de outras funções, um papel muito importante na função cognitiva como aprendizagem, atenção, concentração e memória; e o aumento da ação dopaminérgica que funciona como um sistema de recompensa cerebral, podem estar fortemente relacionadas com o delirium (Prayce et al., 2018).

Desequilíbrios em um ou mais neurotransmissores originam instabilidade neuronal e imprevisibilidade no sistema de neurotransmissores (Silva et al., 2013), tendo impacto na complexidade da compreensão do delirium.

Baseado na teoria do sistema de neurotransmissores, Khan et al. (2019) encetou um estudo que consistia em reduzir a exposição a alguns medicamentos anticolinérgicos e benzodiazepínicos e prescrever doses baixas de haloperinol. Contudo a sua implementação em CI não reduziu a duração ou a gravidade do delirium na PSC, evidenciado o quão difícil é compreender a fisiopatologia e etiologia do delirium.

Clinicamente o delirium pode-se apresentar, em termos de atividade psicomotora e nível de vigília sob três formas: a hiperativa, hipoativa e o misto (APA, 2013; Bastos, Beccaria, Silva, & Barbosa, 2019; Prayce et al., 2018).

Na forma hiperativa, a mais fácil de reconhecer e associado a melhor prognóstico, é frequente a agressividade, a agitação, o estado de híper alerta, com maior risco de auto e hétero-agressão e de quedas (Bastos et al., 2019).

No hipoativo a pessoa apresenta-se geralmente prostrada, letárgica, pouco comunicativa, muitas vezes desvalorizado por não ter o mesmo impacto visual que o hiperativo, sendo muitas vezes confundido como uma consequência de um despertar difícil induzido pela medicação analgésica e sedativa durante o internamento em UCI. O misto flutua entre os dois anteriores (Bastos et al. 2019; Prayce, et al., 2018; Mart, Roberson, Salas, Pandharipande, & Ely, 2022).

O delirium hipoativo é o mais frequente, porém paradoxalmente é o menos detetado pelas razões supracitadas (Prayce et al., 2018) e por permanecer subdiagnosticado entre 25% a 75% dos casos, podendo atingir os 100% nos hipoativos (Souza, Azzolin, & Fernandes, 2018). Para Souza et al. (2017) está correlacionado a um pior prognóstico pelo aumento do tempo de ventilação mecânica e incidência de pneumonia associada à intubação, entre outras complicações oriundas da imobilização. Como eventos negativos associados ao delirium, Bastos et al. (2019) recorrendo a outros estudos descrevem: o aumento em média de 10,4 dias do tempo de internamento sendo 12,8 no subsindromático; e aumento em três vezes o risco de mortalidade e déficit cognitivo a longo prazo.

O delirium subsindromático encontra-se definido como uma “síndrome de delirium atenuado” cujos critérios exigidos ao diagnóstico de delirium não se encontram todos reunidos nesta condição clínica (APA, 2013; Bastos et al., 2019). A pessoa exibe apenas alguns sintomas, que podem ser detetados na escala ICDSC quando esta apresenta um score entre 1 e 3, ou na CAM-ICU quando não estão presentes as características de alteração aguda ou curso flutuante do estado mental conjuntamente com a desatenção e com alteração do nível de consciência ou pensamento desorganizado (Ely, 2016). Apesar de ocorrer em cerca de 30% no doente crítico, não se pode indagar que este progrida para delirium (Devlin et al., 2018; Serafim et al., 2017).

Estudos recentes evidenciam que o delirium subsindromático é um fator de risco, pois aumenta o tempo de internamento em UCI e causa maior dependência após a alta, porém não está associado à mortalidade nem à gravidade, mas torna-se fundamental a sua prevenção para a segurança do doente (Bastos et al., 2019).

O delirium está fortemente relacionado com alterações cognitivas nos 3 a 12 meses após a alta da UCI e aumenta o risco de institucionalização em indivíduos com mais de 65 anos (Devlin et al., 2018).

Um estudo em doentes ventilados realizado por Mehta et al. (2015) identificou que o delirium foi diagnosticado em 53.8% dos doentes, e com aumento do tempo de duração da ventilação e do internamento, e que os doentes com diagnóstico prévio de cirurgia/trauma, consumo de tabaco e de álcool apresentam mais propensão a desenvolver delirium. Para Bohart, Møller e Herling (2019) a incidência do delirium no doente crítico sob ventilação mecânica varia de 45 a 87% e segundo Bastos et al. (2019), o delirium subsindromático em CI ocorre em média 33%, podendo atingir os 50% em idosos. Destes idosos 20% são diagnosticados com delirium na admissão hospitalar e 40% permanecem com delirium após alta dos CI.

Como justificação das díspares taxas de incidência do delirium estima-se que esteja associado à falta de conhecimento dos profissionais e à baixa adesão de monitorização e documentação do delirium (Souza et al., 2018).

Constata-se que a presença de delirium conduz a consequências nocivas à pessoa, família e comunidade e todas as consequências que daí advém, traduzidas em aumento do tempo de internamento, declínio cognitivo e funcional, aumento dos custos, risco de queda, úlceras, exteriorização não programada de dispositivos médicos e institucionalização, aumento da mortalidade e morbidade. Mart et al. (2022) corrobora referindo que o delirium é causa frequente de morbidades (alterações da capacidade cognitiva e física) e de mortalidade nas 24 horas após admissão em CI, intra-hospitalar e 1 ano após alta.

A epidemiologia do delirium na PSC em CI, em Portugal, não foi encontrada postulando-se que se assemelhe à dos parceiros europeus. É urgente inverter esta situação e auspiciar que seja tida em consideração como indicador de qualidade dos cuidados de saúde à semelhança do que Prayce et al. (2018) defendem para estes parceiros.

Para tal ressalta a necessidade e a extrema importância do papel do enfermeiro em reconhecer, identificar precocemente e documentar toda a informação de forma sistematizada. É dever do enfermeiro promover a independência física, psíquica e o autocuidado da pessoa idosa, coresponsabilizar-se que não haja atrasos no diagnóstico e tratamento, salvaguardar os direitos da pessoa e a excelência do cuidar (Lei nº 156, 2015), emergindo assim o dever de monitorizar o delirium.

## 1.2. AVALIAÇÃO DA PESSOA EM DELIRIUM

Avaliar o delirium em CI com instrumentos validados é de vital importância não só para gerar indicadores de saúde, mas para planejar intervenções de enfermagem que permitam prevenir e/ou minimizar a ocorrência de delirium, proporcionando uma reabilitação adequada, reduzindo possíveis sequelas.

A monitorização do delirium através de escalas validadas segundo Devlin et al. (2018) diminui a mortalidade hospitalar, o tempo de internamento e de ventilação mecânica. Estes autores recomendam que o delirium deve ser avaliado diariamente em todos os doentes críticos, com critérios para tal, para que seja atempadamente reconhecido e devidamente corrigido com intervenções farmacológicas ou não farmacológicas, consoante a sua necessidade clínica.

A *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units* (CAM-ICU) desenvolvida por Ely et al. (2001) a partir da adaptação da *Confusion Assessment Method* (CAM), foi a primeira escala para avaliar delirium em contexto de CI. Esta escala foi validada e traduzida para o contexto português por Sampaio e Sequeira em 2013 e apresenta 72.5% de sensibilidade e 96.2% de especificidade. A CAM-ICU pode ser utilizada pelos vários profissionais de saúde à cabeceira do doente, permite a avaliação em doentes ventilados mecanicamente ou não, exige dois minutos na sua aplicação e o mínimo de ensino e treinamento (Ely, 2016).

A avaliação do delirium, segundo o manual de treino da CAM-ICU de Ely (2016), a primeira etapa inicia-se com a avaliação da consciência através da escala *Richmond Agitation – Sedation Scale* (RASS), quer apresente ou não infusão de sedativos, quanto ao seu nível e na segunda etapa quanto ao seu conteúdo.

A RASS, é constituída por 10 níveis: quatro níveis de agitação, sendo o nível mais baixo o (+1) até ao mais alto o (+4); um nível em que está calmo e alerta (0); e cinco níveis de sedação o mais baixo (-1) até ao não despertável (-5), como representada na tabela 1 (Ely et al., 2003; Sessler et al., 2002).

Tabela 1: *Richmond Agitation – Sedation Scale* (RASS)

| Score | Manifestação     | Descrição   |                        |
|-------|------------------|---|------------------------|
| +4    | Combativo        | Perigoso e violento com as pessoas                            | <b>Observação</b>      |
| +3    | Muito agitado    | Agressivo e remove dispositivos médicos                       |                        |
| +2    | Agitado          | Movimentos vigorosos frequentes                               |                        |
| +1    | Agitado          | Ansioso, mas sem movimentos vigorosos                         |                        |
| 0     | Alerta e calmo   |   |                        |
| -1    | Sonolento        | Facilmente despertável à voz com contato visual > 10 segundos | <b>Estímulo Verbal</b> |
| -2    | Sedação leve     | Desperta à voz com contato visual <10segundos                 |                        |
| -3    | Sedação moderada | Abre os olhos, mas não mantém contato visual                  |                        |
| -4    | Sedação profunda | Abre os olhos a estímulo físico                               | <b>Estímulo Físico</b> |
| -5    | Não responde     | Sem resposta à voz nem estímulo físico                        |                        |

Fonte: Adaptado de Ely (2016)

A operacionalização da RASS consiste numa progressão sequencial à qual lhe é atribuída um único *score*. Inicia-se com a observação dos comportamentos manifestados pela PSC, o alerta e o agitado, se não observar nenhum comportamento devemos estimular, primeiro verbalmente e se não obtivermos resposta, estimular fisicamente.

Ely et al. (2003) correlacionou o início da desatenção, característica do delirium, com a capacidade de abrir os olhos ao comando verbal. Assim, se a PSC apresentar um score de RASS  $\leq$  (-4) ou = (-5) é ilegível para avaliar delirium; se score de RASS  $\geq$  (-3), é possível avaliar o conteúdo da consciência, podendo-se evoluir para a etapa seguinte a avaliação do delirium através da CAM-ICU, esquematizada no seguinte fluxograma (Figura 1).

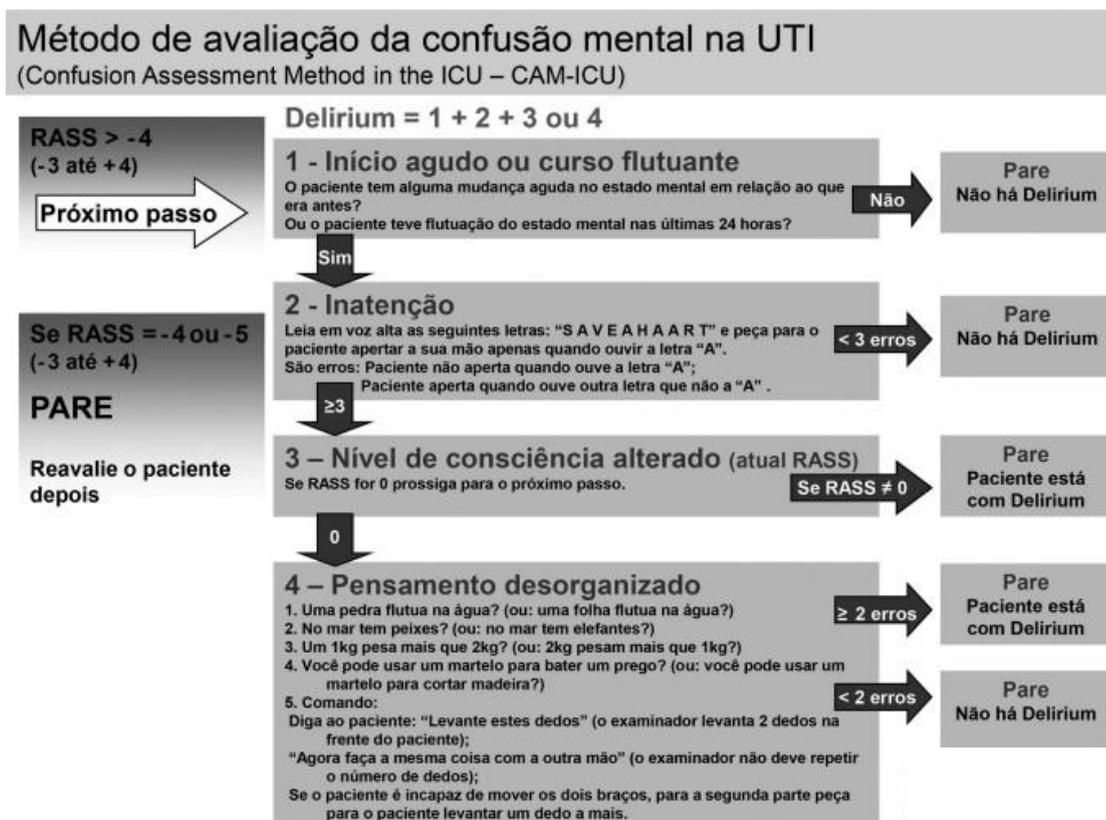


Figura 1 – Fluxograma *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units* (CAM-ICU).

Fonte: (Faria & Moreno, 2013).

No manual de treino da CAM-ICU (Ely 2016; [www.icudelirium.org](http://www.icudelirium.org)) este fluxograma consiste em avaliar o conteúdo da consciência, avaliando a presença ou ausência dos critérios definidos pela APA (2013) para diagnosticar delirium, traduzidos em: início agudo ou curso flutuante; desatenção; nível de consciência alterado; e pensamento desorganizado.

A primeira característica – início agudo ou curso flutuante – consiste em identificar mudanças agudas no comportamento através da RASS, por exemplo, nas últimas 24h (curso flutuante) ou se o estado mental atual difere da condição basal da pessoa. Se apresentar uma alteração mental permanente durante o internamento, causado por uma lesão cerebral (por ex.), esse novo estado mental passará a ser considerado a condição

basal da pessoa. Se exibir alguma destas condições diz-se que a característica está presente e avalia-se a segunda característica – desatenção.

Apesar da pessoa apresentar uma RASS=0 ela poderá não estar atenta distraído-se com estímulos irrelevantes. Para avaliar a segunda característica poder-se-ão utilizar 2 recursos: um conjunto de 10 letras (CASABLANCA, SAVEAHAART) e/ou um conjunto de 10 imagens (A e B) (Ely, 2016; [www.icudelirium.org](http://www.icudelirium.org)). O enfermeiro certifica-se se a pessoa usa próteses auditivas e/ou oculares (pelo risco de enviesar as respostas) e instrói para que aperte a sua mão sempre que ouvir a letra A, ou em caso de incapacidade motora piscar os olhos. As letras são soletradas a cada 3 segundos. Se errar 3 vezes esta instrução, a segunda característica está presente. Deve-se suspeitar de desatenção se o enfermeiro tiver que repetir as instruções mais de duas vezes. Se optar por utilizar o conjunto das imagens, serão apresentadas 5 figuras a cada 3 segundos e posteriormente 10 figuras (5 novas e 5 repetidas) e a pessoa terá que acertar nas 5 figuras repetidas. Considera-se que a característica está presente se errar 3 vezes. Quando forem utilizados os dois testes o que pontua para a característica desatenção será o das imagens.

Prossegue-se para a avaliação do nível de consciência alterado e pensamento desorganizado, se as duas características anteriores estiverem obrigatoriamente presentes.

O nível de consciência alterado está presente se RASS diferente de zero. Esta característica difere da primeira, apesar de ambas recorrerem à RASS, porque esta avalia o nível atual da consciência e a primeira a oscilação/flutuação nas 24h em relação ao estado mental basal da PSC. Se esta característica estiver presente não é obrigatório passar para a característica do pensamento desorganizado porque a CAM-ICU diz-se positiva para delirium se a característica 1 e 2 estiverem obrigatoriamente presentes, acrescidas da característica 3 ou 4.

A característica 4, pensamento desorganizado, é a mais complexa e subjetiva uma vez que o pensamento se exprime verbalmente ou pela escrita, condição que nem sempre é possível avaliar. Por este motivo a CAM-ICU tem 4 perguntas muito simples com respostas de “sim” alternadas com “não”, tais como: "Uma folha vai flutuar na água?", "Existem elefantes no mar?", "Dois quilos pesam mais do que um?" e "Você pode usar um martelo para cortar madeira?". Após as 4 questões o enfermeiro exemplifica e demonstra à PSC a seguinte instrução “Levante estes 2 dedos” e a PSC repete esse comando; depois solicita-o a repetir a instrução, sem a demonstrar, com a outra mão, ou caso a condição física não o permita adicionar à primeira instrução mais um dedo

também sem o demonstrar. Se a PSC tem limitações auditivas, visuais e motoras que o impossibilitem de cumprir estas instruções, esta característica está presente se a PSC errar 2 questões. Se reunir condição para realizar todas as questões e instruções ela está presente se o somatório for igual ou superior a 2. Caso a PSC responda acertadamente às 4 questões o enfermeiro deve prosseguir com as instruções, se a pessoa tiver condições para tal, porque lhe permite identificar o delirium subsindromático.

A ferramenta *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) de Bergeron, Dubois, Dumont, Dial e Skrobik (2001) também é recomendada para avaliar delirium em UCI pelas guidelines de prevenção e gestão da *Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption* (PADIS) (Devlin et al., 2018).

Esta escala é avaliada se a pessoa apresentar uma RASS  $\geq$ -3, e traduz as alterações das 24h. É constituída por oito itens: alteração do nível da consciência, avaliada pela RASS; desatenção, estimada por instruções simples ou pelo conjunto de 10 letras à semelhança da CAM-ICU; desorientação no tempo, espaço ou em relação a si próprio; alucinações, ilusões ou psicoses, em que a pessoa tenta agarrar objetos ou vê pessoas inexistentes; agitação ou lentificação psicomotora, com manifestações de hiper ou hipoatividade; discurso ou humor inadequado, com discurso desorganizado ou incoerente; alteração do ciclo do sono e da vigília (dormir menos de 4h, acordar com frequência durante a noite sem estímulo externo ou dormir longos períodos durante o dia); e flutuação dos sintomas durante as 24h. Sempre que haja alteração em algum dos itens é pontuada com 1 valor e 0 sem alteração e se obtiver um score 0 = sem delirium, score (1 a 3) = delirium subsindromático e score > 4 apresenta delirium (Bergeron et al., 2001; Gusmão-Flores et al., 2011). A ICDSC está validada e traduzida para a população portuguesa por Gusmão-Flores et al., (2011) com 67.5% de sensibilidade e 96.2% de especificidade.

A CAM-ICU 7 é uma escala desenhada por Khan et al. (2018) que quantifica de forma válida e confiável a gravidade do delirium em UCI podendo correlacionar esta gravidade com as complicações a longo prazo e o seu impacto na saúde (Devlin et al., 2018; Khan et al., 2018). Esta escala deriva da CAM-ICU e da RASS e os dados para o cálculo da CAM-ICU 7 são gerados pela avaliação destas escalas. O score total obtido varia entre 0 e 7, sendo que de 0 a 2: sem delirium, 3 a 5: delirium leve a moderado, e 6 a 7: delirium grave. Esta correspondência obtém-se pelo cálculo descrito na tabela 2.

Tabela 2: CAM-ICU 7.

| <b>CAM-ICU</b>   | <b>Resultado CAM-ICU</b>              | <b>Score da CAM-ICU 7</b> |
|--|---------------------------------------|---------------------------|
| <b>Caraterística 1:</b><br>Início agudo ou curso flutuante | Ausente                               | 0                         |
|  | Presente                              | 1                         |
| <b>Caraterística 2:</b><br>Desatenção                      | Ausente = acertar $\geq 8$ respostas  | 0                         |
|  | Desatenção = acertar 4 a 7            | 1                         |
|  | Desatenção severa = acertar 0 a 3     | 2                         |
| <b>Caraterística 3:</b><br>Pensamento desorganizado        | Ausente = acertar $\geq 4$ respostas  | 0                         |
|  | Desorganizado = acertar 3 a 4         | 1                         |
|  | Desorganização severa = $>4$          | 2                         |
| <b>Caraterística 4:</b><br>Nível de consciência            | Ausente = (RASS = 0)                  | 0                         |
|  | Alterado = (RASS = 1 ou -1)           | 1                         |
|  | Alteração severa = RASS $>1$ ou $<-1$ | 2                         |
| <b>Score total da CAM-ICU 7</b>                            |                                       |                           |

Fonte: Khan et al. (2018).

O estudo de Krewulak, Rosgen, Ely, Stelfox, e Fiest (2020) demonstrou que para além da CAM-ICU-7, a ICDSC também avalia a gravidade do delirium na PSC. Ambas estão intimamente correlacionadas, têm concordância razoável para identificar sintomas de delirium subsindromático e quanto maior for o score pior os desfechos.

Existem modelos preditivos para o desenvolvimento do delirium baseados em fatores de risco não modificáveis no momento de admissão em UCI nas primeiras 24 horas, como é o caso do *PREdiction of DELIRium for Intensive Care* (PRE-DELIRIC) desenvolvidos por Boogaard et al. em 2012 e do *Early - PREdiction of DELIRium for Intensive Care* (E-PRE-DELIRIC), desenvolvido por Wassenaar et al. (2015) com valor preditivo semelhante (Devlin et al., 2018).

O modelo PRE-DELIRIC é estático, predizendo a possibilidade de desenvolver delirium nas 24h após a sua admissão, não tendo em conta as alterações do estado de saúde-doença da PSC, comprometendo essa probabilidade (Faria & Moreno, 2013).

A organização ICU Delirium, é concordante com a evidência científica aqui demonstrada e para a qual ela também tem contribuído ativamente, recomenda que ao diagnosticar-se delirium antes de se afirmar que poderá estar presente importa utilizar a ferramenta THINK. Previamente à sua utilização recomenda-se identificar se o doente está sedado e se essa sedação está titulada. Se assim for então procede-se à utilização da mnemónica THINK – *Toxic situations; Hypoxemia; Infections/sepsis (nosocomial), Immobilitation; Nonpharmacological interventions; K+ or Electrolyte problems* (Tóxicos,

Hipoxemia, Infecção e Imobilidade, medidas Não farmacológicas, Distúrbio eletrolítico que alerta para a existência de alterações que devem ser corrigidas de imediato). Esta também é recomendada pelas *guidelines Pain Agitation Delirium - PAD 2013* (Pohlman, 2013).

Tendo em conta o supramencionado, a ocorrência de delirium está fortemente associada à PSC, que “é aquela cuja a vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja a sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento 429, 2018). É muito difícil estabelecer uma correlação direta entre a causa na PSC que experiência a ocorrência de delirium, não só pela subjetividade da sua vivência, mas também pelas respostas sistêmicas imprevisíveis face à gravidade da sua situação clínica. Estas ideias são defendidas por Mart et al. (2022) ao afirmar que a reserva funcional, a vulnerabilidade da PSC, a gravidade da doença, os vários eventos em simultâneo em CI poderão ser responsáveis por desenvolver delirium.

Avaliar o delirium é de vital importância, pois evita o seu subdiagnóstico permitindo planejar intervenções adequadas prevenindo/minimizando a sua ocorrência. Nenhum instrumento é perfeito a avaliar o delirium, mas os benefícios de o realizarem superam quaisquer potenciais desvantagens.

As diferentes manifestações do delirium, bem como o subsindromático, só são diagnosticados através da monitorização sistemática e rigorosa, por meio de escalas parametrizadas, tal como referenciado ao longo deste enquadramento. Assim, esta é a única via que permite uma avaliação precisa do delirium, evitando o seu subdiagnóstico, sustenta a tomada de decisão do enfermeiro especialista para encetar um conjunto de intervenções sustentadas pela evidência científica, com vista a promover a redução dos efeitos adversos, prevenir lesões acidentais pela diminuição da disfunção cognitiva e funcional, proporcionar um ambiente seguro, prevenir complicações contribuindo para a qualidade dos cuidados e consequentemente qualidade de vida da PSC, da família e da comunidade.

No exercício profissional o enfermeiro especialista espelha os padrões da qualidade de cuidados de enfermagem, respeitando e fazendo respeitar a deontologia profissional. Neste exercício rege-se por adequados conhecimentos técnico-científicos e humanos, mobiliza um conhecimento em espiral hermenêutica que lhe permite decidir face às reais necessidades da PSC, responsabilizando-se pelas decisões que toma e exerce, assumindo defender a pessoa das práticas que contrariem a lei e a ética, assegurando em tempo útil o diagnóstico e respetivo tratamento (Lei nº 156, 2015). O enfermeiro

especialista tem a responsabilidade de desenvolver a prática baseada na evidência científica, ser dinamizador destas práticas e célere na identificação de lacunas em áreas problemáticas como a avaliação do delirium, ser proativo na formação e avaliação dos seus pares na implementação dessas melhorias contínuas, tendo em vista a excelência do cuidar.

Dada a complexidade do delirium, a sua prevenção e gestão torna-se desafiante para o enfermeiro exigindo uma abordagem integrativa e interprofissional.

### 1.3. FATORES SUBJACENTES À OCORRÊNCIA DE DELIRIUM

Raramente o delirium é causa primária de internamento em CI, ele desenvolve-se durante o mesmo e a sua permanência poderá advir da ausência do diagnóstico por parte do enfermeiro. Este poderá ter um contributo significativo em ganhos em saúde ao identificar precocemente estes fatores de risco prevenindo-os ou minimizando-os, diminuindo a morbidade e a mortalidade inerente ao delirium (Viveganathan et al., 2019).

Apesar da casuística não confirmar uma evidência estatística da casualidade de ocorrência de delirium, por ainda não ser totalmente conhecida a sua fisiopatologia conferindo-lhe um estatuto multifatorial, existem fatores de risco que podem conduzir ao seu desenvolvimento. Faria e Moreno (2013) divide estes fatores, no sentido lato, em não-modificáveis e modificáveis, dando enfoque aos modificáveis por serem passíveis de intervenção por parte do enfermeiro. Os modificáveis são aqueles sobre os quais o enfermeiro executa intervenções autónomas alterando-os; e os não modificáveis não dependem exclusivamente destas intervenções, mas das interdependentes (Pereira et al., 2016).

Faria e Moreno (2013) subdividiu ainda os fatores de risco do delirium em: condição preexistente (não modificável), condição aguda e ambientais. Nas condições preexistentes elencaram: idade superior a setenta anos, transferência de instituição residencial, diminuição da acuidade auditiva e visual, antecedentes pessoais de depressão, demência, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, epilepsia, doença renal e hepática, consumo de álcool no mês anterior, uso de psicofármacos lícitos e ilícitos e desnutrição. Como condições agudas, o que conduz ao internamento da PSC em CI: scores elevados de gravidade da doença, alterações metabólicas, febre/hipotermia, sepsis e hipoxemia; e como ambientais destacam: restrição física, dispositivos invasivos, medicação (sedativos, analgésicos e anticolinérgicos), ausência de iluminação natural, ausência de relógios, perturbações dos padrões de sono e vigília e isolamento da pessoa. Também para Carvalho et al. (2021) a presença de dispositivos

médicos invasivos é um dos fatores de risco mais preditivo ao delirium, devendo ser avaliado diariamente a sua real necessidade.

À semelhança destes autores existem outros que identificam como fatores modificáveis, o isolamento, a contenção física, a imobilidade, a privação do sono, a ausência de visitas de pessoas significativas, a presença de dispositivos invasivos, sedação e analgesia em doses e ritmos elevados e desajustados para o doente e/ou situação clínica, ausência de relógios, televisões e objetos significativos, défices sensoriais não compensados, ambientes com altos níveis de ruído e sem luz natural, entre muitos outros, característicos dos CI (Bannon, McGaughey, Clarke, McAuley, & Blackwood, 2016; Mori et al., 2016; Pereira et al., 2016; Silva et al., 2018; Sousa, Simões & Araújo, 2019; Viveganathan et al., 2019).

Devlin et al. (2018) corroboram com o supracitado evidenciando como fatores não modificáveis a idade avançada, demência, cirurgia emergente, trauma, scores de gravidade elevados, hipertensão, doença neurológica e medicação psicoativa; e como modificáveis a sedação por benzodiazepinas, que pode ser substituída por infusão de propofol e/ou dexmedetomidina, se a condição clínica assim o permitir.

No estudo de Carvalho et al. (2021) os fatores não modificáveis, a que denominam de predisponentes preditivos de delirium são: hipoalbuminemia, gravidade da doença, alteração da perfusão tecidual, desidratação e o sexo masculino; e como condição aguda e ambientais, a que apelidam de precipitantes: restrição física, infeção, polifarmácia, anemia, alteração da função renal, mais do que dois dispositivos invasivos, e alteração da qualidade e quantidade de sono.

Mart et al. (2022) identificaram à luz dos fatores de risco não modificáveis e condição aguda do delirium, como predisponentes e tratamento instituído em CI: a diminuição da reserva fisiológica e cognitiva da PS, porque compromete a suas respostas à doença crítica; o uso de benzodiazepinas e opioides; o índice de APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) elevado, politraumatismos, falência de órgãos, cirurgias de emergência com admissão imediata em UCI, coma induzido, ventilação mecânica prolongada, transfusões de sangue, imobilidade e acidose metabólica têm também um risco aumentado de desenvolver delirium. No que concerne ao meio ambiente, identificam o ruído, perturbações no sono, diminuição da exposição solar e perturbação no ciclo noite-dia como potenciais fatores de risco modificáveis.

Perante os vários fatores de risco referenciados, impõem-se um enorme desafio ao enfermeiro de CI pela necessidade de os reconhecer e partilhar com a equipa, tendo para isso de mobilizar um diferenciado corpo de saberes, prestar cuidados altamente

qualificados, prevenir complicações tendo em vista a recuperação da PSC (Regulamento 429, 2018).

Sabendo que atualmente o tratamento e a prevenção farmacológica do delirium não é eficaz, o enfoque do enfermeiro serão os fatores de risco modificáveis e os potencialmente modificáveis, através de uma abordagem integrativa e multiprofissional. As intervenções não farmacológicas são a pedra angular na prevenção e gestão do delirium. Avaliar o delirium e identificar os fatores de risco associados são fundamentais para o planeamento e implementação de estratégias de prevenção e tratamento adequadas à situação clínica da pessoa com vista à rápida e integral recuperação.

#### 1.4. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS DA OCORRÊNCIA DE DELIRIUM

Os enfermeiros de CI estão em permanência contínua com a PSC, sendo os profissionais por excelência a identificar precocemente o delirium, a prestar cuidados diretos ao doente, desempenhando um papel crucial nas intervenções a desempenhar (Yang, Pituskin, Norris, & Papathanassoglou, 2020).

A prevenção do delirium segundo Faria e Moreno (2013) e Devlin et al. (2018) deve ser realizada por intermédio de intervenções não farmacológicas multicomponentes centradas, fundamentalmente, na compreensão e redução dos fatores de risco modificáveis do delirium. Estas passam pela reorientação no tempo e no espaço, estimulação cognitiva e da comunicação, mobilização precoce, musicoterapia, uso de próteses sensoriais, redução da sedação, uso de relógios, estratégias para melhorar o sono, reduzir o ruído, diminuir a exposição à luz artificial essencialmente no período da noite, evitar o isolamento social.

Segundo Tobar, Alvarez e Garrido (2017) a terapia ocupacional é a ciência de capacitar a pessoa a fazer parte das suas atividades de vida diárias por intermédio de intervenções sensoriais, motoras e cognitivas para melhorarem o seu desempenho funcional, que consistem na reorientação, mobilização precoce para diminuir a disfunção neuromuscular, correção de défices sensoriais para aumentar a condição de alerta e manter a estimulação cerebral com o meio ambiente, controle ambiental com diminuição do ruído e controlo da luz, entre outras atividades.

Nos estudos de Souza et al. (2017) e Souza et al. (2018), a redução da incidência, prevalência, tempo de internamento do delirium e todas as outras consequências nefastas que estão subjacentes na PSC em delirium, é possível se houver interrupção

diária da sedação, gestão da dor e da sedação, mobilização precoce, reorientação cognitiva, promoção do sono e participação da família nos cuidados.

Corroborando com o supracitado Pereira et al. (2016) no seu estudo defendia que para minorizar o delirium os enfermeiros deveriam: remover os dispositivos invasivos sempre que se justifique refletindo com a equipa a sua real necessidade, potenciais riscos e benefícios daí decorrentes, estimular a alimentação oral sempre que esta via esteja disponível, facilitar e estimular a interação das visitas, providenciar a utilização das próteses sensitivas para melhorar a perceção com o meio envolvente, desmistificar e facilitar a presença de objetos pessoais significativos, diminuir os níveis de ruído e de luz artificial essencialmente no período noturno, comunicar com o doente num tom calmo e sereno.

Segundo Mart et al. (2022) a prevenção do delirium consiste na redução dos fatores de risco, como a remoção de cateteres, a promoção de um ambiente de sono saudável e evitar a sedação profunda suportada em benzodiazepinas para que se possa incentivar à mobilização. Deve-se ainda reconhecer atempadamente o delirium através de ferramentas validadas e identificar potenciais etiologias como uma infeção oculta.

O planeamento diário dos cuidados de enfermagem, segundo Carvalho et al. (2021) deve ter em linha de conta a coordenação dos horários da administração de medicação, dos procedimentos, da monitorização de parâmetros vitais, do excesso de luz e de ruído para se possa promover uma qualidade e quantidade de sono adequado.

No estudo de Sun et al. (2021) a diminuição do sono REM (*Rapid Eye Movement*) e da concentração de melatonina e o aumento dos níveis de cortisol foram independentemente relacionados com o risco de desenvolver delirium em CI. Para os mesmos autores, distúrbios da qualidade e quantidade do sono prejudicam a consolidação da memória, desempenhando um papel relevante na ocorrência e evolução de delirium. Baumgartner et al. (2019) constataram que o desenvolvimento do delirium no grupo com administração de melatonina foi menor, porém o seu mecanismo de ação não está totalmente esclarecido, sendo necessário mais estudos.

O delirium tem um impacto substancial nos cuidados de saúde, tornando-se imperativo para os profissionais a sua gestão, direcionando o foco de atenção para as diretrizes de controlo da dor e agitação (Souza et al., 2017). Para Devlin et al. (2018) essas diretrizes devem incluir também as recomendadas para o delirium.

Em 2016, Vincent et al, defende *eCASH – Early Comfort using Analgesia minimal Sedatives and maximal Humane care*, que ilustra o que se tem vindo a descrever. Este conceito consiste em cuidados centrados na pessoa, promovendo o conforto, o sono, a

comunicação e a mobilização precoce; utilizar protocolos de gestão de analgesia e sedação, identificando a necessidade de analgesiar primeiro reduzindo os opióides, recorrendo a estratégias multimodais e sedar com o mínimo possível ou até mesmo sem ela, eliminando as benzodiazepinas que são um fator de risco de delirium.

Vários são os estudos que evidenciaram a problemática do delirium, enfatizando a sua resolução, através da prevenção, do rastreio precoce e das intervenções essencialmente não farmacológicas (Souza et al., 2017). De forma similar, também Devlin et al. (2018) não recomendam a prevenção do delirium através de medicamentos. Porém Prayce et al. (2018) defende que na presença de um comportamento de agitação que coloque em risco a pessoa, deverá ser utilizada como primeira linha a contenção química.

Em 2010, Pandaripande et al., defenderam a existência da *bundle* ABCDEF para melhorar os *outcomes* à PSC. Esta mantém-se até aos dias de hoje e tem sido largamente defendida e referenciada pelas organizações SCCM e a ICUDelirium e por vários autores (Devlin et al., 2018; Pun et al., 2019). Esta bundle consiste em 6 elementos:

**A** – Prevenir, avaliar e controlar a dor através das escalas validadas para UCI que são a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical – Care Pain Observation Tool* (CPOT) (Devlin et al., 2018);

**B** – Uso de ambos os testes, o de respiração espontânea e o do despertar espontâneo. Em que se deve suspender a sedação e os opióides, se possível e se necessário reinicia-se a metade da dose, titulando conforme as necessidades e procedendo-se ao desmame ventilatório;

**C** – Escolha da analgesia e sedação consiste numa analgesia e sedação leve e eficaz, retirando os fármacos potencialmente delirogénicos;

**D** – Avaliar, prevenir e controlar o delirium que consiste em colocar em prática tudo o que se abordou até então sobre estas premissas;

**E** – Mobilidade precoce com as suas várias vantagens já aqui documentadas;

**F** – Envolvimento da família - a sua importância na diminuição da ansiedade do doente e dos familiares, amigos e cuidadores.

A importância do envolvimento da família na reabilitação cognitiva, para Marra et al (2018), tem-se revelado importante na medida em que reduz a lesão cerebral conduzida pelo delirium.

Em 2013 já Faria e Moreno consideravam imprescindível um protocolo de avaliação sistematizada da ocorrência de delirium, com recurso a uma escala validada; identificar os fatores de risco modificáveis para uma intervenção focada na prevenção baseada nas medidas não farmacológicas, integrando a abordagem ABCDE.

A SCCM em 2013 lançou a campanha ICU – *Liberation Bundle (A-F)*, baseada na *bundle* ABCDEF e nas guidelines PAD 2013, que posteriormente tiveram um *update* em 2018 para PADIS. Atualmente a SCCM fundamentada no estudo de Pun et al. (2020), defendem que o uso desta *bundle* diminui a probabilidade de morte hospitalar, reduz os dias de delirium, de ventilação mecânica, o uso de contenção física, as readmissões na UCI, e as altas para redes de cuidados de enfermagem e reabilitação.

Esta *bundle*, segundo Pun et al. (2020), permite uma abordagem precoce, integrada e interprofissional que pode ser aplicada conjuntamente com outras terapias de suporte de vida a todos os doentes dos CI. Há valorização da prevenção e gestão do delirium, permitindo doentes mais despertos, com possibilidade de expressarem física, cognitiva, emocional e espiritualmente as suas necessidades promovendo a sua autonomia.

Uma meta-análise sobre a eficácia das intervenções da *bundle* (A-F) na prevalência do delirium em CI, duração e *outcomes*, emanadas pela SCCM foi desenvolvida por Zhang, Han, Xiao, Li & Wu (2021). Os resultados não confirmam a totalidade da sua eficácia, somente na redução da prevalência ou duração do delirium. Porém ressalvam que a maioria dos estudos analisados utilizou apenas alguns elementos da *bundle* e não todos como a SCCM e as diretrizes da PADIS recomendam.

A prevenção é para Prayce et al. (2018) o melhor método para reduzir e/ou minimizar o delirium, e as intervenções não farmacológicas devem incluir intervenções ambientais, comportamentais e sociais. No entanto, os autores consideram que ela não é utilizada de forma sistemática, pelas perceções incorretas dos vários intervenientes que interpretam o delirium como uma consequência inevitável inerente ao internamento e uma afeção transitória e reversível.

Na mesma linha de pensamento, Sahawneh e Boss (2021) relatam que apesar de vários estudos incidirem sobre a possível eficácia de uma ou de várias intervenções não farmacológicas para prevenir o delirium, estas ainda não foram universalmente incorporadas, nem compiladas num protocolo sistematizado de prevenção e/ou minimização da ocorrência e desenvolvimento de delirium. Para os mesmos autores, combinar as diferentes intervenções não farmacológicas de forma sistemática pode ser mais eficaz, contudo poderão existir fatores condicionantes à sua implementação, associados: ao acréscimo de mais cuidados à prática clínica dos enfermeiros de CI; à

priorização das necessidades fisiológicas em detrimento das psicológicas; à falta de recursos humanos e materiais; e à dificuldade em compreender a complexa fisiopatologia e etiologia do delirium.

Deste pensamento advêm consequências graves, uma vez que fomenta o subdiagnóstico do delirium perpetuando-o e impossibilitando que os doentes sejam atempadamente identificados negando-lhes o direito a beneficiar de um cuidado de excelência. O enfermeiro de CI tem de se consciencializar que o sucesso da implementação das intervenções não farmacológicas tem um impacto positivo no delirium ao reduzir a sua duração (Sahawneh & Boss, 2021).



## **PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



## **2 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

A narrativa dos procedimentos que delineiam a investigação de forma a que esta possa dar resposta aos objetivos que sustentam a questão de investigação e ser reproduzida por outros, integra a metodologia. Importa apresentar o conjunto das decisões metodológicas pois, estas são importantes para assegurar a fiabilidade dos resultados da investigação.

Este capítulo compreende a justificação da temática em estudo, a apresentação da questão e objetivos de investigação, a definição do tipo de estudo, o contexto onde os dados foram colhidos, a população e a seleção dos participantes, os procedimentos e técnicas seguidos para a colheita, a análise e tratamento de dados e ainda os procedimentos formais e éticos subjacentes a todo o processo.

### **2.1 JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA EM ESTUDO**

O EEEMC-PSC ajuda a PSC internada em CI a vivenciar processos complexos, decorrentes da doença crítica, capacitando-o para alcançar o máximo de potencial de saúde, prevenindo complicações, suplementando e/ou complementando-o nas suas atividades de vida dependentes, maximizando o seu bem-estar perseguindo os mais elevados padrões de qualidade dos cuidados referenciados, alcançando elevados níveis de satisfação da PSC e família (OE, 2017).

Ao EEEMC-PSC compete mobilizar conhecimentos diferenciados e especializados que lhe permitam reconhecer em tempo útil o delirium, os fatores de risco, para que não haja atrasos no diagnóstico e na intervenção, gerindo o risco garantindo um ambiente terapêutico seguro. Assim, ao exercer cuidados sustentados nos padrões de qualidade exigidos para o exercício profissional, minimiza a probabilidade de expor a PSC, já por si vulnerável, a outro tipo de complicações, respeitando os direitos consagrados da pessoa.

Baseado na evidência esplanada ao longo da dissertação, a ocorrência de delirium na PSC em UCI é uma realidade subvalorizada e subdiagnosticada (Souza et al., 2018), com pior prognóstico (Souza et al., 2017), aumento dos dias de internamento (Bastos et al., 2019), provocando alterações cognitivas e aumento do risco de institucionalização em indivíduos com mais de 65 anos (Devlin et al., 2018) e causa frequente de

morbilidades e mortalidade (Mart et al., 2022). As ações preventivas fundamentalmente as intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros, segundo (Sahawneh e Boss, 2021), são o melhor método para reduzir/minimizar o delirium (Prayce et al., 2018), reduzindo a mortalidade e a morbidade (Viveganathan et al., 2019).

Perante o exposto é pertinente investigar a perceção dos enfermeiros de cuidados intensivos na prevenção e gestão do delirium com a PSC, contribuindo para alargar o leque de conhecimento, neste domínio e desenvolver a prática clínica especializada. Assim, com este estudo a investigadora assume-se como pró-ativa nos processos de aprendizagem e no domínio da investigação (Regulamento 140, 2019).

## 2.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A formulação de uma questão de investigação constitui uma etapa fundamental em todo o processo de pesquisa e determina a perspetiva sobre a qual o problema irá ser considerado, o tipo de dados a recolher e as análises a realizar. “Em estudos qualitativos as questões de pesquisa estipulam o fenómeno e a população de interesse” (Polit & Beck, 2019, p.97).

A partir de uma inquietude relativa ao delirium, sentida pela investigadora principal no seu contexto de prática clínica, emergiu a questão de investigação “O que influencia os enfermeiros de cuidados intensivos na intervenção com a pessoa em situação crítica em delirium?”. Definiu-se esta questão na expectativa que os participantes descrevam a sua perceção sobre o fenómeno em investigação, para que a pesquisadora aprofunde a sua compreensão e identifique conclusões.

Assim, tendo em consideração a questão de investigação, supracitada, foram definidos os seguintes objetivos:

- conhecer o conceito e o significado que os enfermeiros de CI atribuem ao delirium;
- compreender a perceção dos enfermeiros de CI sobre o(s) contributo(s) da avaliação objetiva do delirium com a PSC;
- analisar os fatores promotores e/ou inibidores da monitorização do delirium na PSC;
- analisar as intervenções de enfermagem para a prevenção, avaliação e documentação do delirium na PSC.

## 2.3 TIPO DE ESTUDO

Na pretensão de conhecer a percepção dos enfermeiros de CI sobre o que os influencia na intervenção com a pessoa em situação crítica em delirium, foi realizado um estudo descritivo, exploratório, com uma abordagem de natureza qualitativa.

Uma metodologia qualitativa será recomendada, de acordo com Streubert e Carpenter (2013), quando existe a pretensão de compreender e interpretar uma experiência subjetiva, dado que se pretende reconhecer padrões de um fenómeno ao invés de os explicar de forma controlada e generalizada.

Pretendeu-se com este estudo que os enfermeiros descrevessem e analisassem o significado que atribuem ao delirium, quais os fatores que influenciam na sua avaliação e que intervenções desenvolvem com a PSC em delirium ou com a possibilidade de desenvolver delirium em CI. Concomitantemente pretendeu-se compreender esses mesmos fatores na prevenção desta ocorrência de saúde, no seu tratamento e na forma como se processa a sua documentação, para que seja possível, identificar estratégias potencializadoras e fatores limitadores da intervenção com a PSC em delirium.

## 2.4 CONTEXTO DO ESTUDO

A descrição detalhada do contexto onde se realizou a colheita dos dados, bem como dos participantes, é de vital importância para o potencial de transferência dos resultados, para contextos similares (Polit & Beck, 2019).

Pretendeu-se estudar o fenómeno em estudo de forma contextualizada, colhendo os dados junto dos participantes no seu contexto natural, (Polit e Beck, 2019), numa SMI da região centro do país, local onde os participantes selecionados exercem a sua prática clínica e quotidianamente vivenciam o fenómeno em estudo.

O contexto foi intencionalmente selecionado por se tratar do contexto de trabalho da investigadora principal e onde o problema foi percecionado. É um ambiente onde se cuida da PSC cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, resultante de um evento que lhe causa risco de vida (Regulamento 429, 2018), e onde a ocorrência de delirium é uma realidade frequente na PSC. Consequentemente, pretende-se que com a seleção deste contexto se conheça em detalhe a problemática em estudo e assim contribuir para a prática clínica, a valorização dos cuidados tendo em vista a qualidade dos mesmos e a satisfação da pessoa, família, instituição e comunidade.

O SMI em estudo é constituído por 3 unidades, separadas fisicamente, funcionando 24h por dia. O serviço e o nº total de camas (32) foi recentemente alargado para responder às exigências de admissão de pessoas em situação crítica com infeção por SARS-CoV-2. De acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis, é um serviço classificado de nível III. Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Medicina Intensiva (RNEHR) “As camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (2017, p.7).

As UCI, segundo RNEHR (2017), evoluíram para SMI porque a sua missão de gestão da PSC não se limita à estrutura física da UCI, mas também à sala de emergência dos Serviços de Urgência e aos restantes serviços da instituição, por intermédio da equipa de emergência intra-hospitalar.

As pessoas internadas no SMI são maioritariamente provenientes do Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Pós-anestésicos e Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios.

Os enfermeiros do SMI prestam cuidados à PSC internadas e sua família, respondem a situações de emergência clínica ocorridas nos serviços de internamento do hospital, integrando a Equipa de Emergência do SMI e a Equipa de *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) assistindo PSC referenciadas no hospital ou noutras instituições hospitalares a nível nacional. A equipa de enfermagem incorpora também a equipa multiprofissional da Consulta de *Follow-up* do SMI.

A filosofia dos cuidados de enfermagem é centrada na pessoa, enquadrada nos enunciados descritivos dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem da OE, nos referenciais teóricos da Transição de Meleis, do Autocuidado de Dorothea Orém e da Avaliação da Família de Calgary, na ética e Deontologia Profissional, bem como nas normas institucionais, nacionais vigentes e internacionalmente aceites.

A metodologia da organização dos cuidados de enfermagem tem na sua base o método de trabalho individual e o de enfermeiro de referência (cuidados de enfermagem de reabilitação). O horário de trabalho diário pode acontecer em turnos de 8 ou de 12 horas e a prestação de cuidados acontece genericamente numa relação enfermeiro/doente de 1:2 e 1:1 em doentes ECMO. Em todos os turnos há um enfermeiro coordenador de turno, pelo menos 1 enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (à exceção do período da noite).

A tomada de decisão clínica em enfermagem é documentada pelo Sistema de Informação e Documentação em Enfermagem (SIDE) do hospital com sistematização dos cuidados de enfermagem em linguagem sustentada pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), através da aplicação B-ICU.CARE BSimple®.

É um contexto que intencionalmente valoriza a proximidade da família da PSC, existindo dois períodos de visitas de familiares por dia, minimizando a separação entre doente e familiares. A gestão das visitas, às 14h e 19h, de dois familiares por doente pode ser ajustada (horário e o nº de visitantes) mediante avaliação médica, do enfermeiro coordenador de turno e do enfermeiro responsável. É realizado uma preparação prévia do familiar pelo enfermeiro coordenador e posteriormente acompanhado por este ou pelo enfermeiro responsável pelo seu familiar, sendo um momento de excelência para troca de informações uteis ao conhecimento mais detalhado da pessoa internada e ao esclarecimento dos familiares sobre a situação clínica do seu familiar.

O SMI encontra-se atualmente em processo de acreditação da idoneidade formativa em enfermagem pela OE, para a formação de enfermeiros licenciados e especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e reabilitação.

## 2.5 OS PARTICIPANTES

Os indivíduos que farão parte do estudo foram submetidos a um processo de amostragem para os selecionar e quantificar. Este processo contempla a seleção de uma parte representativa da população, que é a totalidade do grupo de interesse, constituindo a amostra, que nos estudos qualitativos são designados de participantes ou informantes (Streubert & Carpenter, 2013).

Nesta investigação recorreu-se a uma amostragem não probabilística intencional de caso único. A amostragem não probabilística intencional consiste, segundo Polit e Beck (2019), na crença do conhecimento que o investigador possui sobre a população, permitindo-lhe selecionar refletidamente os participantes que melhor contribuam para a compreensão do fenómeno em estudo, não sendo possível estimar a probabilidade de inclusão de cada elemento da amostra. É considerado um estudo de caso único por se querer compreender e descrever a complexidade e particularidade de um fenómeno num único contexto (Poupart et al., 2012).

Existiu a intencionalidade de incluir os participantes que melhor descrevam o fenómeno em estudo, promovendo assim uma discussão opulenta que permita uma recolha de dados relevante (Streubert & Carpenter, 2013). Isto é, que possuíssem características

precisas e respondessem aos objetivos definidos no estudo. Esta intencionalidade não comprometeu o rigor do estudo pois tal como refere Polit e Beck, (2011) o “objetivo da maior parte dos estudos qualitativos é descobrir o significado e revelar realidades múltiplas. Por isso, o grau de generalização não é uma ponderação diretiva” (p.353). A mesma orientação é defendida por Streubert e Carpenter (2013).

Os participantes do estudo foram os enfermeiros de uma SMI, selecionados a partir de um conjunto de critérios de inclusão e exclusão. A partir da caracterização da equipa, elegeram-se intencionalmente os enfermeiros que reuniram os seguintes critérios de inclusão: enfermeiro que preste cuidados diretos à PSC; ter pelo menos três anos de atividade no contexto de CI; queira partilhar as suas experiências e dialogar em grupo.

Considerou-se necessário e pertinente limitar a participação aos anos de serviço dos participantes pois, este poderia ser o critério que ajudaria a integrar na colheita os enfermeiros que tenham conhecimento robusto sobre o fenómeno em análise. Sendo complexo o cuidado à PSC em delirium, importa mobilizar preferencialmente os enfermeiros que sejam proficientes ou peritos na sua intervenção com a PSC em delirium. Tal como Benner (2001) descreve, o estágio de desenvolvimento dos enfermeiros advém da experiência adquirida de situações reais vividas, categorizando a enfermeira proficiente como aquela que sustenta a sua tomada de decisão na sua experiência, apercebendo-se das situações na sua globalidade, melhorando a tomada de decisão ao reconhecer os aspetos importantes a considerar, apercebendo-se que o que previa não irá acontecer. A enfermeira perita, como aquela que tem uma vasta experiência, a tomada de decisão é mais holística, não se perde num vasto leque de soluções e diagnósticos estéreis e gere situações complexas.

Excluir enfermeiros com menos de três anos de atividade naquele contexto, justificou-se, também, pela situação pandémica pois, ela teve implicações nos processos de integração e aprendizagem dos novos profissionais que constituem a equipa do SMI. Também foram incluídos os elementos que constituem o grupo de “Gestão e controlo da tríade Dor, Sedação e Delirium na PSC”.

À partida não se considerou oportuno definir outros critérios de exclusão. Assim, decidiu-se informar toda a equipa sobre o estudo e os critérios de inclusão e potencialmente integrar todos os restantes elementos da equipa, que voluntariamente aceitassem participar, assinar o consentimento informado e autorizassem a gravação. Nesta informação a equipa foi alertada para a possibilidade de, nem todos os enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão serem integrados na recolha de dados, situação que apenas iria sendo definida à medida que as entrevistas fossem realizadas.

A equipa de enfermagem era constituída por 133 enfermeiros. Excluindo os enfermeiros que não prestavam cuidados à PSC (4), os que estavam ou tinham estado em períodos de ausência prolongada (14) e os que tinham menos de 3 anos de exercício em CI (39) restou o total de 76 enfermeiros elegíveis para o estudo. Destes enfermeiros ninguém se mostrou indisponível para participar.

Após o planeamento do número de entrevistas e a dimensão dos grupos de participantes por entrevista a amostra ficou reduzida a 30 participantes distribuídos em grupos de 10 por cada entrevista de grupo focal. Em duas destas entrevistas, que ocorreram em abril de 2022, faltaram dois elementos por situações não previsíveis. Assim, o número de participantes foi de 26 enfermeiros, distribuídos por 3 Grupos Focais (GF), em que o GF I foi composto por 10 enfermeiros, o GF II e o GF III por 8 enfermeiros.

A caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes apresentada na tabela 3 permite identificar que 96% dos participantes encontram-se na faixa etária dos 31 aos 50 anos, sendo 73% do sexo feminino. Quanto aos anos de profissão 73% tem entre 11 e 20 anos, e 62% também se encontram nesta faixa quanto aos anos de experiência profissional no SMI. No que respeita à formação académica e profissional 69% possuem o título de especialista e, destes, 61% são em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 28% em Enfermagem de Reabilitação e 11% em enfermagem de Saúde Mental. Apenas 10 participantes têm uma pós-graduação em enfermagem e 5 cursos de mestrado. No que concerne à formação na área do delirium 77% têm formação ministrada no SMI e 15% noutra instituição. Salienta-se que em 95% dos casos a formação foi de curta-duração (1 a 8h) e 5% de média-duração (>8-25h).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes dos GF

| <b>CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DOS GF</b>   |       |                          |                          |                           |
|---|-------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Variáveis</b>                                |       | <b>GF I<br/>(N=10) %</b> | <b>GF II<br/>(N=8) %</b> | <b>GF III<br/>(N=8) %</b> |
| <b>Idade</b><br>(gradiente em anos)             | 31-40 | 30%                      | 50%                      | 63%                       |
|   | 41-50 | 70%                      | 38%                      | 37%                       |
|   | 51-60 | -                        | 12%                      | -                         |
| <b>Sexo</b>                                     | Masc. | 20%                      | 37%                      | 25%                       |
|   | Fem.  | 80%                      | 63%                      | 75%                       |
| <b>Anos de profissão</b><br>(gradiente em anos) | 3-10  | -                        | 12%                      | -                         |
|   | 11-20 | 60%                      | 76%                      | 88%                       |
|   | 21-30 | 40%                      | -                        | 12%                       |

|  |                           |           |           |             |             |
|--|---------------------------|-----------|-----------|-------------|-------------|
|  | 31-40                     | -         | 12%       | -           |             |
| <b>Anos de experiência profissional</b><br>(gradiente em anos) | 3-10                      | 10%       | 25%       | 25%         |             |
|  | 11-20                     | 60%       | 63%       | 63%         |             |
|  | 21-30                     | 30%       | -         | 12%         |             |
|  | >31                       | -         | 12%       | -           |             |
| <b>Formação académica e profissional</b>                       | PLE                       | SM        | 20% (N=2) | -           | -           |
|  |                           | MC        | 30% (N=3) | 62.5% (N=5) | 37.5% (N=3) |
|  |                           | R         | 30% (N=3) | 12.5% (N=1) | 12.5% (N=1) |
|  | Mestrado                  | 10% (N=1) | 25% (N=2) | 25% (N=2)   |             |
| <b>Formação na área do delirium</b>                            | Sim                       | 90%       | 63%       | 75%         |             |
|  | Não                       | 10%       | 37%       | 25%         |             |
| <b>Duração da formação em delirium</b>                         | Curta duração<br>(1 a 8h) | 100%      | 80%       | 100%        |             |
|  | Média duração<br>(> 8h)   | -         | 20%       | -           |             |

Legenda: Fem.=Feminino; Masc.=masculino; MC=Médico-Cirúrgica; N=número de participantes; PLE= Pós-Licenciatura em Enfermagem; R=Reabilitação; SM=Saúde Mental.

Como a técnica utilizada para a recolha de dados será a entrevista em grupo, os critérios da sua consecução serão melhor explicados no subcapítulo seguinte.

## 2.6 PROCEDIMENTOS PARA COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta a questão de investigação, a consecução dos objetivos, as características e o número dos participantes que pertencem ao mesmo contexto de trabalho e, partilham o mesmo fenómeno de interesse, optou-se pela entrevista semiestruturada em GF, como técnica para a recolha de dados. Esta opção seria promotora da inclusão de um número de participantes mais elevado num período de tempo mais restrito, o que foi relevante dada a situação pandémica e os constrangimentos que impôs à colheita de dados.

A entrevista em GF é considerada uma técnica muito valiosa para colher dados pois, potencia a discussão no grupo (com o mesmo foco de interesse) e consequentemente a riqueza dos dados aí obtidos (Streubert & Carpenter, 2013). De acordo com Coutinho(2021) esta entrevista “visa explorar perceções, experiências ou significados de um grupo de pessoas que têm alguma experiência ou conhecimento em comum sobre umadada situação” (Coutinho, 2021, p.143).

No que respeita ao tamanho do GF, a literatura não é consensual, contudo um número entre quatro e dez elementos é frequentemente apontado, para não comprometer o controlo e a equidade de participação.

Aos 76 potenciais participantes foi enviada uma mensagem pelo e-mail institucional para os auscultar sobre a sua disponibilidade em participar no estudo. Nesse e-mail foi-lhes explicado o perfil da investigadora, qual o propósito da investigação e sua metodologia, o parecer favorável da Comissão de Ética (CE) com o processo nº: OBS.SF.022-2022, e questionado sobre a sua disponibilidade para participação nos grupos focais. Apelando à participação também se informou que dependendo do nº de profissionais que se disponibilizassem poderia não ser possível integrar todos, nesta etapa de colheita de dados. Uns manifestaram o seu interesse pessoalmente outros responderam afirmativamente ao email, considerando-se que os que não responderam não estariam interessados em participar. De todos os que manifestaram interesse, foram selecionados pela investigadora em colaboração com a coordenação da equipa, os enfermeiros que possuíam características que permitissem constituir grupos heterogéneos e obter uma entrevista rica e aprofundada. Foram seguidos os princípios defendidos por Trad (2009), autor que também advoga que o grupo tenha características de homogeneidade o que foi conseguido pelo conhecimento e partilha do mesmo foco/problema.

Assim, cada grupo focal integrou participantes: com maior e menor tempo de exercício profissional no serviço; do sexo feminino e masculino; com formação graduada e pós-graduada (especialistas em enfermagem médico cirúrgica e reabilitação); e pelo menos um elemento do grupo de trabalho “Gestão e controlo da tríade Dor, Sedação e Delirium na PSC”. Após a marcação de três momentos de entrevistas, que reuniam a possibilidade de maior consenso de disponibilidade e o contacto telefónico para os potenciais participantes, a amostra ficou reduzida a 30 participantes distribuídos em grupos de 10 por cada entrevista de grupo focal. Em duas destas entrevistas, que ocorreram em abril de 2022, faltaram dois elementos por situações não previsíveis.

O tempo limitado para a conclusão da dissertação não permitiu o planeamento de uma colheita de dados mais alargada, pelo que cada entrevista foi preparada de modo a maximizar toda a informação dos participantes. Assim, é expeável atingir os objetivos e a saturação dos dados pelas repetições e confirmações dos dados colhidos, não sendo necessário outras sessões.

A seleção da sala para a entrevista obedeceu ao definido por Trad, (2009) e Souza (2020), sendo realizada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra numa sala

ampla, arejada, com luz natural, isenta de ruído externo, que os participantes conheciam e onde estiveram em círculo.

No dia das entrevistas foi distribuído, pelos participantes, folhas de rascunho, caneta e uma garrafa de água e ficaram dispostos em U à volta das mesas, podendo estarem frente a frente proporcionando uma discussão ao mesmo nível.

O guião de entrevista foi elaborado pela investigadora com questões “abertas”, por forma a que os participantes expressassem as suas experiências e perceções, com o intuito de obter informações relevantes, permitindo à investigadora compreender e analisar esse fenómeno em estudo respondendo aos objetivos propostos (Apêndice I). O guião enquanto elemento de suporte ao entrevistador integrou o conjunto de orientações prévias ao início da entrevista (agradecimento da participação, a questão de investigação, objetivos específicos, as regras que os participantes do GF deverão assumir ao longo da entrevista, assinatura do consentimento informado e autorização de gravação) as questões centrais cuja ordem sequencial é meramente indicativa e dependerá do fluir da entrevista, algumas subquestões e por último o agradecimento.

Os participantes foram previamente contactados e informados do propósito do contacto, bem como da data, hora e local da entrevista e da disponibilidade do investigador para qualquer esclarecimento, cedendo nº de telefone e endereço de e-mail.

As entrevistas foram gravadas, com consentimento dos participantes, com recurso a dois telemóveis e 1 computador por forma a captarem eficazmente toda a informação verbalizada. Todas tiveram uma duração superior a uma hora (tempo médio 1h e 20 minutos).

Para a coordenação e execução deste procedimento, a investigadora/moderadora GF manteve o autocontrolo, promoveu uma discussão produtiva, intreviu só para apresentar novas questões, esteve atenta ao fluir da conversa para que não desfocassem do pretendido e concomitantemente ao tempo decorrido para que – não ficasse nenhuma questão por realizar (Gondim & Bahia, 2003; Trad, 2009; Souza, 2020).

Saliente-se que foi realizada uma entrevista de teste e treino para assegurar a clareza e facilidade de compreensão do guião e em simultâneo tranquilizar o entrevistador sobre o seu desempenho enquanto tal. A entrevista realizada em março de 2022, numa sala da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, seguiu as orientações definidas para as restantes entrevistas: 10 enfermeiros do mesmo serviço; assinatura do consentimento livre e esclarecido e autorização para que se procedesse à gravação. Saliente-se que estes participantes não eram detentores dos critérios de elegibilidade já anteriormente definidos.

Para a caracterização sociodemográfica e formação profissional dos participantes de cada GF foi realizado um questionário (Apêndice II) que funcionou como uma unidade de colheita, identificada por um código numérico. As variáveis deste questionário foram: idade em anos, sexo, nº de anos de profissão, nº de anos de experiência profissional no serviço de Medicina Intensiva (SMI), formação académica e profissional, formação na área do delirium, duração da formação em delirium, e ano da última formação em delirium.

O questionário foi apresentado aos participantes no dia da entrevista, através de um *Link* que a investigadora enviou para os seus e-mails e que os direcionava para o *forms office* 365. O seu preenchimento ocorreu dentro da sala destinada às entrevistas, depois de assinarem o consentimento livre e esclarecido e imediatamente antes do início da entrevista. O tempo de preenchimento do questionário foi em média de dois minutos.

## 2.7 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (2018) alerta para a integridade individual do investigador e da própria investigação, podendo ser postos em causa se: faltar à verdade científica não cumprindo a fiabilidade e rigor, objetividade, imparcialidade e independência, transparência, respeito pelos investigadores e sujeitos da investigação; e plagiar. Para além de assegurar os mais elevados padrões de integridade científica também devem ser assegurados os mais elevados padrões éticos obtendo o parecer ético da instituição onde se realizará o estudo.

O projeto de investigação foi submetido à apreciação da CE da Unidade de Inovação e Desenvolvimento do centro hospitalar onde decorreu o estudo, sobre o cumprimento e não violação de nenhum princípio ético, obtendo parecer favorável no dia 28/02/2022 com o processo nº: OBS.SF.022.2022 (Anexo I). À enfermeira gestora onde decorreu o estudo foi também solicitado parecer sobre o projeto de investigação, tendo manifestado informação favorável à sua consecução.

Os códigos de ética, como o código de *Nuremberga*, são uma realidade consensual e transversal a todos os investigadores independentemente do método utilizado. Os princípios éticos como a autonomia, beneficência e justiça devem sustentar todo o estudo de investigação desde a sua conceção até ao impacto da sua publicação. Quanto à autonomia a participação e o consentimento informado devem ser voluntários e este último assinado. No que respeita à beneficência nenhum participante pode ser lesado e quanto à justiça deve-se garantir a confidencialidade, anonimato e respeito humano (Streubert & Carpenter, 2013).

O consentimento informado é um requisito obrigatório deste estudo, que envolve indivíduos adultos, existindo princípios que foram tidos em consideração antes da sua assinatura, prévia às entrevistas (Apêndice III). A investigadora proporcionou esclarecimentos sobre a realização do estudo e as dúvidas emergentes. Os participantes foram informados que podiam desistir da sua participação e que a sua decisão seria atendida, não sendo incluído no estudo, o que não ocorreu com nenhum participante.

Na transcrição *verbatim* foram omitidas todas as referências a pessoas e situações que podiam quebrar o anonimato e a confidencialidade dos dados. Os participantes tiveram conhecimento destes procedimentos inerentes à investigação, previamente à entrevista e assinatura do consentimento.

O áudio e a transcrição das entrevistas, serão guardados em segurança e destruídos quando deixar de ser útil à investigação (Streubert e Carpenter, 2013).

A confidencialidade da investigadora foi e manter-se-á baseada no código deontológico da profissão pelo qual se rege. As considerações éticas fazem parte das competências do enfermeiro especialista no Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal, devendo na sua prática como investigadora, respeitar a deontologia profissional (Lei nº 156, 2015).

## 2.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Sendo a investigadora um elemento integrante da equipa de enfermagem dos participantes importa salientar que a consciencialização da possível influência na interpretação dos dados e de todas as etapas do desenho do estudo, faz parte da sua reflexão. Tal como Streubert e Carpenter (2013) referem “A reflexividade melhora a qualidade da investigação através da capacidade de compreender as nossas posições e interesses enquanto investigadores e o modo como isso afeta todas as etapas do processo de investigação” (p.36).

A análise de dados na investigação iniciou-se no momento da colheita de dados com o propósito de identificar outras questões que possam ser incluídas na entrevista ou nas seguintes (Streubert & Carpenter, 2013).

A análise de dados segundo Polit e Beck (2019) consiste em organizar, estruturar e obter significado dos dados, sendo um trabalho desafiador para o investigador uma vez que não existem regras universais de análise; exige sensibilidade e criatividade para discernir padrões de forma equilibrada e concisa permitindo-o a estruturar, organizar,

interpretar e integrar uma quantidade colossal de relatos em um todo unificado, mantendo a riqueza dos seus resultados.

O método utilizado para a análise dos dados das entrevistas foi a análise de conteúdo segundo Bardin (2016) que, resumidamente, se realiza em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise consiste na “leitura flutuante” e exaustiva do texto por forma a organizar construindo-se indicadores, baseados nos objetivos do estudo, obedecendo a determinadas regras. Essas regras são: a exaustividade, não se deve omitir nenhuma informação; a representatividade universal da amostra; a homogeneidade os dados, devem ter o mesmo critério de inclusão; a exclusividade das unidades de registo, em que dados que intuíram uma categoria não poderão intuir numa outra; e a pertinência de justificarem os objetivos do estudo. Na fase de exploração do material, estruturam-se os dados em estruturas de análise que consistem numa palavra, frase, que detêm o sentido completo, que serão posteriormente codificadas. A unidade de registo é um excerto do texto, com um determinado significado que foi codificado e que visa a categorização. A categorização agrega as unidades de registo mediante determinadas regras: a exclusão mútua em que as unidades de registo não podem configurar noutras categorias; a homogeneidade só pode haver uma dimensão de análise; a pertinência em que as categorias devem refletir as intenções da investigadora; a objetividade e fidelidade reporta-se a ter a mesma categorização mesmo após várias análises; e a produtividade em que deve fornecer resultados férteis. A etapa final é de extrema importância, requerendo revisão constante do quadro de referência e dos objetivos do estudo.

Assim, após uma leitura fluente sobre o documento produzido da transcrição das entrevistas, emergiram ideias centrais (frases, palavras, temas) com significado para o fenómeno em estudo emergindo códigos. Posteriormente a investigadora encetou uma nova leitura mais pormenorizada com o objetivo de reconhecer e organizar as ocorrências padronizadas agregadas a cada codificação, identificando as unidades de registo, reorganizando-os por categorias e subcategorias.

Por forma a validar a metodologia até então utilizada, o conteúdo foi analisado pela professora orientadora desta investigação, afim de apurar se não existiam ambiguidades na categorização e/ou nas unidades de registo que as descrevem. Procedeu-se a uma análise global e acredita-se que existe coerência entre as unidades de registo, as categorias e os objetivos inicialmente propostos.

Segundo Coutinho (2021) após identificadas as categorias definitivas, segue-se para a inferência e interpretação dos resultados. Mediante os mesmos autores, todos os estudos independentemente do seu paradigma, positivista ou construtivista, devem ter rigor científico, contudo os critérios para a sua consecução serão específicos para cada um deles. O rigor dos estudos qualitativos conquista-se pela credibilidade, transferibilidade, consistência e aplicabilidade (Coutinho, 2021). A Credibilidade, tem paralelo na validade interna, e é alcançada submetendo os resultados ao escrutínio de um enfermeiro perito em metodologia qualitativa e que demonstre conhecimento sobre a problemática em estudo, devendo ele chegar aos mesmos resultados. A transferibilidade (validade externa nos quantitativos) consiste na aplicação dos resultados do estudo noutro contexto similar, daí a importância da descrição detalhada e pormenorizada para que possa ser representativa. A Consistência e aplicabilidade, similar à fiabilidade dos estudos quantitativos, permitem que o estudo seja aplicado de novo, seguindo a mesma metodologia encetada pelo investigador, podendo chegar a resultados similares, uma vez que é um estudo sustentado na percepção dos participantes, podendo existir divergências (Coutinho, 2021).

Os dados sociodemográficos e de formação profissional dos participantes de cada grupo focal foram analisados com recurso a software de análise de dados quantitativos. As técnicas estatísticas descritivas utilizadas foram: distribuições de frequências como a frequência absoluta e a relativa e medidas de tendência central como a média.

### **PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



### 3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação e a análise dos dados qualitativos ocorrem em simultâneo e o significado dos resultados emerge dessa análise (Polit & Beck, 2019). É uma fase muito complexa, ao exigir do investigador uma análise aprofundada, detalhada e estruturada dos vastos relatos para conseguir compreender e evidenciar o que eles revelam (Streubert & Carpenter, 2013).

Da análise de conteúdo dos dados obtidos pela transcrição das entrevistas aos GF, que refletem a perceção dos enfermeiros sobre a PSC em delirium, as suas práticas de cuidado e o que influencia essas práticas, emergiram seis categorias, e respetivas subcategorias, associadas à codificação dos relatos, que são: “A PSC em delirium: conceções”; “Impacto(s) da ocorrência de delirium”; “Avaliação da PSC em delirium”, “Intervenção preventiva”, “Constrangimentos no cuidar”; e “Como promover o cuidado: sugestões”, como representa a tabela 4.

Tabela 4 – Representação esquemática das categorias e subcategorias que compõem a questão de investigação.

| <b>Questão de investigação: “O que influencia o enfermeiro de CI na intervenção com a PSC em delirium ?”</b> |   |
|--|---|
| <b>Categorias</b>  | <b>Subcategorias</b>  |
| A PSC em delirium: conceções   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome complexa</li><li>• Complexidade no diagnosticar</li><li>• Tipologia</li><li>• Tratamento</li></ul>   |
| Impacto(s) da ocorrência de delirium   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Para a PSC</li><li>• Para a família</li><li>• Para o enfermeiro</li></ul>   |
| Avaliação da PSC em delirium   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Objetiva e sistemática</li><li>• Sustentada na experiência do enfermeiro</li><li>• Fatores de risco a considerar</li><li>• Contributo(s) da avaliação</li></ul>   |
| Intervenção preventiva   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gerir a terapêutica farmacológica</li><li>• Promover a presença da família</li><li>• Remover os dispositivos invasivos</li><li>• Mobilizar precocemente</li><li>• Orientar no tempo e no espaço</li><li>• Estimular sensorialmente</li><li>• Gerir o ambiente</li><li>• Promover o sono</li></ul> |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Constrangimentos no cuidar         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de diagnóstico</li> <li>• Déficit de conhecimento</li> <li>• Gestão de tempo</li> <li>• Gestão de prioridades</li> <li>• Déficit de documentação das intervenções</li> <li>• Déficit de formação</li> <li>• Colaboração interprofissional</li> <li>• Cultura de trabalho de equipa</li> <li>• Ambiente UCI</li> </ul> |
| Como promover o cuidado: sugestões | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação do padrão de documentação</li> <li>• Adequação do rácio enfermeiro/doente</li> <li>• Formação</li> <li>• Utilização de referenciais na prática clínica</li> </ul>   |

Cada categoria integra um conjunto de subcategorias que emergiram da análise interpretativa dos dados obtidos nas entrevistas em grupo, seguindo a metodologia explicitada no subcapítulo tratamento e análise de dados. As questões do guião da entrevista e os objetivos da investigação contribuíram para a orientação desta análise.

• **Categoria – A PSC em delirium: concepções**

Os enfermeiros entrevistados nos GF, em seus discursos apresentam concepções sobre a PSC em delirium, emergindo desta categoria as seguintes subcategorias: síndrome complexo, complexidade no diagnosticar, tipologia e tratamento.

Os participantes têm a concepção que o delirium é uma síndrome que se reveste de complexidade pelas múltiplas respostas que a pessoa pode apresentar, pela oscilação, diferente intensidade e variabilidade entre pessoas dessas respostas, isto é, uma **síndrome complexa**. Assim, consideram que há uma alteração da cognição e do comportamento, manifestada por pensamento desorganizado, falhas de atenção e memória, agitação, apatia entre outros. É multifatorial, não dissociável do percurso da doença crítica apesar de não ocorrer em todas as PSC, porém o delirium é agudo, transitório e reversível.

“... é uma síndrome, tem sinais e sintomas, que é de difícil diagnóstico! O delirium tem défice de atenção e alterações cognitivas e essas alterações cognitivas podem ser manifestadas por pensamentos desorganizados e comportamentos desajustados, não é? Estão em mutismo, a questão é - a confusão é esta desorganização? Mas às vezes pode ... falta-me ...” (GF I).

Na discussão em grupo surge a questão da diferenciação entre delirium e confusão, o que define cada um dos conceitos, se realmente exprimem o mesmo significado.

“Na Confusão não tens déficit de atenção. A pessoa está confusa (exatamente) mas, não tem déficit de atenção. No delirium, tu não consegues, tu estás a falar para ele e ele está a olhar para tudo e se calhar menos para ti (não foca/está completamente desatento/ tem déficit de atenção) não foca, não é?” (GF I).

A subcategoria **complexidade no diagnosticar**, reporta-se ao conjunto de conceitos dos participantes dos três GF sobre as suas dificuldades associadas ao diagnóstico de delirium. Dada as múltiplas manifestações que a PSC em delirium pode apresentar expressam a conceção que o seu diagnóstico não é linear, é complexo. Sendo a desatenção, a flutuação e/ou alteração do estado basal e o pensamento desorganizado critérios para se diagnosticar delirium, a complexidade na sua identificação prende-se com: o déficit de atenção, a facilidade de distração ou a resposta a questões dirigidas a outras pessoas; as alterações comportamentais, em relação ao seu estado basal que flutuam ao longo do dia apresentando períodos de calma e agitação alternados, por vezes com predomínio noturno; e o desconhecimento do estado basal da pessoa tendo de se envolver a família para o identificar. Esta situação ainda é mais complexa quando uma patologia neurológica originou ou desenvolveu-se no internamento da PSC.

“Eu acho que que é muito importante nós também conhecermos o estado basal da pessoa, como é que aquela pessoa era em casa. Para depois, avaliarmos se há flutuações ou não, ao longo do dia ou ao longo do internamento, uma vez que esse é um dos critérios para o diagnóstico (...) de delirium.” (GFI).

As conceções expressas pelos participantes sobre delirium na PSC permitiram identificar que têm conceitos sobre a sua diferente **tipologia**, constituindo esta uma subcategoria. As diferentes manifestações tais como: a agitação, sendo esta a manifestação mais significativa no delirium hiperativo; a apatia uma característica do hipoativo; alternar entre estas duas manifestações ao longo do dia é o misto, ou a PSC não está bem, mas não reúne todos os critérios para afirmar-se que está em confusão aguda que é o subsindromático. Expressam ainda, que o hiperativo é a forma mais fácil de diagnosticar em oposição ao hipoativo que frequentemente não é percecionado.

“... pode ser um delirium hipoativo em que está mais apático, mais...e o delírio hiperativo em que está mais agitado, mais inquieto ou o misto e que pode flutuar e alterar e alternar esses dois estados.” (GF III).

Também emergem das narrativas dos três GF um conjunto de conceitos, reunidos numa subcategoria, associados ao **tratamento** da pessoa em delirium. Há a conceção global que o tratamento primordial para o delirium passa pela implementação de medidas preventivas, podendo o tratamento farmacológico ser um complemento no controlo da

sintomatologia, mas que a evidência científica aponta para que a terapêutica não seja a solução. Têm a conceção que o delirium não tem tratamento.

“... nós sabemos que o delirium não tem tratamento, ou seja, a correção farmacológica ajuda, mas não se trata, e que a melhor forma de tratar o delirium é através da prevenção (...) ou seja, a medicação por si só, só vai controlar sintomas, não vai condicionar a causa.” (GFI).

- **Categoria – Impacto(s) da ocorrência de delirium**

A categoria “Impacto(s) da ocorrência de delirium” emergiu da discussão e descrição ocorridas nos três GF como um vasto conjunto de desfechos e implicações a vários níveis nomeadamente na satisfação e bem-estar da pessoa, da família ou dos profissionais. Estes decorrem das complicações que comprometem a recuperação e a promoção da saúde de todos, a independência da PSC nos autocuidados, a sua readaptação funcional e da sua família e conseqüentemente a organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, neste vasto discurso emergiram as seguintes subcategorias: “para a PSC em delirium”, “para a família” e “para o enfermeiro”.

As conseqüências **para a pessoa da sua situação de delirium** são vastas e podem ocorrer a nível físico, cognitivo, emocional ou mesmo de sobrevivência. Os participantes enunciam: a privação do sono como uma conseqüência relevante, comprometendo o seu bem-estar ao longo do dia, contribuindo para a manutenção ou agravamento da situação de delirium; a complexidade do desmame ventilatório induzido pela dificuldade em a pessoa reter as instruções que conduzem ao sucesso; a agitação que coexiste com o risco de queda e de exteriorização acidental de dispositivos, o que está na génese do recurso frequente à contenção mecânica. Assim, compromete a recuperação do estado de saúde impelindo a PSC desenvolver complicações como alterações cognitivas, físicas, psicológicas, que podem perpetuar-se na sua vida quotidiana. É uma síndrome associada a mau prognóstico, sendo a morte o pior destes.

“... alterações da memória, alterações do pensamento, desorganizado, que se mantém e prevalece durante meses ou até anos após a alta, as pessoas têm dificuldade na função cognitiva, executiva, tudo, não é?” (GF III).

São também identificados impactos **na família** fundamentalmente a nível emocional e cognitivo dos familiares. O contacto com o familiar, com quem têm fortes laços afetivos, que evidencia um quadro de agitação e confusão, que expressa palavras ou gestos sem

sentido, que não o reconhece como alguém próximo, gera sentimentos de grande inquietação e stress. As consequências para a família são ainda agravadas pelo pouco tempo de visita no serviço e pelas eventuais necessidades de cuidados após alta pela retoma tardia do ritmo de vida habitual. Estas são bem evidenciadas nas descrições seguintes:

“... o que um familiar mais espera é que o seu familiar fique (...) alerta e calmo. E quando esse momento finalmente chega, só diz disparates, não o conhece, não se lembra. O delirium tem um impacto significativo e medido também naquele que é o bem-estar emocional e até cognitivo dos familiares.” (GF II).

“... isso implica, tem alterações muito grandes na qualidade de vida da pessoa e da família...E nós não temos noção do tempo que isso prevalece e da inabilidade que eles têm depois para retomar a sua condição social, laboral, etc.” (GF III).

Nos discursos emergem, também, consequências **para o enfermeiro** de cuidar uma pessoa em delirium. Há uma forte convicção que este processo de cuidados exige uma disponibilidade acrescida de tempo que, muitas vezes, não têm para dispensar. A maior carga de trabalho, tem reflexos no nº efetivo de horas de trabalho despendidas com aquela pessoa, mas também, nas exigências psicológicas e emocionais para o profissional. Esta situação vai ocasionar-lhe um desgaste psicológico interferindo negativamente com o seu bem-estar e na qualidade dos cuidados prestados, tal como é refletido por este participante.

“... fico extremamente ansiosa quando tenho um doente em delirium. Eu próprio saio esgotada, é um turno esgotante para mim. É o pior turno que eu possa ter, é um doente agitado ou em delirium (...) Mas para mim é o turno mais cansativo, posso ter outros turnos onde possa ter o triplo do trabalho que fazer, mas este é o turno que me cansa mais. Então se eu tiver 2 doentes assim, quase que saio de lá a rastejar.” (GF I).

- **Categoria – Avaliação da PSC em delirium**

A categoria “Avaliação da PSC em delirium” surgiu dos vastos relatos dos participantes quanto ao entendimento sobre como avaliavam e parametrizavam a pessoa em delirium, bem como do seu contributo para a organização e qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas nomeadamente à PSC em delirium.

Assim, emergiram as subcategorias: “Objetiva e sistemática”, “Sustentada na experiência do enfermeiro”, “Fatores de risco a considerar” e “Contributo(s) da avaliação”.

Os participantes identificaram nos três GF a existência de um instrumento de parametrização do delirium na PSC, a CAM-ICU, que permite rigor e uniformização da avaliação. Assim, emergiu a subcategoria relativa à avaliação – **objetiva e sistemática**. O instrumento exige o cumprimento de determinados passos para a sua concretização como: a monitorização da oscilação da RASS; a alteração do estado basal; o uso da mnemónica CASABLANCA ou de imagens; e um conjunto de questões básicas a apresentar à pessoa que está a ser avaliada. Identificam que o resultado da CAM-ICU pode ser positivo ou negativo, deve ser comunicado ao médico, sendo esta condição necessária para se diagnosticar delirium. Complementarmente expressam que nem sempre recorrem à avaliação objetiva, pelas dificuldades associadas ao uso da escala ou por considerarem que a partir da identificação de algumas respostas na pessoa podem assumir que está em delirium.

“... a maior dificuldade é, por vezes, fazer uma avaliação atempada, criteriosa e sistemática.” (GFI).

“Chamar a atenção para que o delirium realmente não se diagnostica, não é a olho. A gente não olha (risos) e vê se ele está presente ou não (risos). Realmente temos instrumentos, concordemos com eles ou não, mas é através de instrumentos precisos que depois dão um resultado ... “(GF II).

“Idealmente devíamos aplicar pelo menos uma vez por dia, quer esteja quer não esteja! A verdade é que só colocamos a partir do momento em que tem uma RASS superior a menos 2 e aí é que temos de estar atentos porque só nesse momento é que faz sentido levantar este diagnóstico de monitorização do delirium não é uma coisa que à partida lá esteja.” (GFIII).

Os participantes referem que a tomada de decisão é, por vezes, **sustentada na sua experiência**, escorada na perceção que o doente está em delirium, pela manifestação de determinados sinais aos quais o associam. Assim, não sentem a necessidade de aplicar um instrumento de parametrização pois, se manifestar agitação associam à fase hiperativa e se manifestar apatia, à fase hipoativa. Saliente-se que há também a perceção que esta é uma prática que tem sido questionada pelos próprios pelas fragilidades que lhe identificam.

“Acabas por te apoiar nos sinais de delirium, do que propriamente no instrumento de diagnóstico.” (GF I).

“Nós temos a perceção...(silêncio) nós temos a perceção que o doente poderá estar em delirium, nós dizemos muitas vezes “Este doente é capaz de estar em delirium”, temos a perceção, não é?” (GF III).

Os participantes dos GF entrevistados ao referirem-se à avaliação do delirium com a PSC consideram que existem fatores de risco que, de forma independente ou associados poderão potencializar e/ou despoletar o delirium. Deste conjunto de considerações emergiu a subcategoria **fatores de risco a considerar**. Entre estes fatores explicitam: a idade superior a 65 anos; o ambiente da unidade de cuidados intensivos, onde se salienta ausência de luz natural e a consequente ausência cronológica dia/noite; o ruído; a ausência de um sono reparador; a sedação; o uso de fármacos que potenciam o delirium, que inevitavelmente têm de ser administrados para controlo das respostas aos processos fisiopatológicos inerentes à doença crítica; e à ventilação mecânica. Na avaliação estes fatores nem sempre são equacionados pois, nem sempre estão despertos para eles.

“Que existem fatores predisponentes e fatores de risco, que acho que nós muitas vezes não estamos alerta para quais são efetivamente cada um deles, o facto da ventilação mecânica, a idade, por si só já são fatores predisponentes que o vão potenciar mais.” (GF I).

“... o doente que está deitado, olhar constantemente ... que tem um défice cognitivo, défice de estimulação sensorial, está sempre a olhar para o teto, depois é só ruído, é só barulho, (...) não vendo luz direta, ou seja, não há céu, não há sol, não há lua, ou seja é tudo cinzento.” (GF I).

A subcategoria **contributo(s) da avaliação** emergiu de forma bem patente no discurso dos entrevistados dos três GF. A avaliação é na sua conceção muito importante para o rigor na tomada de decisão do enfermeiro, permitindo-lhe avaliar o delirium de forma objetiva e uniforme, por forma a planearem e implementarem as intervenções adequadas. Paradoxalmente, alguns profissionais afirmaram, que a avaliação do delirium passa para segundo plano, não constitui uma prioridade sempre que há outras pessoas com alterações fisiológicas que podem colocar a vida da PSC em risco. Pela sua subjetividade e não ter tradução em alterações fisiológicas há descuido na avaliação apesar de reconhecerem que o delirium é tão importante como outra disfunção que a pessoa apresenta.

“... ela faz uma avaliação de determinados domínios, como da atenção, da forma da cognição que eu considero muito relevantes, até para a implementação de diagnósticos e de intervenções em enfermagem.” (GF I).

“... se nós consultarmos o processo do doente, tem registo de delirium, eu já espero que o doente tenha essa flutuação e, portanto, entendo isso e reajo e organizo os meus cuidados de forma diferente (...) é importante para perceber a dinâmica da nossa

tomada de decisão (...) o plano é do doente, é partilhado (...) vai explicar muito a evolução do nosso plano.” (GF II).

- **Categoria – Intervenção preventiva**

A categoria “Intervenção preventiva” emergiu das referências às intervenções autónomas e interdependentes que os enfermeiros de CI consideram que executam na sua atividade quotidiana na gestão da PSC em delirium. Consideram que a sua atividade se caracteriza por: gerir a terapêutica farmacológica; promover a presença da família; remover os dispositivos; mobilizar precocemente; orientar no tempo e no espaço; estimular sensorialmente; gerir o ambiente; e promover o sono. Estas constituem as subcategorias.

Relativamente à subcategoria **gerir a terapêutica farmacológica** os entrevistados ressaltam a importância de gerir a sedação e a analgesia segundo o protocolo instituído no serviço, mantendo os doentes mais acordados e sem dor. Contudo, alguns dos participantes reforçam a importância da equipa passar a adotar orientações mais recentes de gestão de fármacos sedativos pois, uns fazem-no com mais frequência que outros. Salientaram ainda, que os fármacos não tratam o delirium, porém ocasionalmente para uns, mais reiterado para outros, é necessário socorrer-se deles no controlo dos sintomas. Os participantes são consensuais ao integrarem o regime terapêutico que a PSC cumpria no domicílio, nomeadamente os psicofármacos ou outros similares, como um elemento importante para a prevenção e controlo da ocorrência de delirium na PSC.

“... quando os doentes estão ventilados e sedados, sobretudo em doentes não neurocríticos onde podemos ter uma autonomia entre aspas relativa, mas que podemos segundo o protocolo de sedação reduzir por 2 vezes o ritmo da sedação, mexer um bocadinho, tentar diariamente reduzir a sedação. Privilegiar a analgesia, não é?” (GF I).

“... reforçar ao clínico que o doente já tomava previamente determinado ansiolítico.” (GFII).

Em 2 grupos focais emergiu na análise das entrevistas **promover a presença da família** como uma das intervenções de enfermagem relevantes pois, esta é benéfica para a PSC. A presença dos familiares na visita, o contacto telefónico e/ou as videochamadas são intervenções que promovem pois, reconhecem-nas como muito importante porque tranquilizam a PSC, incutem-lhes calma e em simultâneo fornecem

informações imprescindíveis ao cuidado da PSC em delirium - o seu estado basal, seus hábitos e preferências.

“... a família também é um foco muito importante para a evolução positiva do doente, pronto. E acho que por isso, se permite mais tempo dos familiares junto da pessoa (...) conhecermos melhor o doente e só conseguimos isso através da família.” (GF I).

Outra das intervenções preventivas refletida em dois grupos focais foi **remover os dispositivos**. Salientam a necessidade de remover os dispositivos invasivos desnecessários o mais precocemente possível, como mais uma medida preventiva e a não descurar. Prática considerada protetora do delirium, porém ainda não enraizada no seio da equipa.

“... às vezes retirar uma sonda vesical poderá ser uma estratégia, que às vezes temos um dispositivo, uma linha arterial que até nem precisa. Mas ainda há muita dificuldade, e acho que também passa um bocadinho por essa gestão, da gestão dos dispositivos invasivos como um fator.” (GF I).

Os participantes foram unânimes ao afirmarem que **mobilizar precocemente** a pessoa é uma das intervenções mais relevantes na prevenção da ocorrência de delirium com grande relevo na unidade de cuidados. A verticalização, o levantar, o transferir para o cadeirão ou o simples sentar no leito, altera de forma positiva a percepção, a consciência e autonomia da PSC. Salientam que estas intervenções não devem ser restritas dos enfermeiros com o título de especialistas em enfermagem de Reabilitação.

“... muitas vezes só o verticalizar, o levantar o doente, o sentar, há uma alteração no estado de percepção da pessoa, completamente! A pessoa começa a ficar mais presente, até o olhar começa a ficar mais...a acompanhar-nos ...” (GF I).

“... o facto de sentarmos os doentes, a colocação dos doentes no plano inclinado, nós sabemos o quanto isto do ponto de vista cognitivo é muito importante para essa prevenção, digamos assim.” (GF II).

A **orientação no tempo e no espaço** da PSC foi uma das subcategorias evidenciada pelos três GF, como uma intervenção muito importante na prevenção e tratamento do delirium. Descrevem que esta intervenção se foca em informar a pessoa sobre o local onde se encontram, o motivo de estarem ali internados, o dia e as horas em que estão, identificar-lhe ideias erróneas colocando-os a pensar sobre elas, ajudar a pessoa a ligar-se à realidade, e a contextualizá-lo sobre o ambiente que o rodeia. Estas são estratégias em que a comunicação é a ferramenta fundamental para a orientação da pessoa para a realidade.

“Para o prevenir é reorientar no dia, na pessoa que o está a abordar, onde ele está, a hora, o serviço, não é? Orientar se ele sabe que está no hospital (...) abordagem com a pessoa. Pronto, tentar sempre reorientar mostrar mesmo como é o espaço, o tempo. tentar arranjar estratégias de focar a atenção dele em pequenas coisas do dia a dia.” (GF I).

A subcategoria **estimular sensorialmente**, emergiu a partir da análise de conteúdo dos relatos dos participantes dos três GF. Esta estimulação pode e deve acontecer usando todos os sentidos, contudo, destacam a necessidade de uma comunicação centrada na pessoa, nas suas memórias, na expressão dos seus medos e emoções. A utilização de televisores, de relógios como estímulos e de se estimular mais frequentemente a pessoa são evidenciados pelos participantes. Um dos GF enfoca a intervenção de terapia ocupacional, de estimular o paladar e os sons que são conhecidos da PSC em delirium, enquanto outro especifica a importância das próteses auditivas e oculares, fotografias e outros pertences da pessoa como um estímulo benéfico.

“... eu estou aqui a pensar, desde os sons, aos paladares, aos gostos pessoais, livros, literatura, que seja adequada efetivamente àquilo que era a condição prévia da pessoa.” (GF I).

“... se for possível ele estar virado para um relógio, a televisão, o jornal, dar um jornal ao senhor, falando sobre a vida dele, ir questionando sobre a família, sobre as memórias dele o que fazia, não fazia, enfim todo esse estímulo ...” (GF III).

**Gerir o ambiente** da UCI emerge como relevante para a maioria dos participantes pois, é necessário assegurar ambientes seguros com diminuição do ruído pela redução dos alarmes ou recurso a outras estratégias e garantir a privacidade, como estratégias preventivas de delirium. Os participantes do GF II acrescentam a particularidade de diminuir a luz para promover o sono, um dos fatores precipitantes de delirium.

“... é fundamental todos nós estarmos sensibilizados para a prevenção e para o tratamento de da segurança do doente em cuidados intensivos e, portanto, nós e os enfermeiros especialistas nomeadamente, têm uma responsabilidade acrescida para criar ambientes seguros.” (GFIII)

**Promover o sono** uma subcategoria abordada em dois grupos focais como uma intervenção de enfermagem ou mesmo uma intervenção a implementar conjuntamente com a equipa médica, pela organização de cuidados, que deve ser considerada uma vez que o sono tem um impacto significativo no desenvolvimento do delirium.

“A mesma coisa em relação à promoção e proteção do sono saudável, em que a pessoa está, nós efetivamente temos esta noção, sabemos o impacto que isso tem (...)” (GF II).

“Vamos falar pelo sono por exemplo, vamos ao principal, se calhar, que resolvia metade dos problemas dos nossos doentes ...” (GF III).

- **Categoria – Constrangimentos no cuidar**

A categoria “Constrangimentos no cuidar” emergiu da ampla discussão nos três GF como uma área reconhecida por todos como complexa e que contribui em grande parte para as limitações que identificaram no cuidado à PSC em delirium.

Dos inúmeros relatos sobre esta temática elencaram-se as seguintes subcategorias: “Déficit de diagnóstico”, “Déficit de conhecimento”, “Gestão de tempo”, “Gestão de prioridades”, “Déficit de documentação das intervenções”, “Déficit de formação”, “Colaboração interprofissional”, “Cultura de trabalho de equipa” e “Ambiente UCI”.

É consensual nos três GF que existe um **déficit de diagnóstico** do delirium, perpetuando-o como uma realidade subdiagnosticada e subvalorizada. Percecionam que o delirium hiperativo é mais fácil de diagnosticar associado à agitação, em oposição ao hipoativo, que passa despercebido pelo seu comportamento apático que associam ao efeito colateral da sedação e/ou depressão e não a delirium hipoativo. Porém ambos permanecem por diagnosticar, apesar de reconhecerem que é uma realidade bem presente nos seus contextos. Aditam ainda, outras possíveis explicações para o delirium permanecer subdiagnosticado, o facto de ser uma disfunção cerebral à qual não atribuem a mesma importância como a outras disfunções orgânicas.

“...maioria das vezes está subdiagnosticado. Portanto, é uma realidade sim, mas mais omissa do que do que verificada no cenário clínico. Portanto, acabamos por chegar a dados mais por via da literatura, do que por via dos resultados dos nossos próprios contextos.” (GF II).

“Porque realmente nós ainda esquecemos muito esta lesão, sim não deixa de ser uma lesão cerebral, digamos assim, não é? Uma falência. Nós não a vemos como tal, mas não deixa de ser.” (GF II).

Quanto à subcategoria **déficit de conhecimento** os três GF foram unânimes ao reconhecerem que existe uma lacuna na consolidação dos conhecimentos na área do delirium no que respeita à avaliação objetiva e à implementação das intervenções.

No que concerne à avaliação objetiva reconhecem que a escala de avaliação do delirium não é de fácil aplicabilidade e memorização, comprometendo o diagnóstico, percecionando déficits no uso proficiente da escala associados: a dificuldades na sequência dos passos a seguir; à compreensão das respostas da pessoa (se não

responde por vontade própria, por incompreensão das questões ou se está em delirium); e à formulação das questões para avaliar o pensamento desorganizado, dado que estas lhes causa desconforto.

“... aquilo realmente não é fácil seguirmos a sequência quando estamos num doente, no momento a aplicar a escala, causa dúvidas (...) E aplicamos mal a escala, e quando eu vou rever (...) “Fiz esta e não fiz a outra, não fiz o passo 2”. Portanto não é uma escala fácil.” (GF II).

“... por vezes são perguntas que pode suscitar alguns risos, alguns comentários (...) isso pode inibir a pessoa a aplicar a escala.” (GF III).

No que se prende com o conhecimento que consideram insuficiente para intervir, os participantes dos três GF revelaram dificuldades em planear e prescrever as intervenções específicas para a pessoa em delirium, por forma a garantir a continuidade dos cuidados, transparecendo nas narrativas alguma insegurança sobre a prescrição de intervenções de enfermagem ou sobre a necessidade de uma intervenção multicomponente.

“... como não vemos que as nossas ações, são sempre uma mais valia, mas não há continuidade nessas ações deixa-se de aplicar (...) esse diagnóstico de delirium.” (GF III).

“... nós não precisamos assim tanto deles [médico], o que eles precisam é prescrever terapêutica ponto, o resto é nosso: mobilização claro que fazemos, (...) a reorientação, tudo o que nós podemos fazer autonomamente, o ambiente dentro do que é possível. Será que temos o cuidado com o ruído que devemos ter? Será que proporcionamos um bom sono? será que... enfim uma série de coisas que é quase tudo autónomo por isso eu acho que temos que explorar muito essa área.” (GF III).

No domínio da intervenção, em dois grupos focais, advogam que: a orientação para a realidade, é uma competência do âmbito dos enfermeiros de Saúde Mental o que de algum modo pode condicionar uma intervenção mais global da equipa; e percecionam uma conceptualização insuficiente sobre a intervenção de enfermagem perante a PSC em delirium.

“... sobre técnicas de orientação para a realidade. Se as pessoas se recordarem, existe uma dimensão emocional para qual nós não tivemos formação (...) Porque aquela intervenção reporta para uma competência específica, de um colégio específico ...” (GF I).

“... nós também estamos ainda numa fase de processo de construção de conceitos e que acho que isto nos leva, a elevar já um bocadinho o nível conceptual, que não é fácil de nós pensarmos que isto está tudo interligado” (GF II).

A subcategoria **gestão do tempo** foi discutida pelos participantes emergindo a percepção que intervir com a PSC em delirium exige disponibilidade exclusiva, não configurando como um foco de atenção à semelhança dos outros. Porém denota-se nos seus relatos incertezas quanto aos motivos para tal suceder, contudo justificam-no com a exclusividade de tempo exigida pela aplicabilidade da escala, o que não acontece com outras escalas que utilizam.

“... nós temos que ter foco, temos que ter uma disponibilidade, temos que ter um tempo exclusivo para aplicar aquela escala (...) portanto exige-nos muito mais presença e mais foco, que não acontece como outro tipo de escalas ...” (GF III).

Da discussão entre os participantes evidenciou-se a necessidade de **gerir prioridades**, dando primazia às intervenções que colocam em risco a vida da PSC e sempre que o rácio/enfermeiro não seja adequado, a decisão de intervir com a PSC em delirium passa para segundo plano, como descrevem nos relatos.

“... nós quando pensamos em avaliar também é para termos tempo para intervir (...) se temos outras prioridades mais emergentes, ou que nós consideramos mais emergentes, essa fica para trás é um facto. Ou seja, nós temos que ter também as condições de trabalho.” (GF III).

A subcategoria **déficit de documentação das intervenções** foi amplamente discutida pelos participantes dos três GF, salientando dos vastos relatos o reconhecimento que não documentam, de forma sistemática, o delirium mesmo quando o avaliam. Alegam dificuldade em o integrar no sistema informático à luz do padrão de documentação em uso no serviço. Das dificuldades expressas por todos os grupos evidenciaram-se: a in experiência de documentar no sistema informático o diagnóstico e as intervenções dado que estas não refletem o que executam para darem resposta às necessidades da PSC em delirium; e a impossibilidade de identificar o “Risco de Delirium” como se de um lembrete se tratasse, promovendo a avaliação por rotina para que não houvesse esquecimento do seu registo.

“Mas a questão é: eu posso não saber onde é que eu hei de registar, ou até qual é o diagnóstico mais adequado, mas pelo menos podia ter documentado nem que fosse mal. Até em diário, documentar que fiz, mas nem isso nós fazemos.” (GF I).

“Portanto torna-se muito difícil, tendo em conta que os sistemas de documentação não podem ter esta dimensão de agenda à partida, que as pessoas muitas vezes se consigam recordar atempadamente.” (GF I).

Ainda neste âmbito foi identificado num dos GF, a particularidade de não registarem as flutuações da RASS comprometendo um dos passos para se avaliar o delirium.

“... eu tenho dificuldade logo no início da aplicação porque existe (...) uma falha sobre o verdadeiro valor da RASS. Eu tenho poucas RASS avaliadas” (GF I).

A consciencialização que existe um **déficit de formação** na área do delirium emergiu como uma subcategoria nos constrangimentos no cuidar. Há reconhecimento que os processos formativos têm de ser promovidos para compreenderem e integrarem: a complexidade desta síndrome, a pessoa com alterações emocionais, a aplicação da escala, o documentar do diagnóstico, a avaliação e as intervenções mediante o padrão de documentação.

“Só podemos prevenir se avaliarmos e como é que nós vamos avaliar? com mais conhecimento, com mais sensibilização da equipa, e com mais registos e melhores registos” (GF III).

“Eu na altura em que nós tivemos a formação até que estava presente, nós lembrávamos e fazíamos regularmente depois vai passando e a equipa acaba por muitas vezes se calhar aí acaba por se esquecer, e não o faz!” (GF III).

A **cultura de trabalho de equipa** também configurou como um constrangimento no cuidar. Segundo os relatos de todos os GF, foi exposto a necessidade de existir alterações na cultura de trabalho no seio da equipa, deixando definitivamente o modelo biomédico, interiorizando a prática de cuidados centrados na pessoa, valorizando a sua intervenção autónoma, adotando os referenciais preconizados no serviço e incitando a cultura de monitorização de delirium.

“... porque nós não desenvolvemos uma cultura, mesmo quando era o sistema em papel, não estava desenvolvida uma cultura de avaliação do delirium entre nós.” (GF I).

“Eu acho que é a questão da ideologia multifatorial (...) e a nossa equipa não valoriza as consequências de um doente com delirium. Ou seja, nós... não faz parte da nossa estrutura pensar (...) um doente com delirium pode agravar, pode estar mais tempo internado ou pode acontecer qualquer coisa. Nós ainda não estamos focados!” (GF III).

A subcategoria **colaboração interprofissional** surgiu da perceção dos participantes dos três GF no que concerne à subvalorização da equipa médica face às intervenções de enfermagem com a PSC em delirium.

“Acho também que há uma grande resistência da equipe médica, quando nós transmitimos o valor da escala, nem todos estão receptivos a ter uma posição perante a nossa avaliação.” (GF I).

Da discussão dos participantes identificou-se a subcategoria **ambiente UCI** como um dos constrangimentos no cuidar a PSC em delirium, associado às várias intervenções invasivas durante o período diurno e até mesmo à noite; ao ruído constante (pelas conversas dos profissionais, alarmes dos inúmeros equipamentos que suportam a condição de vida) que dificulta o proporcionar de um sono tranquilo; a ausência de luz natural comprometendo a percepção da sequência dia-noite; e a vasta dimensão das UCI sendo difícil o seu controlo.

“... as intervenções que poderiam ser feitas de dia, muitas vezes são feitas à noite, anda-se a protelar durante o dia “Ad eterno” e à noite quando os doentes precisam de um ambiente descansado, sossegado, sem ruído [pausa] luz acesa, vamos colocar um dreno torácico, é porque vem a X às 3:30 da manhã para retirar um dispositivo qualquer, não há cultura nenhuma. Nós próprios, ruído, ruído, ruído, sem dúvida, e às vezes a própria gravidade dos doentes que não dá para isolar.” (GF III).

- **Categoria – Como promover o cuidado: sugestões**

Ao longo das narrativas dos participantes sobressaíram fatores que influenciaram a intervenção do enfermeiro de CI com a PSC em delirium, como descritos anteriormente, porém ao refletirem na prática clínica perante o foco delirium, emergiram sugestões que acreditam que futuramente poderão melhorar os cuidados prestados à PSC em delirium. Assim emergiram as seguintes subcategorias, para melhor compreensão da categoria: “Adaptação do padrão de documentação”, “Adequação do rácio enfermeiro/doente”, “Formação” e “Utilização dos referencias para o exercício profissional”.

**Adaptação do padrão de documentação** não foi uma subcategoria consensual nos GF, porém a maioria manifestou a necessidade de incorporar no plano de trabalho, no sistema informático, a monitorização da CAM por rotina, independentemente de reunir os critérios para a sua monitorização. Salientaram ainda a necessidade de melhorar a documentação, no que respeita: a nível da RASS, das intervenções, da escala, para se diagnosticar as necessidades e indicadores de saúde, por forma a sustentar as tomadas de decisão.

“... seria ou não viável ter um registo obrigatório, digamos assim, uma avaliação diária (...) o que for, o que a evidência mostrar (...) nós sabemos à partida que havendo um

campo obrigatório no BSimple a possibilidade de nos esquecermos, de não cumprirmos é menos possível e, portanto, essa podia ser uma solução.” (GF III)

Quanto à **adequação do rácio enfermeiro/doente**, esta subcategoria foi abordada pelo GF II salientando que um doente em delirium exige do enfermeiro disponibilidade acrescida em relação a outras intervenções, devendo o enfermeiro responsável de turno ter em consideração como horas acrescidas de cuidados no momento de realizar a distribuição diária.

“O doente está com delirium, nós não conseguimos sair de lá e dá uma carga de trabalho muito maior, e deve ser realmente ser tido em conta na distribuição, sem dúvida nenhuma.” (GF II).

A subcategoria **formação** complementada com treino emergiu como uma solução que empodera os enfermeiros de conhecimento por forma a exporem e dissiparem as dúvidas que os impede de um exercício de excelência.

“... eu acho que o grupo de formação, também desta área, tem muito trabalho a desenvolver nestes próximos anos. Acho que temos que criar mais momentos formativos, acho que temos que incluir a avaliação do delirium na prática na formação, e pôr os colegas mesmo a implementar a escala uns com os outros, nem que tenhamos que ter mais horas ou o tempo de formação tenha que ser estendido, porque se as pessoas também não se sentem seguras, não vão avançar sim, é mesmo este treino que é necessário, que as pessoas não tem esse conhecimento, não desenvolveram esse treino, então não se sentem seguras e não avançam para a prática” (GF III).

Evidenciou-se da discussão entre os entrevistados dos três GF, como uma sugestão de melhoria dos cuidados prestados com a PSC em delirium a **apropriação dos referenciais para a prática clínica**, que se organizou numa subcategoria. Nesta foram agregados contributos que se prendem com o assumir algumas ruturas na organização do trabalho com a mudança de mentalidade quanto ao modelo concetual de enfermagem, a humanização do ambiente e dos cuidados com o promover a presença do familiar, um plano centrado na pessoa com colaboração interprofissional e corrigir as falhas identificadas. Salientam que algumas destas mudanças já estão a ocorrer e que são um processo lento e progressivo.

“Mas se todos começamos a ter esta mentalidade, e começarmos a forçar um bocadinho se calhar mudariam as práticas (...) mas se a nossa prática, ainda temos dificuldade, porque não a interiorizamos, porque temos esta dificuldade.” (GF I).

“(...) eu penso que nós temos que olhar primeiro para o que é nosso e depois avançar para aquilo que é conjunto (...) corrigir todas as nossas falhas de enfermagem para

depois termos um conjunto de argumentos para sensibilizar os terceiros, nomeadamente a equipa médica, para melhorar e para trabalharem em conjunto connosco” (GF III).



#### 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma etapa fundamental onde se pretende evidenciar se os resultados obtidos dão resposta à questão de investigação que norteou este estudo e conseqüentemente aos objetivos inicialmente propostos, demonstrando ainda credibilidade e fiabilidade à interpretação dos mesmos com evidência na literatura encontrada.

Reconhecendo o delirium como uma realidade subdiagnosticada em CI, que põe em causa a segurança do doente, podendo causar défices cognitivos, físicos e psicológicos, cujo tratamento e prevenção decorrem de medidas preventivas, como vários autores descrevem, tornou-se pertinente encetar um estudo com enfermeiros face a esta problemática. Assim, neste estudo pretende-se compreender “O que influencia os enfermeiros de cuidados intensivos na intervenção com a pessoa em situação crítica em delirium?”. Para tal, encetou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa que decorreu numa SMI com 26 enfermeiros distribuídos em 3GF no período de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023.

O delirium, segundo a descrição na DSM-V, é uma disfunção neurológica, geralmente reversível com alteração da atenção, da consciência e da cognição, que tende a flutuar e a agravar ao longo do dia. Está associado a perturbações do ciclo do sono-vigília, podendo ocorrer mesmo inversão total (APA, 2013). A sua fisiopatologia apesar dos avanços científicos ainda não está completamente determinada, várias alterações do sistema nervoso central culminam nessa ocorrência, considerando-o multifatorial (Silva et al., 2013).

Os participantes do estudo vão ao encontro da literatura demonstrando nos seus relatos conceções adequadas sobre o significado do delirium. Percecionam-no como uma síndrome muito complexa associado: à sua etiologia multifatorial; às múltiplas e diversas alterações fisiológicas que a PSC vai manifestando como respostas ao seu percurso crítico; à condição de ser flutuante e transitório; à inversão do ciclo do sono e da vigília; e que nem sempre está presente, o que condiciona a uniformização do momento em que se deve realizar a sua avaliação e diagnóstico. Segundo APA (2013) o delirium é uma consequência fisiológica direta de uma intoxicação ou abstinência de substância, exposição a toxinas, uso de medicamentos ou a combinação destes e de outros fatores, constatando-se assim que é indissociável do percurso da doença crítica.

Do debate entre os participantes emergiu a reflexão sobre a problemática se o conceito de delirium tem o mesmo significado que a confusão aguda. Este tema já foi analisado por Marques, Cruz e Marques em 2013, concluindo-se que os termos são usados na literatura indiscriminadamente por vários autores. Sampaio e Sequeira (2013) validaram a CAM para a população portuguesa como um instrumento de rastreio do diagnóstico de delirium e/ou confusão aguda. O ICN (2019) descreve delirium/delírio e confusão aguda/confusão como “Pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo”, sendo a linguagem classificada para a prática de enfermagem, o que se conclui que o seu uso indiscriminado ainda permanece até aos dias de hoje.

Ancorados à complexidade da conceção os entrevistados categorizam o diagnóstico de delirium de igual forma. Identificam os critérios de diagnóstico, como a desatenção, a flutuação e /ou alteração do seu estado basal e o pensamento desorganizado como indutores de avaliação do delirium, defendidos pela APA (2013) e Ely (2016) no manual de instrução da avaliação do delirium. Contudo têm consciência que o delirium é uma realidade subdiagnosticada, por terem dificuldade em associar a apatia ao delirium hipoativo e por não diagnosticarem o delirium de forma geral através de instrumentos parametrizados, sustentando o seu diagnóstico na observação das manifestações clínicas, sendo a agitação e a confusão as que mais facilmente legitimam como delirium.

O delirium hiperativo é facilmente reconhecido ao colidir com os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (risco de queda, extubação precoce) e com o aumento da carga de trabalho; ao passo que o hipoativo passa despercebido, apesar de terem consciência que ele está presente, contudo não lhe prestam a devida atenção. Estes achados vão de encontro à literatura, como constata Prayce et al. (2018) e Souza et al. (2018) ao referirem que o delirium hipoativo é o mais frequente, porém paradoxalmente é o menos detetado e Bastos et al (2019) comprovam que o delirium hiperativo é mais fácil de se identificar associado ao seu comportamento de impacto visual e com risco aumentado de quedas.

Quanto ao delirium subsindromático apercebem-se que algo não está bem com a pessoa, porém quando das poucas vezes que aplicam parte da CAM-ICU, como dá um valor negativo na característica da desatenção, não progridem nas restantes características para o identificarem, nem o sinalizam para reavaliação futura. O delirium subsindromático encontra-se definido como uma “síndrome de delirium atenuado” cujos critérios exigidos ao diagnóstico de delirium não se encontram todos reunidos nesta condição clínica (Bastos et al., 2019; APA, 2013). Apesar dos participantes reconhecerem que sustentam a avaliação do delirium na experiência que possuem,

também reconhecem que o diagnóstico de delirium só é sustentado se for resultado de uma avaliação objetiva, rigorosa e sistemática com recurso à monitorização da CAM-ICU, como defendido na evidencia científica (Devlin et al., 2018; Mart et al., 2022). Em UCI é recomendado a monitorização diária do delirium na PSC, com escalas validadas (CAM-ICU e ICDSC), pois permitem reconhecer o delirium atempadamente e implementar medidas (Devlin et al., 2018).

Contudo apesar de ser uma realidade subdiagnosticada, e subvalorizada o seu impacto na PSC, na família e no enfermeiro são bem percecionados pelo grupo em estudo. No que respeita às consequências para a PSC em delirium verbalizaram o aumento do tempo de internamento, porque não conseguem instruir e capacitar a pessoa do seu potencial, comprometendo a sua recuperação; a privação do sono, alterações cognitivas, físicas e psicológicas, desmame ventilatório difícil, extubações não programadas, quadros de agitação com necessidade de recurso a medicação ou à contenção física e risco de queda. Na evidência encontrada relaciona-se o delirium com alterações cognitivas e risco de institucionalização (Devlin et al., 2018) aumento do tempo de ventilação e de internamento (Devlin et al., 2018; Mehta et al., 2015), maior risco de auto e hétero-agressão e de quedas (Bastos et al., 2019); e aumenta o risco de mortalidade e morbidade (Mart et al., 2022; Souza et al., 2017).

Quanto à contenção física admitem que legalmente seria necessária prescrição médica, mas que recorrem a ela em casos pontuais de risco de queda ou extubação. Em 2011 a Direção Geral da Saúde (DGS) emanou orientações sobre “Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente”, em que os doentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção quando exibam comportamentos que colocam em risco a si e a terceiros mediante a existência de um padrão de atuação interno e institucional enquadrado nesta orientação e sempre que possível com o consentimento informado do doente, do familiar ou entidade legal que o represente. A OE emitiu o parecer (nº101; 2018) que vai de encontro ao defendido pela DGS (2011). A prática da contenção mecânica também foi identificada em UCI de contexto internacional, e é utilizada em determinadas situações específicas, essencialmente risco de exteriorização de dispositivos médicos, de queda e de auto e hétero agressão, que colocam a segurança do doente crítico em causa, mesmo reconhecendo o impacto biopsicossocial (Santos, Oliveira & Souza, 2021). Nas *guidelines* da PADIS 2018 recomendam ponderar o risco e o benefício de iniciar ou manter a contenção física, uma vez que o efeito do uso e os resultados na PSC são controversos. Existem estudos que demonstram que o seu uso leva à exteriorização dos dispositivos médicos, aumento do tempo de internamento, da agitação, do risco de

delirium, da desorientação e do uso de benzodiazepina, opióides e antipsicóticos (Devlin et al., 2018).

A privação do sono, manifestado pelos participantes como uma consequência nefasta para a PSC é corroborada pelas mesmas *guedelines*, considerando-a como uma fonte de sofrimento manifestada pela PSC, podendo induzir ao delirium, aumento do tempo de ventilação mecânica, alteração da função imunológica e disfunção neurocognitiva. O delirium está associado a uma maior interrupção do ciclo circadiano, em que a proporção do sono diurno é maior em relação ao tempo de sono total, sendo um fator modificável ele deve ser tido em consideração (Devlin et al., 2018).

O ambiente da UCI causa sentimentos de stress, medo, incerteza e depressão nos familiares, sendo a esperança, a tranquilidade, a possibilidade de estar junto dos seus familiares doentes, saber que eles estão a ser bem cuidados e que estão confortáveis, condições fundamentais para o bem-estar dos familiares (Kynoch, Chang, Coyer, & McArdle, 2016). Este impacto na família também foi identificado pelos participantes quando referenciaram que os familiares vivenciam sentimentos de stress ao depararem-se com alterações comportamentais dos seus familiares, estando mais permeáveis à sua presença e passando a ser um foco de atenção. Os horários rígidos são experienciados pelos familiares como um obstáculo essencialmente para os que estão gravemente doentes manifestando necessidade de visitar com maior frequência, sendo a flexibilidade nos horários crucial (Kynoch, 2016). O envolvimento da família também foi descrito como muito importante, tal como defende a *bundle* ABCDEF (Yang et al., 2020). Quanto à família ser um foco de atenção dos cuidados, “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados (...)” (OE, 2017, p.5).

Das consequências do delirium para o enfermeiro emergiram dos relatos a percepção que cuidar da PSC em delirium exige disponibilidade acrescida de tempo que não têm para dispensar, associando a uma maior carga de trabalho, auferindo-lhe um desgaste psicológico interferindo negativamente na qualidade dos cuidados prestados. Apesar dos enfermeiros considerarem que o delirium deva ser monitorizado por escalas, pois facilita a comunicação interdisciplinar, a dificuldade na sua adesão segundo Yang et al. (2020) prende-se com a limitação da sua utilidade clínica, o aumento da carga de trabalho e a ansiedade associada à incapacidade de comunicar com um doente delirante. Também Pinno et al. (2020) refere que a elevada carga de trabalho, traduzida no *Nursing Activities Score* (NAS), poderá estar associada à complexidade clínica, à

elevada dependência dos doentes neurológicos e a necessidade de cuidados de enfermagem complexos.

Existe a conceção bem distinta que o delirium não tem tratamento farmacológico e que a sua prevenção e minimização depende largamente da implementação de todas as intervenções não farmacológicas esplanadas. Contudo, em situações pontuais, essencialmente de agitação, em que há risco para a segurança da PSC e terceiros, há recurso à terapêutica farmacológica para controlo de sintomas. Estes são resultados concordantes com o defendido por Prayce et al. (2018) quando reitera que na presença de um comportamento de agitação que comprometa a segurança e recuperação da pessoa, o tratamento farmacológico deve ser o de primeira linha. Saliente-se que os participantes evidenciaram a importância de um trabalho interdisciplinar para o tratamento farmacológico da PSC em delirium.

O contributo da avaliação sistemática ficou patente nos seus relatos como importante porque lhes permite uma avaliação rigorosa e uniformizada do delirium, sustentando a tomada de decisão no planeamento das intervenções adequadas. A utilização da CAM-ICU, ou de outro instrumento de avaliação do delirium, permite identificar precocemente o delirium, aumentando o seu diagnóstico, planeamento de intervenções preventivas não farmacológicas e colaboração com a equipa no tratamento farmacológico (Souza et al., 2017). Paradoxalmente a avaliação de delirium não é uma prioridade passando para segundo plano ou sendo mesmo esquecido, alegando dificuldade em lidar com a complexidade do delirium. Segundo a deontologia em enfermagem no o enfermeiro deve “Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Lei nº 156, 2015, p.8079).

Reconhecer os fatores de risco que podem despoletar o delirium, é uma realidade presente e identificaram: a idade superior a 65 anos; o uso de fármacos que potenciam o delirium por vezes necessários para a estabilização do estado clínico da PSC, a ventilação mecânica, ausência de luz natural, o ruído e procedimentos invasivos a várias horas, a ventilação mecânica, como fatores que deveriam ser reconhecidos afim de agir nos modificáveis contribuindo para a diminuição dos impactos da ocorrência de delirium. Vários são os autores que corroboram que o enfermeiro poderá ter um papel preponderante ao reconhecer e agir atempadamente nos fatores de risco modificáveis, prevenindo o impacto do delirium, diminuindo a morbilidade e a mortalidade associada que lhe está associado (Devlin et al, 2018; Viveganathan et al., 2019; Carvalho e Silva, 2021; Mart et al., 2022).

A prevenção do delirium realiza-se primordialmente com intervenções não farmacológicas multicomponentes, focadas na compreensão e redução dos fatores de risco modificáveis (Faria e Moreno, 2013; Devlin et al., 2018; Mart et al., 2022). Vários autores defendem na literatura que estas intervenções consistem: na terapia ocupacional da qual fazem parte a correção dos déficits sensoriais, o controlo do meio ambiente com diminuição do ruído e controlo da luminosidade, reorientação cognitiva e mobilização precoce (Tobar et al., 2017); gerir protocolos complexos de controlo da dor e da sedação, promoção do sono, promover a presença da família, interrupção diária da sedação (Vicente et al., 2016; Souza et al., 2017; Souza et al., 2018), refletir na necessidade/remoção de dispositivos médicos com a equipa, estimular a alimentação oral, promover a presença da família, providenciar objetos significativos, comunicar com um tom calmo e seguro (Pereira et al., 2016); cuidados centrados na pessoa, analgesiar primeiro e sedar se necessário e com o mínimo possível, promover o conforto e o sono (Vicente et al., 2016). Resumidamente todas estas intervenções encontram-se reunidas na *bundle* ABCDEF defendida por Pandaripande et al. (2010); Devlin et al. (2018) e Pun et al. (2020).

As intervenções com a pessoa em delirium são fundamentalmente preventivas o que vai ao encontro do defendido na evidência científica. Assim, os participantes enfatizaram fundamentalmente as intervenções de mobilizar precocemente (uma intervenção diária dirigida por enfermeiros com a especialização de reabilitação), a gestão da terapêutica farmacológica com especial enfoque na gestão da dor e sedação orientada pelos protocolos do serviço e o diligenciar a presença da família (visita, contacto telefónico e/ou das videochamadas). Salientam também como medidas preventivas a orientação no tempo e no espaço frequente, o estimular sensorialmente, o gerir o ambiente promovendo ambientes seguros e propícios a um sono reparador e o remover os dispositivos, apesar de não ser uma prática comum. Estes resultados são concordantes com o defendido por Souza et al. (2017) e Devlin et al. (2018) quando enfatizam que a resolução do delirium e a sua prevenção acontece a partir de intervenções essencialmente não farmacológicas.

Compreender e analisar a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que facilitam e/ou comprometem a monitorização e gestão do delirium também é um dos objetivos deste estudo. Quanto aos fatores que poderão estar subjacentes à monitorização os participantes foram menos efusivos, do que em relação aos constrangimentos, emergindo essencialmente o contributo que advém de uma avaliação sistemática e rigorosa do delirium, sustentado em escalas parametrizadas que dão corpo científico à

tomada de decisão para que possam prescrever intervenções bem planejadas e adequadas à PSC em delirium.

Os constrangimentos no cuidar foi uma das categorias amplamente refletida e, foi do consenso geral, que é uma área problemática onde fundamentalmente identificam aspetos que podem comprometer a prestação de cuidados tanto pelas limitações à monitorização como à gestão.

Entre os constrangimentos identificados o défice de diagnóstico parece assumir particular relevância pois, este surge como estando associado a outros constrangimentos identificados. Apesar de atribuírem valor à monitorização sistemática do delirium através de escalas, ele continua subvalorizado e subdiagnosticado, o hipoativo por lhes passar despercebido e o hiperativo por ser legitimado tendo por base a avaliação dos sintomas ou por reconhecerem que o delirium não é um foco de atenção prioritário e que passa para segundo plano na priorização de atividades. Este resultado em que há relativização do delirium face a outras patologias, que comprometem a implementação das diretrizes recomendadas pela evidência científica foi, de forma similar identificada por Hermes et al. (2018).

Quanto à avaliação objetiva e sistemática do delirium os participantes manifestam dificuldade em aplicar a escala CAM-ICU por défice de conhecimento quanto: a progredir na escala, desconhecendo os passos a seguir; a interpretar as respostas da pessoa; e por desconforto na apresentação das questões que fazem parte da CAM-ICU para avaliar o pensamento desorganizado. Steinseth, Høye e Hov (2018) identificaram que há quem considere a ferramenta com perguntas “estúpidas e ofensivas”, confiando mais no seu próprio julgamento clínico do que na CAM-ICU, outros não utilizam a ferramenta com regularidade por défice de conhecimento e outros que considera a ferramenta útil mesmo no delirium hipoativo e implementa as medidas preventivas e tratamento não farmacológico, como demonstra a evidência científica.

A exigência de dedicação e tempo para aplicação da escala estão também entre as dificuldades identificadas e foram ao encontro das dificuldades identificadas por Souza et al. (2017) ao descrever limitações da utilização da CAM-ICU associadas: ao tempo despendido, à falta de confiança e à complexidade de utilização, mesmo nos serviços em que a CAM-ICU estava disponível como instrumento de avaliação de delirium.

Perante o diagnóstico têm de planear e prescrever as intervenções específicas para a pessoa em delirium, por forma a garantir a continuidade dos cuidados, transparecendo nas narrativas a perceção de dificuldades por défice de conhecimento, descrédito, por uns e valorização por outros, da eficácia da intervenção autónoma de enfermagem.

Birge e Aydin (2017) no seu estudo revelam que o ensino acompanhado de treino, o uso de uma ferramenta para avaliar sistematicamente o delirium, a identificação de fatores de risco e a melhoria das intervenções preventivas, são medidas eficazes na prevenção e gestão do delirium. Identificam ainda que o ensino aumenta o reconhecimento da importância da implementação das intervenções não farmacológicas na prática clínica do enfermeiro. No estudo de Hermes et al. (2018) foi identificada a dificuldade em integrar as intervenções da *bundle* ABCDE como um todo, referindo que este conceito e do do eCASH, continuam subutilizados. Para diminuir a incidência do delirium em cuidados intensivos e seus eventos adversos, devem ser instituídas estratégias multicomponentes (Devlin et al., 2018).

Os participantes têm conhecimento das intervenções não farmacológicas recomendadas, mas têm dificuldade em operacionalizá-las e em integrá-las no sistema informático à luz do padrão de documentação, existente no SMI, porque as existentes não refletem o que executam, bem como identificar o diagnóstico de delirium. A impossibilidade de identificar o “Risco de Delirium” como se de um lembrete se tratasse para que não houvesse esquecimento do seu registo, também é uma barreira percebida pelos participantes. A ausência de registos é uma atitude que não se coaduna no código deontológico do enfermeiro no artigo 104 (Lei nº 156, 2015), em que o enfermeiro deve “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (p.8079).

Também foi identificada como uma barreira à avaliação do delirium o descrédito da equipa médica face ao trabalho desenvolvido por alguns enfermeiros com a PSC em delirium. Esta percepção vai de encontro ao estudo de Hermes et al. (2018) quando documentam a existência de desrespeito pelos contributos dos vários elementos da equipa multidisciplinar

Existe a consciencialização que parte destes problemas têm sustento no défice de formação e treino na área do delirium, e no défice de conceptualização de uma forma global, alegando a necessidade de mudança de paradigma, de uma evolução da cultura da equipa para um trabalho colaborativo interprofissional centrado na pessoa. Aditam ainda que é necessário incitar a cultura de monitorização de delirium, e dar visibilidade à valorização do trabalho autónomo e às consequências para a PSC em delirium, passando este a ser um foco de atenção como se de outra alteração orgânica se tratasse. Estes resultados vão ao encontro do defendido por Souza et al. (2017) quando descreve que os enfermeiros ao se apropriarem do conhecimento e uniformizarem práticas sustentadas na evidência científica, consciencializam-se do impacto produzido pela nova mudança e consequentemente da qualidade dessas práticas. Também para

Yang et al. (2020) o conhecimento é fundamental pois, importa ir além do uso da escala para avaliar o delirium, sendo necessária uma enfermagem abrangente, holística, porque cada doente é único e apesar de ter CAM-ICU positiva as intervenções a implementar serão diferenciadas.

Sobre os programas de educação Hickin, White e Shiota (2017) descrevem que têm impacto positivo, porém a retenção do conhecimento a nível individual não é mantida por longos períodos e que é mais fácil motivar para a implementação de uma nova ferramenta do que revitalizar a existente sem adesão.

O ambiente característico da UCI também foi identificado como uma limitação ao cuidar a PSC em delirium, associado aos vários procedimentos na UCI ou fora dela independentemente da hora do dia, os elevados níveis de ruído, não conseguindo promover um sono reparador, a ausência de luz natural e os limitados pontos de orientação cronológica para a reorientação da pessoa. Esta limitação é concordante com os resultados identificados na revisão sistemática, realizada por Yang et al. (2020) onde a implementação das intervenções multicomponentes para minimizar o delirium são desafiadoras devido às inúmeras intervenções noturnas, às atividades dos enfermeiros, à permanência da luz e ao ruído dos equipamentos e das conversas.

Ao refletirem na prática clínica sobre o fenómeno em estudo emergiu a consciencialização que podem ser promovidos os cuidados prestados à PSC em delirium e seus familiares com práticas mais ajustadas aos referenciais defendidos, tais como: adaptação do padrão de documentação; adequação do rácio enfermeiro/doente; formação; e utilização dos referenciais para o exercício profissional.

A adaptação do padrão de documentação onde sugerem por um lado, a incorporação no plano de trabalho, no sistema informático, a monitorização da CAM por rotina, independentemente da pessoa cuidada reunir os critérios para a sua monitorização e, por outro o registo da RASS com maior frequência para que se documente as flutuações ao longo do dia. Devlin et al. (2018) recomendam a avaliação da CAM por rotina nos doentes internados em cuidados intensivos por reunirem os fatores de risco que podem condicionar ao seu aparecimento.

Um rácio enfermeiro/doente ajustado às acrescidas de horas de cuidados que uma pessoa em delirium exige deve ser atendido no planeamento e distribuição diária de trabalho e conseqüentemente na dotação da equipa. Esta medida reconhecida como relevante para promover o cuidado à PSC é apresentada, também, por Pinno et al. (2020), quando referem que a complexidade dos cuidados deve ser tida em consideração para uma gestão adequada dos recursos evitando a sobrecarga de

trabalho e promovendo a qualidade dos cuidados. Também no Regulamento (nº 140, 2019) é recomendado o rácio enfermeiro/doente de 1:1 nas UCI de tipologia de nível III.

A formação é corroborada por vários autores como uma solução para as barreiras identificadas na avaliação do delirium. Os programas de formação e treino, capacitam os profissionais com um corpo de conhecimentos que sustentem melhores resultados (Souza et al., 2017; Steinseth et al., 2018), fomentam uma cultura de segurança (Steinseth et al., 2018) e dão *feedback* dos resultados das práticas implementadas (Steinseth et al., 2018; Hermes et al., 2018).

No que concerne à utilização dos referenciais para o exercício profissional, a filosofia de cuidados defendida pelo SMI em estudo é centrada na pessoa, enquadrada nos enunciados descritivos dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem da OE, nos referenciais teóricos da Transição de Meleis, do Autocuidado de Dorothea Orém e da Avaliação da Família de Calgary, na ética e Deontologia Profissional, bem como nas normas institucionais, nacionais vigentes. Assim, é da responsabilidade do enfermeiro apropriar-se desses referenciais, que também, são defendidos pela OE e que entre outros, se encontram explanados nos padrões da qualidade como referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista, reiterando a adoção do enquadramento concetual (Saúde, Pessoa, Ambiente, Cuidados de Saúde) e dos enunciados descritivos (Satisfação do cliente, Promoção da saúde, Prevenção de complicações, Bem estar e autocuidado, Readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, Prevenção e controlo de infeção e de resistência antimicrobiana, Segurança dos cuidados especializados) para uma prática reflexiva respondendo às necessidades da pessoa e família alvos dos cuidados, tendo em vista o máximo de qualidade dos cuidados prestados (OE, 2017).

Perante o exposto a opção de um estudo descritivo, exploratório com uma abordagem qualitativa foi adequado à explicação do fenómeno em análise, pois permitiu estimular a discussão e a reflexão sobre a temática contribuindo com dados de elevada qualidade possibilitando conhecer mais em profundidade a problemática em estudo.

Quanto aos GF apesar das suas características ímpares, foram imprescindíveis para enriquecer o debate reflexivo numa visão alargada sobre a temática, contribuindo com diversidade de perceções face ao foco em comum, que permitiram informações detalhadas e robustas do fenómeno em estudo. O guião de entrevista apesar de ser construído pela investigadora, conjuntamente com a sua habilidade para conduzir a entrevista mostrou-se eficaz na produção de dados ricos para a compreensão da problemática.

No que concerne aos procedimentos éticos e legais descritos na metodologia mantiveram-se inalterados e foram cumpridos pela investigadora até à conclusão do estudo. No que respeita à análise e tratamento dos dados admite constrangimento em traduzir e reduzir dados tão vastos e enriquecedores em unidades de registo carregadas desse significado, porém foi o mais imparcial possível.



## CONCLUSÃO

O delirium na PSC é uma realidade inegável como demonstra a evidência científica mais recente, com um impacto negativo na pessoa, família, cuidador e nos resultados em saúde. Vasta é a literatura sobre a temática desde a sua conceptualização, monitorização e uma multiplicidade de intervenções preventivas multicompetentes e integradas como tratamento prioritário. Porém apesar dos avanços científicos sobre a temática a incidência de delirium na PSC mantém-se e perdura subvalorizado e subdiagnosticado.

Assim tornou-se pertinente este estudo na tentativa de compreender o que influencia os enfermeiros de CI na intervenção com a PSC em delirium, sendo possível dar-lhe resposta através da colheita de informação que emergiu da riqueza dos relatos, com descrições aprofundadas, emergentes das reflexões sobre a temática em estudo. Permitiu um conhecimento aprofundado do fenómeno, contextualizado à unidade onde os dados foram colhidos, contribuindo assim com conhecimentos relevantes e orientadores para as práticas de enfermagem daquela equipa.

Dos discursos sobre as conceções da PSC em delirium conclui-se que é uma síndrome complexa pela variabilidade e subjetividade das respostas da pessoa em delirium, que a vivência com manifestações distintas, por ser multifatorial, não se dissociar do seu percurso de doença crítica, flutuando ao longo do dia, não ocorrer em todas as pessoas, evidenciando o ser único e ímpar que é a pessoa sujeito de cuidados.

Esta complexidade conflui indubitavelmente num diagnóstico trabalhoso pela dificuldade em compreender o estado basal da pessoa, ou se a causa do seu comportamento está nos efeitos dos tratamentos a que a pessoa está submetida pela situação clínica. A dificuldade em integrar esta avaliação no complexidade e diferenciação do cuidado à PSC, faz com que o delirium não seja uma prioridade, não lhe seja dada a mesma importância que outras lesões orgânicas, perpetuando a sua subvalorização e subdiagnóstico.

O diagnóstico de delirium é realizado pela observação dos sinais manifestados pela PSC, a partir da experiência e competência que o enfermeiro tem. A avaliação diagnóstica não é ancorada numa avaliação sistemática, rigorosa, uniformizada e parametrizada. Assim, o delirium hiperativo é identificado, ao invés do hipoativo que passa despercebido. Porém, há reconhecimento que esta é uma prática a modificar,

que só a avaliação sistemática e objetiva permite sustentar a tomada de decisão informada pela evidência científica.

As consequências da ocorrência do delirium são bem conhecidas, destacando os atrasos na recuperação da pessoa, aumento do tempo de internamento, dificuldade na integração familiar, laboral e social, pelas alterações cognitivas, físicas e psicológicas. A família também sofre com o seu familiar em delirium, sendo uma fonte de stress que condiciona também a sua reestruturação. Para o enfermeiro, cuidar de uma pessoa em delirium é esgotante pelas horas perçecionadas de cuidados exigidas, influenciando a qualidade dos cuidados prestados.

Conclui-se, ainda, que sobre a implementação e valoração das intervenções preventivas com a PSC em delirium, se dá primazia à mobilização precoce, à presença da família, à gestão terapêutica, à gestão do ambiente da unidade e à reorientação frequente. Porém, não se identifica a importância da sua implementação conjunta.

Por outro lado, o constrangimento à intervenção do enfermeiro foi amplamente refletido emergindo dificuldades essencialmente no diagnóstico de delirium, perpetuando-o como uma realidade subvalorizada e subdiagnosticada pelo déficit de conhecimento no uso proficiente da CAM-ICU e déficit de conhecimento na implementação de forma integrada e reiterada das intervenções não farmacológicas, bem como da sua documentação sustentada no padrão de documentação exigido. Contudo, reconhecem que é através da documentação das intervenções que poderão espelhar e dar visibilidade dos contributos da enfermagem traduzidos em ganhos para a saúde.

Como soluções para esta problemática concluíram que é necessário formação e treino para consolidar os conhecimentos, facilitando a sua interiorização e compreensão aprofundada contribuindo para uma prática proficiente sustentada na evidência. O rácio enfermeiro/doente desajustado constitui uma dificuldade, constatando-se que as dotações seguras não estão adequadas à carga de trabalho perçecionado, sugerindo adequação. Sugerem ainda alteração do padrão de documentação e utilização e interiorização do cuidado centrado na pessoa como parceiro de cuidados, praticando uma enfermagem mais conducente com a evidência.

Após análise e discussão dos resultados conclui-se que os enfermeiros têm conhecimentos sobre o delirium na PSC. Contudo não há avaliação sistematizada e documentada, o que contribui para perpetuar o delirium como uma realidade subvalorizada e subdiagnosticada. Importa que o conhecimento seja reforçado, por treino e formação como parte da solução do problema.

Documentar as experiências dos enfermeiros no cuidar a PSC em delirium, no seu contexto natural, forneceu dados essenciais sobre o estado atual do delirium, os fatores inibidores e promotores à sua gestão, bem com um conjunto de estratégias de melhoria que visam implementar cuidados mais conducentes com a evidência, alcançando a excelência no cuidar.

Quanto às limitações metodológicas do estudo considera-se que pelo método de amostragem poderão ter sido excluídos participantes que poderiam fornecer informações relevantes. Contudo considera-se que os critérios definidos na constituição dos grupos focais permitiram minimizar aquele risco.

Também o número total de participantes incluído poderia ser maior, mas o âmbito académico do estudo e o tempo limitado de consecução condicionou esta opção. Acredita-se que os participantes escolhidos foram capazes de refletir com eficácia sobre o fenómeno em estudo, enriquecendo-o com descrição detalhada da sua experiência o que permitiu obter um robusto corpus de análise.

A técnica de análise de conteúdo para condensar os vastos relatos em unidades de registo que reflitam o todo, foi muito desafiador, porém evidencia-se que foi realizada com rigor. Sendo um estudo de caso único num contexto natural não é possível a transferibilidade dos resultados para a população, porém almeja que os resultados credíveis das descobertas identificadas, incitam outros investigadores a pesquisar no seu contexto caso seja sentida a mesma problemática na prática clínica.

No que respeita às implicações para o futuro, no que concerne à prática clínica em enfermagem a investigadora pretende ser um elemento proativo não só na identificação da problemática, mas também fazer parte da solução sustentando-se nestes resultados para proceder à formação estruturada e planear estratégias que possam colmatar as dificuldades sentidas pelos seus pares, implementando e avaliando as sugestões de melhoria continua, conducentes com uma prática de enfermagem sustentada na evidência e em cuidados de excelência.

Espera-se que com estes resultados se reflita nos cuidados até então prestados à PSC em delirium e se melhore esses cuidados promovendo a sua segurança, o bem-estar e cuidados de excelência a que tem direito. Pretende-se ainda que essas reflexões culminem na realização de estudos semelhantes à escala nacional, para que se aprofundem e identifiquem os aspetos subjacentes à subvalorização do diagnóstico do delirium na PSC, quando é reconhecido o impacto negativo que tem para a pessoa, família, minimizando os impactos económicos a nível da saúde em geral.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEA. (2018). *Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação - Edição revista*. Recuperado de [https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital\\_PT.pdf](https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf)
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. Recuperado de [https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM\\_V.pdf](https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf)
- Bannon, L., Mcgaughey, J., Clarke, M., McAuley, D. F., & Blackwood, B. (2016). Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients: protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. *Systematic Reviews*. Recuperado de <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0254-0>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70
- Bastos, A. S., Beccaria, L. M., Silva, D. C. da, & Barbosa, T. P. (2019). Identificação de delirium e delirium subsindromático em pacientes de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 484–489. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/5rdSWxMxKtK5fFWfgT8Cc7L/?lang=pt&format=pdf>
- Baumgartner, L., Lam, K., Lai, J., Barnett, M., Thompson, A., Gross, K., & Morris, A. (2019). Effectiveness of Melatonin for the Prevention of Intensive Care Unit Delirium. *Pharmacotherapy: The Journal Of Human Pharmacology and Drugs Therapy*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30663785/>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bergeron, N., Dubois, M.-J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med*, 27, 859–864. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11430542/>
- Birge, A. Ö., & Aydin, H. T. (2017). The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28214083/>
- Bohart, S., Møller, A. M., & Herling, S. F. (2019). Do health care professionals worry about delirium? Relatives' experience of delirium in the intensive care unit: A

qualitative interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31079979/>

Boogaard, M. van den, Pickkers, P., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., Voort, P. H. J. van der, ... Schoonhoven, L. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC ( PRediction of DELIRium in ICu patients ) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. *BMJ*, 420. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22323509/>

Carvalho, L. A. C., Correia, M. D. L., Ferreira, R. C., Botelho, M. L., Ribeiro, E., & Duran, E. C. M. (2021). Accuracy of delirium risk factors in adult intensive care unit patients. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34989391/>

Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ... Alhazzani, W. (2018). Diretrizes de Prática Clínica para a Prevenção e Tratamento da Dor, Agitação/Sedação, Delirium, Imobilidade e Interrupção do Sono em Pacientes Adultos na UTI. *Critical Care Medicine*, 46(9). Recuperado de <https://www.sccm.org/getattachment/Clinical-Resources/Guidelines/Guidelines/Guidelines-for-the-Prevention-and-Management-of-Pa/Diretrizes-de-Dor-Agitacao-Delirium-Imobilidade-e-Sono-PADIS-Guidelines-Portuguese-Translation.pdf?lang=en-US>

Direção Geral de Saúde (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente nº021/2011 de 06/06/2011*. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/58547227/Orientacao-da-DGS-n-%C2%BA-21-2011-sobre-a-Prevencao-de-Comportamentos-dos-doentes-que-poem-em-causa-a-sua-seguranca-ou-da-sua-envolvente>

Ely, W. (2016). *Método de avaliação de confusão para a UTI (CAM-ICU) - O Manual de Treinamento Completo*. Recuperado de [https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bad3d28b04cd592318f45cc\\_The-Complete-CAM-ICU-training-manual-2016-08-31\\_Final.pdf](https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bad3d28b04cd592318f45cc_The-Complete-CAM-ICU-training-manual-2016-08-31_Final.pdf)

Ely, E. W., Truman, B., Thomason, J. W. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., Francis, J., ... Bernard, G. R. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients - Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983–2991. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12799407/>

- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, May, L., Truman, B., Dittus, R., Speroff, T., ...Inouye S.K. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*, 29/7, 1370-1379. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11445689/>
- Faria, R. da S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos : uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25(2), 137–147. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23917979/>
- Gondim, S. M. G. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 12(24), 149–161. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/paideia/a/8zzDgMmCBnBJxNvfk7qKQRF/?lang=pt>
- Gusmao-Flores, D., Salluh, J. I. F., Dal-Pizzol, F., Ritter, C., Tomasi, C. D., Lima, M. A. S. D. de, ... Quarantini, L. C. (2011). The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *CLINICS*, 66(11), 1917–1922. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22086522/>
- Hermes, C., Acevedo-Nuevo, M., Berry, A., Kjellgren, T., Negro, A., & Massarotto, P. (2018). Gaps in pain, agitation and delirium management in intensive care: Outputs from a nurse workshop. *Intensive and Critical Care Nursing*, 48, 52–60. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339717302616?via%3Dihub>
- Hickin, S. L., White, S., & Knopp-Sihota, J. (2017). Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention. *Intensive and Critical Care Nursing*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339716301653?via%3Dihub>
- Khan, B. A., Perkins, A. J., Campbell, N. L., Gao, S., Farber, M. O., Wang, S., ... Boustani, M. A. (2019). Pharmacological Management of Delirium in the ICU: A Randomized Pragmatic Clinical Trial. *J Am Geriatr Soc.*, 67(5), 1057–1065. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492267/>
- Khan, B. A., Perkins, A. J., Gao, S., Hui, S. L., Campbell, N. L., Farber, M. O., ... Boustani, M. A. (2018). The CAM-ICU-7 Delirium Severity Scale: A Novel Delirium Severity Instrument for Use in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 45(5). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5392153/>

- Krewulak, K. D., Rosgen, B. K., Ely, E. W., Stelfox, H. T., & Fiest, K. M. (2020). The CAM-ICU-7 and ICDSC as measures of delirium severity in critically ill adult patients. *Plos One*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33196655/>
- Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F., & McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 179–232. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27532144/>
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Recuperado de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015. Assembleia da República. Lisboa. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Marques, P. A. O., Cruz, S. S. S. M. S., & Marques, M. L. M. M. (2013). Conceito de delirium versus confusão aguda. *Referência*. Recuperado de [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2375&id\\_revista=9&id\\_edicao=52](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2375&id_revista=9&id_edicao=52)
- Marra, A., Ely, E.W., Pandharipande, P. P., Patel, M. B. (2018). The ABCDEF bundle in critical care. *Critical Care Clin.* 33(2), 225-243. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28284292/>
- Mart, M. F., Roberson, S. W., Salas, B., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2022). Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Semin Respir Crit Care Med.*, 42(1), 112–126. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32746469/>
- Mehta, S., Cook, D., Devlin, J.W., Skrobik, Y., Meade, M., Fergusson, D., ... Burry, L. (2015). Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Crit Care Med.* 43(3), 557-566. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25493968/>
- Ministério da Saúde (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência medicina intensiva*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Mori, S., Takeda, J. R. T., Carrara, F. S. A., Cohrs, C. R., Zanei, S. S. V., & Whitaker, I. Y. (2016). Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Revista*

Da Escola de Enfermagem Da USP. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27680043/>

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; - Na área de enfermagem à pessoa em situação crônica.* Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 101/2018.* Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8413/parecer-n%C2%BA-101\\_ce-07062018\\_interven%C3%A7%C3%A3o\\_enfermeiro\\_comportamentos-comprometedores-%C3%A0-seguran.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8413/parecer-n%C2%BA-101_ce-07062018_interven%C3%A7%C3%A3o_enfermeiro_comportamentos-comprometedores-%C3%A0-seguran.pdf)

Pandharipande, P., Banerjee, A., McGrane, S., & Ely, E. W. (2010). Liberation and animation for ventilated ICU patients: the ABCDE bundle for the back-end of critical care. *Critical Care*, 14(157). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911702/>

Pereira, J. M., Barradas, F. J. D. R., Sequeira, R. M. C., Marques, M. do C. M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(9), 29–36. Recuperado de [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2584&id\\_revista=24&id\\_edicao=92](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2584&id_revista=24&id_edicao=92)

Pinno, C., Taschetto, C. da F., Freitas, E. de O., Nunes, L. M., Menezes, J. A. L. de, Petry, K. E., & Camponogara, S. (2020). Carga de trabalho numa unidade de internamento hospitalar de acordo com o Nursing Activities Score. *Referência*, V(4). Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/22120>

Pohlman, A. (2013). *Implementing the new PAD guidelines: delirium assessment.* Recuperado de [http://s3.proce.com/res/pdf/DeliriumAssessment\\_monograph.pdf](http://s3.proce.com/res/pdf/DeliriumAssessment_monograph.pdf)

Polit, D. & Beck, C. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem* (9ª ed). Brasil: ARTMED Editora

Poupart, J., Deslauriers, J.P.; Groulx, L.H., Laperrière A., Mayer, R., Pires, A.P. (2012). A pesquisa qualitativa: *Enfoques epistemológicos e metodológicos* (3ª Ed.). (Nasser, A.C.A., Trad). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes. (Obra original publicada

em 1997).

Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium : The 7 th Vital Sign? *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 31. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573769/>

Pun, B. T., Michele C. Balas, P., Barnes-Daly, M. A., Thompson, J. L., Aldrich, J. M., Barr, J., ... Ely, E. W. (2020). Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Critical Care Medicine*, 47(1), 3–14. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30339549/>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º26/2019, Série II de 2019-02-06*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Sahawneh, F., & Boss, L. (2021). Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review. *Nursing in Critical Care*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33474830/>

Sampaio, F. M. C., & Sequeira, C. A. da C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, III(9), 125–134. Recuperado de [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2361&id\\_revista=9&id\\_edicao=51](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2361&id_revista=9&id_edicao=51)

Santos, G. F. dos, Oliveira, E. G., & Souza, R. C. S. (2021). Boas práticas para restrição física em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/nQ7DJ8CKytDpXKPNpzxtL8q/?lang=pt&format=pdf>

Serafim, R. B., Soares, M., Bozza, F. A., Silva, J. R. L. E., Dal-Pizzol, F., Paulino, M. C., ... Salluh, J. I. F. (2017). Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*. Recuperado de

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28697802/>

Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., Neal, P. V. O., Keane, K. A., ... Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation – Sedation Scale - Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166, 1338–1344. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12421743/>

Silva, C. L. da, Firmino, J. da S., Roznowski, K. C., & Knopfholz, J. (2013). Dificuldade diagnóstica dos profissionais da saúde frente ao delirium: uma revisão de literatura. *Rev.Saúde.Com*, 9(4), 293–302. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/262601334\\_Dificuldade\\_diagnostica\\_dos\\_profissionais\\_da\\_saude\\_frente\\_ao\\_delirium\\_uma\\_revisao\\_de\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/262601334_Dificuldade_diagnostica_dos_profissionais_da_saude_frente_ao_delirium_uma_revisao_de_literatura)

Silva, G. O. da, Oliveira, G. S. de, & Silva, M. M. da. (2021). Estudo de caso único: uma estratégia de pesquisa. *Revista Prisma*, 2(1), 78–90. Recuperado de <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/44>

Silva, M. H. O. da, Camerini, F. G., Henrique, D. de M., Almeida, L. F. de, Franco, A. S., & Pereira, S. R. M. (2018). Delirium na terapia intensiva: fatores predisponentes e prevenção de eventos adversos. *Revista Baiana Enfermagem*. Recuperado de <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26031>

Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22. Recuperado de [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602019000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602019000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602019000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt?script=sci_arttext&pid=S1647-21602019000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Souza, L. K. De. (2020). Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *PSI UNISC*, 52–66. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/13500>

Souza, T. L. de, Azzolin, K. de O., & Fernandes, V. R. (2018). Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/z9pJQ9bMpbM3Ly8S8gGY6bt/abstract/?lang=pt>

Souza, R. C. da S., Bersaneti, M. D. R., Siqueira, E. M. P., Meira, L., Brumatti, D. L., & Prado, N. R. de O. (2017). Nurses' training in the use of a delirium screening tool. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1). Recuperado de

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/R8XRg933LrTzyggZLxdZ8Xv/?lang=pt>

Steinseth, E. B., Høye, S., & Hov, R. (2018). Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses – A mixed-methods study. *Intensive & Critical Care Nursing*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339718301101?via%3Dihub>

Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista* (5ªed). LUSODIDACTA Editora

Sun, T., Sun, Y., Huang, X., Liu, J., Yang, J., Zhang, K., ... Wang, X. (2021). Sleep and circadian rhythm disturbances in intensive care unit ( ICU ) -acquired delirium: a case – control study. *Journal of International Medical Research*, 49(3). Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33730927/>

Tobar, E., Alvarez, E., & Garrido, M. (2017). Estimulação cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de delirium. *Rev Bras Ter Intensiva.*, 29(2), 248–252. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977265/>

Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?lang=pt>

Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., ... Takala, J. (2016). Comfort and patient - centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 962–971. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27075762/>

Vyveganathan L., Izaham, A., Mat, W. R. W., Peng, S. T. S., Rahman, R. A., Manap, N. A. (2019). Delirium in critically ill patients: Incidence , risk factors and outcomes. *Crit Care Shock*. 22(1), 25-40. Recuperado de <https://criticalcareshock.org/files/2019/01/delirium-in-critically-ill-patients-incidence-risk-factors-and-outcomes.pdf>

Wassenaar, A., Boogaard, M. van den, Achterberg, T. van, Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Hoogendoorn, M. E., ... Pickkers, P. (2015). Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 41, 1048–1056. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25894620/>

- Yang, Z., Pituskin, E., Norris, C., & Papathanassoglou, E. (2020). Synthesis of Intensive Care Nurses ' Experiences of Caring for Patients With Delirium. *The World of Critical Care Nursing*, 14(2), 55–77. Recuperado de <https://connect.springerpub.com/content/sgrwfccn/14/2/55>
- Zhang, S., Han, Y., Xiao, Q., Li, H., & Wu, Y. (2021). Effectiveness of Bundle Interventions on ICU Delirium: A Meta-Analysis\*. *Critical Care and Resuscitation*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33332818/>



**ANEXOS**



**ANEXO I** - Parecer da Comissão de Ética da instituição  
hospitalar em estudo



SAÚDE

## Comissão de Ética para a Saúde

Dr.

| SUA REFERÊNCIA | SUA COMUNICAÇÃO DE | NOSSA REFERÊNCIA               | DATA       |
|----------------|--------------------|--------------------------------|------------|
|                |                    | N.º 120/CES                    | 28-02-2022 |
|                |                    | Proc.Nº <b>OBS.SF.022-2022</b> |            |

**PI OBS.SF.022-2022** "O enfermeiro de cuidados intensivos na avaliação do delirium com a pessoa em situação crítica"

**Entrada na UID:** 07-02-2022

**Entrada na CES:** 08-02-2022

**Investigador/a/es:** Sónia Maria Oliveira da Silva - Enfermeira

**Coordenador/a/es:** Maria Isabel Domingues Fernandes

**Co-Investigador/a/es:**

**Promotor:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Serviço de Realização:** M

Cumprе informar Vossa Ex.<sup>a</sup> que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hc reunida em 16 de Fevereiro de 2022, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

*"A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no (*

Mais informa que a CES ( ) verá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE I – Guião orientador da entrevista em grupo focal**

## Intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos com a pessoa em delirium

**Autora:** Sónia Maria Oliveira da Silva\*

**Orientadora:** Professora Maria Isabel Domingues Fernandes\*\*

\*Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica do serviço

\*\*Professora da Escola Superior de Enfermagem em Coimbra

| DIA                       | LOCAL  | HORA | CÓDIGO |
|---------------------------|--|------|--------|
|                           |  |      |        |
| LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA | Agradecer a colaboração de todos os participantes  |      |        |
|                           | <p><b><u>Apresentar o tema “Intervenção do enfermeiro de CI com a pessoa em delirium”</u></b></p> <p><b><u>Apresentar os objetivos específicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o significado que os enfermeiros de CI atribuem ao delirium;</li> <li>• Compreender o contributo de avaliar o delirium através de uma escala;</li> <li>• Analisar os fatores promotores e/ou inibidores da monitorização do delirium na PSC;</li> <li>• Analisar as intervenções de enfermagem para a prevenção, avaliação, registo e documentação.</li> </ul> <p><u>Pedir autorização para gravar e assinarem o consentimento.</u></p> <p>A entrevista pode terminar sempre que seja a vontade dos entrevistados.</p> <p>Só fala um participante de cada vez.</p> <p>Não deve haver discussões paralelas entre participantes.</p> <p>Não existem respostas certas ou erradas.</p> <p>Todos tem direito a exprimirem-se, ninguém está a ser julgado.</p> <p>Devem respeitar o direito à confidencialidade, anonimato e privacidade.</p> <p>Devem desligar os telemóveis.</p> |      |        |
| DESENVOLVIMENTO           | <p><b><u>O Delirium é um diagnóstico muito presente na PSC em CI. Falem-me desta realidade no vosso contexto?</u></b></p> <p><u>Subquestões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é para vós um doente em delirium?</li> <li>• De que forma se manifesta esta condição clínica?</li> </ul>   |      |        |

|                        |  |
|------------------------|--|
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que respostas apresenta uma PSC com delirium?</li> <li>• Quais as consequências para PSC em delirium?</li> </ul> <p><b><u>Como procedem para monitorizar o delirium na PSC?</u></b></p> <p>Subquestões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que dados colhem/observam, que vos orienta no juízo do diagnóstico?</li> <li>• Há avaliação objetiva? Qual o instrumento? Quando a realizam? Porquê? Que contributos identificam nessa prática?</li> <li>• Se não, porquê?</li> </ul>  |
| <b>DESENVOLVIMENTO</b> | <p><b><u>Qual o contributo em avaliar o delirium através de uma escala?</u></b></p> <p>Subquestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem outra sugestão de monitorização?</li> </ul> <p><b><u>No quotidiano de trabalho que medidas/ações preventivas da ocorrência de delirium implementam?</u></b></p> <p><b><u>Que cuidados desenvolvem com a pessoa a quem diagnosticaram delirium?</u></b></p> <p><b><u>Fazem o seu registo? Se não porquê?</u></b></p> <p><b><u>Sintetizando o que foi abordado, que pontos gostariam de salientar desta discussão?</u></b></p> <p><b><u>Sobre este tema que aspetos poderão ainda ser abordados?</u></b></p> <p><b><u>Agradecer a colaboração.</u></b></p> |



**APÊNDICE II – Questionário sociodemográfico e formação profissional  
do Grupo Focal**

## Questionário sociodemográfico e formação profissional do grupo focal I

Sónia Maria Oliveira da Silva vem solicitar e agradecer o seu contributo e a participação no estudo de investigação, intitulado “**Intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos com a pessoa em situação crítica**”, solicitando a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, que demorará em média 2 minutos, para a caracterização sociodemográfica e de formação profissional do grupo focal no qual se insere.

### 1. IDADE (nº de anos)

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- >60

### 2. SEXO

- Feminino
- Masculino

### 3. Anos de Profissão

- 3-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- >41

### 4. Anos de experiência profissional no SMI

- 3-10
- 11-20
- 21-30
- >31

### 5. Formação acadêmica e profissional

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Especialidade
- Mestrado
- Doutorado

### 6. Identifique qual a Pós-graduação, especialidade, mestrado e/ou doutoramento?

**7. Formação na área do delirium**

Sim

Não

**8. Local da formação**

Outra entidade

SMI

**9. Qual a entidade?**

**10. Duração da formação em delirium**

Curta duração (1h a 8h)

Média duração (>8h a 25h)

Longa duração (>25h)

**11. Ano da última formação em delirium**

**APÊNDICE III – Consentimento informado**

## **“Intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos com a pessoa em delirium”**

**Investigadora Principal:** Sónia Maria Oliveira da Silva\*

**Orientadora:** Professora Maria Isabel Domingues Fernandes\*\*

\*Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do serviço de

\*\*Professora da Escola Superior de Enfermagem em Coimbra

Sónia Maria Oliveira da Silva convida-o(a) a participar voluntariamente no estudo de investigação, no âmbito do XI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, intitulado “Intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos com a pessoa em delirium”. A sua colaboração como enfermeiro(a) de cuidados intensivos é muito relevante para o êxito da investigação que tem como objetivos analisar o que influencia os enfermeiros na avaliação sistematizada do delirium com pessoa em situação crítica e identificar as intervenções de enfermagem para a sua prevenção, avaliação e documentação.

É um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, de amostragem não probabilística intencional de caso único, com recurso à entrevista em grupo. São critérios de inclusão para os participantes na entrevista os enfermeiros que: prestem cuidados diretos à pessoa em situação crítica há pelo menos três anos no contexto de cuidados intensivos polivalente; apresentem disponibilidade e voluntariedade para participar no estudo, dialogando num grupo que lhe é conhecido e que pertence ao mesmo contexto laboral; autorizem a gravação, a transcrição da entrevista e a divulgação dos resultados. Os instrumentos de colheita de dados serão um guião orientador da entrevista semiestruturada em grupo focal e um questionário para os dados sociodemográfico e de formação profissional. Os dados dos questionários dos participantes de cada grupo focal serão analisados com recurso a software de análise de dados quantitativos e os dados da entrevista serão analisados com recurso ao modelo de análise de conteúdo. Na transcrição serão omitidas todas as referências a

pessoas e situações que possam quebrar o anonimato e a confidencialidade. Todos os dados serão conservados numa base de dados da investigadora até à conclusão do estudo e apresentação do relatório da investigação sob a forma de dissertação de mestrado. Os dados serão usados somente para fins científicos e destruídos quando não forem úteis a esta investigação.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) do objetivo e metodologia da investigação intitulada “Intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos com a pessoa em delirium”. Tenho consciência de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta investigação e que poderei em qualquer momento recusar continuar sem que daí ocorra algum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados da entrevista semiestruturada e do questionário, por mim respondidos serão usados somente para fins científicos e destruídos pela investigadora após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato e a confidencialidade. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação, e que ficarei com uma cópia deste consentimento assinado pela investigadora. Tendo em conta o supracitado, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Data: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

Investigadora \_\_\_\_\_

