



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delirium à
pessoa em situação crítica: contributos para a melhoria dos
cuidados**

Anabela dos Santos Vieira

Coimbra, Julho 2022



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delirium à
pessoa em situação crítica: contributos para a melhoria dos
cuidados**

Anabela dos Santos Vieira

Orientadora: Mestre Maria do Céu Mestre Carrageta, Professora Adjunta da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, Julho 2022

Recomeça...
Se puderes
Sem angústia
E sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar e vendo
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças...

(Miguel Torga)

AGRADECIMENTOS

A concretização da presente investigação, tornou-se mais fácil com o apoio de um conjunto de pessoas e entidades. O meu agradecimento especial:

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra por todos os desafios que permitiram o meu enriquecimento profissional e pessoal.

Ao Centro Hospitalar e Universitário de São João por terem permitido a realização da minha investigação.

À Orientadora, Professora Maria do Céu Mestre Carrageta, pelo incentivo, exigência, rigor científico, disponibilidade, orientação, partilha de saberes e compreensão ao longo de todo este processo.

À minha chefe, Enfermeira Patrícia Cardoso e ao director clínico, Dr. Roberto Roncon por terem permitido a realização da investigação no serviço.

A todas as pessoas que voluntariamente aceitaram participar nesta investigação, pela disponibilidade e tempo dispensado durante a entrevista. A elas um especial agradecimento e desejo que continuem a fazer a diferença com o seu trabalho exímio.

Aos colegas de trabalho que em muito contribuíram para a investigação.

Aos meus amigos que estiveram sempre presentes, com uma palavra amiga e de incentivo.

A ti, pois mesmo em surdina e de forma precauciosa, sei que vibras e me apoias incondicionalmente, porque quando o sorriso é sincero e a parceria é honesta, não faz sentido ser de outra forma.

À minha família, nomeadamente aos meus pais, que foram e são a base de tudo.

Aos que nunca se calam, aos que nunca se acomodam e aos que nunca desistem!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente vascular cerebral

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BAV – Bloqueio Aurículo-Ventricular

CAM – ICU – Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit

CHUSJ – Centro Hospitalar e Universitário de São João

CO2 – Dióxido de Carbono

DAP – Doença Arterial Periférica

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DM – Diabetes Mellitus

DRC – Doença Renal Crónica

EAM – Enfarte Agudo Miocárdio

ECG – Escala Coma de Glasgow

EPE – Entidade Pública Empresarial

FA – Fibrilhação Auricular

IC – Insuficiência Cardíaca

ICDSC – Intensive Care Delirium Screening Checklist

HBP – Hipertrofia Benigna da Próstata

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

VHC – Vírus da Hepatite C

HSA – Hemorragia Subaracnoídea

HSJ – Hospital São João

HTA – Hipertensão Arterial

MS – Ministério da Saúde

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva Crônica

UAG – Unidade Orgânica de Gestão

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

O delirium é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica aguda, que se desenvolve num curto período de tempo e com início súbito, afetando a consciência, a atenção, a atividade psicomotora e o ciclo sono-vigília (Prayce, Quaresma & Neto, 2018).

Segundo Pincelli, Waters e Hupsel (2015), o delirium é muito comum na pessoa em situação crítica sendo a sua incidência entre 47% a 80%. Contudo, e apesar da sua frequência, este continua a ser subdiagnosticado. Pitrowsky, Shinotsuka, Soares, Lima e Salluh (2010) refere que 3% a 66% do delirium não é diagnosticado, sendo, desta forma, erradamente tratado, acarretando consequências.

Desta forma, foi definida como questão de investigação: Qual a perceção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica? Os objetivos do estudo são descrever a perceção dos enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos (UCI) sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica; identificar registos de avaliação sobre o delirium; identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros em situação de delirium; identificar dificuldades percebidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium à pessoa em situação crítica e identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros para a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica.

Procedeu-se a um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa e recurso a uma entrevista semi-estruturada a doze enfermeiros de uma UCI e a um guião para recolha de registos efetuados pelos enfermeiros sobre a existência de avaliação de delirium. Os dados foram analisados recorrendo à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin.

Como principais resultados podemos realçar que os enfermeiros têm uma perceção baseada nas suas experiências prévias e individuais sustentada na sintomatologia e comportamentos dos doentes e pouco sustentada em conhecimento científico. Não fazem menção da existência de delirium nos registos escritos, não existindo qualquer registo sobre o mesmo. Referem a inexistência de dotações seguras, a subvalorização do delirium, a dificuldade na comunicação com o doente e a inexistência de instrumentos de avaliação como as principais dificuldades na avaliação, mencionando

a otimização do trabalho em equipa, a implementação de um instrumento de avaliação e a formação como as estratégias primordiais para a valiação do delirium. Identificam algumas características inerentes à UCI como fatores modificáveis à incidência do delirium sobretudo na prevenção do mesmo, como a luminosidade, ruído, a infra-estrutura e determinados equipamentos promotores da orientação.

Podemos destacar como principais conclusões que o delirium é uma alteração multifactorial, cada vez mais frequente e constante, subdiagnosticado na UCI não sendo tratado adequadamente. Como tal, a monitorização do delirium constitui uma necessidade emergente de forma ao delirium ser identificado, monitorizado e avaliado, adotando-se intervenções adequadas, sustentadas e eficazes para o tratar mas sobretudo para o prevenir, aumentando os ganhos, em saúde e económicos.

Palavras-Chave: Delirium; Avaliação; Pessoa em Situação Crítica; Unidade de Cuidados Intensivos; Perceção dos Enfermeiros.

ABSTRACT

Delirium can be defined as an acute neuropsychiatric syndrome that might develop in a short period of time and with sudden onset, which affects consciousness, attention, psychomotor activity, and the sleep-wake cycle (Prayce, Quaresma & Neto, 2018).

According to Pincelli, Waters and Hupsel (2015), delirium is very common in critically ill patients, affecting about 47 to 80% of these patients. Despite its high prevalence it is an underdiagnosed disorder. Pitrowsky, Shinotsuka, Soares, Lima and Salluh (2010) have shown that 3 to 66% of the situations of delirium aren't diagnosed, and, consequently mistreated, entailing consequences.

The following research question was formulated: How critical care nurses perceive delirium evaluation in critically ill patients? The purpose of this study was to describe critical care nurses about delirium evaluation in critically ill patients; identify delirium evaluation assessments; identify nurse interventions in delirium situations; Identify nursing difficulties regarding delirium assessments in critically ill patients and to identify improvement strategies in delirium assessment in critically ill patients suggested by nurses.

A descriptive case study was carried out with a qualitative approach. Twelve critical care nurses were interviewed using a semi-structured interview and it was used a guide to collect data from nursing records about delirium assessments. Bardin technique was used to analyze the collected data.

As main conclusions we can highlight that nurse have a perception based on their previous and individual experiences, supported by the patient's symptoms and behavior, and supported with brief scientific knowledge. Nurses mentioned the absence of written delirium assessment, and there is no written evidence of this recorded. Unsafe allocation, delirium undervaluation, difficulties in communicating with the patient and the absence of valid instruments as the main difficulties in delirium assessment. Improving teamwork, implementing a valid instrument of delirium assessment, and training are necessary strategies to improve delirium assessment. They mention some modifiable factors related to ICU awards that could help prevent or reduce delirium such as luminosity, noise, infrastructure, and the use of certain equipment that promote orientation. As main conclusion we can highlight that delirium

is a multifactorial disturbance, increasingly frequent and constant, and underdiagnosed in the ICU and not being treated correctly.

Monitoring delirium is an emerging need in order for delirium to be identified, monitored and evaluated. We should adopt appropriate, sustained and effective interventions to treat it but above all to prevent it, increasing health and economic gains.

Keywords: Delirium; Assessment; Critically ill Patient; Intensive Care Unit; Nurse; Perceptions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Principais causas de Delirium.....	29
Tabela 2: Fatores de Risco	30
Tabela 3: Fatores de Risco numa UCI	30
Tabela 4: Caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo.....	61
Tabela 5: Caracterização dos enfermeiros quanto à idade.....	62
Tabela 6: Caracterização dos enfermeiros quanto às habilitações académicas	62
Tabela 7: Caracterização do tempo de exercício profissional dos enfermeiros	63
Tabela 8: Caracterização do tempo de permanência no serviço	63
Tabela 9: Perceção dos enfermeiros sobre a avaliação do delirium numa UCI	67
Tabela 10: Registos de enfermagem sobre a avaliação do delirium.....	74
Tabela 11: Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium .	80
Tabela 12: Dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium.....	87
Tabela 13: Estratégias para a implementação da avaliação do delirium	94
Tabela 14: Características de uma unidade que contribuam, de forma favorável ou desfavorável, para a avaliação do delirium	99
Tabela 15: Caracterização do doente em delirium	104
Tabela 16: Impacto do delirium na evolução do doente crítico	108

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E O DELIRIUM.....	21
1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS .	21
2. DELIRIUM: EPIDEMIOLOGIA E INCIDÊNCIA.....	25
2.1. TIPOS DE DELIRIUM.....	27
2.2. FISIOPATOLOGIA DO DELIRIUM	27
2.3. FATORES DE RISCO	29
2.4. AS CONSEQUÊNCIAS DO DELIRIUM E A IMPORTÂNCIA DA SUA MONITORIZAÇÃO.....	33
3. INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO E NA ABORDAGEM À PESSOA COM DELIRIUM	37
CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO	41
1. METODOLOGIA	41
1.1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	42
1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	43
1.3. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO	45
1.4. TIPO DE ESTUDO	46
1.5. PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
1.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	51
1.6.1. Entrevista	52
1.6.2. Análise Documental.....	54
1.7. ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	55
1.8. PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS.....	59
2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	61
2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	61

2.2. AVALIAÇÃO DO DELIRIUM NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	
63	
2.2.1. Resultados das Entrevistas	63
2.2.2 Resultados da Análise Documental.....	110
3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	111
CONCLUSÃO.....	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133

ANEXOS

ANEXO I - Questionário ao Presidente da Comissão de Ética

ANEXO II – Requerimento ao Presidente do Conselho de Administração

ANEXO III – Pedido de Reutilização de registos clínicos para investigação

ANEXO IV – Consentimento Informado

ANEXO V – Autorizações para realização do estudo

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião da entrevista

APÊNDICE II – Guião de análise documental

APÊNDICE III – Transcrição das entrevistas

APÊNDICE IV – Matriz de análise

APÊNDICE V – Transcrição dos registos analisados

INTRODUÇÃO

Segundo a American Psychiatric Association (2014) o delirium é um distúrbio da consciência com diminuição da capacidade de focar, manter ou alterar a atenção; implica uma alteração na cognição ou o desenvolvimento de uma perturbação da percepção. Esta, é desenvolvida num curto período de tempo (horas ou dias) e tende a flutuar ao longo do dia (Pereira et al., 2016).

Sendo um estado confusional agudo, representa uma manifestação de disfunção cerebral aguda, apresentando diversas manifestações clínicas, como deficit de atenção, perda de memória, alucinações e agitação (Pitrowsky et al., 2010).

Por sua vez, Pereira et al. (2016), refere que o delirium ou estado confusional agudo, está entre as doenças mentais mais prevalentes nos doentes hospitalizados por doença aguda. Segundo os números do National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014), a sua prevalência é cerca de 30% nas enfermarias do foro médico e de 50% nas enfermarias do foro cirúrgico, contudo, é nas unidades de cuidados intensivos (UCI), que a prevalência e incidência do delirium são superiores.

Faria e Moreno (2013), descrevem o delirium como uma disfunção cerebral aguda caracterizada por alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de compromisso cognitivo, que afeta, com frequência doentes internados em UCI.

Apesar da sua elevada prevalência nas UCI 28% a 73%, segundo Pitrowsky et al. (2010), 47% a 80% segundo Pincelli et. al. (2015), o delirium permanece, consideravelmente, subdiagnosticado. O estudo realizado por Mori et al. (2016), no qual participaram 1.384 profissionais de saúde de 41 hospitais americanos que responderam a um questionário sobre crenças e práticas relacionadas ao delirium, 86% reconheceram que o delirium era subdiagnosticado e 90% concordaram que o mesmo prejudicava o desmame de ventilação mecânica invasiva (VMI), prolongando o tempo de internamento do doente. Relativamente à identificação do delirium, 59% referiram não realizar nenhum tipo de avaliação para a sua deteção, pelo que, se

torna necessário adotar comportamentos e intervenções, melhorando a sua prevenção e identificação.

Tendo em conta esta realidade, surge a presente investigação no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que tem como questão central “Qual a perceção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica”.

Trata-se de um estudo de caso descritivo, de abordagem qualitativa cujo objetivo geral é conhecer a perceção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica.

A nível de estratégias para a elaboração deste estudo, contribuíram as reuniões com a professora orientadora, a realização de pesquisa bibliográfica, a reflexão crítica permanente sobre a literatura consultada, aliada à experiência profissional e às conversas informais que se foram desenvolvendo com a equipa de enfermagem no contexto de trabalho.

Estruturalmente o trabalho está dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo será realizado o enquadramento teórico. Este, apresenta-se em três subcapítulos, o primeiro, abordará a pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos, o segundo, o delirium onde será aprofundado os diferentes tipos de delirium; a sua fisiopatologia; fatores de risco; consequências do delirium e a importância da sua monitorização. Por sua vez, o terceiro subcapítulo mencionará as intervenções dos enfermeiros na prevenção e na abordagem à pessoa com delirium. O segundo capítulo contemplará o desenho metodológico que orientou a realização do estudo. Este, será dividido em três subcapítulos. O primeiro tratará da metodologia onde serão descritos: a problemática e justificação do estudo; a contextualização do estudo; objetivos e questões de investigação; tipo de estudo; participantes do estudo; instrumentos de colheita de dados; organização, tratamento e análise de dados; procedimentos legais e éticos. No segundo subcapítulo iremos apresentar os resultados da investigação e no terceiro a discussão dos mesmos.

Na conclusão dar-se-á destaque aos principais resultados do estudo, referindo as limitações sentidas durante a sua concretização, apresentando algumas sugestões a nível da prática, da investigação e da formação em enfermagem.

CAPÍTULO I – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E O DELIRIUM

Segundo o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (2011, p.3) “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

É nas unidades de cuidados intensivos (UCI) que essa vigilância, monitorização e terapêutica são prestadas de uma forma adequada, objetiva, personalizada, rápida e eficaz. As UCI têm um ambiente muito próprio, a complexidade aliada ao tecnicismo, representa, por si só, um fator de risco para o desenvolvimento de delirium.

1.PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2003), as UCI são locais qualificados para assumir responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais. A sua prática assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e tecnológicos), assegurados em função das necessidades dos doentes, vinte e quatro horas por dia.

Nas UCI, o foco é o cuidar de doentes críticos, geralmente instáveis e de grande complexidade onde o sinergismo dos recursos humanos e tecnológicos fazem a diferença. A urgência dos cuidados, muitas vezes, torna o ambiente da UCI extremamente tecnicista, pois os procedimentos são muito invasivos, exigindo técnica apurada e profissionais devidamente qualificados.

O meio ambiente da UCI torna a prestação de cuidados ainda mais desafiantes. O espaço físico, as condições de luminosidade, o excesso de ruído influenciam o cuidar e a evolução clínica do doente. A existência de unidades abertas, ou open space, coloca em causa a privacidade do doente, pois partilha o mesmo espaço físico com vários doentes, a individualidade é colocada em causa, ainda que, os profissionais se esforcem para a manter. O facto de partilharem o mesmo espaço, não lhes acrescenta conforto, pelo contrário, os doentes experimentam sentimentos de solidão, isolamento,

medo, perda de identidade, intimidade e dignidade (Backes, Erdmann & Buscher, 2015).

As condições de luminosidade também têm impacto no estado clínico do doente. A literatura é clara, a existência de luz natural é uma mais-valia numa evolução favorável do doente crítico. A noção de dia e noite é de extrema importância na recuperação da saúde do doente. Segundo Engwall, Fridh, Johansson, Bergbom e Lindahl (2015) o ritmo circadiano é constituído por períodos de luz e escuridão regulares e importantes para a saúde humana. Como tal, é notório que o ritmo circadiano não é devidamente cumprido numa UCI, além de existirem vários equipamentos electrónicos que emitem luz (monitores, máquinas perfusoras, ventiladores, máquina que executam técnica de substituição renal etc...) inclusive à noite, no período noturno a iluminação, às vezes, é usada em níveis elevados para a realização de procedimentos invasivos, tratamentos, exames e nos cuidados de enfermagem.

Esses mesmos equipamentos também contribuem para o excesso de ruído, emitindo, todos, sons de alerta. O ruído também é um factor intrínseco às UCI. Este não provém exclusivamente dos equipamentos, os profissionais têm a sua cota de responsabilidade, não adequando conversas e tom de voz ao local e hora do dia. O ruído é um poluente insidioso acarretando efeitos fisiológicos e psicológicos prejudiciais, nomeadamente, durante o período de descanso do doente.

A exposição ao ruído acarreta complicações a curto e a longo prazo. A curto prazo as alterações são impulsionadas pela estimulação alostática do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Segundo Delaney, Litton e Haren (2019) níveis de ruído tão baixos quanto 60 decibéis, semelhante ao volume de uma máquina de lavar louça, pode produzir um aumento de 34-53% de cortisol plasmático. Na mesma linha, as catecolaminas endógenas libertadas em resposta ao aumento da intensidade acústica, permanecem elevados durante noventa minutos após a cessação do ruído, potencializando o catabolismo, o consumo de oxigénio e a vasoconstrição.

Além das alterações fisiológicas o excesso de ruído provoca alterações psico-emocionais, incitando nos doentes sentimentos de incómodo, cansaço e irritabilidade reduzindo a capacidade e precisão de resposta a eventos inesperados, aumento a propensão a comportamentos de risco (Delaney, Litton & Haren, 2019).

Como tal, as características do meio ambiente da UCI, os fatores inerentes ao doente crítico e a complexidade da doença causam sofrimento e desconforto aos doentes. De forma a minimizar tal impacto não devemos colocar para segundo plano as

consequências que tudo isto pode provocar a nível cerebral do doente, humanizando mais os cuidados e o ambiente envolvente protegendo o doente.

2. DELIRIUM: EPIDEMIOLOGIA E INCIDÊNCIA

O termo delirium deriva do latim “delirare” o que significa “estar fora do lugar”, no entanto o seu significado no sentido figurado é “estar insano, confuso, fora de si”. Já Hipócrates nos seus trabalhos fazia referência ao conjunto de sintomas do delirium, indicando a patologia como uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica da época, contudo, apenas em 1980 entrou para a nosografia psiquiátrica.

A European Delirium Association (2014) concebe o delirium à luz dos critérios apresentados pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association (2014) considerando o delirium um distúrbio da consciência com diminuição da capacidade de focar, manter ou alterar a atenção, implica uma alteração da cognição ou o desenvolvimento de uma perturbação da perceção que não é melhor explicada por uma demência pré-existente ou em evolução.

Ali e Cascella (2022), referem que o delirium, também denominado como 'estado confusional agudo', 'encefalopatia tóxica ou metabólica', 'insuficiência cerebral aguda', é essencialmente definido pelos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª (DSM-5) como uma alteração aguda na atenção e consciência que se desenvolve em um intervalo de tempo relativamente curto e é associado a deficits cognitivos adicionais, como deficit de memória, desorientação ou distúrbios perceptivos.

Sousa, Simões e Araújo (2019), referem que o delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda, que se desenvolve num curto período de tempo e com início súbito, afetando a consciência, a atenção, a atividade psicomotora e o ciclo sono-vigília.

O delirium pode ser caracterizado como uma disfunção encefálica aguda ou síndrome neuropsiquiátrica. O doente apresenta déficit de atenção e cognição (desorientação temporal, comprometimento do juízo, memória e pensamento) combinadas com flutuações do estado mental e humor (apatia, irritabilidade, euforia ou ansiedade), nível alterado de consciência, alterações da perceção (distorções ou ilusões sensoriais),

perturbações psicomotoras (letargia ou movimentos desorganizados) e possível inversão do ciclo de sono-vigília (Pincelli, et. al. 2015).

O delirium é uma disfunção neurológica aguda frequentemente observada em doentes internados na UCI. Segundo Mori et al. (2016), a prevalência do delirium é cerca de 70% e a sua incidência pode chegar aos 89%. Num estudo realizado em 41 hospitais americanos, a 1384 profissionais a exercer funções numa UCI que responderam a um questionário sobre crenças e práticas relacionadas com o delirium, 86% reconheceram que o delirium era subdiagnosticado.

Em Portugal desconhece-se a prevalência de delirium, mas vários estudos corroboram os dados internacionais, pelo que, se julgue que a sua percentagem se assemelhe à dos parceiros europeus. Na população de adultos com idade igual ou superior a 18 anos numa UCI a prevalência de delirium é de 83% a 87% (Prayce, et. al. 2018).

Pincelli, et. al. (2015), referem que a incidência do delirium é entre 47% a 80%, no entanto, nem sempre é diagnosticado devido a desvalorização e/ou não reconhecimento, ou por não ser considerado como a razão primária do internamento. Menciona de igual forma, que cerca de 30% a 66% dos casos de delirium não são devidamente diagnosticados e tratados corretamente.

Pereira et al. (2016), relata que o subdiagnóstico do delirium é ainda hoje uma realidade, principalmente nas UCI. Segundo estes autores, o delirium não tem, por parte dos profissionais de saúde, o mesmo reconhecimento que outras disfunções orgânicas e cerca de 66% dos casos podem mesmo não chegar a ser diagnosticados, percentagem que ascende aos 75% nos doentes em que o delirium é hipoativo.

Ali e Cascelle (2022), mencionam que o delirium representa a manifestação clínica mais comum de disfunção cerebral aguda nas UCI, afetando até 83% dos pacientes em ventilação mecânica (VM). Como é um fenómeno de início súbito, deve ser realizada a sua avaliação sempre que se justifique, pois o facto de ser subvalorizado, leva a que, erroneamente, seja tratado apenas como uma iatrogenia induzida por fármacos.

2.1. TIPOS DE DELIRIUM

O delirium muitas vezes manifesta-se de uma forma heterogénea, sendo descritos três subtipos caracterizados, de acordo, com o comportamento psicomotor. O hiperativo, caracterizado pelo aumento da atividade psicomotora; hipoativo, caracterizado pela desatenção e a diminuição da actividade psicomotora e misto, caracterizado pela flutuação imprevisível dos outros subtipos (Pincelli, et. al. 2015).

No delirium hiperativo a agitação é proeminente, apresentando agressividade e risco de auto e hétero-agressão. No hipoativo, o doente apresenta um nível de consciência menor, geralmente prostrado e pouco comunicativo (Bastos, Beccaria, Silva & Barbosa, 2019).

O delirium hiperativo é o tipo de delirium mais identificado fora das UCI. Contudo, na UCI este tipo de delirium é responsável por 23% dos casos. Caracteriza-se por agitação, inquietação, labilidade emocional e características psicóticas positivas, como alucinações, ilusões que muitas vezes interferem na prestação de cuidados. Nos doentes idosos, os sintomas psicóticos de início recente, provavelmente não são uma doença mental primária, pelo que se deve analisar se se trata de uma causa farmacológica ou fisiológica (Ali & Cascella, 2022).

O delirium hipoativo tem uma prevalência de 24,5%-43,5% nas UCI. Este, é comumente caracterizado por confusão, sedação, apatia, responsividade diminuída, função motora lenta, atitude retraída, letargia e sonolência. O delirium hipoativo é frequentemente subestimado e está associado a um pior prognóstico, pois os doentes que sofreram de delirium hipoativo apresentaram aumento da mortalidade em 6 meses (Ali & Cascella, 2022).

Por fim, mas igualmente importante, o delirium misto tem uma prevalência de 52,5% nas UCI. É a forma de delirium mais frequente, respondendo por cerca de metade total dos casos. É uma combinação das duas formas descritas anteriormente, e os doentes manifestam uma flutuação de características hipoativas e hiperativas (Ali & Cascella, 2022).

2.2. FISIOPATOLOGIA DO DELIRIUM

A fisiopatologia do delirium não está totalmente esclarecida e pode não ser decorrente de uma única via, dada a grande variedade de causas. Geralmente, acredita-se que seja uma interação entre características únicas do doente, como idade avançada,

cognição e alterações fisiológicas. Muitas teorias têm sido propostas, desde desregulação de neurotransmissores, neuroinflamação com ativação microglial, stresse oxidativo, envelhecimento neuronal e disfunção do ciclo sono-vigília, entre outras teorias (Ali & Cascella, 2022).

O mecanismo fisiopatológico exato causador de delirium permanece indefinido. Trata-se provavelmente, da via final de diferentes mecanismos patogénicos, culminando na redução global do metabolismo oxidativo cerebral e falência da transmissão colinérgica. Estudos electroencefalográficos demonstram redução da atividade cortical cerebral, não relacionada à doença de base. A principal hipótese para o desenvolvimento de delirium permanece focada no papel dos neurotransmissores, inflamação e stress crónico, (Lôbo, Filho, Lima, Ferriolli & Moriguti, 2010).

Alterações em diferentes vias de neurotransmissores têm sido observadas na fisiopatologia do delirium, sendo as mais importantes, a dopamina e a acetilcolina. O excesso de dopamina e a depleção de acetilcolina foram associados ao delirium. Outros neurotransmissores como glutamato, ácido gama-aminobutírico, serotonina e endorfinas também desempenham um papel (Ali & Cascella, 2022).

Ali e Cascella (2022) no seu estudo vai ao encontro do que é defendido por Lôbo et al. (2010) referindo que a atividade dopaminérgica em excesso também é apontada como fator contribuinte, talvez pelo seu papel regulador na libertação de acetilcolina. O fato de drogas dopaminérgicas atuarem como precipitantes de delirium, enquanto antagonistas dopaminérgicos são utilizados para o controle de sintomas da síndrome reforçam tal observação.

Marcadores inflamatórios produzidos durante uma doença crítica como citocinas, quimiocinas, fator de necrose tumoral alfa iniciam uma sequência de eventos que levam ao comprometimento microvascular, formação de trombina e dano endotelial. A inflamação pode causar disfunção cerebral pela diminuição do fluxo sanguíneo cerebral devido à formação de micro-agregados de fibrina, plaquetas, neutrófilos, glóbulos vermelhos nos micro-vasos cerebrais (Ali & Cascella, 2022).

Outro mecanismo fisiopatológico que pode estar na base da fisiopatologia do delirium é a redução do metabolismo oxidativo cerebral levando à alteração da neurotransmissão. A falha do metabolismo oxidativo cerebral é importante na patogénese da disfunção de múltiplos órgãos na doença crítica (Ali & Cascella, 2022).

A eficácia e a função dos neurotransmissores são diretamente influenciados pela concentração plasmática de muitos aminoácidos, e a diminuição da disponibilidade de

aminoácidos neutros pode levar ao delírio nos doentes internados nas unidades de cuidados intensivos (Ali & Cascella, 2022).

2.3. FATORES DE RISCO

O delirium é uma alteração orgânica de elevada incidência e prevalência nas UCI. Os episódios de confusão ou de agitação estão, muitas vezes, na base de eventos adversos que podem colocar em risco a segurança do doente acarretando consequências deletéricas para ele próprio, sendo a sua identificação e prevenção fundamentais para reduzir a sua incidência, duração e morbi-mortalidade.

Nesse sentido, a equipa de enfermagem assume um papel de extrema importância na vigilância e monitorização do doente mas sobretudo na identificação de possíveis fatores/causas que podem estar na base da sua incidência ou que possam contribuir para o desenvolvimento/evolução do mesmo.

Devido ao delirium ser um estado confusional, nem sempre é simples identificar o fator/causa, pelo que se torna necessária uma avaliação completa, de forma, a identificar causas/fatores reversíveis de delirium. A esse respeito, há uma grande variedade de possíveis causas de delirium que variam de intoxicação e estados de abstinência, causa neurológicos graves, como meningite e acidente vascular cerebral. A prevenção, identificação e tratamento de delirium é essencial para a evolução do doente (Ali & Cascella, 2022).

Como tal, o conhecimento por parte dos enfermeiros sobre os fatores e as causas que favorecem a ocorrência do delirium é essencial para realizar um plano de cuidados adequado, objetivo e individual de forma a minimizar a sua ocorrência.

Ali e Cascella (2022), no seu estudo fazem a diferenciação das principais causas do delirium, os fatores de risco e os fatores de risco inerentes a uma UCI.

As seguintes tabelas farão referência às principais causas de delirium, aos fatores de risco e aos fatores de risco numa UCI.

Tabela 1: Principais causas de Delirium

Principais Causas de Delirium

Infeciosa	Neurocognitivo
Intoxicação/Abstinência alcoólica	Convulsões
Metabólica	Vascular

Hipoglicemia	Hipóxia
Medicamentos	Deficiência de Vitaminas
Trauma	Patologias Endócrinas
Ingestão de toxinas ou metais pesados	

Fonte: Ali e Cascella (2022)

Tabela 2: Fatores de Risco

Fatores de Risco

Idoso	Gravidade da Doença
Deficiência Cognitiva	Comorbilidades
Deficiência Visual	Infeção
Abuso de Álcool	Cirurgias Extensas
Problemas Respiratórios	

Fonte: Ali e Cascella (2022)

Tabela 3: Fatores de Risco numa UCI

Fatores de Risco numa UCI

Demência Pré-Existente	Enfarte de Miocárdio
Ventilação Mecânica	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Sépsis	Esteróides
Hipertensão	Medicamentos Psicoactivos
Gravidade da Doença	Níveis elevados de Sedação
Dor	Fatores ambientais (p.ex. ausência de luz natural)
Derrame	Imobilidade e Restrição Física
Distúrbios Psiquiátricos	Má qualidade do sono
Depressão	Falta de Visitas
Traumatismo Cranioencefálico	

Fonte: Ali e Cascella (2022)

Os fatores de risco para a ocorrência de delirium podem ser divididos em não modificáveis e modificáveis. Nos fatores não modificáveis estão as características dos doentes como a idade, género, hábitos pessoais (por exemplo: tabagismo, abuso de

álcool ou drogas), comorbidades, doenças prévias do sistema nervoso, características genéticas e a demência. Os modificáveis são a febre, desidratação, utilização de sedativos e analgésicos, utilização de dispositivos invasivos (como tubos endotraqueais, catéteres, sondas nasogástricas, sondas vesicais) (Pitrowsky et al., 2010).

Prayce, et. al, (2018), referem que a etiologia do delirium é complexa e frequentemente multifatorial, dependendo da interação entre características do doente (ex: idade, gênero), da situação clínica (infecção urinária, enfarte agudo do miocárdio) e das características do meio (ex: presença dispositivos invasivos, realização de manobras invasivas e o internamento em cuidados intensivos). O mesmo reconhece com alto nível de evidência os seguintes fatores de risco: a existência de perturbação cognitiva prévia, como a demência; depressão; alterações da concentração sérica do sódio; diminuição da acuidade visual e a idade igual ou superior a 70 anos.

Num estudo desenvolvido por Pereira et al. (2016), sobre os principais fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros que têm influência no desenvolvimento do delirium nos doentes internados na UCI este constatou que a má nutrição (cerca de 44% dos doentes estavam em dieta zero e 75% uma dieta entérica) e desidratação são fatores de risco, defendendo a implementação de intervenções que fomentem o consumo de água e promovam a nutrição e a manutenção da boca limpa, fresca e hidratada diminuindo, assim, a incidência do delirium.

Um outro fator modificável pelo enfermeiro é o uso de dispositivos invasivos, neste caso, a utilização de sonda nasogástrica. O enfermeiro deve fomentar a alimentação por via oral, adaptando o tipo de dieta à condição e à preferência dos doentes, permitindo e estimulando a utilização de próteses dentárias de forma a facilitar a alimentação.

Para além do uso da sonda nasogástrica, o estudo anteriormente referido, vai ao encontro ao que vários autores apontam como conclusões sobre a utilização de dispositivos invasivos e o desenvolvimento de delirium. O estudo revelou que a presença de cateter venoso central, linha arterial, sonda vesical e drenos no contexto pós-operatório estão diretamente relacionados com a presença de delirium, mencionando que à medida que os procedimentos se vão tornando mais invasivos o risco de delirium aumenta.

Associado ao uso de dispositivos invasivos temos presente o risco de infeção que constituiu um outro fator de risco modificável para o desenvolvimento de delirium. Pereira et al. (2016), citando Ocádiz-Carrasco et al. (2013) concluiu que o número de leucócitos é superior nos doentes com delirium.

Um outro fator de risco modificável para o desenvolvimento de delirium é a promoção da visita de familiares. Pereira et al. (2016) após o seu estudo conclui que existe uma percentagem significativa de doentes sem visitas que apresentam delirium. Ocádiz-Carrasco et al. (2013) defende que o suporte familiar é um fator de risco independente para o desenvolvimento de delirium e que os doentes estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de delirium quando o apoio familiar é pobre.

Rosenbloom-Bruton, Henneman e Inouye (2010) afirmam que é indispensável incorporar a família na prevenção e no tratamento do delirium e que tal intervenção, permitiu reduzir a incidência do delirium. Sendo os enfermeiros, os profissionais de saúde que mais tempo passam com o doente e que estão na melhor posição para fazer a ligação à família, Henao-Castaño e Amaya-Rey (2014) defendem que os enfermeiros devem facilitar, bem como, promover as visitas dos familiares e a interação destes com os doentes, estimulando-os através de intervenções que os orientem, quer seja através do diálogo de temas atuais, apelando à memória e relembrando o passado, visualizando fotografias ou permitindo os doentes ouvirem músicas que gostem.

Os défices sensoriais não compensados (défice visual e/ou auditivo) constituem dois fatores de risco modificáveis, tal como descreve De Castro et al. (2014). O mesmo, defende que a diminuição da acuidade visual esteve presente na maioria dos doentes com delirium. A diminuição da acuidade auditiva verificou-se em grande parte dos doentes com delirium. Como tal e de forma a colmatar tais défices, os enfermeiros devem favorecer a utilização de próteses visuais e auditivas melhorando a sua capacidade de perceção e interação com o meio ambiente prevenindo o desenvolvimento de delirium. Os enfermeiros devem promover a utilização dos objetos pessoais dos doentes internados nas UCI.

Um outro fator de risco que pode e deve ser modificado, é a gestão e monitorização da administração de medicação que atua no sistema nervoso central. Pereira et al. (2016) revela que no estudo realizado por ele que 55% dos doentes medicados com benzodiazepinas e cerca de 84% dos doentes medicados com propofol desenvolveram delirium. As evidências científicas demonstradas por Torres et al. (2012) sustentam que a administração de benzodiazepinas aumenta o risco de delirium. Mori et al. (2016), partilha da mesma opinião, pois no seu estudo em que 69 dos doentes que apresentaram delirium, 41 deles, ou seja, 59% estavam sedados com midazolam. Contudo, Svenningsen et al. (2013) referem que o risco está aumentado quando a administração é realizada em bólus comparativamente a uma perfusão

contínua. Os mesmos autores, defende que a administração de propofol apresenta um risco superior ao verificado para as benzodiazepinas.

Apesar da medicação que atua no sistema nervoso central não ser uma variável que depende da ação independente dos enfermeiros, a sua gestão e administração deve ser da responsabilidade dos mesmos, priorizando os medicamentos em SOS que acarretem um menor risco de delirium para o doente.

Para além das possíveis consequências anteriormente referidas, uma má gestão da sedação pode levar a uma hipoventilação, lavando à retenção de CO₂, à hipercapnia o que constitui mais um fator de risco para o desenvolvimento de delirium, Ocádiz-Carrasco et al. (2013).

Um outro fator de risco é a ventilação mecânica invasiva (VMI) é extremamente prevalente, para o desenvolvimento do delirium. Svenningsen et al. (2013) referem que 93,5% dos doentes ventilados mecanicamente desenvolveram delirium. Mori et. al. (2016), durante o seu estudo de investigação comprova que em 69 dos doentes que apresentaram delirium, 54 estavam sob ventilação mecânica invasiva, ou seja, 78%.

Outros fatores de risco devem ser verificados e corrigidos como as alterações electrolíticas, a abstinência de drogas e o controle da dor.

2.4. AS CONSEQUÊNCIAS DO DELIRIUM E A IMPORTÂNCIA DA SUA MONITORIZAÇÃO

A presença de delirium na pessoa em situação crítica tem um impacto negativo e é responsável por inúmeras consequências, a curto e a longo prazo.

Faria e Moreno (2013) enunciam que além das consequências emocionais, difíceis de avaliar e perceber o seu impacto, as consequências clínicas, como a mortalidade, o tempo de internamento na UCI e no hospital, o número de dias de ventilação mecânica e a incidência de complicações relacionadas com o delirium são mensuráveis tornando-se, cada vez mais, fundamental o seu estudo.

Estudos revelam que a presença de delirium está associada a uma taxa de mortalidade mais elevada, a um aumento do tempo de internamento na UCI, bem como, no hospital (diferença média de 7,32 e 6,53 dias, respetivamente), a um aumento de dias de ventilação mecânica (cerca de mais 7 dias), aumento da remoção acidental de tubos e cateteres e aumento da taxa de reintubação, no que concerne, às complicações a curto prazo (Faria & Moreno, 2013).

No que se refere às complicações a longo prazo, surgem as sequelas cognitivas. O compromisso neurocognitivo, nos doentes que apresentaram delirium, afeta a memória, a função executiva e a atenção. O problema em si, além de afetar o doente, afeta a família e os cuidadores, pois compromete a capacidade do doente regressar ao trabalho, aumentando os custos médicos e reduzindo a qualidade de vida (Faria & Moreno, 2013).

Segundo, Faria e Moreno (2013, p.140) “a elevada incidência de delirium e as graves complicações associadas deviam ser suficientes para alertar os profissionais de saúde para a necessidade de avaliação regular dos doentes”.

Os mesmos autores defendem que é importante avaliar o delirium pois, frequentemente, é subdiagnosticado (3 a 66% dos casos de delirium não são diagnosticados) influenciando o prognóstico do doente. De acordo com a sua elevada prevalência nas UCI, as atuais guidelines recomendam a avaliação diária do delirium e de uma abordagem multidisciplinar. A monitorização do delirium é importante como um indicador de disfunção orgânica mas também para a prevenção de lesões acidentais, promovendo a redução dos efeitos adversos e permitindo a instituição de medidas preventivas e terapêuticas.

A capacidade de avaliar o delirium, de forma precisa, é um componente importante de qualquer estratégia sistemática adotada para o prevenir ou tratar. Para tornar a avaliação real, são necessários instrumentos de avaliação, nomeadamente, escalas.

Devido às características, tão específicas e particulares, da população de cuidados intensivos a escala a utilizar deve ter a capacidade de avaliar os componentes primários do delirium (consciência, inatenção, pensamento desorganizado e curso flutuante); deve ter comprovadas a validade e fiabilidade na população de UCI; ser avaliada rápida e facilmente e não necessitar da presença de profissionais de psiquiatria.

Como tal, as duas escalas validadas para a avaliação do delirium em ambiente de cuidados intensivos são a Confusion Assessment Method-ICU (CAM-ICU) e a Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), ambas traduzidas para português (Brasil), validadas e conseguindo uma boa concordância entre as duas (Faria & Moreno, 2013).

No que concerne à precisão dos instrumentos de avaliação, Faria e Moreno (2013) evidenciaram que a sensibilidade para a avaliação do delirium é superior na ICDSC (80,1%) em relação ao CAM-ICU (75,5%), contudo, a CAM-ICU tem maior especificidade (95,8% versus 74,6%).

Para além da precisão e da sensibilidade dos instrumentos, é extremamente importante, avaliar a sua praticidade e sustentabilidade. A literatura revela que a implementação de uma escala de avaliação de delirium é praticável e que a sua sustentabilidade, depende em muito, do acompanhamento de estratégias educacionais aos profissionais de saúde, de lembretes frequentes, de avaliação de qualidade e da participação de uma equipa multidisciplinar que valorize o papel da avaliação de delirium nas decisões clínicas diárias (Faria & Moreno, 2013).

3. INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO E NA ABORDAGEM À PESSOA COM DELIRIUM

Sendo o delirium um distúrbio da consciência com diminuição da capacidade de focar, manter ou alterar a atenção, implica uma alteração na cognição ou o desenvolvimento de uma perturbação, em que muito se assemelha a uma demência pré-existente ou em evolução. Este, desenvolve-se num curto período de tempo (horas a dias) e tende a flutuar ao longo do dia, sendo provocado, maioritariamente, por uma condição médica.

No que se refere às suas consequências, o delirium é um preditor independente de um prognóstico negativo, correlacionando-se com o aumento da mortalidade intra-hospitalar aos seis meses, com o aumento do tempo de internamento na UCI e no hospital, com o aumento do tempo de dependência da ventilação mecânica e com uma maior necessidade de reintubação endotraqueal, devido à remoção dos tubos endotraqueais pelo doente, por este, estar em delirium (Pereira et. al. 2016).

Como tal e de forma a minimizar as consequências despoletadas pelo delirium, o enfermeiro deve ter, especial atenção, à segurança do doente internado na UCI de modo a promover a criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros, visando diminuir o risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde (Pereira et. al., 2016).

Indo ao encontro às diretrizes para o delirium do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a prevenção do delirium é voltada para a melhoria do sono, orientação do doente, estímulos cognitivos, maior envolvimento dos familiares, vigilância de sinais de desidratação e hipóxia, mobilização precoce, monitorização da dor, verificação de má nutrição e deficits sensoriais.

Após a análise de literatura disponível sobre os cuidados de enfermagem dispensados ao doente com delirium, de forma a promover um ambiente seguro mas sobretudo diminuindo a incidência e prevalência deste, as intervenções foram agrupadas em seis temáticas de acordo com o conteúdo: ambiente; mobilização; higiene de sono; equipamento e dispositivos; família/amigos e controle fisiológico. As intervenções são as seguintes:

➤ **Ambiente**

- Promover um ambiente favorável, tranquilo e limpo, através de quartos espaçosos, estrutura de vidro com possibilidade de ver a enfermeira do lado de fora com o contacto visual;
- Minimizar movimentos de cama em doentes submetidos a um longo internamento na UCI;
- Orientar os doentes a cada 8h sobre o lugar, data e hora;
- Manter um calendário e relógio num local de fácil visualização;
- Fornecer sinalização clara;
- Reduzir e controlar a luminosidade;
- Diminuir as luzes da UCI entre as 23h e as 07h;
- Oferecer máscara para os olhos a todos os doentes;
- Usar iluminação de cabeceira para a prestação de cuidados aos doentes;
- Fornecer iluminação adequada;
- Promover estratégias para reduzir e controlar ruídos em toda a unidade;
- Manter os corredores silenciosos;
- Fechar todas as portas entre as 23h e as 07h;
- Reduzir as conversas não clínicas na sala de trabalho;
- Reduzir os volumes dos telefones entre as 23h e as 07h;
- Orientar familiares e visitantes para falarem baixo;
- Realizar massagem terapêutica desenvolvida por enfermeiros;
- Manter monitores e máquinas com alarmes reduzidos entre as 23h e as 07h;
- Oferecer tampões auditivos a todos os doentes;
- Proporcionar musicoterapia.

➤ **Mobilização**

- Promover um posicionamento eficaz para garantir conforto ao doente;
- Promover e encorajar a mobilização precoce e frequente no leito, através de exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento três vezes ao dia;
- Encorajar a deambulação fornecendo auxílio e dispositivos.

➤ **Higiene do Sono**

- Desenvolver um protocolo de sono;

- Promover o sono e eliminar fatores que interfiram com o ciclo normal do sono;
- Programar e oferecer intervenções para promover o sono, como incentivar o banho à noite e não acordar o doente no início da manhã, quando ele ainda está a dormir, para dar o banho;
- Promover o sono, aquecendo o leite, o chá, proporcionando massagem e musicoterapia;
- Promover o sono, apagando a luz à noite;
- Desligar a luz e televisão à noite;
- Programar tempos de sono ininterruptos, ajustando o horário de medicamentos, rotinas e procedimentos e minimizando distúrbios e intervenções à noite;
- Otimizar os procedimentos e programar os procedimentos não imediatos antes das 23h ou após as 08h;
- Promover períodos de descanso na parte da tarde;
- Administrar medicações para promover o sono mediante a necessidade do doente.

➤ **Equipamentos/Dispositivos**

- Promover atividades de estímulo cognitivo ao menos três vezes ao dia e deixar o ambiente menos cansativo com televisão, rádio, DVD, jogos de palavras, jornal, livro, revista e discutir os acontecimentos atuais;
- Remover ou minimizar equipamentos que não sejam essenciais ou que dificultem a mobilização;
- Promover equipamentos de adaptação, como teclados grandes e livros grandes;
- Proporcionar recursos visuais, como óculos ou lentes de aumento.

➤ **Família/Amigos**

- Incentivar, encorajar e permitir a visita regular e a participação frequente de familiares e amigos;
- Fornecer panfletos informativos às famílias;
- Encorajar a família a participar na assistência ao doente, nomeadamente, na alimentação, massagem e reorientação;
- Realização de massagem terapêutica pelos familiares.

➤ **Controle Fisiológico**

- Avaliar a hidratação do doente e reconhecer, precocemente, sinais de desidratação;
- Incentivar a ingestão oral de líquidos e a reposição hídrica;
- Avaliar a saturação de oxigênio e otimizar a mesma;
- Avaliação da dor e otimização da analgesia de forma a garantir o conforto do doente;
- Definir sonda adequada;
- Promover auxílio na alimentação e incentivo durante as refeições.

As intervenções de enfermagem, anteriormente descritas, têm como objetivo prevenir o delirium nos doentes internados numa UCI. Os cuidados de enfermagem devem ser direcionados, auxiliando a ação dos enfermeiros. É crucial possuir conhecimentos sobre o delirium, em que consiste, como se manifesta, que consequências podem acarretar ao doente, que intervenções se devem adotar para diminuir a sua prevalência, como podemos trata-lo mas, o foco, deve ser como podemos preveni-lo. Uma intervenção objetiva, eficaz e preventiva ajuda no tratamento adequado, previne agravamento da patologia e reduz as complicações que este pode acarretar.

CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO

O método científico envolve a observação de fenómenos, realizada de um modo especial, recorrendo a técnicas e procedimentos muito variados, uns qualitativos, outros quantitativos, isolados ou combinados, e que devem ser escolhidos para responder do modo mais adequado à questão de investigação, pois, segundo Pais Ribeiro (2008, p.15) a ciência é realizada através da investigação.

1. METODOLOGIA

A metodologia desempenha um papel fundamental em qualquer investigação, pois nela está contida o desenvolvimento de todo o processo.

Para Pais Ribeiro (2008) os desenhos e os métodos de investigação são uma das partes nobres de qualquer estudo. Estes permitem, ou não, responder à grande questão de investigação colocada inicialmente, que permitem recolher a informação necessária, de modo, adequado, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e enaltecer os aspetos mais importantes da investigação. O mesmo defende Fortin (2009) julgando essencial a escolha de um desenho de investigação adequado ao estudo que se pretende desenvolver, consistindo este num plano lógico realizado e usado pelo investigador para a consecução da investigação.

Gonçalves, Gonçalves e Marques (2021) defende que o desenho de investigação é criado pelo investigador, ajustado pelo método, sendo sensível ao contexto e aos participantes. Uma vez definida a metodologia, torna-se necessário desenhar todo o processo e estratégias a serem utilizadas e, simultaneamente, aquilo que seja necessário para visualizar o projeto no seu todo.

Vários elementos concorrem para o estabelecimento de um plano ou desenho apropriado para responder às questões levantadas pela problemática de investigação. Este plano destina-se a colocar em ordem um conjunto de atividades de maneira a permitir ao investigador a realização efetiva do seu projeto (Fortin, 2009).

A mesma autora afirma, que o plano edifica os alicerces para uma investigação enxertando-se os resultados que sucederão da mesma. De acordo com o referido anteriormente, iremos referir a problemática e a justificação do estudo e as opções metodológicas.

1.1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Uma investigação envolve sempre um problema, seja ele ou não formalmente explicitado pelo investigador. Na investigação que adota uma metodologia qualitativa, menos estruturada e pré-determinada, o problema pode ser formulado de uma forma muito geral, como que “emergindo” no decurso da investigação (Coutinho, 2016).

A mesma autora, refere que o problema tem a importante função de focalizar a atenção do investigador para o fenómeno em análise, desempenhando o papel de “guia” na investigação. Formulado ou emergente, o problema de investigação é fundamental porque centra a investigação numa área ou domínio concreto; organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência; delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras; guia a revisão da literatura para a questão central; fornece um referencial para a redação do projeto e aponta para os dados que serão necessários obter (Coutinho, 2016).

O delirium é uma manifestação reversível da disfunção cerebral aguda, caracterizada por um início abrupto e um curso flutuante de consciência, atenção, cognição e perceção perturbadas. Este, afeta até 80% dos doentes internados em UCI, acarretando inúmeras consequências para o doente, equipa e instituição de saúde. A presença de delirium é responsável pelo aumento da taxa de mortalidade, aumento pela taxa de intubação, pelo aumento do tempo de internamento nos cuidados intensivos, aumento o risco de demência e institucionalização, apresentando-se como um desafio económico, significativo, para os profissionais de saúde podendo ser visto como uma ameaça à saúde pública (Zamoscik, Godbold & Freeman, 2017).

O estudo realizado por Pereira et. al., (2016) corrobora o que foi mencionado, anteriormente, referindo que é ao nível das UCI que a prevalência e incidência do delirium é superior, 60% nos doentes que se encontram em respiração espontânea e de 80 % nos doentes ventilados de forma invasiva.

Desta forma, torna-se necessário a implementação de políticas de avaliação, prevenção e tratamento do delirium, identificando precocemente os doentes que

possam ser mais susceptíveis, assim como, os fatores de risco associados ao desenvolvimento do mesmo.

Como tal e, indo ao encontro do apresentado pelos autores, anteriormente referidos, nas UCI o delirium está presente num número significativo de doentes, contudo, está sub-diagnosticado. Este, tem um impacto enorme na evolução do estado clínico do doente, acarretando consequências para o doente, família, profissionais de saúde e instituição.

Perante a realidade e as evidências apresentadas, a investigadora considerou pertinente realizar um estudo que forneça informações sobre a percepção que os enfermeiros têm sobre a necessidade de avaliar o delirium na pessoa em situação crítica, sistematizando essa avaliação, de modo, a produzir conhecimento científico traduzindo-o em cuidados de enfermagem mais objetivos, rigorosos e personalizados.

A partir desta problemática surgirão as questões e os objetivos que irão conduzir toda a investigação.

1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo é descritivo de abordagem qualitativa e realiza-se numa UCI de um Centro Hospitalar e Universitário do norte do país.

Com uma área de alcance indireto, que contempla todo o norte do país até à zona centro, o Centro Hospitalar e Universitário onde decorreu o estudo serve de unidade hospitalar de referência para cerca de 3 milhões de pessoas.

Esta instituição detém como missão, “prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, qualidade e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais” (CHSJ, 2018, p.4).

Para além disso este centro hospitalar é movido pela visão de “ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos, reforçando o estatuto de referência no setor da saúde” (CHSJ, 2018, p.4).

O serviço de medicina intensiva 6 pertence à Unidade Autónoma de Gestão (UAG) da urgência e medicina intensiva e em 2020 tornou-se uma unidade de nível II e III após a

junção da unidade cuidados intermédios polivalentes gerais e a unidade de cuidados intensivos polivalentes gerais. Esta unidade, tem a capacidade de monitorizar de forma invasiva o doente, suportar funções vitais assegurando assistência por médico intensivista 24 h/dia, tendo acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêuticas necessárias.

No início de 2022 o serviço de medicina intensiva expandiu o seu número de camas, para um total de trinta camas divididas em três alas, A, B e C. Além do aumento de número de camas, as obras de ampliação visam a criação de quartos de isolamento pressurizados. A ala A, é composta por uma sala ampla (open space) com oito camas e, paralelamente, uma outra sala com quatro camas. Ambas têm um posto de vigilância centralizada, onde existe um monitor que transmite diretamente alguns parâmetros vitais monitorizados, constantemente, no doente (frequência cardíaca, tensões arteriais, saturações periféricas, frequência respiratória). As mesmas, possuem computadores equipados com os diversos sistemas informáticos.

A composição das alas B e C é semelhante, ambas possuem uma sala ampla (open space) com seis camas cada e alguns quartos pressurizados.

A luz natural é uma realidade no serviço de medicina intensiva 6. Neste, existem diversas salas de apoio ao correto e eficiente funcionamento do mesmo, existindo uma sala de importância acrescida, a sala da família. Nesta sala é acolhida a família e/ou pessoas próximas do doente, tornando o ambiente um pouco mais pessoal e privado. Aqui são facultadas e partilhadas informações importantes sobre o doente, a família informa a equipa clínica sobre os antecedentes, medicação crónica, suporte familiar e detalhes, que possam ajudar a perceber como ocorreu o evento que levou o familiar a ser internado. Por sua vez, a equipa clínica informa a família sobre o diagnóstico, estado, evolução e prognóstico do doente. É aqui que solicitam a autorização, através do consentimento informado, para a realização de alguns procedimentos invasivos, nomeadamente a traqueostomia e transmitem às famílias informação sobre a situação clínica do doente

O funcionamento da UCI é assegurado por uma equipa multidisciplinar, própria, durante 24h/dia, constituída por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. No entanto, todos estes profissionais contam com o apoio externo de várias especialidades médicas e de técnicos de meios complementares de diagnóstico prestando acompanhamento aos doentes, sempre que, seja pertinente.

No que se consigna à equipa de enfermagem, esta é constituída por setenta e nove enfermeiros, cinquenta e seis generalistas e vinte e três especialistas (quinze são

especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, sete em enfermagem de reabilitação e um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica). O rácio em vigor na UCI é um enfermeiro para dois doentes, sendo a prestação de cuidados de enfermagem baseada no método de trabalho individual, existindo, sempre, uma grande entreaajuda.

Contudo, nesta UCI o delirium também é uma realidade, pelo que faz todo o sentido o desenvolvimento deste estudo neste contexto.

1.3. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

Segundo Pais Ribeiro (2008), a questão de investigação edifica o elemento fundamental do início de uma investigação. As questões são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada. A forma de colocar as questões determina os métodos que irão ser utilizados para obter uma resposta (Fortin, 2009). De forma a dar resposta a essas questões realiza-se a formulação de objetivos de investigação, representando o que o investigador se propõe a fazer para responder à questão (Pais Ribeiro, 2008).

Por sua vez, Creswell (2010), afirma que num estudo qualitativo os investigadores apresentam as questões de pesquisa e essas assumem duas formas, uma questão central e as subquestões associadas.

A questão central é uma questão ampla que pede uma exploração do fenómeno ou do conceito central em um estudo. O investigador coloca essa questão, consistente com a metodologia emergente da pesquisa qualitativa, como uma questão geral para não limitar a investigação.

Neste estudo a questão norteadora da investigação é: **“Qual a percepção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica.”**

As subquestões são:

- Como percebem os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?
- Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?
- Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros para a prevenção e/ou tratamento do delirium?

- Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?
- Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma prática para a melhoria dos cuidados?

Para obter resposta às questões de investigação é necessário elaborar objetivos congruentes, pois eles irão delimitar o alcance do estudo, bem como explicitar o que o estudo propõe realizar. Como tal e indo ao encontro das questões de investigação apresentadas anteriormente, os objetivos do estudo são:

- Descrever a perceção dos enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica;
- Identificar registos de avaliação do delirium à pessoa em situação crítica pelos enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos;
- Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na prevenção e perante uma situação de delirium;
- Identificar dificuldades percebidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium à pessoa em situação crítica;
- Identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros para a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica.

1.4. TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin (2009), a cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses. O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

A investigação em curso é um estudo de caso descritivo de abordagem qualitativa, e os instrumentos de colheita de dados são a entrevista e a análise documental os quais serão abordados posteriormente.

Os métodos qualitativos caracterizam-se por se socorrerem às palavras para descrever o que se observa em contextos naturais em vez de organizar os dados de forma quantificada. Este método salienta os processos e significados que não são capturados em termos de quantidade, intensidade ou frequência, salientando a construção social da realidade, as relações íntimas entre o investigador e o que está a

ser estudado e os constrangimentos sociais que dão forma à inquietação (Pais Ribeiro, 2008).

A investigação qualitativa assume diversas e amplas definições. Para Grbich citado por Pais Ribeiro (2008, p. 65), esta, consiste em técnicas e métodos de observação, documentação, análise e interpretação de atributos, características e significados de fenómenos contextuais, específicos e gestálticos, que são estudados, através de abordagens que procuram descobrir os pensamentos, percepções e sentimentos experimentados pelos informantes, com vista a que os inquiridores não descubram a informação por detrás do espelho mas que, antes ela seja criada pela ação dos inquiridores com o objeto (construto) em inquirição.

Num estudo qualitativo o desenho de investigação deve ser um processo reflexivo que opere através de cada uma das fases do projeto, as atividades de recolha e análise de dados, desenvolvimento e modificação da teoria, elaboração e reorientação das perguntas de investigação, identificação e riscos de validade, que normalmente ocorrem de maneira mais ou menos simultânea, têm impacto a nível interativo (Gonçalves et al., 2021).

A mesma, tem por objetivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que emergem naturalmente, sem os constrangimentos inerentes a uma investigação quantitativa, apresentando uma forte ligação dos dados da investigação, provenientes predominantemente do trabalho de campo, com as circunstâncias da sua produção, onde o investigador é um observador participante (Pais Ribeiro, 2008).

Esta é uma investigação que tem subjacente o referido por Gonçalves et. al.,(2021), sobretudo porque procura construir uma descrição em grande parte narrativa, para informar sobre a compreensão de um determinado fenómeno social ou cultural. A investigação qualitativa funciona como uma combinação de observações, entrevistas e revisões de documentos, alcançando uma vasta gama de diferentes abordagens e métodos que diferem consideravelmente em termos de perspetiva e suposições sobre a natureza do conhecimento e papel do investigador.

A sua tarefa consiste em explorar e analisar as estruturas que gerem o conteúdo específico e único de cada representação pessoal do mundo. Uma parte do processo de construção de teorias ou explicações que venha a ser realizada pelo investigador consiste na interpretação de significados (Gonçalves et. al., 2021).

Neste estudo, pretende-se analisar e descrever os fenómenos tal como são apresentados pelos participantes, ou seja, pretende-se, conhecer a perceção de

enfermeiros sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica, transpondo em contributos para a melhoria dos cuidados.

Tratando-se de um grupo específico e pretendendo-se estudar um fenómeno em profundidade, consideramos que o tipo de estudo mais adequado seria o estudo de caso.

Segundo Yin (2010), o estudo de caso é um método de pesquisa usado em muitas situações contribuindo para o conhecimento dos fenómenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. O mesmo permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real.

O mesmo, permite explorar a complexidade de determinados contextos, sendo a fonte de dados vastíssima. Torna-se um método valioso para a investigação científica, quando a abordagem é realizada corretamente obtendo-se uma imensa variedade de vertentes dos acontecimentos que ocorrem e são observáveis (Gonçalves et. al., 2021).

A escolha do método de pesquisa adequado é precedida pela definição da questão em estudo. Muitas vezes os “limites” entre os métodos a escolher são muito ténues, porém o estudo de caso é utilizado quando os comportamentos relevantes não podem ser manipulados. O estudo de caso conta com muitas das mesmas técnicas que a pesquisa histórica, mas adiciona duas fontes de evidência, a observação direta dos eventos a serem estudados e entrevistas das pessoas envolvidas no evento. O estudo de caso também tem a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências, podendo apresentar uma observação participante (Yin, 2010).

Uma das vantagens do estudo de caso é a colaboração entre o investigador e o participante, ao mesmo tempo que permite que os participantes contem as suas histórias. Através dessas, os participantes são capazes de descrever os seus pontos de vista da realidade, permitindo ao investigador compreender melhor as ações dos participantes.

Yin (2010), salienta que o estudo de caso é a estratégia de investigação mais adequada quando queremos saber o “como” e o “porquê” de acontecimentos atuais sobre os quais o investigador tem pouco ou nenhum controlo.

Dos diversos pensamentos, Coutinho (2016, p. 336), define cinco características-chave desta abordagem metodológica nomeadamente:

o caso é “um sistema limitado”, logo tem fronteiras “em termos de tempo, eventos ou processos” e que “nem sempre são claras e precisas; é um caso sobre “algo”, que há que identificar para conferir foco e direção à investigação; tem de haver sempre a preocupação de preservar o carácter “único, específico, diferente, complexo do caso”, sendo a palavra holístico usada muitas vezes nesse sentido; a investigação decorre em ambiente natural; o investigador recorre a fontes múltiplas de dados e a métodos de recolha muito diversificados: observações diretas e indiretas, entrevistas, questionários, narrativas, registo de áudio e vídeo, diários, cartas e documentos.

Este autor refere que o estudo de caso é a exploração de um sistema limitado, no tempo e em profundidade, através da recolha de dados profunda envolvendo fontes múltiplas de informação ricas no contexto (Creswell, 2010).

1.5. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os processos de amostragem de participantes e de recolha de dados ocorrem nos campos de investigação que contêm a realidade empírica de interesse (contextos, eventos, populações). Porém, quando um determinado contexto é investigado, frequentemente não é investigado na sua totalidade e, em geral, procura-se configurar um sub-conjunto representante de tal contexto (Gonçalves et.al., 2021, p. 28).

Este, torna-se um processo de seleção de sujeitos que participam num estudo, sendo o sujeito, o individuo de quem se recolhem dados (Coutinho, 2016).

Por sua vez, uma amostra é o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc..) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída (Coutinho, 2016, p.89). Este autor, defende que uma amostra está bem definida se o investigador descrever com exatidão o procedimento de amostragem que utilizou para selecionar e caracterizar a mesma.

Contudo, Streubert e Carpenter (2002) defendem que os investigadores qualitativos não designam os indivíduos que informam, no seu estudo, por sujeitos. O uso do termo participante ou informante evidencia a importância que estes têm no estudo, uma vez que são considerados elementos ativos no estudo.

Os indivíduos são selecionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, com a vivência do fenómeno em estudo, com a cultura, interação social ou fenómeno de interesse (Streubert & Carpenter, 2002).

As mesmas autoras, defendem que a preocupação dos investigadores é desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou fenómeno, em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização dos dados, pois este uso de amostragem é característico da investigação quantitativa, onde a manipulação, controle e generalização dos resultados são aplicados.

Guerra (2006, p. 43) “não aconselha que se designe por “amostras” os universos de análise qualitativa, apesar de ser essa a opção da maioria dos autores, que utiliza a noção de “amostra” no sentido não probabilístico”.

Coutinho (2016) menciona que a amostragem é não probabilística se não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população. Esta, contempla diversos tipos de amostragem, nomeadamente a amostragem por conveniência, amostragem criterial, amostragem por quotas, amostragem acidental e amostragem “bola de neve”.

De acordo com o que foi explanado anteriormente, os participantes da presente investigação serão enfermeiros que trabalham numa UCI de um Centro Hospitalar do norte do país.

Os participantes deste estudo, segundo Coutinho (2016, p. 95) fazem parte de uma amostragem não probabilística criterial. Nesta, o investigador seleciona segmentos da população para o seu estudo segundo critérios pré-definidos. Neste caso o segmento da população escolhido são os enfermeiros e os critérios pré-definidos são: estarem na prestação direta de cuidados; não estarem em período de integração; que tenham disponibilidade e motivação para participarem no estudo; que exerçam funções há cinco ou mais anos na unidade em causa e que sejam generalistas ou especialistas.

O facto de escolher enfermeiros que exerçam funções há cinco ou mais anos deve-se a estes poderem ser considerados proficientes de acordo com Benner (2001). Esta autora através do modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem dá-nos a conhecer os cinco níveis sucessivos de proficiência, iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito, resultante da aquisição e no desenvolvimento de uma competência.

O enfermeiro proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos isolados, sendo as suas ações guiadas por máximas. A perspetiva que o enfermeiro proficiente apresenta é fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes, conseguindo prever quais os acontecimentos típicos numa determinada situação e reconhecer que o que era previsto não se irá concretizar.

Devido a essa compreensão global o processo de decisão é melhor, tornando o processo de decisão menos trabalhoso, porque o enfermeiro possui, agora, uma perspectiva que lhe permite saber quais dos muitos aspectos e atributos são importantes, orientando-se diretamente sobre o problema.

Benner (2001) refere que os enfermeiros proficientes aprendem melhor quando se utiliza estudos de casos que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação. Os proficientes aprendem melhor por um método indutivo pois utilizam os seus próprios meios de compreensão para melhor avaliar/abordar a situação.

Todavia temos de definir a dimensão da amostra de forma a garantir a qualidade dos resultados da investigação.

Para Mertens e Charles referidos por Coutinho (2016, p. 99) “o tamanho óptimo de uma amostra está diretamente relacionado com o tipo de problema a investigar, havendo um conjunto de critérios que podem ajudar o investigador a determinar a dimensão ideal da amostra”.

Posto isto, consideramos que, face à natureza do estudo, seria importante incluir nesta investigação todos os enfermeiros, que cumpram os critérios de inclusão.

Contudo, e de forma a dar resposta nomeadamente no tempo previsto na formação académica que integra o estudo que nos propomos desenvolver, consideramos que uma amostra de enfermeiros composta por informantes estratégicos e selecionados com a colaboração da enfermeira gestora será uma medida eficaz para que nos possam dar informações que vão ao encontro dos objetivos do nosso estudo, respeitando o que a literatura nos indica.

Desta forma, a enfermeira gestora selecionou seis enfermeiros generalistas e seis enfermeiros especialistas que exercem funções na unidade há cinco ou mais anos.

1.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do instrumento de colheita de dados é uma das fases mais importantes num processo de investigação. Antes de decidir o instrumento de colheita de dados, o investigador deve ter em conta o tipo de informação que quer colher e se esta responde aos objetivos da sua pesquisa.

Segundo Fortin (2009), os dados podem ser recolhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento que melhor convém ao

objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Na presente investigação a colheita de dados será realizada através de duas fontes de recolha de informação. Na primeira serão realizadas entrevistas, semi-estruturadas, individuais aos enfermeiros de uma UCI através de um guião de entrevista (APENDICE I). A segunda fase contemplará a análise dos registos efetuados pelos enfermeiros, no sistema informático, relativamente à avaliação do delirium à pessoa em situação crítica, através de um guião de análise documental (APÊNDICE II). A ordem cronológica, pela qual se realiza a colheita de dados, prende-se com uma melhor gestão do tempo de forma a otimizar a realização do estudo.

1.6.1. Entrevista

A entrevista pessoal é uma situação de interação pessoal, conduzida tecnicamente, que tem como objetivos principais fazer um diagnóstico, recolher informação e/ou prestar ajuda. Esta, envolve um entrevistador, que coordena o processo da conversa e faz perguntas, e um entrevistado, que responde a essas perguntas (Gonçalves et.al., 2021). Conhecida, também, por entrevista face a face, é provavelmente o método mais conhecido e mais antigo da recolha de dados de investigação. Permite minimizar a ausência de respostas e maximizar a qualidade da informação obtida. É um método apropriado quando existe a necessidade de recolher informações detalhadas sobre opiniões, os pensamentos, as experiências e os sentimentos das pessoas. Neste contexto, alguns dos procedimentos básicos e estratégicos devem contemplar a definição de objetivos, motivar o obter partilha e colaboração do entrevistado, facilitar a expressão de ideias e sentimentos, utilizar adequadamente a centralização e a estruturação, controlar a comunicação e atribuir significados aos factos. Trata-se de uma ligação fundamental entre o entrevistador e o entrevistado que possibilita uma análise precisa (Gonçalves et. al., 2021).

Pais Ribeiro (2008) refere-se à entrevista como um método de recolher informação através da conversa ou de questões colocadas diretamente, e a maioria da informação obtida através da entrevista dificilmente poderá ser conseguida de outra maneira. Pais Ribeiro (1999, p. 81) menciona que “em muitos aspectos a entrevista é como um teste”, nomeadamente, nos seguintes: é um método de recolher dados; é utilizada para fazer previsões; pode ser avaliada em termos de fidelidade; pode ser avaliada em termos de validade; pode ser feita em grupo ou individual e pode ser estruturada ou não.

A entrevista como método qualitativo, permite uma recolha de informação nos contextos próprios dos respondentes, durante um espaço temporal determinado, tornando-se importante porque o ser humano condiciona o comportamento ao contexto em que interage.

Complementando os autores anteriormente referidos, Streubert e Carpenter (2002, p.26) “assumem que a entrevista é uma das estratégias mais frequentemente usada para a colheita de dados. Referem ainda, que uma entrevista não estruturada, além de ser a mais comum num estudo qualitativo, possibilita maior latitude de obtenção de respostas”. Aqui, são feitas perguntas abertas possibilitando aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse.

Poupart (2012), defende que os pesquisadores que recorrem à entrevista de tipo qualitativo baseiam-se em três tipos de argumentos. O primeiro de ordem epistemológica, pois a entrevista de tipo qualitativo seria necessário, uma vez que uma exploração em profundidade da perspectiva dos atores sociais é considerada indispensável para uma exata apreensão e compreensão das condutas sociais. O segundo tipo de argumento é de ordem ética e política, ela abriria a possibilidade de compreender e conhecer internamente os dilemas e questões enfrentados pelos atores sociais. Por fim, os argumentos metodológicos, pois a entrevista de tipo qualitativo se imporia entre as “ferramentas de informação” capazes de elucidar as realidades sociais, mas, principalmente, como instrumento privilegiado de acesso à experiência dos autores.

As entrevistas realizadas aos enfermeiros, de uma UCI de um hospital do norte, foram semi-estruturadas, pois a investigadora recorreu a questões abertas que permitiram ao entrevistado discorrer sobre a sua experiência de modo amplo (Pais Ribeiro, 2008).

O guião de entrevista inicial contemplava alguns dados socio-demográficos (idade; sexo; habilitações académicas; habilitações profissionais; tempo de exercício profissional; tempo de exercício profissional no serviço), de forma a conhecermos um pouco mais o entrevistado. Neste, constava, cinco objetivos, que correspondiam a cinco questões que seriam colocadas aos entrevistados, os enfermeiros. Contudo, no decorrer da primeira entrevista e de acordo com a informação que estaria a ser partilhada com a investigadora, foram acrescentadas mais três questões complementares que se tornaram pertinentes para o estudo.

A entrevista semi-estruturada implica a recolha de uma grande quantidade de dados de pequenas amostras ou de casos únicos, dados esses que poderão ser registados de diversas maneiras com diversos tipos de registo, e que posteriormente terão que

ser decodificados, e organizados para dar sentido à investigação e para apresentar resultados. Implica variadas maneiras de registar dados desde anotações casuais mais sistematizadas, registo áudio ou de imagem (Pais Ribeiro, 2008, p. 67).

A investigadora decidiu registar, todos os dados fornecidos durante as entrevistas, através do registo de áudio, mantendo a confidencialidade e anonimato dos entrevistados, de forma a não perder nenhuma informação, e ser totalmente fiel na transcrição das mesmas. Após a transcrição de todas as entrevistas os áudios foram destruídos.

As entrevistas tiveram, em média, a duração entre trinta e sessenta minutos e ocorreram no gabinete da enfermeira gestora. A escolha do local prende-se com o facto de ser um local resguardado, com privacidade, acolhedor e conhecido por todos (entrevistadora e entrevistados).

1.6.2. Análise Documental

Segundo Gonçalves et. al.,(2021, p.105), “a investigação documental é vista por uns como método, por outros como técnica de recolha de dados, forma complementar para obtenção da informação necessária no processo de investigação, ou ainda como etapa deste ou de outro método de que são exemplo o estudo de caso (Yin, 2010) e a teoria fundamentada (Bowen, 2009) “.

“Neste sentido, a investigação documental é frequentemente usada na triangulação de métodos (métodos mistos), ou seja, na combinação de métodos e técnicas distintas no estudo de um mesmo fenómeno, como as observações e os inquéritos (por questionário ou por entrevista), de modo a reforçar a credibilidade da investigação” (Gonçalves et. al., 2021 p.105).

Um mecanismo válido, implicando a identificação, a seleção, a recolha e a verificação de dados, de fontes distintas, escritas ou não, em suporte tradicional ou digital, de forma a dar-lhes sentido e com o propósito de desenvolver o conhecimento empírico.

Assim, é possível definir a investigação documental como método de pesquisa objetiva e sistemática, de avaliação da evidência, sintetizando-a de modo a estabelecer factos e a desenvolver conclusões acerca dos acontecimentos.

Tratando-se de um estudo de caso descritivo “os registos de arquivo, que muitas vezes tomam a forma de registos computadorizados podem ser relevantes e indicar registos de serviços durante um determinado período de tempo (Yin, 2010, p. 132).

Neste sentido, os registos de arquivo sujeitos a análise foram sobre a existência de menção à avaliação do delirium à pessoa em situação crítica numa UCI, efetuados pelos enfermeiros. De forma a tornar isso possível, foram efetuados, os devidos pedidos de autorização à comissão de ética, ao departamento de proteção de dados e ao conselho de administração.

Os registos sujeitos a análise documental, foram os efetuados no mês anterior ao mês que antecedeu o início da realização das entrevistas sobre a “perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica: contributos para a melhoria dos cuidados” de forma a não enviesar os resultados obtidos.

Para tal, e de forma a tornar a análise correta, objetiva, equitativa e eficaz foi realizado um guião de análise documental (APENDICE II), composto pelos seguintes itens: nº registo (de forma a manter o anonimato e a confidencialidade); sexo; idade; diagnóstico; antecedentes; RASS (mínimo e máximo); data de internamento; data de alta clínica e número total de dias de internamento na UCI, correspondente ao mês em que foi efetuada a análise documental. A escolha dos itens não foi casual, aliás, a sua escolha foi ponderado e baseada em evidência científica, nomeadamente, a idade, diagnóstico, antecedentes e o RASS. Estudos comprovam que a idade, o diagnóstico e os antecedentes têm, muitas vezes, implicações diretas na incidência de delirium. A necessidade de saber o RASS que o doente apresenta, prende-se com o fato, de apenas ser pertinente a avaliação da existência de delirium em doentes com um RASS superior a menos três (- 3) ou uma ECG superior a 9.

1.7. ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Antes da análise de dados estes têm de ser registados e preparados. Contudo, no estudo de caso o registo e a preparação desses dados são os aspetos menos desenvolvidos e que oferecem mais dificuldade ao investigador (Yin, 2010).

Visto que as técnicas para a análise da evidência ainda não estão bem definidas, o mesmo autor cita quatro estratégias: contar com as proposições teóricas, desenvolver descrições de caso, usar dados quantitativos e qualitativos e examinar as explicações rivais (Yin, 2010).

Como foi mencionado anteriormente, a colheita de dados da presente investigação decorreu em duas fases, a primeira contemplou a entrevista individual aos enfermeiros e a segunda uma análise documental dos registos efetuados pelos mesmos.

A entrevista, à qual a investigadora designou por letra “E”, origina uma grande quantidade de dados que poderão ser registados de diversas formas, com diversos tipos de registo, e que, posteriormente, terão de ser descodificados, organizados para dar sentido à investigação e para apresentar os resultados. A recolha dessas informações pode ser feita de diversas formas, anotações casuais mais sistematizadas, registo áudio ou de imagem.

No presente estudo as informações foram recolhidas, maioritariamente, através do registo de áudio sendo complementadas com anotações casuais. Posteriormente, todas as entrevistas foram transcritas (APENDICE III), sendo-lhe atribuídas a designação de E1, E2, etc..., de acordo com o número da entrevista em causa e por ordem cronológica da sua realização, como defende Flick (2005), porque nas entrevistas uma etapa importante é registar tudo o que foi dito e transcreve-lo, corroborado por Guerra (2006, p. 59) “a sua transcrição é sempre aconselhável, mas, dado o tempo disponível, sugere-se que seja feito apenas no caso das entrevistas em profundidade, quando o material é tratado directamente”.

Numa primeira fase, a investigadora transcreveu, logo no computador, o que entendeu na audição, deixando espaços nas passagens em que a audição não era clara. Secundariamente, reviu a gravação e preencheu manualmente as “brancas”, concluindo, com a redacção de um discurso capaz de ser inteligível, com pontuação, supressão de elementos inúteis (Guerra, 2006).

Após a transcrição das entrevistas, estas foram impressas e lidas de uma forma cuidada e atenta. Depois da leitura de todas as entrevistas a investigadora procedeu à leitura de todas as respostas inerentes à primeira questão, sublinhando a cores diferentes os diversos factos/frases ilustrativas que iam emergindo, complementando com anotações. Adoptou este procedimento para todas as respostas inerentes a cada questão.

Ao longo da leitura minuciosa das entrevistas foi-se “resumindo”, as mesmas, nas margens do papel, criando-se uma pequena síntese da narrativa (análise temática) e uma relação mais conceptual com o modelo de análise (análise problemática). Ao longo da leitura das entrevistas e visto ser uma leitura indutiva, surgiram novas temáticas, descritivas, e problemáticas, permitindo novas interpretações sobre o fenómeno que se está a estudar. Contudo, devido à entrevista ter um suporte conceptual de problematização e um guião, a maioria das problemáticas já estavam identificadas (Guerra, 2006).

A análise de uma grande quantidade e variedade de material escrito, torna-se possível, seguindo algumas etapas, nomeadamente, a redução e seleção da informação; descrição; interpretação/verificação; escrita e divulgação. As análises tipológicas, categoriais e de temática aprofundada são consideradas descritivas apresentando uma forte intervenção do investigador, pois o seu objetivo é contar ao leitor o que foi dito nas entrevistas agregando, essas informações, em diferentes lógicas (Guerra, 2006).

A adunção de informações foi realizada com base na análise categorial. Esta, define-se como “a identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar...uma rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso” (Guerra 2006, p.80).

Após a organização e preparação da informação recolhida sucede-se a análise da mesma. A forma de analisar os dados, pode ser diferenciada em duas formas, a análise estrutural, na qual se examina as descobertas numa estrutura predefinida, onde se reflete sobre os objetivos e interesses do estudo, permitindo ao investigador concentrar-se em respostas específicas, e a análise de rede temática. Esta, “adota uma perspectiva mais exploratória, emergente dos dados, e incentiva a considerar e codificar todos os dados, permitindo que novas impressões moldem a interpretação em direções diferentes, não previstas inicialmente” (Gonçalves, et. al., 2021, p.131).

O objetivo primordial da análise é condensar informações e identificar estruturas subjacentes à experiência humana e aos fenómenos estudados, clarificando a questão de investigação.

Segundo Bardin (2013, p.11) “a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas, desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência

No presente capítulo a análise textual será realizada através da análise de conteúdo “em que os documentos da experiência podem ser submetidos à análise de conteúdo, assim como a sua narrativa pode ser analisada, procurando-se a estrutura narrativa, temporal e dramática do texto” (Gonçalves, et. al., 2021, p.132).

Após ler e reler, exaustiva e minuciosamente, as entrevistas, a investigadora para cada tema criou categoria, sistemas de categoria e unidades de análise resultantes dos dados obtidos sendo, posteriormente, organizados numa matriz de análise

(APENDICE IV). De forma a tornar a análise e interpretação da matriz mais clara e compreensível, será explicado em que consiste as três dimensões anteriormente referidas.

Segundo Gonçalves et. al., (2021, p. 133), a “categoria” traduz temas, tópicos ou padrões relevantes que o investigador identifica nos dados e que, sendo semelhantes, são agrupados. O investigador atribui um nome a esse conjunto de materiais semelhantes agrupados, transformando-o, assim, numa categoria. Importa, ainda, atribuir a cada categoria do sistema de categorias uma definição operacional, ou seja, traduzir em texto a ideia subjacente à categoria e o tipo de material que ela agrupa. Por sua vez, o sistema de categorias refere-se ao conjunto de categorias num dado projeto de investigação, contendo essas categorias diferentes relações entre si, que o sistema de categorias permite perceber. Podemos falar de categorias de diferentes níveis, específicos a cada método de análise. É possível identificar categorias principais ou mais gerais (categorias de 1º nível) e subcategorias (categorias de 2º nível, de 3º nível, etc). A unidade de análise pode ser uma palavra, uma frase ou um tema (s)/significado, que é associado (isto é, indexado) a categorias que integram o sistema de categorias elaborado ou em elaboração.

Relativamente à informação recolhida aquando da análise documental, segundo Gonçalves et. al., (2021, p.130) “independentemente da abordagem na qual se insere o investigador, importa que se observe o rigor na recolha, produção, análise e apresentação do material qualitativo, adoptando-se estratégias que assegurem a qualidade das inferências dos estudos qualitativos”.

Indo ao encontro ao rigor necessário na recolha de informação, a investigadora considerou pertinente realizar a análise dos registos através de um guião, anteriormente apresentado. Contudo, e tendo em conta a quantidade de informação que seria passível de existir e para uma melhor e adequada organização de dados, decidiu, que em cada processo (por exemplo, registo nº), iria analisar os registos referentes aos três turnos (manhã; tarde; noite) dos primeiros cinco dias, ao décimo, décimo quinto, vigésimo, vigésimo quinto e trigésimo dia, pelo que os designou de (registo nº 1A; 1B; 1C; 1D; 1E – correspondendo aos cinco primeiros dias; 1F – correspondendo ao décimo dia e assim sucessivamente). Tendo em conta que se analisou os registos referentes aos três turnos, a investigadora decidiu designar 1A_M, onde “1” corresponde ao número do processo, “A” ao dia e “M” ao turno (M- manhã; T- tarde; N- noite). A transcrição dos registos analisados encontra-se em apêndice, (APENDICE V).

1.8. PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS

Os enfermeiros enfrentam dilemas éticos e morais diariamente na sua prática. Todos os dias são colocados à prova com tomada de decisões. Os dilemas éticos na prática de enfermagem estão a aumentar de complexidade à medida que a ciência e a tecnologia possibilitam a capacidade de intervenção.

Os trabalhos que estudam seres humanos, como sujeitos de investigação, têm que respeitar intensiva e globalmente a autonomia, a dignidade e os direitos fundamentais da pessoa. A ética, na perspectiva de Fortin (2009), é a ciência da moral e arte de dirigir a conduta, complementa referindo ainda que é o conjunto de permissões e de interdições de um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.

Na investigação, as considerações éticas são sempre consideradas críticas, pois comprometer-se com um estudo de investigação implica responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que os estudos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral, (Streubert & Carpenter, 2002).

A investigação qualitativa acarreta um novo conjunto de considerações éticas. Assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador na investigação qualitativa implicam novas considerações éticas (Streubert & Carpenter, 2002).

Contudo, isso nem sempre é possível de uma forma linear, pois certas implicações éticas nem sempre estão claras. De forma a prevenir a existência de implicações os investigadores devem observar certos princípios básicos quando fazem investigação.

Streubert e Carpenter (2002) mencionam que os participantes não devem ser prejudicados, o que relaciona com o princípio da não maleficência. O consentimento informado e a participação do informante devem ser voluntários, apoiando-se no princípio da autonomia. A confidencialidade e o anonimato devem ser respeitados e os participantes devem ser tratados com dignidade e respeito.

Na investigação qualitativa o consentimento informado apresenta emergências éticas aos investigadores. Polit e Hungler como referidos por Streubert e Carpenter (2002) definiram que o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a

informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação.

Na investigação qualitativa essas questões não são tão lineares, pois a natureza desta torna o consentimento informado impossível porque nem o investigador nem os participantes podem prever de forma exata como os dados surgirão (Streubert & Carpenter, 2002).

Na presente investigação, foram respeitados todos os aspetos legais e éticos em todas as etapas do seu desenvolvimento.

Inicialmente foi preenchido o questionário para submissão de investigação sendo submetido ao Presidente da Comissão de Ética, juntamente com toda a documentação exigida no mesmo (ANEXO I). De seguida, a investigadora procedeu ao preenchimento e submissão do requerimento ao Presidente do Conselho de Administração pedindo autorização para a realização do estudo (ANEXO II). Por fim, mas não menos importante, foi realizado o pedido de reutilização de registos clínicos para investigação e desenvolvimento ao responsável pelo acesso à informação (ANEXO III).

Relativamente aos enfermeiros, a sua participação foi voluntária, sendo as respostas anónimas e confidenciais. Foi apresentado aos participantes um Consentimento Livre e Esclarecido, (ANEXO IV). Este para ser livre tem de ser dado sem nenhuma pressão, ameaça ou promessa exercida sobre a pessoa. Para ser esclarecido, a lei estabelece o dever de informação. A informação é a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos.

Após o cumprimento de todos os aspectos éticos e legais inerentes à realização de um estudo de investigação, todas as entidades aprovaram e deram um parecer favorável à realização do estudo proposto (ANEXO V).

2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A última fase de uma investigação consiste no tratamento dos dados e na apresentação dos resultados, que normalmente devem ser apresentados sob forma escrita.

Após a definição da questão de investigação e dos objetivos, procedeu-se à colheita de dados, através da entrevista individual aos enfermeiros de uma UCI e à análise documental dos registos efetuados pelos mesmos, e posterior codificação e organização dos mesmos. Neste capítulo os resultados obtidos irão ser apresentados em função da análise das entrevistas realizadas aos enfermeiros e da análise documental dos registos efetuados.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo são enfermeiros de uma UCI de um hospital central do norte do país. A investigadora selecionou doze enfermeiros para realizar as entrevistas, sendo seis enfermeiros generalistas e os outros seis enfermeiros especialistas. No que concerne aos enfermeiros especialistas, três são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e os outros três especialistas em enfermagem de reabilitação.

As tabelas seguintes demonstram, de uma forma organizada, a caracterização dos participantes quanto a: sexo, idade, habilitações académicas, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na UCI.

No que se refere ao sexo, a tabela 4 mostra que seis enfermeiros são do sexo masculino e seis são do sexo feminino.

Tabela 4: Caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo

Sexo dos Enfermeiros	Nº	%
Feminino	6	50%
Masculino	6	50%

No que concerne à idade, constatou-se que dos enfermeiros entrevistados cinco têm entre os 35 e os 39 anos, correspondendo a 41,67%. Depois detemos três, ou seja, 25% em cada um dos intervalos, nomeadamente dos 30 aos 34 anos e dos 40 aos 44 anos. Por fim, apenas temos um entre os 25 e os 29 anos, correspondendo a 8,33%.

Tabela 5: Caracterização dos enfermeiros quanto à idade

Idade dos Enfermeiros	Nº	%
25-29 Anos	1	8,33%
30-34 Anos	3	25%
35-39 Anos	5	41,67%
40-44 Anos	3	25%

Relativamente às habilitações académicas evidenciamos que seis enfermeiros eram generalistas correspondendo a 50%. Dos outros seis, três eram especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (25%) e os restantes três especialistas em enfermagem de reabilitação (25%).

Tabela 6: Caracterização dos enfermeiros quanto às habilitações académicas

Habilitações Académicas	Nº	%
Generalistas	6	50%
Especialistas	Enfermagem Médico-Cirúrgica	3 25%
	Enfermagem Reabilitação	3 25%

Quanto ao tempo de exercício profissional seis dos enfermeiros (50%) exercem funções entre os 15 e os 19 anos. Três, que representam 25%, exercem funções entre os 5 e os 9 anos. Dois, que corresponde a 16,67% exercem entre os 10 e os 14 anos. Por fim, apenas um dos enfermeiros, 8,33%, exerce funções entre os 19 e os 24 anos.

Tabela 7: Caracterização do tempo de exercício profissional dos enfermeiros

Tempo de Exercício Profissional	Nº	%
5 - 9 Anos	3	25%
10 - 14 Anos	2	16,67%
15 – 19 Anos	6	50%
19 – 24 Anos	1	8,33%

No que respeita ao tempo de permanência no serviço, temos cinco enfermeiros, correspondendo a 41,67%, que permanecem entre os 5 os 10 anos e outros cinco, 41,67% que permanecem entre os 16 e os 20 anos. Resta-nos dois enfermeiros, 16,66%, que exercem funções no serviço há 5 anos.

Tabela 8: Caracterização do tempo de permanência no serviço

Tempo de Exercício Profissional na UCI	Nº	%
0 – ≤5 Anos	2	16,66%
5 – 10 Anos	5	41,67%
11 – 15 Anos	0	0%
16 – 20 Anos	5	41,67%

2.2. AVALIAÇÃO DO DELIRIUM NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados obtidos após a análise das entrevistas realizadas aos enfermeiros e os resultados obtidos após a análise dos registos efetuados pelos mesmos sobre a avaliação do delirium.

2.2.1. Resultados das Entrevistas

De seguida, será exposto, pormenorizadamente, cada tema, categoria, subcategoria e unidade de registo, com o seguinte destaque: “**TEMA**”, “**Categoria**” e “subcategoria”. No final da descrição de cada tema, será apresentado um quadro com a sistematização dos resultados obtidos.

O tema **PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A AVALIAÇÃO DO DELIRIUM NUMA UCI** resultou do conjunto de dados produzidos pelos participantes, através dos quais foram evidenciadas as suas percepções sobre a avaliação do delirium numa UCI. Ao mesmo tempo que os enfermeiros foram dando a conhecer a sua percepção fizeram uma “reflexão” à sua própria prática relativamente à existência ou não da avaliação do delirium no seu contexto laboral.

As categorias constituintes deste primeiro tema são: **“Observação do Doente”, “Percepção Individual” e “Inexistência de avaliação estruturada”**.

➤ Para a categoria **“Observação do Doente”**, foram definidas as subcategorias “Sinais e sintomas dos doentes” e “Comportamento dos doentes”, num total de duas.

Na subcategoria “Sinais e sintomas dos doentes” os enfermeiros referiram que não existindo uma avaliação do delirium com recurso ao uso de um instrumento de avaliação, muitos deles percebem ou suspeitam que o doente está em delirium pelos sinais e sintomas que os mesmos exibem “quando as coisas que eles diziam não batiam certo, ou quando começava com alucinações” E1, “podemos socorrer de um ou outro ponto que nos permite pensar que o doente possa estar em delirium”E5 convergindo numa outra subcategoria “Comportamento dos doentes”, pois de uma forma geral, o que se observa num doente será o seu comportamento que dá a entender a presença de delirium “acabava por referir situações que levava a indicar que o doente estaria em delirium”E1, “ou por alguma alteração do estado do doente durante o internamento”E2, “pelo que eles apresentam em termos de comportamentos...ver coisas, ouvir coisas”E10.

➤ Na categoria **“Percepção Individual”** foram criadas as subcategorias “Experiências Prévias”, “Conhecimento”, “Relação com a equipa médica” e “Avaliação subjetiva”, num total de quatro subcategorias.

Um facto que contribuía para o aumento da percepção da existência de delirium e o “despertar” para a necessidade de avaliação é a “Experiência prévia” que os enfermeiros tinham sobre situações destas. Estes referiram que as pessoas (enfermeiros) mais expostos a situações desta natureza, aumentavam a sua experiência na temática, detendo uma percepção mais privilegiada sobre o assunto. As seguintes unidades de registo comprovam o referido, “nota-se, por exemplo, que pessoas que foram mais expostas a essa temática, os que vêm de especialidades”E1, “avaliação subjectiva de cada enfermeiro em função da sua experiência e dos dados que colhem do doente”E11. Uma outra subcategoria que surge é o “Conhecimento”.

Nesta o conhecimento é abordado em dualidade, isto é, os enfermeiros referem-se à percepção que têm do delirium, através do conhecimento empírico que possuem com a noção que esse conhecimento não é sustentado nem baseado em evidência científica, “pela percepção visual...”E2, “acho que temos vindo a ter uma melhor noção do que é ter um doente em delirium”E2, “nós fazemos por aquilo que nós achamos...”E3, “por vezes é influenciável perante...quando se trata de um enfermeiro especialista ou mais sensibilizado para a área...”E6, “é uma avaliação muito presencial...mas é raro...uma avaliação assim um pouco mais generalista”E8, “nós temos uma escala de avaliação do delirium mas que não é usada”E10, “os enfermeiros baseiam-se muito na percepção que têm do doente” E10. Contudo, também admitem que existe falta de conhecimento sobre o delirium, não sabendo mesmo como atuar perante o mesmo, “se continua com um discurso incoerente...o delirium pode dar alucinações e se eles começam, a ter esse tipo de discurso, aí realmente já me desperta, ok!...suscita-me essa dúvida e põe-me em alerta relativamente a isso? Intervenções? O que eu faço é isso, mas não há nenhuma intervenção específica que eu possa atuar como enfermeira para isso, o que é que eu posso fazer?”E4.

Indo de encontro ao referido, anteriormente, a falta de conhecimento fará com que os profissionais façam uma “Avaliação subjetiva” e pouco consistente sobre a avaliação do delirium “eu acho que a avaliação do delirium aqui ainda é, vá, chamar-lhe um pouco artesanal”E1, “no meu ponto de vista as pessoas têm noção que o delirium existe, não vamos dizer que nesta unidade...que isso seja avaliado de uma forma consistente ou de uma forma frequente”E5. Os enfermeiros entrevistados mencionam que a “Relação com a equipa médica” também influencia a percepção que têm sobre a avaliação do delirium, pois muitas vezes o clínico necessita de ser sensibilizado sobre os factores que contribuem para a incidência deste, “de sensibilizar o médico que o doente precisa de dormir à noite para estar mais vígil durante o dia”E1. Referem, também, que a percepção que têm do delirium é influenciada, de certo modo, pela receptividade e conhecimento que o clínico possui sobre a temática, “trabalho interdependente...obviamente que para darmos qualquer fármaco temos de ter a colaboração ou também a sensibilidade do clínico que está ao turno”E1, “face àquilo que é o parecer médico”E6, “também tem muito a ver com o tipo de médicos ou equipa que nós vamos encontrar”E6.

- Na categoria “**Inexistência de avaliação estruturada**” foram criadas as subcategorias “Instrumentos de avaliação”, “Avaliação de RASS”, “Subdiagnóstico” e “Gestão de medicação”, num total de quatro.

Na subcategoria “Instrumentos de avaliação” a grande maioria dos enfermeiros entrevistados, referiram que não era realizada a avaliação de delirium na UCI porque não existia qualquer instrumento de avaliação que eles pudessem utilizar para proceder a uma avaliação correta. Podemos comprovar, pelas diversas unidades de registo, “nunca houve uma implementação eficaz de escalas de delirium e avaliação de delirium nos doentes”E1, “não temos um esquema, não temos algo...não temos nada físico nem nada em concreto, umas guidelines que nos possamos reger e avaliar de facto se é delirium ou não”E2, “não aplicamos qualquer escala...não é nada que se aplique”E3, “não há nenhuma escala de avaliação, não há nenhum protocolo de atuação...”E4, “não temos nenhuma régua, nenhum instrumento que nos ajude a fazer essa avaliação”E4, “devíamos socorrermos da utilização de determinado tipo de escalas ou o serviço deveria ter adoptado alguma escala para nós procedermos à avaliação” E5, “implicava a aplicação de uma escala, coisa que não é feita”E5, “não há uma avaliação formal...não há ainda uma intervenção/protocolo estipulado de intervenção”E9, “formalmente não!”E10, “não existe uma escala direccionada para o delirium, para a avaliação do delirium”E12, “acho que deveria haver uma escala mais direccionada para a avaliação do delirium”E12.

Contudo, alguns acham que o delirium é avaliado através da escala de RASS e que ao avaliar o RASS o delirium está, por si só, avaliado, pelo que surgiu a subcategoria “Escala de RASS”. Esta “associação” surge, porque os enfermeiros têm a percepção que o doente em delirium é um doente agressivo e como na escala de RASS um dos scores é “agressividade” os profissionais concluem o referido. As seguintes unidades de registo, demonstram o que foi mencionado “estava indexada às avaliações de RASS...”E1, “nós avaliamos o RASS de uma forma contínua”E6, “pois, agora estou na dúvida se é através do RASS. Implementamos o RASS e vemos se realmente há delirium”E7, “só se vai vendo pela consciência e RASS...penso realmente que não fazemos a avaliação”E7, “nós o que fazemos é associar a escala de RASS ao delirium consoante a estabilidade do doente, a agressividade ou não”E12.

Outra questão que contribui para a inexistência de avaliação estruturada de delirium é a pouca importância que é dada ao mesmo, surgindo a subcategoria “Subdiagnóstico”. Nesta os profissionais admitem que têm a percepção que o delirium existe mas que não lhe dão relevância, retirando importância ao mesmo. As seguintes unidades de registo demonstram o mencionado, “notamos que existe mas não damos muita importância a isso”E3, “acho que não damos, mesmo o delirium ou tudo que seja da parte mental, não é assim tão evidenciado, tão trabalhado, acho que é mais...subvalorizado”E3.

Na subcategoria “Gestão de medicação” os enfermeiros referiram que nos dias atuais existe uma maior preocupação em titular as sedações “se começou a falar mais sobre a titulação dos anestésicos e analgésicos” E1, de forma, a que o desmame se torne menos agressivo e melhor tolerado pelo doente, pois eles não têm qualquer benefício com sedações desajustadas, em quantidade, tempo e concentrações” estamos a falar que antes disso nós dávamos doses de midazolam puro ” E1 “ antes a medicina intensiva fazia-se com o doente plenamente sedado”E1.

Numa medicina intensiva mais arcaica, não preconizavam um desmame de sedo/analgesia lento mas sim, uma paragem imediata e completa da mesma “o que estava preconizado, o que eles diziam nas formações é que se devia suspender completamente a sedação e depois avaliar o doente e reiniciar novamente e tentar ajustar ao máximo o mínimo de sedação” E1. Para além do referido anteriormente, os enfermeiros nas suas entrevistas relatam que deveriam ser introduzidos novos fármacos para a realização do desmame, a inclusão da dexmedetomidina, mais vulgarmente conhecida por dexdor, ajudaria a controlar o delirium aliás acabaram por surgir novos fármacos...como o dexdor” E1 acho que devia ser introduzido mais psicofármacos para minimizar esta fase do delirium” E2 e ser mais fácil a avaliação do mesmo.

Tabela 9: Perceção dos enfermeiros sobre a avaliação do delirium numa UCI

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Observação do Doente	Sinais e sintomas dos Doentes	“(…)quando as coisas que eles diziam não batiam certo, ou quando começava com alucinações”E1 “(…)podemos socorrer de um ou outro ponto que nos permite pensar que o doente possa estar em delirium”E5
	Comportamentos dos doentes	“(…)acabava por referir situações que levava a indicar que o doente estaria em delirium”E1 “(…)ou por alguma alteração do estado do doente durante o internamento”E2 “(…)pelo que eles apresentam em termos de comportamentos...ver

		coisas, ouvir coisas”E10
Percepção Individual	Experiências Prévias	<p>“(…)nota-se, por exemplo, que pessoas que foram mais expostas a essa temática, os que vêm de especialidades”E1</p> <p>“(…)avaliação subjectiva de cada enfermeiro em função da sua experiência e dos dados que colhe do doente”E11</p>
	Conhecimento	<p>“(…) pela percepção visual..”E2</p> <p>“(…)acho que temos vindo a ter uma melhor noção do que é ter um doente em delirium”E2</p> <p>“(…)nós fazemos por aquilo que nós achamos..”E3</p> <p>“(…)se continua com um discurso incoerente...o delirium pode dar alucinações e se eles começam, a ter esse tipo de discurso, aí realmente já me desperta, ok!...suscita-me essa dúvida e põe-me em alerta relativamente a isso? Intervenções? O que eu faço é isso, mas não há nenhuma intervenção específica que eu possa atuar como enfermeira para isso, o que é que eu posso fazer?”E4</p> <p>“(…)por vezes é influenciável perante...quando se trata de um enfermeiro especialista ou mais sensibilizado para a área...”E6</p> <p>“(…)é uma avaliação muito presencial...mas é raro...uma avaliação assim um pouco mais generalista”E8</p> <p>“(…)nós temos uma escala de avaliação do delirium mas que não é usada”E10</p> <p>“(…)os enfermeiros baseiam-se muito na percepção que têm do</p>

		doente” E10
	Relação com Equipa Médica	<p>“(…)de sensibilizar o médico que o doente precisa de dormir à noite para estar mais vígil durante o dia”E1</p> <p>“(…)trabalho interdependente...obviamente que para darmos qualquer fármaco temos de ter a colaboração ou também a sensibilidade do clínico que está ao turno”E1</p> <p>“(…)face àquilo que é o parecer médico”E6</p> <p>“(…)também tem muito haver com o tipo de médicos ou equipa que nós vamos encontrar”E6</p>
	Avaliação subjetiva	<p>“(…)eu acho que a avaliação do delirium aqui ainda é, vá, chamar-lhe um pouco artesanal”E1</p> <p>“(…)no meu ponto de vista as pessoas têm noção que o delirium existe, não vamos dizer que nesta unidade...que isso seja avaliado de uma forma consistente ou de uma forma frequente”E5</p>
Inexistência de avaliação estruturada	Instrumentos de Avaliação	<p>“(…) nunca houve uma implementação eficaz de escalas de delirium e avaliação de delirium nos doentes”E1</p> <p>“(…)não temos um esquema, não temos algo...não temos nada físico nem nada em concreto, umas guidelines que nos possamos reger e avaliar de facto se é delirium ou não”E2</p> <p>“(…)não aplicamos qualquer escala...não é nada que se aplique”E3</p> <p>“(…)não há nenhuma escala de avaliação, não há nenhum protocolo</p>

		<p>de atuação...”E4</p> <p>“(...)não temos nenhuma régua, nenhum instrumento que nos ajude a fazer essa avaliação”E4</p> <p>“(...)devíamos socorrermos da utilização de determinado tipo de escalas ou o serviço deveria ter adoptado alguma escala para nós procedermos à avaliação” E5</p> <p>“(...)implicava a aplicação de uma escala, coisa que não é feita”E5</p> <p>“(...)não há uma avaliação formal..não há ainda uma intervenção/protocolo estipulado de intervenção”E9</p> <p>“(...)formalmente não!”E10</p> <p>“(...)não existe uma escala direccionada para o delirium, para a avaliação do delirium”E12</p> <p>“(...)acho que deveria haver uma escala mais direccionada para a avaliação do delirium”E12</p>
	<p>Avaliação de RASS</p>	<p>“(...)estava indexada às avaliações de RASS...”E1</p> <p>“(...)nós avaliamos o RASS de uma forma contínua”E6</p> <p>“(...)pois, agora estou na dúvida se é através do RASS. Implementamos o RASS e vemos se realmente há delirium”E7</p> <p>“(...)só se vai vendo pela consciência e RASS...penso realmente que não fazemos a avaliação”E7</p> <p>“(...)nós o que fazemos é associar a escala de RASS ao delirium consoante a estabilidade do doente, a agressividade ou não”E12</p>
	<p>Subdiagnóstico</p>	<p>“(...)notamos que existe mas não</p>

		<p>damos muita importância a isso”E3</p> <p>“(…)acho que não damos, mesmo o delirium ou tudo que seja da parte mental, não é assim tão evidenciado, tão trabalhado, acho que é mais...subvalorizado”E3</p>
	<p>Gestão de Medicação</p>	<p>“(…)se começou a falar mais sobre a titulação dos anestésicos e analgésicos, estamos a falar que antes disso nós dávamos doses de midazolam puro..” E1</p> <p>“(…) antes a medicina intensiva fazia-se com o doente plenamente sedado”E1</p> <p>“(…)o que estava preconizado, o que eles diziam nas formações é que se devia suspender completamente a sedação e depois avaliar o doente e reiniciar novamente e tentar ajustar ao máximo o mínimo de sedação”E1</p> <p>“(…) aliás acabaram por surgir novos fármacos...como o dexdor”E1</p> <p>“(…)acho que devia ser introduzido mais psicofármacos para minimizar esta fase do delirium”E2</p>

O tema ” **REGISTOS DE ENFERMAGEM SOBRE A AVALIAÇÃO DO DELIRIUM**” fez com que os participantes refletissem sobre a sua prática e sobre o que traduziam, em forma de registo, relativo à avaliação que faziam do delirium. As categorias que constituem o segundo tema são “**Realização de registos escritos**”, “**Ausência de registos escritos**” e **Deficits de Conhecimento sobre o delirium**”.

- Na categoria “**Realização de registos escritos**” foram criadas cinco subcategorias, nomeadamente, “Notas gerais”, “Item parametrizado”, “Indexado à escala de RASS”, “Outros parâmetros” e “Sensibilidade do/a enfermeiro/a”.

Alguns dos participantes acreditam que são realizados registos de enfermagem sobre a avaliação de delirium e quando questionados sobre o local, a nível informático, onde os tornam reais, referem as notas gerais, pelo que foi criado a subcategoria “Notas

gerais”. As unidades de registo demonstram essa realidade “é possível fazer o registo em campo livre, embora traga mais algum trabalho”E6, “por vezes sim...por vezes em notas gerais”E8, “e depois, às vezes, é em notas gerais”E10, “existe a parte de notas gerais...tentamos fazer, agora se é de forma objectiva, se calhar é mais difícil”E12.

Na subcategoria “Item parametrizado” um único enfermeiro refere que no programa informático onde realizamos os registos de enfermagem, B-Simple, o delirium está parametrizado “existe no B-Simple. Tem o delirium”E10, concluindo que, existiam registos sobre o delirium.

A existência da escala de RASS na UCI, e o pouco conhecimento da mesma por parte dos profissionais, leva a que alguns enfermeiros refiram que existem registos de enfermagem sobre o delirium apenas por terem avaliado o RASS do doente, surgindo a subcategoria “Indexado à escala de RASS”. Referem, também, que indexado a esta escala fazem registos sobre o delirium, como demonstram as unidades de registo “a escala de RASS e depois avaliamos, erradamente, através da ECG o estado de consciência”E6, “avaliamos a consciência e agitação”E11, “é como estava a explicar, associo, por exemplo, a escala de RASS com o delirium”E12.

Apesar de, alguns profissionais, referirem que existem registos sobre a avaliação do delirium, quando confrontados em que, local do sistema informático, o fazem, demonstram alguma indecisão e mencionam alguns locais distintos, associando esses registos a diversas atitudes terapêuticas, surgindo a subcategoria “Outros parâmetros”. Nesta categoria um dos parâmetros é a atitude “sono”, “muita das vezes a única forma pela qual isto é registado é através das perturbações de sono, através da inquietude e agitação, em notas dessa vigilância”E6. Conscientemente, referem que vêm atitudes (como a alucinação e a confusão) que, “até podem dar alguma informação compatível com o delirium” mas que nem sempre essas atitudes estão presentes no plano de cuidados dos doentes que efetivamente estão em delirium “já vi uma ou outra vez identificado no plano de cuidados a alucinação, confusão também, mas nem sempre está em doentes que estão em delirium” E9.

Na subcategoria “Sensibilidade do/a enfermeiro/a” os enfermeiros referiram que a existência de registos sobre a avaliação do delirium devia-se, em muito, à sensibilidade que os mesmos tinham sobre a patologia em si, mencionando que só existe uma avaliação quando as pessoas estão despertas para a existência da patologia. As seguintes unidades de registo mostram-nos o referido “para haver uma avaliação tem de haver uma preocupação transversal”E1, “nós quando passamos para esta informatização dos registos nós escrevíamos notas livres...tinham uma vantagem

de abarcar, obviamente, dependendo da sensibilidade e da avaliação de cada enfermeiro"E1, "mais uma vez sublinho, isto depende um bocado da sensibilidade de cada um"E1, "isso implicava que já estivesse incutida no serviço, uma perspectiva de "temos de avaliar isto, sempre que"...as pessoas não estão voltadas para quando temos um doente a acordar para avaliar aquilo, só quando surge alguma coisa"E5, "quando se trata de um enfermeiro especialista ou mais sensibilizado para a área ou não"E6

- Na categoria "**Ausência de registos escritos**" foram criadas as subcategorias "Passagem de turno", "Registos negligenciados", "Sem parametrização", "Desvalorização do diagnóstico" e "Rácio Enfermeiro/Doente desajustado" num total de cinco.

Na subcategoria "Passagem de turno" dois enfermeiros referem que não havendo registos informatizados sobre a avaliação de delirium é feita alusão, do mesmo, na passagem de turno, "a maior parte das vezes é passado na passagem de turno"E8 e "se perceberes na passagem de informação aos colegas verbal"E11.

Havendo alguma coerência sobre a ausência de registos de enfermagem sobre a avaliação do delirium, as causas para essa inexistência também tomam algumas formas. Uma delas, deve-se à inexistência da parametrização do delirium, criando-se a subcategoria "Sem parametrização", o delirium "como não está parametrizado, acaba por não ser uma preocupação"E1, "não sei se existe o parâmetro delirium"E7, "realmente agora com esta entrevista uma pessoa começa a perceber que não está parametrizado"E7. Na mesma linha de pensamento foi criada a subcategoria "Registos negligenciados" pois um dos enfermeiros refere que" penso que não fica descrito em notas, mas também se ficar em notas corridas/escritas, muitas vezes são negligenciadas"E2.

Indo ao encontro do que foi demonstrado, anteriormente, a subcategoria "Desvalorização do diagnóstico" é a que engloba mais unidades de registo. Nesta, os profissionais, na sua maioria, são concisos e referem não existirem registos de enfermagem sobre a avaliação do delirium, transparecendo uma certa desvalorização do tema. As seguintes unidades de registo demonstram o referido, "neste momento nenhum"E1, "não existem...a única coisa que podemos associar é a agitação"E2, "acho que peca pelo tardio que é"E2, "não, de forma geral não!"E3, "não existe, não!"E4, "acho que isso passa-nos um bocadinho ao lado"E4, "não existe!"E5, "por rotina não é registado"E6, "só avaliamos o RASS e não se complementa com nada

mais”E7, “por norma não!Não!”E9, “em dados objetivos em sistemas de informação creio que se fizermos aí um apanhado de colheita de dados...não temos nada efectivo”E11.

Na subcategoria “Rácio Enfermeiro/Doente desajustado” três dos enfermeiros justificam a ausência de registo com o rácio deficitário de enfermeiros, “não é prática de avaliar em contexto de intensivos, tendo em conta, se estivéssemos a falar de rácios diferentes”E1, “doentes de nível II, está tabelado que se houver pessoas com doentes de nível II podemos ter até três...sejamos realistas, não vamos ter a mesma atenção”E5, “o facto de termos um rácio de um enfermeiro para dois doentes não permite que tenhamos a devida atenção a esta componente”E6.

➤ Na categoria “**Deficits de Conhecimento sobre delirium**” foram criadas duas subcategorias “Diagnóstico de enfermagem ou médico” e “Histórico do doente”.

Ambas as subcategorias denotam falta de conhecimento sobre o que é o delirium e sobre a forma como este se manifesta. As duas, mostram-nos que o desconhecimento impede-nos de detetar, avaliar e registar. A subcategoria “Diagnóstico de enfermagem ou médico” mostra o desconhecimento e a insegurança relativamente ao tema e, como tal, não se regista algo que não se avalia, da mesma forma que não se avalia algo que se desconhece “não tenho a certeza se será mesmo um diagnóstico de enfermagem ou delirium, porque é médico, se não me engano”E9. Na mesma linha do “desconhecimento” sobre a forma como se manifesta o delirium e, de forma a descartar outras hipóteses, para justificar determinados comportamentos dos doentes, um dos enfermeiros opta por ver os antecedentes dos doentes, reunindo mais informações que possam leva-lo a descartar o delirium como hipótese “quando temos um doente que acorda agitado, primeiro vamos ver sempre os antecedentes”E4.

Tabela 10: Registos de enfermagem sobre a avaliação do delirium

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Realização de Registos Escritos	Notas Gerais	“(...)é possível fazer o registo em campo livre, embora traga mais algum trabalho”E6 “(...)por vezes sim...por vezes em notas gerais”E8 “(...)e depois, às vezes, é em

		<p>notas gerais”E10</p> <p>“(…)existe a parte de notas gerais...tentamos fazer, agora se é de forma objectiva, secalhar é mais difícil”E12</p>
	Item Parametrizado	“(…)existe no B-Simple..tem o delirium.”E10
	Indexado à Escala de RASS	<p>“(…)a escala de RASS e depois avaliamos, erradamente, através da ECG o estado de consciência”E6</p> <p>“(…)avaliamos a consciência e agitação”E11</p> <p>“(…)é como estava a explicar, associo, por exemplo, a escala de RASS com o delirium”E12</p>
	Outros parâmetros	<p>“(…)muita das vezes a única forma pela qual isto é registado é através das perturbações de sono, através da inquietude e agitação, em notas dessa vigilância”E6</p> <p>“(…)já vi uma ou outra vez identificado no plano de cuidados a alucinação, confusão também, mas nem sempre está em doentes que estão em delirium” E9</p>
	Sensibilidade do/a Enfermeiro/a	<p>“(…)para haver uma avaliação tem de haver uma preocupação transversal”E1</p> <p>“(…)nós quando passamos para esta informatização dos registos nós escrevíamos notas livres...tinham uma vantagem de abarcar, obviamente, dependendo da sensibilidade e da avaliação de cada enfermeiro”E1</p> <p>“(…)mais uma vez sublinho, isto</p>

		<p>depende um bocado da sensibilidade de cada um”E1</p> <p>“(…)isso implicava que já estivesse incutida no serviço, uma perspectiva de “temos de avaliar isto, sempre que”...as pessoas não estão voltadas para quando temos um doente a acordar para avaliar aquilo, só quando surge alguma coisa”E5</p> <p>“(…)quando se trata de um enfermeiro especialista ou mais sensibilizado para a área ou não”E6</p>
Ausência de Registos Escritos	Passagem de Turno	<p>“(…)a maior parte das vezes é passado na passagem de turno”E8</p> <p>“(…)se perceberes na passagem de informação aos colegas verbal”E11</p>
	Registos Negligenciados	“(…)penso que não fica descrito em notas, mas também se ficar em notas corridas/escritas, muitas vezes são negligenciadas”E2
	Sem Parametrização	<p>“(…)como não está parametrizado, acaba por não ser uma preocupação”E1</p> <p>“(…)não sei se existe o parâmetro delirium”E7</p> <p>“(…)realmente agora com esta entrevista uma pessoa começa a perceber que não está parametrizado”E7</p>
	Desvalorização do diagnóstico	<p>“(…)neste momento nenhum”E1</p> <p>“(…)acho que peca pelo tardio que é”E2</p> <p>“(…)não existem..a única coisa que podemos associar é a</p>

		<p>agitação”E2</p> <p>“(…)não, de forma geral não!”E3</p> <p>“(…)não existe, não!”E4</p> <p>“(…)acho que isso passa-nos um bocadinho ao lado”E4</p> <p>“(…)não existe!”E5</p> <p>“(…)por rotina não é registado”E6</p> <p>“(…)só avaliamos o RASS e não se complementa com nada mais”E7</p> <p>“(…)por norma não!Não!”E9.</p> <p>“(…)em dados objetivos em sistemas de informação creio que se fizermos aí um apanhado de colheita de dados...não temos nada efectivo”E11</p>
	<p>Rácio Enfermeiros/Doente Desajustado</p>	<p>“(…)não é prática de avaliar em contexto de intensivos, tendo em conta, se estivéssemos a falar de rácios diferentes”E1</p> <p>“(…)doentes de nível II, está tabelado que se houver pessoas com doentes de nível II podemos ter até três...sejamos realistas, não vamos ter a mesma atenção”E5</p> <p>“(…)o facto de termos um rácio de um enfermeiro para dois doentes não permite que tenhamos a devida atenção a esta componente”E6</p>
<p>Deficits de Conhecimento sobre Delirium</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem ou Médico</p>	<p>“(…)não tenho a certeza se será mesmo um diagnóstico de enfermagem o delirium, porque é médico, se não me engano”E9</p>
	<p>Histórico do Doente</p>	<p>“(…)quando temos um doente que acorda agitado, primeiro vamos ver sempre os</p>

O tema **”INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NA AVALIAÇÃO DO DELIRIUM”** demonstra a atuação, destes profissionais, quando percebem a incidência e a prevalência do delirium na UCI. As categorias que constituem o terceiro tema são **“Intervenções Autônomas”** e **“Intervenções Interdependentes”**, num total de duas categorias.

- Na categoria **“Intervenções Autônomas”** foram criadas três subcategorias, nomeadamente **“Orientação espaço-temporal”**, **“Gestão do ambiente físico”** e **“Promoção do ciclo de sono”**.

Na subcategoria **“Orientação espaço-temporal”** dez dos doze enfermeiros referem que uma das intervenções que mais adoptam quando detetam ou suspeitam que um doente está em delirium, é a orientação deste no espaço e no tempo, **“temos que tentar orienta-los”E1**, **“acabo sempre por dizer onde estão, o que aconteceu, faço um bocado repetidamente”E1**, **“Costumamos perguntar onde está, se sabe onde está, se sabe que dia é ou mês...pelo menos tentar perceber se ele tem alguma consciência espaço-temporal e de si próprio”E2**, **“orientação espaço-temporal...a realização de perguntas breves”E3**, **“mas não vejo toda a gente a fazê-lo”E3**, **“olhe onde você está, o que lhe aconteceu, em que dia é que estamos”E4**, **“tentamos, sim, sempre, orientar verbalmente o doente em termos de tempo e espaço e sobre quem nós somos”E6**, **“ir tentando orientar o doente, falar com ele”E7**, **“tentamos orientar, orientar a pessoa no espaço, no tempo”E8**, **“começo por questões simples, tentar perceber, realmente, qual a situação do doente, como é que se encontra em termos de orientação e depois...mesmo no sentido de orientar para a realidade”E9**, **“pergunta-se se o doente sabe onde está...é tentar explicar ao doente, tentar arranjar estratégias de trazer-lo ao espaço e o orientar”E11**, **“contextualizar o espaço, dizer que estão no meio hospitalar, identificar as pessoas...”E12**.

Uma outra subcategoria que os enfermeiros têm um elevado grau de autonomia é na **“Gestão do ambiente físico”**. Nesta subcategoria, os profissionais referem que além de gerirem o ambiente à volta do doente, tentam enquadrá-los no mesmo, dando-lhe um maior conhecimento sobre o espaço envolvente ao seu leito, **“sento-os muito na cama...tento sentá-los o mais precocemente...ao ver o panorama de toda a unidade acaba por estar um bocadinho mais cá”E1**, **“o ambiente mais agitado prejudica bastante o desmame da sedação”E2**, **“numa unidade temos duas áreas distintas, entre doentes acordados e doentes entubados...agora quando temos quartos em que**

podemos colocar doentes acordados”E2, “tentamos gerir o ambiente para o doente ficar mais sossegado, mais calmo”E8, “enquadrar o doente dentro daquele ambiente em que está inserido”E12.

Sendo o sono uma necessidade humana básica, alguns dos enfermeiros consideram importante a “Promoção de um ciclo de sono” que seja reparador para doente, mesmo que para isso tenham de fazer uma “melhor” gestão do espaço físico “quando temos quartos em que podemos colocar doentes acordados e tentar que tenham, por exemplo, um ciclo de sono melhor e mais adequado”E2, “respeitar os ritmos de sono”E11.

- Na categoria “**Intervenções Interdependentes**” surgiram três subcategorias “Gestão de medidas farmacológicas”, “Estratégia terapêutica” e “Contenção terapêutica”.

Sendo o delirium um problema e um diagnóstico real, a falta de conhecimento sobre ele, sobre a forma como se manifesta e sobre a forma mais adequada de o prevenir e evitar a sua evolução, faz com que os enfermeiros se sintam limitados na sua atuação, perante um doente em delirium” sendo a administração de terapêutica uma das intervenções mais presentes na prestação de cuidados ao doente em delirium

Na subcategoria “Gestão de medidas farmacológicas” é evidente o recurso a terapêutica por parte dos profissionais de forma a “controlar” o doente e, conseqüentemente, o delirium no doente. Além dos enfermeiros referirem a necessidade de medicação em SOS, mencionam a necessidade de introdução prévia de fármacos de forma a realizar um desmame de sedo-analgésia mais adequado. As unidades de registo comprovam o mencionado, “(...) implementar, neste caso a dextor o mais previamente possível”E2, “acabamos por achar que é uma fase que vai passar rápido ou então fazemos logo medicação para que não continue”E3, “é mais a medicação que o resto”E3, “a única intervenção que tenho é na administração de terapêutica se for necessário”E4, “trabalho interdisciplinar e solicitar ao médico medidas farmacológicas para tentar controlar o delirium”E5, “tentamos socorrer-nos de algum medicamento para ajuda-lo a descansar”E5, “através da administração de sedativos e analgésicos com supervisão médica”E6, “por norma é feita a administração de terapêutica em SOS”E6, “tentar perceber da parte farmacológica, seja rever as medicações”E7, “recorremos depois a medicação”E8, “a farmacologia ser melhor dirigida que aqui não é”E9, “depois falo com a parte médica porque passa sempre por terapia farmacológica, para resolver a situação”E9, “normalmente são

medidas farmacológicas que avançam logo”E10, “tentar minimizar fármacos que possam potenciar o delirium”E11, “pedir ajuda dos médicos instituir terapêutica de forma a controlar o delirium”E12, “começava já um anti-psicótico de uma forma contínua em comprimido e não a intervenção que está a ser feita, que é tira e põe propofol”E9, “fazer uma fase de desmame de sedação que implica a introdução da dexdor e que realmente tem beneficiado”E2, “começam a introduzir a perfusão de dexdor para quando fizerem o desmame da sedo-analgésia”E12.

Na subcategoria “Estratégia terapêutica” os enfermeiros defendem que em equipa (médicos e enfermeiros) devem definir uma estratégia para o doente, de forma a todos prestarem cuidados direcionados a esses mesmos objetivos e não cada um fazer o que lhe parece melhor, objetivos que direta ou indiretamente, façam diminuir a incidência e prevalência do delirium. As unidades de registo seguintes demonstram isso, “tentar acordar o doente o mais rápido possível, tentar reduzir a sedação, tentar dar-lhe alguma autonomia em termos de ventilação e extubá-lo o mais rápido possível”E5, “devemos concertar em equipa e definir uma estratégia para depois podermos avaliar os resultados”E11.

Outra subcategoria que surge como alternativa a controlar o doente e o delirium é a “Contenção terapêutica”. Os enfermeiros recorrem a esta quando têm perante si doentes em delirium hiperativo, exibindo comportamentos agressivos e agitação psicomotora de difícil controlo, “em doentes que tem agitação psicomotora, no caso de incorrerem no risco de agressão para os enfermeiros”E6, “imobilizações agressivas que secalhar fosse uma preocupação efectiva, secalhar, poderíamos ter melhores resultados”E11.

Tabela 11: Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Intervenções Autónomas	Orientação Espaço-Temporal	<p>“(…)temos que tentar orientá-los”E1</p> <p>“(…)acabo sempre por dizer onde estão, o que aconteceu, faço um bocado repetidamente”E1</p> <p>“(…)Costumamos perguntar onde está, se sabe onde está, se sabe que dia é ou mês...pelo menos tentar perceber se ele</p>

		<p>tem alguma consciência espaço-temporal e de si próprio”E2</p> <p>“(…)orientação espaço-temporal...a realização de perguntas breves”E3</p> <p>“(…), mas não vejo toda a gente a fazê-lo”E3</p> <p>“(…)olhe onde você está, o que lhe aconteceu, em que dia é que estamos”E4</p> <p>“(…)tentamos, si, sempre, orientar verbalmente o doente em termos de tempo e espaço e sobre quem nós somos”E6</p> <p>“(…)ir tentando orientar o doente, falar com ele”E7</p> <p>“(…)tentamos orientar, orientar a pessoa no espaço, no tempo”E8</p> <p>“(…)começo por questões simples, tentar perceber, realmente, qual a situação do doente, como é que se encontra em termos de orientação e depois...mesmo no sentido de orientar para a realidade”E9</p> <p>“(…)pergunta-se se o doente sabe onde está...é tentar explicar ao doente, tentar arranjar estratégias de traze-lo ao espaço e o orientar”E11</p> <p>“(…)contextualizar o espaço, dizer que estão no meio hospitalar, identificar as pessoas...”E12</p>
	Gestão do Ambiente Físico	<p>“(…)sento-os muito na cama...tento senta-los o mais precocemente...ao ver o panorama de toda a unidade acaba por estar um bocadinho mais cá”E1</p>

		<p>“(...)o ambiente mais agitado prejudica bastante o desmame da sedação”E2</p> <p>“(...)numa unidade temos duas áreas distintas, entre doentes acordados e doentes entubados...agora quando temos quartos em que podemos colocar doentes acordados”E2</p> <p>“(...)tentamos gerir o ambiente para o doente ficar mais sossegado, mais calmo”E8</p> <p>“(...)enquadrar o doente dentro daquele ambiente em que está inserido”E12</p>
	Promoção do Ciclo de Sono	<p>“(...)quando temos quartos em que podemos colocar doentes acordados e tentar que tenham, por exemplo, um ciclo de sono melhor e mais adequado”E2</p> <p>“(...)respeitar os ritmos de sono”E11</p>
Intervenções Interdependentes	Gestão de Medidas Farmacológicas	<p>“(...) implementar, neste caso a dexdor o mais previamente possível”E2</p> <p>“(...)acabamos por achar que é uma fase que vai passar rápido ou então fazemos logo medicação para que não continue”E3</p> <p>“(...)é mais a medicação que o resto”E3</p> <p>“(...)a única intervenção que tenho é na administração de terapêutica se for necessário”E4</p> <p>“(...)trabalho interdisciplinar e solicitar ao médico medidas farmacológicas para tentar controlar o delirium”E5</p> <p>“(...)tentamos socorrer-mo-nos de</p>

		<p>algum medicamento para ajudá-lo a descansar”E5</p> <p>“(...)através da administração de sedativos e analgésicos com supervisão médica”E6</p> <p>“(...)por norma é feita a administração de terapêutica em SOS”E6</p> <p>“(...)tentar perceber da parte farmacológica, seja rever as medicações”E7</p> <p>“(...)recorremos depois a medicação”E8</p> <p>“(...)a farmacologia ser melhor dirigida que aqui não é”E9</p> <p>“(...)depois falo com a parte médica porque passa sempre por terapia farmacológica, para resolver a situação”E9</p> <p>“(...)normalmente são medidas farmacológicas que avançam logo”E10</p> <p>“(...)tentar minimizar fármacos que possam potenciar o delirium”E11</p> <p>“(...)pedir ajuda dos médicos instituir terapêutica de forma a controlar o delirium”E12</p> <p>“(...)começava já um anti-psicótico de uma forma contínua em comprimido e não a intervenção que está a ser feita, que é tira e põe propofol”E9</p> <p>“(...)fazer uma fase de desmame de sedação que implica a introdução da dexdor e que realmente tem beneficiado”E2</p> <p>“(...)começam a introduzir a perfusão de dexdor para quando fizerem o desmame da sedo-</p>
--	--	--

		analgesia”E12
	Estratégia Terapêutica	“(…)tentar acordar o doente o mais rápido possível, tentar reduzir a sedação, tentar dar-lhe alguma autonomia em termos de ventilação e extubá-lo o mais rápido possível”E5 “(…)devemos concertar em equipa e definir uma estratégia para depois podermos avaliar os resultados”E11
	Contenção Terapêutica	“(…)em doentes que tem agitação psicomotora, no caso de incorrerem no risco de agressão para os enfermeiros”E6 “(…)imobilizações agressivas que secalhar fosse uma preocupação efectiva, secalhar, poderíamos ter melhores resultados”E11

O tema **”DIFICULDADES QUE OS ENFERMEIROS TÊM NA AVALIAÇÃO DO DELIRIUM”** demonstra as dificuldades que os enfermeiros detêm na avaliação do delirium. As categorias que integram o quarto tema são **“Instrumentos de avaliação”, “Dotações seguras”, “Subvalorização do delirium” e “Dificuldade na comunicação”**.

- Na categoria **“Instrumentos de avaliação”** foram criadas duas subcategorias **“Ausência de escalas de avaliação” e “Dificuldade na aplicação”**.

Numa realidade de doze enfermeiros, dez referiram, como dificuldade para avaliação do delirium, a ausência de instrumentos de avaliação. Uma avaliação pressupõe um instrumento de mensuração, orientador, o que não existe na UCI, tornando mais difícil a avaliação do delirium e a consequente prova da sua existência. As seguintes unidades de registo provam o mencionado, **“nós não temos uma ferramenta para avaliar o delirium”E1**, **“porque não há uma escala...não há nada em concreto...possamos guiar e fazer essa avaliação”E2**, **“há conhecimentos que existem escalas...mas nós não as aplicamos”E3**, **“o facto de não termos uma ferramenta que nos ajude”E4**, **“ausência de um instrumento que fosse assumido no serviço para fazer**

a avaliação”E5, “falta de instrumentos que sustentem a nossa avaliação”E6, “bastava também termos os instrumentos apropriados a implementar”E7, “um instrumento de avaliação utilizado de uma forma sistemática seria uma boa aposta”E9, “se calhar a não utilização de uma escala”E10, “a não existência de uma escala”. O facto de um dos enfermeiros mencionar a pouca patricidade das escalas de avaliação do delirium originou a subcategoria “Dificuldade na aplicação”. Nesta subcategoria, o enfermeiro revela que há alguns anos atrás já se abordou o assunto do delirium, não sendo levado a bom porto devido a ser pouco prática, “nessa altura também se começou a falar da primeira escala de avaliação do delirium mas que um bocado, na minha óptica por, impatricidade, nunca foi avante com a implementação”E1 e “quando uma escala demora a implementar quase 10/20 minutos não é exequível”E1. Na mesma linha de pensamento, o mesmo enfermeiro refere que só conhece uma escala, “e a única que conheço é a CAM-ICU não é prática de avaliar em contexto de intensivos”E1.

- Na categoria “**Dotações Seguras**” foram criadas três subcategorias “Rácios Deficitários”, “Volume de trabalho” e “Gestão do tempo”.

Na subcategoria “Rácios deficitários” uma das dificuldades que os enfermeiros referem com frequência são os rácios deficitários, pois mencionam que não existe um número de enfermeiros adequado face à complexidade do doente crítico existente na UCI. Como tal, e sendo o delirium complexo e conseqüentemente a sua avaliação também, exige ainda mais do enfermeiro, fazendo com que o profissional não consiga levar a cabo todas as intervenções que deveria de forma calma, rigorosa e eficaz. Mesmo caso existisse um instrumento de avaliação, devido à sua impatricidade e aos rácios deficitários seria uma grande dificuldade coloca-la em prática, “a única que conheço é a CAM-ICU que não é prática de avaliar...se estivéssemos a falar de rácios diferentes”E1, “os rácios, sim”E4, “se o delirium influenciasse, tivesse um score que influenciasse a nossa carga de trabalho se calhar os rácios podiam ser adaptados àquele doente”E5, “o rácio de enfermagem não é adequado”E10, “acho que o rácio não é adequado”E12.

Duas, outras, subcategorias que se complementam muito bem é o “Volume de trabalho “ e a “Gestão de tempo”. Alguns profissionais referem que a quantidade de trabalho torna difícil a avaliação do delirium “agora o volume de trabalho, a dinâmica da unidade”E1, “quando temos um volume de trabalho tão grande ou quando estamos mais cansados”E1, “o teres muito trabalho”E3, “se o delirium influencia-se, tivesse um score que influencia-se a nossa carga de trabalho”E5, “temos de saltar passos e é uma coisa que é crónica na nossa profissão”E11, “às vezes é impossível, como temos

outros doentes temos de partir para a terapêutica”E12. A “Gestão de tempo” complementa o que foi mencionado anteriormente, tornando-se, ainda mais, evidente como dificuldade, “se estivéssemos a falar de disponibilidade de tempo com o doente”E1, “eu na reabilitação faço a gestão do meu tempo...eu consigo perder uma hora com um doente e se calhar arranjar...trabalhar com outro doente só em 10 minutos”E1, “nesses doentes com delirium, se calhar consigo estar mais tempo até que o próprio enfermeiro de cabeceira”E1, “tempo também...”E3, “nomeadamente a falta de tempo para dedicarmos ao doente”E6, “não dá muito tempo para nos dedicarmos aos doentes”E10, “a aplicação da escala não é muito fácil...para além disso consome muito tempo imprescindível para os enfermeiros “E11.

- Na categoria “**Subvalorização do delirium**” foram criadas duas subcategorias “Deficit de conhecimento” e “Falta de sensibilização”.

Na subcategoria “Deficit de conhecimento” os profissionais confrontaram-se com os seus conhecimentos, mas sobretudo, com a falta deles sobre o delirium. Conseguiram detetar que o conhecimento limitado ou inexistente sobre o tema torna-se uma dificuldade na sua avaliação, “o que me preocupa mais que a própria avaliação em si do delirium é a falta de prevenção do delirium”E1, “noto uma preocupação diferente nas pessoas que às vezes são expostas ao tema delirium, acabam por tentar preocupar-se mais”E1, “nós conseguimos perceber isso e á medida que vamos presenciando alguns casos, começamos a construir a nossa própria percepção”E1, “eu sei que as escalas existem mas nunca as apliquei”E3, “não teres conhecimentos que possas aplicar ali”E3, “a parte da saúde mental não acho que seja uma coisa que se foque muito aqui”E3, “falta de conhecimento sobre o que é o delirium”E4, “é difícil para nós avaliarmos”E8, “eu acho que tem a ver mesmo com o facto de ainda ser subvalorizado”E9, “vemos o doente agitado a primeira coisa que se faz é farmacológico sem perceber a causa do delirium”E10.

Outra subcategoria que surge é a “Falta de sensibilização” sobre a existência do delirium, subvalorizando, tornando-se numa dificuldade na sua avaliação. Nesta subcategoria os enfermeiros referem que para existir uma avaliação do delirium as equipas têm de ser sensibilizadas sobre a sua existência e, após isso, é que se torna pertinente a avaliação. As seguintes unidades de registo comprovam o mencionado, “eu acho que passa primeiro por sensibilização das equipas enfermagem...acho que interessa sensibilizar as equipas de enfermagem”E1, “há falta de ferramentas de sensibilização dos enfermeiros”E1, “implicava que já tivesse incutida, no serviço, uma

perspectiva de “temos de avaliar isto, sempre que”E5, “as pessoas não estão voltadas para quando temos um doente a acordar para avaliar aquilo, só quando surge alguma coisa”E5, “se as pessoas acharem que isso é importante e se calhar o trabalho delas vai melhorar até em termos de carga...perceberem que aquilo é importante”E5, “ser reconhecido que existe e que é um problema para se fazer isso”E9.

- Na categoria “**Dificuldade na Comunicação**” originou duas subcategorias “Situação clínica do doente” e “Relação com a família”.

Na subcategoria “Situação clínica do doente” uma enfermeira mencionou que se torna difícil perceber se o doente está em delirium quando este não emite som, apenas apresentando mimica labial, “doentes entubados, doentes traqueostomizados. Às vezes entender o que eles querem dizer ou às vezes fazermo-nos entender a nós para eles é um bocadinho difícil”E12.

Sendo a família um elemento presente e ativo dos cuidados, também é uma fonte privilegiada de informação sendo de extrema importância no esclarecimento de dúvidas, relativamente ao doente, podendo tornar-se um elemento crucial na evolução favorável do estado clínico do mesmo. Como tal, surge a subcategoria “Relação com a família”, onde as seguintes unidades de registo demonstram o mencionado, “muito é tentar entender e se calhar até passamos um bocadinho pela entrevista com os familiares”E2, “até integrarmos a família neste desmame como veículo facilitador para a orientação da realidade”E6, “optamos por pedir informações aos familiares para perceber como ele era em casa”E8, “o facto de não conhecermos o doente...poderá haver doentes que já tenham alterações da personalidade ...embora quando lemos a avaliação inicial feita pelo médico, que normalmente, é recolhida ou na urgência ou pelos familiares poderemos já ter uma ideia”E9.

Tabela 12: Dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Instrumentos de Avaliação	Ausência de Escalas de Avaliação	“(...)nós não temos uma ferramenta para avaliar o delirium”E1 “(...)porque não há uma escala...não há nada em concreto...possamos guiar e fazer essa avaliação”E2

		<p>“(…)Há conhecimentos que existem escalas...mas nós não as aplicamos”E3</p> <p>“(…)o facto de não termos uma ferramenta que nos ajude”E4</p> <p>“(…)ausência de um instrumento que fosse assumido no serviço para fazer a avaliação”E5</p> <p>“(…)falta de instrumentos que sustentem a nossa avaliação”E6</p> <p>“(…)bastava também termos os instrumentos apropriados a implementar”E7</p> <p>“(…)um instrumento de avaliação utilizado de uma forma sistemática seria uma boa aposta”E9</p> <p>“(…)secalhar a não utilização de uma escala”E10</p> <p>“(…)a não existência de uma escala”E11</p>
	<p>Dificuldade na aplicação</p>	<p>“(…)nessa altura também se começou a falar da primeira escala de avaliação do delirium mas que um bocado, na minha óptica por, impatricidade, nunca foi avante com a implementação”E1</p> <p>“(…)e a única que conheço é a CAM-ICU não é prática de avaliar em contexto de intensivos”E1</p> <p>“(…)quando uma escala demora a implementar quase 10/20 minutos não é exequível”E1</p>
<p>Dotações Seguras</p>	<p>Rácios Deficitários</p>	<p>“(…)a única que conheço é a CAM-ICU que não é prática de avaliar...se estivéssemos a falar de rácios diferentes”E1</p>

		<p>“(…)os rácios, sim”E4</p> <p>“(…)se o delirium influenciasse, tivesse um score que influenciasse a nossa carga de trabalho ,secalhar os rácios podiam ser adaptados Àquele doente”E5</p> <p>“(…)o rácio de enfermagem não é adequado”E10</p> <p>“(…)acho que o rácio não é adeuado”E12</p>
	<p>Volume de Trabalho</p>	<p>“(…)agora o volume de trabalho, a dinâmica da unidade”E1</p> <p>“(…)quando temos um volume de trabalho tão grande ou quando estamos mais cansados”E1</p> <p>“(…)o teres muito trabalho”E3</p> <p>“(…)se o delirium influencia-se, tivesse um score que influencia-se a nossa carga de trabalho”E5</p> <p>“(…)temos de saltar passos e é uma coisa que é crónica na nossa profissão”E11</p> <p>“(…)Às vezes é impossível, como temos outros doentes temos de partir para a terapêutica”E12</p>
	<p>Gestão do Tempo</p>	<p>“(…)se estivéssemos a falar de disponibilidade de tempo com o doente”E1</p> <p>“(…)eu na reabilitação faço a gestão do meu tempo...eu consigo perder uma hora com um doente e secalhar arranjar...trabalhar com outro doente só em 10 minutos”E1</p> <p>“(…)nesses doentes com delirium, secalhar consigo estar</p>

		<p>mais tempo até que o próprio enfermeiro de cabeceira”E1</p> <p>“(…)tempo também..”E3</p> <p>“(…)nomeadamente a falta de tempo para dedicarmos ao doente”E6</p> <p>“(…)não dá muito tempo para nos dedicarmos aos doentes”E10</p> <p>“(…)a aplicação da escala não é muito fácil...para além disso consome muito tempo imprescindível para os enfermeiros “E11</p>
<p>Subvalorização do Delirium</p>	<p>Deficit de Conhecimento</p>	<p>“(…)o que me preocupa mais que a própria avaliação em si do delirium é a falta de prevenção do delirium”E1</p> <p>“(…)noto uma preocupação diferente nas pessoas que às vezes são expostas ao tema delirium, acabam por tentar preocupar-se mais”E1</p> <p>“(…)nós conseguimos perceber isso é á medida que vamos presenciando alguns casos, começamos a construir a nossa própria percepção”E1</p> <p>“(…)eu sei que as escalas existem mas nunca as apliquei”E3</p> <p>“(…)não teres conhecimentos que possas aplicar ali”E3</p> <p>“(…)a parte da saúde mental não acho que seja uma coisa que se foque muito aqui”E3</p> <p>“(…)falta de conhecimento sobre o que é o delirium”E4</p> <p>“(…)é difícil para nós</p>

		<p>avaliarmos”E8</p> <p>“(…)eu acho que tem haver mesmo com o facto de ainda ser subvalorizado”E9</p> <p>“(…)vemos o doente agitado a primeira coisa que se faz é farmacológico sem perceber a causa do delirium”E10</p>
	<p>Falta de Sensibilização</p>	<p>“(…)eu acho que passa primeiro por sensibilização das equipas enfermagem...acho que interessa sensibilizar as equipas de enfermagem”E1</p> <p>“(…)há falta de ferramentas de sensibilização dos enfermeiros”E1</p> <p>“(…)implicava que já tivesse incutida, no serviço, uma perspectiva de “temos de avaliar isto, sempre que”E5</p> <p>“(…)as pessoas não estão voltadas para quando temos um doente a acordar para avaliar aquilo, só quando surge alguma coisa”E5</p> <p>“(…se as pessoas acharem que isso é importante e secalhar o trabalho delas vai melhorar até em termos de carga...perceberem que aquilo é importante”E5</p> <p>“(…)ser reconhecido que existe e que é um problema para se fazer isso”E9</p>
<p>Dificuldade na Comunicação</p>	<p>Situação Clínica do Doente</p>	<p>“(…)doentes entubados, doentes traqueostomizados. Às vezes entender o que eles querem dizer ou às vezes fazermo-nos entender a nós para eles é um bocadinho difícil”E12</p>

	Relação com a Família	<p>“(…)fazemos muito é tentar entender e secalhar até passamos um bocadinho pela entrevista com os familiares”E2</p> <p>“(…)até integrarmos a família neste desmame como veículo facilitador para a orientação da realidade”E6</p> <p>“(…)optamos por pedir informações aos familiares para perceber como ele era em casa”E8</p> <p>“(…)o facto de não conhecermos o doente...poderá haver doentes que já tenham alterações da personalidade ...embora quando lemos a avaliação inicial feita pelo médico, que normalmente, é recolhida ou na urgência ou pelos familiares poderemos já ter uma ideia”E9</p>
--	-----------------------	--

O tema “ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO DELIRIUM” revela, por parte dos profissionais, medidas que podem e devem ser implementadas de forma a avaliar-se o delirium de uma forma sistemática na UCI. As categorias que integram o quinto tema são **“Formação”, “Implementação de instrumentos de avaliação” e “Trabalho em equipa”**.

➤ Na categoria **“Formação”** surgiram duas subcategorias “Reconhecimento do problema (delirium) ” e “Aprofundamento de conhecimentos”.

Na subcategoria “Reconhecimento do problema (delirium) ” quatro enfermeiros referem que uma das estratégias principais, para a implementação da avaliação do delirium, passa pela sensibilização da equipa sobre o delirium como um problema, até então, os profissionais não irão estar despertos e perceptíveis a tal. Como é claro pelos discursos, “eu acho que passa primeiro por sensibilização das equipas enfermagem...acho que interessa sensibilizar as equipas de enfermagem”E1, “mas se tivesse mais formação e isto a nível de toda a equipa...seria melhor tratado ou seria tratado realmente”E3, “se as pessoas acharem que isso é importante e se calhar o trabalho delas vai melhorar até em termos de carga...perceberem que aquilo é

importante”E5, “ser reconhecido que existe e que é um problema para se fazer isso”E9.

Contudo, não basta estar sensibilizado para a existência de um problema, é necessário os profissionais estarem dotados de conhecimentos e competências sobre, o mesmo, de forma a identifica-lo mais facilmente e adequar as suas intervenções, obtendo resultados mais eficazes. Como tal, surgiu a subcategoria “Aprofundamento de Conhecimentos”. Nesta, os profissionais referem, de forma assertiva, que é essencial formação sobre o delirium, “Formações! Tens de saber o que é o delirium, saber identificar e para isso é preciso uma formação de forma generalizada...formação, acho que é a base”E3, “pelo menos dará alguma ferramenta para que a pessoa o possa fazer e se for uma coisa que seja implementada depois dás o conhecimento”E3, “uma formação em serviço para abordar o tema”E5, “uma formação no DEP para avaliação de alterações cognitivas ou défices cognitivos, que também me parece que seria facilitador para esclarecermos quilo”E6, “acho que passa por mais informação e formação”E11, “Uma boa estratégia formação dos enfermeiros nesta área do delirium”E12.

- Na categoria **“Implementação de instrumentos de avaliação”** foram criadas duas subcategorias, nomeadamente, “Parametrização B-Simple” e “Adoção de escalas”.

Na subcategoria “Parametrização B-Simple” os profissionais referem que caso o delirium consta-se, no programa informático, como uma atitude terapêutica seria mais facilmente avaliado, quanto mais não fosse, pela sua obrigatoriedade enquanto registo de enfermagem. As unidades de registo comprovam o mencionado, “ sim, a monitorização, o registo do estado de delirium, é também isso que nos falha”E2, “revisão do B-Simple...criar um mecanismo de registo fácil”E6, “Sim, estar parametrizado”E7.

Por sua vez, na subcategoria “Adoção de escalas” é notório que os profissionais defendem a criação, validação e implementação de “algo” que os ajude na avaliação do delirium. A existência de uma escala/protocolo seria uma estratégia adequada e objetiva, “efetivamente criar alguma ferramenta que avalie e estratifique o delirium do doente”E1, “haver um instrumento de avaliação, isso sim, é um estratégia”E4, “dar uso a algum instrumento que exista e que quando fosse devidamente validado para o nosso contexto”E6, “apenas estar protocolado”E7, “o recurso a uma escala é sempre algo vantajoso...acho que uma escala é um instrumento eficaz para podermos

avaliar”E8, “Acho que era necessário haver um protocolo...utilizar um instrumento de avaliação”E9, “A aplicação da escala”E10, “realização de uma escala adequada à avaliação ...também um protocolo”E12.

➤ Na categoria **“Trabalho em equipa”** foram criadas duas subcategorias “Otimização da relação médico/enfermeiro” e “Integração de outros profissionais”

A subcategoria “Otimização da relação médico/enfermeiro” tem como intuito escolher a melhor estratégia de tratamento para o doente, em equipa (médico e enfermeiro), percebendo se a percepção sobre a situação é comum às duas classes profissionais, “perceber a percepção deles juntamente com a nossa”E4. Sendo coerente, uma enfermeira sugere que podiam ser integrados na equipa, outros elementos, com conhecimentos diferentes, certamente mais aprofundados e concisos, sobre o delirium, surgindo a subcategoria “Integração de outros profissionais”, “poderíamos integrar uma equipa de psicólogo e psiquiatra na unidade”E6.

Tabela 13: Estratégias para a implementação da avaliação do delirium

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Formação	Reconhecimento do problema (delirium)	<p>“(…)eu acho que passa primeiro por sensibilização das equipas enfermagem...acho que interessa sensibilizar as equipas de enfermagem”E1</p> <p>“(…)mas se tivesse mais formação e isto a nível de toda a equipa...seria melhor tratado ou seria tratado realmente”E3</p> <p>“(…se as pessoas acharem que isso é importante e secalhar o trabalho delas vai melhorar até em termos de carga...perceberem que aquilo é importante”E5</p> <p>“(…)ser reconhecido que existe e que é um problema para se fazer isso”E9</p>
	Aprofundamento de	“(…)Formações! Tens de saber o

	conhecimentos	<p>que é o delirium, saber identificar e para isso é preciso uma formação de forma generalizada...formação, acho que é a base”E3</p> <p>“(...)pelo menos dará alguma ferramenta para que a pessoa o possa fazer e se for uma coisa que seja implementada depois dá o conhecimento”E3</p> <p>“(...)uma formação em serviço para abordar o tema”E5</p> <p>“(...)uma formação no DEP para avaliação de alterações cognitivas ou défices cognitivos, que também me parece que seria facilitador para esclarecermos quilo”E6</p> <p>“(...)acho que passa por mais informação e formação”E11</p> <p>“(...)Uma boa estratégia formação dos enfermeiros nesta área do delirium”E12</p>
Implementação de Instrumentos de Avaliação	Parametrização no B-Simple	<p>“(...)sim, a monitorização, o registo do estado de delirium, é também isso que nos falta”E2</p> <p>“(...)revisão do B-Simple...criar um mecanismo de registo fácil”E6</p> <p>“(...)Sim, estar parametrizado”E7</p>
	Adoção de Escalas	<p>“(...)efectivamente criar alguma ferramenta que avalie e estratifique o delirium do doente”E1</p> <p>“(...)haver um instrumento de avaliação, isso sim, é um estratégia”E4</p> <p>“(...)dar uso a algum instrumento que exista e que quando fosse devidamente validado para o</p>

		<p>nosso contexto”E6</p> <p>“(…)apenas estar protocolado”E7</p> <p>“(…)o recurso a uma escala é sempre algo vantajoso...acho que uma escala é um instrumento eficaz para podermos avaliar”E8</p> <p>“(…)Acho que era necessário haver um protocolo...utilizar um instrumento de avaliação”E9</p> <p>“(…)A aplicação da escala”E10</p> <p>“(…)realização de uma escala adequada à avaliação ...também um protocolo”E12</p>
Trabalho em Equipe	Otimização da Relação Médico/Enfermeiro	“(…)perceber a percepção deles juntamente com a nossa”E4
	Integração de outros profissionais	“(…)poderíamos integrar uma equipa de psicólogo e psiquiatra na unidade”E6

O tema **”CARACTERÍSTICAS DE UMA UNIDADE QUE CONTRIBUEM, FAVORAVEL OU DESFAVORAVELMENTE PARA A AVALIAÇÃO DO DELIRIUM”** dá-nos a conhecer, através da experiência e perspetiva dos enfermeiros, fatores que podem contribuir para a incidência e prevalência do delirium, afetando, também, a avaliação do mesmo. As categorias que integram o sexto tema são **”Condições ambientais”** e **”Orgânica e funcionamento”**.

- Na categoria **”Condições ambientais”** foram criadas quatro subcategorias, nomeadamente, “Infra-estruturas”, “Luminosidade”, “Ruído” e “Tecnologia e equipamentos”.

Na subcategoria “Infra-estruturas” os enfermeiros são, praticamente, unanimes, referindo os open spaces como locais desfavoráveis ao doente em delirium, contribuindo, igualmente, para o aumento da incidência e prevalência do mesmo. Os open spaces ou unidades abertas, são locais limitativos no que se refere à privacidade e individualidade do doente tendo em conta que o espaço é comum a vários doentes. Neste, a probabilidade de surgirem fatores que contribuem para um aumento do

delirium é grande. Em contrapartida, mencionam o quarto individual favorável ao doente em delirium. As seguintes unidades de registo sustentam o citado, "acho que a estrutura física, mesmo, é uma coisa muito importante"E1, "noto/acho que o delirium diminui muito quando os doentes estão em ambientes como quartos...acabam por estar mais resguardados do que em enfermarias"E1, "muitas das vezes o que acontecia nos open space era os doentes falarem entre eles e acharem que era um tio, isto alimenta"E1, "quantos mais doentes tivermos numa sala...mais probabilidade de um descompensar e nós tivermos de ligar uma luz...vai afetar o descanso"E1, "agora se um doentes estiver sozinho num quarto ...não tem muita mais poluição sonora"E1, "mas na unidade open space é impossível controlar"E4, "na unidade open space, por exemplo, isso é impossível de controlar"E4, "Unidades abertas. Acho que doentes que estejam a acordar e verem a miséria que se passa à volta deles, quando existe, às vezes, uma insuficiência em termos de biombos...verem procedimentos invasivos"E5, "A existência mais que um doente dentro de uma sala"E6, "não termos um ambiente físico "amigo do doente"E6, "O facto de não termos nenhuma barreira física entre os doentes"E6, "o facto de ser um open space"E7, "o facto de termos menos doentes por sala...e ter mais isolamentos é uma vantagem"E8, "o facto de ser uma unidade open space"E9, "doentes acordados deveriam estar em quartos de isolamento"E9, "o espaço físico"E11, "um quarto de isolamento ajuda"E12.

Dentro da mesma categoria "**Condições ambientais**", surgem duas subcategorias que se complementam, a subcategoria "Luminosidade" e a subcategoria "Ruído". Os enfermeiros referem, sem qualquer hesitação, que o excesso de luminosidade e o excesso de ruído são duas características desfavoráveis ao doente em delirium, contribuindo, em muito, para o mesmo, "luzes ligadas...persianas sempre abertas, durante todo o dia, durante toda a noite"E2, "luzes.."E3, "estímulo visual, várias luzes com vários tons a piscar"E4, "tentarmos dar luminosidade de dia, retirarmos a luminosidade à noite"E5, "quando vemos que o doente não está a dormir à noite, tentamos o quê? Tentamos apagar as luzes...reduzir as luzes"E5, "ajustar os estímulos luminosos", "a necessidade de muitas das vezes, ao longo de uma emergência, termos de acender e apagar as luzes"E6, "a gestão da luz"E7, "unidade com muita luz"E10, "luminosidade"E11, "a luz"E12 – subcategoria "Luminosidade. No que concerne à subcategoria "Ruído", as seguintes unidades de registos demonstram o anteriormente mencionado, "os doentes queixam-se do ruído que a unidade tem"E2, "desvantagens, barulho constante"E3, "temos uma unidade em que não há controle a nível de ruídos, durante o dia e durante a noite"E4, "tentamos controlar o ruído"E5, "tentamos reduzir o ruído"E5, "a presença de ruído elevado durante 24 h"E6, "a gestão

do ruído”E7, “há mais barulho”E9, “uma unidade ruidosa...a própria equipa que eu acho que nós muitas vezes não temos noção e muitas vezes já os doentes estão a descansar e nós estamos a falar muito alto”E10, “o ruído”E11, “o ruído essencialmente”E12.

A subcategoria “Tecnologia e equipamentos” desperta-nos para os benefícios e impacto que uma televisão, um relógio ou até um calendário pode ter na orientação de um doente na UCI, “uma televisão a passar o telejornal que lhe está a lembrar o que se está a passar na atualidade”E1.

- Na categoria “**Orgânica e funcionamento**” surgiram quatro subcategorias, nomeadamente, “Otimização das fases de internamento”, “Presença da família”, “Terapias complementares” e “Recriação de rotinas (do doente)”.

Na subcategoria “Otimização das fases de internamento” os enfermeiros mencionam que ter doentes em diferentes fases de desmame sedo/analgesia e em diferentes fases de internamento, conseqüentemente diferentes graus de gravidade, contribuem desfavoravelmente para a incidência e prevalência do delirium, desfavorecendo, também, a sua avaliação, “o facto de termos no mesmo espaço físico doentes que estão em várias fases do internamento...os que já estão acordados e em fase de saída, em tempo de alta, os que ainda estão a acordar com alguma agitação e/ou delirium”E2 , “a manutenção de doentes com diferentes níveis de cuidados”E6.

Na subcategoria “Presença da família” os enfermeiros deixam evidente que o facto da família não estar mais presente é desfavorável ao doente, potenciando assim a incidência e prevalência do delirium, “(...)o facto de não termos a família de uma forma mais intensiva e mais participativa”E6.

Como características favoráveis surgiram duas subcategorias “Terapias complementares” e “Recriação das rotinas (do doente)”. Ambas têm como objetivo diminuir a incidência e prevalência do delirium, fazendo com que o doente se sinta num ambiente mais personalizado, mais semelhante ao que conhece. De seguida, é dado a conhecer as respectivas unidades de registo que o comprovam, “musicoterapia...o facto dos doentes acordados poderem ter o seu próprio telemóvel, poder ter acesso aos auscultadores, se puderem estar a ouvir música”E10, “rotinas que já tinham em casa possam ter aqui, as próprias rotinas...se nós pudermos criar aqui um bocadinho do ambiente deles”E10.

Tabela 14: Características de uma unidade que contribuam, de forma favorável ou desfavorável, para a avaliação do delirium

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Condições Ambientais	Infra-estruturas	<p>“(…)acho que a estrutura física, mesmo, é uma coisa muito importante”E1</p> <p>“(…)noto/acho que o delirium diminui muito quando os doentes estão em ambientes como quartos...acabam por estar mais resguardados do que em enfermarias”E1</p> <p>“(…)muitas das vezes o que acontecia nos open space era os doentes falarem entre eles e acharem que era um tio, isto alimenta”E1</p> <p>“(…)quantos mais doentes tivermos numa sala...mais probabilidade de um descompensar e nós tivermos de ligar uma luz...vai afectar o descanso”E1</p> <p>“(…) agora se um doentes estiver sozinho num quarto ...não tem muita mais poluição sonora”E1</p> <p>“(…)mas na unidade open space é impossível controlar”E4</p> <p>“(…)na unidade open space, por exemplo, isso é impossível de controlar”E4</p> <p>“(…)Unidades abertas. Acho que doentes que estejam a acordar e verem a miséria que se passa à volta deles, quando existe, às vezes, uma insuficiência em termos de biombos...verem procedimentos invasivos”E5</p> <p>“(…)A existência mais que um</p>

		<p>doente dentro de uma sala”E6</p> <p>“(…) não termos um ambiente físico “amigo do doente”E6</p> <p>“(…)O facto de não termos nenhuma barreira física entre os doentes”E6</p> <p>“(…)o facto de ser um open space”E7</p> <p>“(…)o facto de termos menos doentes por sala...e ter mais isolamentos é uma vantagem”E8</p> <p>“(…)o facto de ser uma unidade open space”E9</p> <p>“(…)doentes acordados deveriam estar em quartos de isolamento”E9</p> <p>“(…)o espaço físico”E11</p> <p>“(…)um quarto de isolamento ajuda”E12</p>
	<p>Luminosidade</p>	<p>“(…)luzes ligadas...persianas sempre abertas, durante todo o dia, durante toda a noite”E2</p> <p>“(…)luzes..”E3</p> <p>“(…)estimulo visual, várias luzes com vários tons a piscar”E4</p> <p>“(…)tentamos dar luminosidade de dia, retirarmos a luminosidade à noite”E5</p> <p>“(…)quando vemos que o doente não está a dormir à noite, tentamos o quê? Tentamos apagar as luzes...reduzir as luzes”E5</p> <p>“(…)ajustar os estímulos luminosos”</p> <p>“(…)a necessidade de muitas das vezes, ao longo de uma emergência, termos de acender</p>

		<p>e apagar as luzes”E6</p> <p>“(…)a gestão da luz”E7</p> <p>“(…)unidade com muita luz”E10</p> <p>“(…)luminosidade”E11</p> <p>“(…)a luz”E12</p>
	Ruído	<p>“(…)os doentes queixam-se do ruído que a unidade tem”E2</p> <p>“(…)desvantagens, barulho constante”E3</p> <p>“(…)temos uma unidade em que não há controle a nível de ruídos, durante o dia e durante a noite”E4</p> <p>“(…)tentamos controlar o ruído”E5</p> <p>“(…)tentamos reduzir o ruído”E5</p> <p>“(…)a presença de ruído elevado durante 24 h”E6</p> <p>“(…)a gestão do ruído”E7</p> <p>“(…)há mais barulho”E9</p> <p>“(…)uma unidade ruidosa...a própria equipa que eu acho que nós muitas vezes não temos noção e muitas vezes já os doentes estão a descansar e nós estamos a falar muito alto”E10</p> <p>“(…)o ruído”E11</p> <p>“(…)o ruído essencialmente”E12</p>
	Tecnologia e Equipamentos	<p>“(…)uma televisão a passar o telejornal que lhe está a lembrar o que se está a passar na actualidade”E1</p>
Orgânica e Funcionamento	Otimização das fases de Internamento	<p>“(…)o facto de termos no mesmo espaço físico doentes que estão em várias fases do internamento...os que já estão acordados e em fase de saída,</p>

		em tempo de alta, os que ainda estão a acordar com alguma agitação e/ou delirium”E2 “(…)a manutenção de doentes com diferentes níveis de cuidados”E6
	Presença da Família	“(…)o facto de não termos a família de uma forma mais intensiva e mais participativa”E6
	Terapias Complementares	“(…)musicoterapia...o facto dos doentes acordados poderem ter o seu próprio telemóvel, poder ter acesso aos auscultadores, se puderem estar a ouvir música”E10
	Recriação de Rotinas (do doente)	“(…)rotinas que já tinham em casa possam ter aqui, as próprias rotinas...se nós pudermos criar aqui um bocadinho do ambiente deles”E10

O tema **”CARACTERÍSTICAS DE UM DOENTE EM DELIRIUM”** mostra-nos como é que os enfermeiros da UCI “vêm” um doente em delirium, que características os doentes manifestam que os levam a detetar que o doente se encontra em delirium. As categorias que integram o sétimo tema são **“Características Físicas”** e **“Características Cognitivas”**.

- Na categoria **“Características Físicas”** surgem duas subcategorias “Comportamentais” e “Expressão facial”.

A subcategoria “Comportamentais” demonstra-nos que os enfermeiros vêm um doente em delirium como um doente agitado, agressivo, com tendência a remover dispositivos e a sair da cama. Os enfermeiros entrevistados foram unânimes, pois todos, (100%) referem a agitação e agressividade como características inequívocas de um doente em delirium. As unidades de registo expõem o referido, “associado a um doente com RASS +3 é um doente agressivo, é um doente que sente que está a ser agredido”E1,

“no delirium mais hipoativo, os doentes ficam mais silenciosos, a controlar tudo o que se passa à sua volta, uma cara de síndrome de perseguição...agem muito desconfiadamente”E1, “agitação psico-motora, o querer sair da cama, o querer remover algum tipo de dispositivo”E2, “pode ou não haver agitação psicomotora, normalmente há”E3, “doente agitado...não acho que seja um doente atento...parece assustado. Agressivo, agitado, com um ar assustado, desconfiado e desatento”E4, “um doente agitado”E5, “um doente fechadinho ali na concha dele – hipoativo”E5, “um doente agitado...que facilmente refere que quer ir embora, que quer sair”E6, “a agitação”E7, “tem um comportamento mais agressivo para ele e para os outros...tentar sair da cama”E8, “associo mais a um doente agitado”E9, “agitação”E10, “multiplas apresentações...até pode estar sossegado e estar a delirar”E11, “doente agitado...que tenta sair da cama”E12.

Da mesma forma que os enfermeiros referiram características comportamentais de um doente em delirium, também descreveram algumas sobre a sua fâcies, surgindo a subcategoria “Expressão facial”, referindo o olhar como o aspecto físico mais modificado, “não consegue dirigir o olhar...de uma forma sustentada”E4, “o olhar vago...nota-se em termos da região periorbital mais encovado, escurecido”E9, “olhar fixo no tecto”E10, “tem um olhar vago”E12, “mimica labial que dá a entender que está a falar com alguém”E12.

- Na categoria “**Características Cognitivas**” foram criadas três subcategorias “Linguísticas”, “Audiovisuais” e “Orientação”.

O discurso de um doente em delirium também sofre alterações, sendo essas as “Linguísticas”. Nesta subcategoria os enfermeiros referem que o doente apresenta um discurso agressivo, desorientado e descontextualizado, “diz que está num lar ou supermercado”E1, “discurso descontextualizado”E3, “em termos verbais o básico da desorientação”E9, “agressões verbais”E10.

Na mesma linha de alterações surgem as “Audiovisuais”, mais conhecidas por alucinações. Nesta, os doentes conjugam o ver e o ouvir de coisas que na realidade não existem, “ouvem algum tipo de vozes ou que vêm algum tipo de familiar à frente”E2, “vê coisas que nós às vezes não estamos a ver”E4, “um doente que refere visualização de coisas ou ruídos que não existem”E6, “um doente em delirium geralmente tem alucinações visuais e auditivas”E8, “tentativa de agarrar qualquer coisa, através de gestos”E10.

Por último, mas não menos impactante, surgem as alterações de “Orientação”. Os enfermeiros referem que num doente em delirium a desorientação, nomeadamente, a espaço-temporal, está presente, pois, “não sabem onde estão, não sabem qual a data”E1, “não conseguir identificar o nível temporal e espacial”E3, “um doente que estará desorientado no tempo e no espaço”E5, “desorientação espaço-temporal”E8.

Tabela 15: Caracterização do doente em delirium

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Características Físicas	Comportamentais	<p>(...)associado a um doente com RASS +3 é um doente agressivo, é um doente que sente que está a ser agredido”E1</p> <p>(...)no delirium mais hipoativo, os doentes ficam mais silenciosos, a controlar tudo o que se passa à sua volta, uma cara de síndrome de perseguição...agem muito desconfiadamente”E1</p> <p>(...)agitação psico-motora, o querer sair da cama, o querer remover algum tipo de dispositivo”E2</p> <p>(...)pode ou não haver agitação psicomotora, normalmente há”E3</p> <p>(...)doente agitado...não acho que seja um doente atento...parece assustado. Agressivo, agitado, com um ar assustado, desconfiado e desatento”E4</p> <p>(...)um doente agitado”E5</p> <p>(...)um doente fechadinho ali na concha dele – hipoactivo”E5</p> <p>(...) um doente agitado...que facilmente refere que quer ir embora, que quer sair”E6</p> <p>(...)a agitação”E7</p>

		<p>“(…)tem um comportamento mais agressivo para ele e para os outros...tentar sair da cama”E8</p> <p>“(…)associa mais a um doente agitado”E9</p> <p>“(…)agitação”E10</p> <p>“(…)9múltiplas apresentações...até pode estar sossegado e estar a delirar”E11</p> <p>“(…)doente agitado...que tenta sair da cama”E12</p>
	Expressão Facial	<p>“(…)não consegue dirigir o olhar...de uma forma sustentada”E4</p> <p>“(…)o olhar vago...nota-se em termos da região periorbital mais encovado, escurecido”E9</p> <p>“(…)olhar fixo no tecto”E10</p> <p>“(…)tem um olhar vago”E12</p> <p>“(…)mímica labial que dá a entender que está a falar com alguém”E12</p>
Características Cognitivas	Linguísticas	<p>“(…)diz que está num lar ou supermercado”E1</p> <p>“(…)discurso descontextualizado”E3</p> <p>“(…)em termos verbais o básico da desorientação”E9</p> <p>“(…)agressões verbais”E10</p>
	Audiovisuais	<p>“(…)ouvem algum tipo de vozes ou que vêm algum tipo de familiar à frente”E2</p> <p>“(…)vê coisas que nós Às vezes não estamos a ver”E4</p> <p>“(…)um doente que refere visualização de coisas ou ruídos</p>

		que não existem”E6 “(…)um doente em delirium geralmente tem alucinações visuais e auditivas”E8 “(…)tentativa de agarrar qualquer coisa, através de gestos”E10
	Orientação	“(…)não sabem onde estão, não sabem qual a data”E1 “(…)não conseguir identificar o nível temporal e espacial”E3 “(…)um doente que estará desorientado no tempo e no espaço”E5 “(…)desorientação espaço-temporal”E8

O tema **”IMPACTO DO DELIIRUM NA EVOLUÇÃO DO DOENTE CRITICO”** mostra-nos, segundo a perceção dos enfermeiros, a forma como o delirium influencia a evolução do doente crítico na UCI. Neste tema, os enfermeiros reúnem consenso, todos referem que o delirium tem um impacto negativo no doente, tendo sido criadas duas categorias, nomeadamente, a **”Situação Clínica”** e a **”Gestão da unidade”** no oitavo tema.

- Na categoria **”Situação Clínica”** foram criadas duas subcategorias a **”Diminuição da colaboração com a equipa”** e **”Involução do tratamento”**.

De uma forma consensual, os enfermeiros da UCI mencionaram que a presença de delirium no doente crítico tem um impacto negativo, acarretando inúmeras consequências. Uma das alterações, evidentes, no doente é a **”Diminuição da colaboração com a equipa”** prejudicando o tratamento, **”um doente foi extubado, um doente tem muitas secreções é preciso fazer reabilitação respiratória, é preciso tentar gerir as secreções para que ele melhore os rácios...um doente em delirium não colabora”E1**, **”o doente precisa de colaborar numa cinesioterapia, precisa de nos dar indicações, feedback”E8**, **”um doente em delirium durante a noite no dia seguinte ele não está colaborante”E10**.

Logicamente, um doente que não colabora com a equipa irá, previsivelmente, afetar o seu tratamento, fazendo com que este regrida, pelo que, foi criado a subcategoria

“Involução no tratamento”. Vários enfermeiros, pelas unidades de registo que mencionam, dão a conhecer as formas como essa involução acontece, “a agitação, o remover dispositivos, tudo isso faz com que, regridas em algumas coisas”E3, “atrasa o desmame...um doente que não consegue fazer o desmame de sedação também não consegue fazer um desmame ventilatório”E4, “piora...um doente que desadapta do ventilador, um doente que arranca drenos. A desadaptação do ventilador acaba por descompensar a parte respiratória”E5, “vai descompensar a componente cardíaca, respiratória em virtude da ansiedade”E6, “acaba por ser desfavorável...em qualquer tipo de desmame...regride ou atrasa esse desmame, essa evolução”E7, “além das comorbilidades que podem surgir a partir do delirium...contrair novas infecções, arrancar dispositivos”E9, “desfavorece em termos de evolução...depois em termos de avançar em termos de desmame acaba por regredir”E10, “atrapalha ali um bocadinho o desmame de sedo-analgésia”E12.

- Na categoria **“Gestão da Unidade”** foram criadas duas subcategorias “Aumento do tempo de internamento” e “Aumento de custos”.

Coerentemente o doente não colaborando e regredindo no tratamento faz com que permaneça mais dias na UCI, surgindo a subcategoria “Aumento do tempo de internamento”. É compreensível que um doente em delirium, que não colabore e regrida no tratamento, tenha de permanecer mais dias na UCI de forma a evoluir clinicamente para que possa ter alta. As unidades de registo demonstram o mencionado, “estamos a falar de mais dias de internamento”E1, “leva a mais tempo de internamento. Se introduzirmos psicofármacos o desmame desses fármacos leva a demorar mais tempo a que seja feito o desmame”E2, “isto tudo irá atrasar”E4, “vamos aumentar o tempo de internamento e permanência neste tipo de locais”E5, “prolongamento do internamento”E6. Permanecendo mais dias na UCI, conseqüentemente, irá aumentar os custos. A subcategoria “Aumento de custos” foi criada com a consciência que esses custos não são apenas para o doente, mas também, para o serviço e instituição. As seguintes unidades de registo provam o mencionado, “Demora muito mais a sua recuperação...pode mesmo atrasar a transferência, a alta do doente”E9, “isso significa, muitas vezes, mais 24 ou 48h de internamento”E11, “o que prolonga o tempo de internamento”E12.

Tabela 16: Impacto do delirium na evolução do doente crítico

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Situação Clínica	Diminuição da colaboração com a Equipa	<p>“(…)um doente foi extubado, um doente tem muitas secreções é preciso fazer reabilitação respiratória, é preciso tentar gerir as secreções para que ele melhore os rócios…um doente em delirium não colabora”E1</p> <p>“(…)o doente precisa de colaborar numa cinesioterapia, precisa de nos dar indicações, feedback”E8</p> <p>“(…)um doente em delirium durante a noite no dia seguinte ele não está colaborante”E10</p>
	Involução do Tratamento	<p>“(…)a agitação, o remover dispositivos, tudo isso faz com que, regridas em algumas coisas”E3</p> <p>“(…)atrasa o desmame…um doente que não consegue fazer o desmame de sedação também não consegue fazer um desmame ventilatório”E4</p> <p>“(…)piora…um doente que desadapta do ventilador, um doente que arranca drenos. A desadaptação do ventilador acaba por descompensar a parte respiratória”E5</p> <p>“(…)vai descompensar a componente cardíaca, respiratória em virtude da ansiedade”E6</p> <p>“(…)acaba por ser desfavorável…em qualquer tipo de desmame…regride ou atrasa esse desmame, essa evolução”E7</p>

		<p>“(…)além das comorbilidades que podem surgir a partir do delirium...contrair novas infecções, arrancar dispositivos”E9</p> <p>“(…)desfavorece em termos de evolução...depois em termos de avançar em termos de desmame acaba por regredir”E10</p> <p>“(…)atrapalha ali um bocadinho o desmame de sedo-analgésia”E12</p>
<p>Gestão da Unidade</p>	<p>Aumento do Tempo de Internamento</p>	<p>“(…)estamos a falar de mais dias de internamento”E1</p> <p>“(…)leva a mais tempo de internamento. Se introduzirmos psicofármacos o desmame desses fármacos leva a demorar mais tempo a que seja feito o desmame”E2</p> <p>“(…)isto tudo irá atrasar”E4</p> <p>“(…)vamos aumentar o tempo de internamento e permanência neste tipo de locais”E5</p> <p>“(…)prolongamento do internamento”E6</p>
	<p>Aumento de custos</p>	<p>“(…)Demora muito mais a sua recuperação...pode mesmo atrasar a transferência, a alta do doente”E9</p> <p>“(…)isso significa, muitas vezes, mais 24 ou 48h de internamento”E11</p> <p>“(…)o que prolonga o tempo de internamento”E12</p>

2.2.2 Resultados da Análise Documental

Como referido anteriormente, a análise documental incidiu sobre os registos dos doentes internados durante um mês. Toda a análise foi realizada com base no guião de análise documental cujo objetivo era averiguar se existiam registos sobre a existência/avaliação do delirium.

Como tal, e tendo em conta que não existe um item “Delirium” parametrizado, a investigadora procurou registos sobre a existência/avaliação de delirium nas notas gerais e na indexação à escala de RASS, não tendo encontrado qualquer registo que se referisse ao delirium.

A análise de todos os processos observados encontra-se em apêndice (APENDICE V).

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A discussão dos resultados constitui-se como uma etapa crucial do processo de investigação, pelo que, neste capítulo, iremos proceder à discussão e interpretação dos dados, de acordo com a questão de investigação e os objetivos delineados no início do estudo.

Sendo o delirium a forma mais comum de disfunção cerebral aguda numa UCI, afetando até 80% dos doentes, torna-se urgente e de extrema importância investigar e adquirir conhecimento sobre o mesmo, de forma a minimizar a sua prevalência, reduzir a sua incidência e adequar a prática, obtendo ganhos em saúde.

A questão norteadora da investigação foi “Qual a perceção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica”, originando subquestões e objetivos congruentes. É com base nessa parceria (subquestão/objetivo) que será realizada a análise dos resultados. A mesma será sustentada em conceções teóricas abordadas no enquadramento teórico e que sejam pertinentes ao estudo.

Uma das subquestões do estudo era “Como percecionam os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções” de forma a compreender se era realizada a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica ou não e de que forma eles encaravam a mesma. Quando confrontados com a questão as respostas foram diversas, contudo, a mais consensual é que não era realizada qualquer avaliação formal sobre o delirium, mas que se iam apercebendo que o delirium existia e que estava presente em alguns doentes.

Como tal, e como resposta à subquestão surgiram três categorias a “Observação do doente”, a “Perceção individual” e a “Inexistência de avaliação”. No que concerne à “Observação do doente” e à “Perceção individual”, alguns dos enfermeiros que participaram no estudo referem que apesar de não possuírem conhecimentos muito aprofundados sobre o delirium, vão se apercebendo que o doente está em delirium através da observação do mesmo e alguma experiência prévia. Sendo os enfermeiros, os profissionais de primeira linha na prestação de cuidados ao doente, estes são os primeiros a identificar as alterações comportamentais apresentadas por estes, como tal, torna-se de extrema importância a identificação precoce do delirium pelo enfermeiro através de instrumentos válidos (Mori et. al. 2016).

Apesar de a maioria dos enfermeiros referirem que não existe uma avaliação formal do delirium, alguns referem que a avaliação informal existe, isto é, até detetam que o doente está em delirium mas como não possuem nenhum instrumento de avaliação não podem basear-se em nada mensurável para o afirmarem. Mencionam que muitas vezes percebem que o doente está em delirium pelos sinais/sintomas e comportamentos que os doentes manifestam. Segundo os enfermeiros participantes no estudo, tal como é referido num estudo, um doente em delirium apresenta um quadro confusional e de agitação que podem colocar em risco a sua segurança e ocasionar consequências deletérias (Mori et. al. 2016). Estes, quando apresentam comportamentos que levam o profissional a crer que está em delirium, têm comportamentos agressivos e agitados, provocando, por vezes extubações acidentais, remoções acidentais de cateteres e outro tipo de lesões colocando em causa a segurança dos doentes (Pitrowsky et. al., 2010).

Outra categoria que surge como resposta à subquestão anterior é a “Inexistência de avaliação”. Esta dá origem a quatro subcategorias, nomeadamente, a “Instrumentos de avaliação”, “Avaliação de RASS”, “Subdiagnóstico” e “Gestão de medicação”.

Quando questionados do porquê dessa ausência as etiologias são diversas, nomeadamente a inexistência de instrumentos de avaliação, o facto do delirium ser subdiagnosticado e um enorme desconhecimento sobre o mesmo, nomeadamente, como este se caracteriza e manifesta. Segundo Faria e Moreno (2013) o delirium é frequentemente desvalorizado e não reconhecido da mesma forma que outra disfunção orgânica. Mori et. al. (2016) corrobora a mesma opinião, referindo que num estudo realizado a 1384 profissionais americanos, a trabalharem numa UCI, 86% reconheceram que o delirium era subdiagnosticado e que apenas 59% dos profissionais realizavam algum tipo de avaliação para a sua deteção, reforçando a necessidade de adquirir e melhorar cuidados na identificação e prevenção do mesmo.

Uma pequena parte dos participantes referiu que o delirium era avaliado, pois em todos os turnos, preenchiam a escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). A escala de RASS mede o nível de sedação e agitação com um score mínimo de menos 5 (-5) e máximo de mais 4 (+4). Esta contempla três scores que dão informação sobre a agitação do doente, nomeadamente, (+2) - agitado com movimentos descoordenados frequentes; (+3) muito agitado, com comportamento agressivo e remoção de dispositivos e o (+4) – agressivo, violento, tornando-se

perigoso para a equipa. Contudo, e apesar de contemplar a agitação, a escala de RASS não avalia o delirium. O facto de o doente estar agitado não quer, por si só, dizer que o doente está em delirium, nem o delirium se caracteriza apenas por agitação, aliás está provado por evidência científica que o tipo de delirium mais prevalente nas UCI é o delirium misto, apresentando uma prevalência de 52,5% nas UCI. É a forma de delirium mais frequente, respondendo a cerca de metade total dos casos, em que os doentes manifestam uma flutuação de características hipoativas e hiperativas (Alli & Cascella, 2022). Seguido ao misto, temos o hipoativo com uma prevalência de 24,5% - 43,5%.

O facto de existir um grande desconhecimento sobre o delirium, no que consiste e como se manifesta, essencialmente, faz com que os enfermeiros, quando confrontados com comportamentos agressivos, com tendência à remoção de dispositivos se socorram a medicação. Referem que num doente que esteja a acordar mas que ainda tenha medicação sedo-analgésica em perfusão, administram alguns bólus da mesma de modo a controlar o comportamento “menos adequado” que o doente está a manifestar. Porém, um dos enfermeiros, com mais tempo de exercício profissional na UCI em estudo, refere que houve uma evolução na gestão da sedação, no que se refere à titulação do midazolam. A evidência mostra-nos que a sedação desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do delirium. A exposição à sedação bem como o tipo de sedativo pode influenciar o desenvolvimento de delirium. Estudos referem que as benzodiazepinas, nomeadamente, midazolam e lorazepam constituem forte fatores preditivos de delirium (Pitrowsky et. al., 2010). Mori et. al., (2016) partilha da mesma opinião no que concerne ao midazolam, pois refere que o midazolam, quando comparado com o propofol e a morfina, possui uma probabilidade sete vezes maior de provocar delirium, como tal, não podendo concluir, pois também não foi um item a ser estudado na presente investigação, o benefício/maleficiência do midazolam em prol de outros sedativos, depreendemos através do que foi referido por um enfermeiros que apesar de se continuar a usar midazolam na unidade, este está mais adequado em termos de concentrações, pois passaram de midazolam puro para midazolam diluído. Este, além de aumentar a probabilidade de ocorrência de delirium, é responsável pelo aumento do tempo de permanência do doente na UCI e por uma maior dependência de VM (Mori et. al., 2016), como tal, uma das atitudes para prevenir a incidência de delirium seja a optimização dos sedativos a utilizar.

No que concerne à gestão da medicação, referida por vários enfermeiros como solução para controlar os comportamentos agitados e agressivos dos doentes que possivelmente poderiam estar em delirium, surge a menção à dexmetomidina,

vulgarmente conhecida por dexdor. Vários profissionais mencionam o dexdor como um fármaco de eleição e importantíssimo para um desmame de sedo-analgésia adequado, tornando o acordar do doente mais sustentado e agradável, para o próprio e para a equipa. As opiniões dos enfermeiros vão ao encontro do que a evidência científica prova, Mori et. al., (2016) refere que a dexmedetomidina foi sugerida em prol das benzodiazepinas, reduzindo assim o tempo de permanência na UCI e o tempo de VM. Faria e Moreno (2013) referem que se deve optar por fármacos alfa2-agonistas, como a dexmedetomidina. Estes citam vários ensaios clínicos controlados e randomizados em que compararam o uso de benzodiazepinas, propofol e dexdor. Num dos estudos foi comparado o uso do dexdor com o lorazepam e concluíram que o grupo de doentes sedados com dexdor teve “mais dias livres de delirium, 7 versus 3”. Numa análise de subgrupo desse estudo, os doentes com sepsis tiveram redução de risco diário de delirium de 70%. Demonstraram também, redução da prevalência de delirium no grupo sedado com dexmedetomidina em relação ao grupo com midazolam (54 versus 76,6%) (Faria & Moreno, 2013, p. 143).

A dexmedetomidina tem um grande potencial como sedativo, aliado a sedação com a indução de calma tornando o doente facilmente despertável sem causar depressão respiratória. Para além do seu potencial sedativo, o dexdor possui propriedades ansiolíticas, analgésicas e anti-inflamatórias, o que se torna uma mais-valia, pois estudos provam que um doente em delirium tem uma PCR elevada, ou seja, o uso de dexdor acaba por ter um duplo efeito, diminui a incidência de delirium no doente crítico e combate a inflamação/infecção que este possa possuir. O novo sedativo apresenta, também, efeitos protetores em alguns órgãos, nomeadamente, neuroproteção, cardioproteção e renoproteção. (Ng, Shubash & Chong, 2019).

Concluimos, assim, que a perceção dos enfermeiros que participaram no estudo deve-se à sua perceção individual baseada nas experiências prévias e na observação dos doentes, nomeadamente, sintomatologia e comportamentos, descurando a evidência científica.

Uma outra subquestão colocada aos participantes foi “Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?” ao que a grande maioria respondeu, nenhum! Como já referido anteriormente, os instrumentos de colheita de dados da presente investigação eram a entrevista e a análise documental aos registos efetuados pelos enfermeiros sobre a existência de avaliação de delirium. Como tal e após a análise, a investigadora concluiu que não existe qualquer referência sobre o delirium ou a avaliação deste no B-Simple (programa informático onde se efetuam os registos de enfermagem na UCI em causa). Desta forma, é legítimo afirmar que a

inexistência de registos só prova que os enfermeiros participantes no estudo não estão despertos para a existência do delirium, desvalorizando o mesmo, pois o facto de ser pouco reconhecido no ambiente de UCI, o delirium não é uma prioridade para a equipa multiprofissional (Pincelli, et. al., 2015).

No que se refere à subquestão “Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?”, foram criadas três categorias, a “Realização de registos escritos”, a “Ausência de registos escritos” e a “ Deficits de conhecimento sobre o delirium”.

Quando os enfermeiros, que participarem no estudo, foram confrontados com a subquestão anterior, alguns referiram que eram efetuados registos sobre a avaliação do delirium, nomeadamente em notas gerais, associado ao foco “sono”, “agitação” e “inquietação” (outros parâmetros), que era registado na escala de RASS, pois alguns enfermeiros acreditam que o delirium é avaliado através da escala de RASS, apenas por esta contemplar dois itens sobre a agitação. Contudo, houve um enfermeiro que disse que eram realizados registos no item “delirium” pois este estava parametrizado. A investigadora, duvidosa com aquela afirmação tão assertiva, verificou todo o sistema informático, concluindo, assim, que o delirium não está parametrizado, como tal o enfermeiro em causa revela desconhecimento sobre a prática dos registos sobre o delirium, bem como, sobre o programa informático a uso na sua unidade.

No que concerne à categoria “Ausência de registos escritos” , surgiu a subcategoria “Passagem de turno”, “Registos negligenciados”, “Sem parametrização”, “Desvalorização do diagnóstico” e “Rácio enfermeiros/doente desajustado”.

Nesta categoria, alguns dos enfermeiros que participaram no estudo, revelam que não existem registos escritos sobre o delirium, devido ao mesmo ser desvalorizado, o rácio enfermeiro/doente ser desajustado, não apresentar o item “delirium” parametrizado e como tal fazerem menção à existência de delirium no doente apenas na passagem de turno, passando a informação ao colega de uma forma informal. Tendo em conta que o registo é uma comunicação escrita, legal e definitiva, que inclui informações sobre os cuidados de saúde prestados a um dado utente. Este, é um relato contínuo do estado de saúde do doente, e que pode ser consultado por qualquer elemento da equipa de saúde (Potter & Perry,2003), até que ponto essa informação, mesmo que transmitida de forma informal, é retida? De que forma é que se adequa um plano de cuidados e intervenções a um foco que não consta no plano de cuidados? Não se adequa! Aliás, pode-se concluir que não se planeiam intervenções de acordo com o foco, pois se não

se encontra parametrizado, se não é feita referência ao mesmo em lado nenhum, simplesmente é assumido como um problema inexistente.

O facto de não existirem registos escritos, coloca por terra, a finalidade dos registos, nomeadamente, a comunicação com os prestadores de cuidados torna-se muito mais difícil, a continuidade dos cuidados é colocada em causa, permite o registo legal e financeiro dos cuidados, serve de orientação na melhoria do desempenho profissional e organizacional e é útil na investigação clínica (Potter & Perry, 2003).

É, inclusive, na investigação clínica que os registos demonstram ter uma enorme importância, pois no decorrer da presente investigação, uma das etapas do estudo era analisar os registos efetuados pelos enfermeiros sobre a existência de delirium. Terminada essa etapa, a investigadora conclui que não existe qualquer registo de enfermagem sobre a existência de delirium/avaliação, tornando-se difícil qualquer intervenção nesse âmbito.

Pode-se concluir que se atingiu o objetivo inicialmente proposto, pois aquilo em que os enfermeiros acreditam que fazem não corresponde à realidade dos factos.

No que concerne à subquestão “Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium” os enfermeiros participantes no estudo referiram, intervenções autónomas e intervenções interdependentes.

As intervenções autónomas são as intervenções iniciadas por um enfermeiro de forma independente de forma a satisfazer os cuidados de saúde do doente, enquanto que, as intervenções interdependentes, são intervenções em colaboração, do foro terapêutico, requerem a combinação de conhecimentos, competências e especialização de vários profissionais dos cuidados de saúde (Potter & Perry, 2003). Nas intervenções autónomas foram criadas as subcategorias “Orientação Espaço-Temporal”, “Gestão do ambiente físico” e “Promoção do ciclo de sono”. Na orientação espaço-temporal os enfermeiros referiram que a intervenção que mais adotam é orientar os doentes quanto ao dia em que estão, ao local (serviço e hospital), sobre o seu estado clínico e sobre quem são os profissionais. Segundo Mori et. al., (2016) o facto de chamarem o doente pelo primeiro nome, informarem sobre o local onde estão internados e sobre o seu estado clínico é considerado uma intervenção protectora ao desenvolvimento de delirium. Sendo intervenções simples colaborando para a prevenção do delirium, o enfermeiro deve valorizar e aplicar nos seus cuidados, juntamente com a equipa.

Relativamente à gestão do espaço físico, os enfermeiros referiram que o facto de existirem doentes acordados e entubados no mesmo espaço não beneficia um doente

em delirium pois aumenta a agitação e tumulto inerente ao ambiente. Prayce et. al., (2018) menciona que se deve garantir um espaço calmo e bem iluminado. Que a estimulação visual, auditiva e tátil potencia funções cognitivas e o processo de percepção do meio envolvente.

Segundo Potter e Perry (2003, p. 768) “a saúde física e emocional depende de um sono e repouso adequados. Sem as doses correctas de repouso e sono, a capacidade para se concentrar, fazer juízos, cicatrizar e participar em actividades diárias, diminui”. Na subcategoria “Promoção do ciclo de sono” a maioria dos enfermeiros foram peremptórios sobre a importância de promover um ciclo de sono reparador ao doente, necessidade pouco satisfeita nas UCI. Pitrowsky et. al., (2010) refere que o próprio ambiente típico de uma UCI representa um factor de risco para o desenvolvimento de delirium. A existência de sons, luz, dispositivos invasivos levam muitas vezes à privação do sono. Doentes internados numa UCI têm propensão a redução da qualidade do sono, com fragmentação e outros distúrbios. Em pessoas saudáveis a privação de sono provoca desatenção, flutuação da capacidade mental e disfunção cognitiva, características que estão presentes num doente em delirium. As alterações neuro-hormonais e de estruturas anatómicas estão igualmente envolvidas no delirium e em distúrbios do sono. Um factor que também contribui para a diminuição da qualidade do sono são as medicações, nomeadamente, as benzodiazepinas pois fragmentam o sono (Pitrowsky et. a., 2010; Faria & Moreno, 2013). Pincelli et. al., (2015) vai ao encontro do defendido anteriormente, acrescentando que a privação do sono adequado prejudica a cognição, podendo levar à ocorrência de efeitos prejudiciais na síntese de proteínas, na imunidade celular e humoral e gastos de energia que podem contribuir para uma disfunção orgânica, levando o doente ao delirium.

No que se refere às intervenções interdependentes surgiram três subcategorias, “Gestão de medidas farmacológicas”, “Estratégia terapêutica” e “Contenção terapêutica”, estas são interdependentes pois são realizadas em parceria com o clínico.

Na gestão de medidas farmacológicas os enfermeiros referiram a introdução de novos fármacos, nomeadamente o dexdor, de forma a realizar um desmame de sedação mais adequado e benéfico para o doente, com o intuito de diminuir a sedação e a sua concentração o mais precocemente possível “evitar sedação excessiva é benéfico para uma ampla variedade de desfechos clínicos, inclusive infeções adquiridas na UCI” (Pitrowsky et. al., 2016, p. 275) bem como, introduzir um anti psicótico nos doentes que apresentam delirium e não a constante iniciação/paragem de sedação a

nível noturno, pois tal intervenção prejudica o doente. Todas estas intervenções apenas são possíveis com o conhecimento e consentimento médico, pois é o único responsável pela prescrição terapêutica.

Na subcategoria estratégia terapêutica os enfermeiros fizeram alusão à necessidade de definir uma estratégia terapêutica em equipa (médico e enfermeiro) de forma as decisões e intervenções adotadas para o doente sejam coerentes e se traduzam em ganhos para a saúde e evolução do mesmo. Mori et. al., (2016) refere que sendo o delirium um distúrbio complexo, este deve ser tratado por meio de cuidados multidisciplinares, englobando o desmame de sedação, a mobilização precoce, atividades terapêuticas, otimização da audição e da visão, promovendo o sono do doente. Pitrowsky et. al., (2016) refere que os doentes devem estar o mais precocemente possível despertos, libertos de ventilação mecânica a realizar fisioterapia e terapia ocupacional.

Na subcategoria “Contenção terapêutica” alguns enfermeiros referem que, por vezes, uma das atitudes que necessitam adotar perante um doente em delirium é a contenção terapêutica. Entende-se por contenção física a restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros (DGS, 2007).

Esta, quando necessária, deve ser realizada sob prescrição médica e registada no processo clínico do doente. No entanto, em situação de urgência os enfermeiros podem iniciar uma contenção física, atuando de acordo com os princípios éticos e legais, devendo de seguida ser comunicado ao médico, procedendo à avaliação clínica do doente, daí ser considerada uma intervenção interdependente. Apesar de os enfermeiros entrevistados referirem a contenção como uma intervenção adotada para controlar um doente em delirium Mori et. al., (2016) refere que essa é contraproducente, pois a restrição física era uma variável que estava frequentemente presente em doentes com delirium, sendo associada ao distúrbio. Contudo, os mesmos autores admitem que a contenção física pode ser necessária em diversas situações de forma a evitar a ocorrência de eventos adversos, recomendando que o ideal será uma boa comunicação do enfermeiro e a equipa multidisciplinar de forma a existir uma aplicação da restrição física mais criteriosa.

No que respeita à subquestão “Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?” os enfermeiros referiram o facto de não possuírem instrumentos de avaliação, as dotações seguras não estarem asseguradas, a subvalorização do delirium e as dificuldades comunicacionais que existem.

Relativamente aos instrumentos de avaliação os enfermeiros destacaram duas subcategorias a “Ausência de escalas de avaliação” e a “Dificuldade em aplica-las”. A ausência de escalas de avaliação é uma realidade na UCI em causa, como tal, os enfermeiros não possuindo nenhum instrumento pelo qual se possam guiar ou mensurável torna-se um enorme desafio fazer qualquer avaliação. Faria e Moreno (2013) referem que a monitorização do delirium numa UCI é importante não apenas como um indicador de disfunção orgânica mas também para prevenção de lesões acidentais. Referem também, que existem instrumentos de avaliação do delirium em ambiente de cuidados intensivos, traduzidos e validados, nomeadamente a CAM-ICU e a ICDSC, havendo estudos que provam que a sua implementação é prática e sustentável, quando acompanhadas de estratégias educacionais aos profissionais de saúde, de lembretes, de avaliações de qualidade e da participação de uma equipa multidisciplinar que valorize o papel da avaliação do delirium nas decisões clínicas diárias. Por sua vez, Mori et. al., (2016) reconhece que sendo os enfermeiros os primeiros a identificarem alterações comportamentais nos doentes, torna-se ainda mais importante a necessidade da identificação precoce do delirium realizada pelo enfermeiro através de instrumentos válidos. Como tal, se os enfermeiros entrevistados não possuem instrumentos de avaliação é lógico sentirem isso como uma das dificuldades para a avaliação.

No que concerne às dotações seguras os enfermeiros que participaram no estudo destacam três subcategorias, “Rácios deficitários”, “Volume Trabalho” e “Gestão do tempo”, todas elas interligadas e numa simbiose robusta.

Entende-se por dotações seguras, relativamente aos recursos de enfermagem, a correta dotação de enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e em qualidade (experiência/formação dos enfermeiros) face às necessidades dos doentes, sendo uma das condições favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Freitas & Parreira, 2013). Torna-se fundamental dispor de recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, para que estes possam prestar cuidados de qualidade, garantindo a segurança e a satisfação dos doentes. Como tal, surge a subcategoria “Rácios deficitários”. Nesta os enfermeiros que participaram no estudo referiram assertivamente que uma das dificuldades que possuem na avaliação do delirium é a falta de enfermeiros que existe no serviço, como tal, e sendo um serviço complexo, com doentes com necessidade de cuidados complexos, os enfermeiros têm de estabelecer prioridades na gestão dos cuidados. Referiram, também, que o facto de o delirium e a sua avaliação serem complexos, exige mais enfermeiros, enfermeiros que o serviço não dispõe.

A realidade da UCI onde decorreu o estudo, relativamente ao rácio doente/enfermeiro, é de dois doentes para um enfermeiro, independentemente, do foro do doente, da complexidade e do grau de necessidade de cuidados que o doente carece o que se comprova ser desajustado muitas vezes, pelo que se protela alguns cuidados, como desmames, sejam de sedo-analgésia seja de ventilação.

Como tal, e de forma a ajustar os rácios poderia ser implementada a Nursing Activities Score (NAS) que é um instrumento que permite avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros, com base no tempo gasto nas actividades de enfermagem inerentes aos cuidados prestados, e que é independente do grau de gravidade da doença apresentada pela pessoa em situação crítica. A sua pontuação total traduz uma percentagem que oscila de 1,4% a um máximo de 177%, pelo que, em scores total superiores a 100% são indicadores da necessidade de pelo menos dois enfermeiros na prestação de cuidados de saúde a um doente. Num estudo sobre a validação da NAS em UCI portuguesas permitiu constatar uma elevada e representativa sobrecarga de trabalho nos enfermeiros portugueses, pelo que, constitui um importante instrumento de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI (Macedo APMC et. al., 2016).

Relativamente às subcategorias “Volume de trabalho” e “Gestão de tempo” ambas vão ao encontro da subcategoria “Rácios deficitários” pois os enfermeiros que participaram no estudo referem que o facto de terem muito trabalho e pouco tempo na UCI não lhes proporciona disponibilidade para efetuar a avaliação do delirium, concluindo que é uma necessidade urgente o ajuste de rácios nas UCI.

A subvalorização do delirium surge como outra dificuldade na sua avaliação. Esta originou duas subcategorias, nomeadamente, “Deficit de conhecimento” e “Falta de sensibilização”. Os enfermeiros que participaram no estudo referem que uma das dificuldades que sentem e que lhes é impeditivo de fazer uma avaliação do delirium é a falta de conhecimento que têm sobre o mesmo, não sabendo em que consiste, como avaliar e como intervir de forma a diminuir a sua incidência e minimizar a prevalência e as consequências que advém do delirium, sendo, muitas vezes, subvalorizado.

Faria e Moreno (2013), referem que o delirium é a forma mais comum de disfunção cerebral numa UCI, afectando até 80% dos doentes, sendo, frequentemente desvalorizado e não reconhecido, comparativamente a outra disfunção. O facto de existirem vários subtipos motores de delirium, faz com que o mesmo se manifeste de diversas formas, não apresentando um comportamento padrão e idêntico nas diversas situações, exigindo conhecimentos mais profundos e sustentados aos profissionais,

nomeadamente aos enfermeiros. Deter conhecimentos sobre os fatores de podem favorecer a ocorrência de delirium é uma mais-valia e essencial de forma a realizarem o planeamento dos cuidados de enfermagem de forma a reduzir a influência que os fatores têm na incidência e prevalência do delirium.

Mori et. al., (2016) partilha a mesma opinião relativamente à desvalorização do delirium, pois num dos seus estudos, 86% dos participantes (profissionais de saúde), reconheceram que o delirium era subdiagnosticado. O delirium, por si só, acarreta inúmeras consequências para o doente crítico e sendo o enfermeiro o profissional à cabeceira do doente é o primeiro a identificar as alterações que ocorrem no doente, pelo que, torna-se importante e necessário, uma identificação precoce do delirium de forma a atuar eficazmente. Para isso, os enfermeiros têm de estar despertos e sensibilizados para a existência da patologia, sobretudo perceber a influência que um doente em delirium pode ter na sua prática, na prestação dos seus cuidados. Dever-se-á perceber que a partir do momento que o delirium seja valorizado, monitorizado e avaliado os ganhos em saúde aumentarão.

Uma outra dificuldade na avaliação do delirium é a dificuldade de comunicação. Nesta categoria surgiram duas subcategorias, nomeadamente, a “Situação clínica do doente” e a “Relação com a família”.

Os enfermeiros que participaram no estudo mencionaram que uma das dificuldades que têm na avaliação do delirium é a situação clínica do doente, isto é, o facto de o doente se encontra ventilado mecanicamente (entubado ou traqueostomizado), sendo uma dificuldade bastante pertinente, pelo que vejamos. Sendo a comunicação uma atividade humana básica, é impossível não comunicar. Como tal e de acordo com Bitti e Phaneuf citados por Ramos (2008, p.105): “A comunicação é um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível, envolvendo um funcionamento circular e um feed-back recíproco, que se produz num dado contexto físico, social e cultural, influenciando o comportamento. O contexto onde se produz a comunicação é um elemento complexo, portador de normas e de regras, constituindo um fator estruturante da comunicação.” Sendo o contexto um elemento complexo, a complexidade aumenta exponencialmente, quando o contexto é os cuidados intensivos. É nas UCI que a comunicação, entre os profissionais de saúde e o doente, se torna ainda mais desafiante, devido à impossibilidade que o doente tem de comunicar oralmente, tornando os problemas comunicacionais ainda mais evidentes.

O doente entubado endotraquealmente por via nasal ou oral, sofre uma alteração da comunicação verbal que se manifesta pela não emissão de sons. Quando o tubo

endotraqueal é introduzido fica posicionado ao nível das cordas vocais, impedindo o ar de passar, o que não permite a formação de sons, visto que o som é produzido pela vibração das cordas vocais. O doente fica então privado de comunicar oralmente, uma vez que as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não podem desempenhar adequadamente as suas funções. Embora todas as formas de acesso endotraqueal produzam afasia de expressão, ou seja, impedem o doente de se expressar oralmente, o acesso endotraqueal através de uma traqueostomia, por exemplo, tem algumas vantagens neste campo, relativamente ao tubo endotraqueal nasal ou oral pois existem tubos de traqueostomia com cuff que permitem a fala. Embora a maioria dos doentes tente um esforço verbal, movendo os lábios, nem sempre conseguem fazer-se perceber. A ansiedade e o nervosismo são característicos nestes doentes pelo esforço que fazem para serem compreendidos e pelo desespero quando não conseguem fazer-se entender (Rosário, 2009).

Outra subcategoria que surgiu foi a “Relação com a família”. Nesta os enfermeiros que participaram no estudo, mencionam a família como um meio privilegiado de informação sobre o doente, sobre a sua personalidade, antecedentes e medicação. A presença da família é extremamente importante na prevenção do delirium, ajudando na reorientação e em outras terapias devido ao apoio emocional. A criação de um ambiente familiar torna-se uma mais-valia para o doente, pois a família é uma entidade histórica representativa e base fundamental para a vida humana (Pincelli et. al., 2016).

Sousa (2019) também defende que a participação e envolvimento familiar na prestação de cuidados ao doente crítico internado numa UCI, é um fator protetor no desenvolvimento de confusão aguda/delirium. Este menciona que é aconselhável envolver a família no ambiente da UCI, através do alargamento do horário das visitas e no incentivo da interação verbal e física com o doente. Durante o internamento do doente na UCI a família deve ser informada acerca do que é a confusão aguda/delirium e sobre estratégias preventivas que podem adotar durante a interação com o doente. Num estudo realizado por Pereira et. al., (2016) comprovou-se que uma percentagem significativa de observações em doentes sem visitas apresentaram delirium (44%). Por sua vez, Ócadiz-Carrasco et al. (2013) citado por Pereira et. al., (2016) destacam que o suporte familiar é um fator de risco para o desenvolvimento de delirium e que os doentes estão mais propensos quando o suporte familiar é pobre. Rosenbloom-Bruton, Henneman e Inouye (2010) citado por Pereira et. al., (2016) corroboram o anteriormente referido e afirmam que é indispensável incorporar a família na prevenção e no tratamento do delirium e que esta estratégia permitiu reduzir a incidência .

Em síntese, conclui-se que o objetivo foi atingido pois a investigadora conseguiu identificar as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium, sendo as principais: ausência de instrumentos, rácios deficitários, subvalorização do delirium e dificuldades na comunicação com o doente crítico.

No que toca às estratégias para a implementação da avaliação do delirium os enfermeiros que participaram no estudo citam três principais estratégias, nomeadamente, a formação, a implementação de instrumentos de avaliação e o trabalho de equipa.

Relativamente à categoria formação, surgem duas subcategorias “Reconhecimento do problema (delirium)” e “Aprofundamento de conhecimentos”. Ambas as subcategorias surgiram pela necessidade que os enfermeiros, participantes no estudo, apresentaram relativamente à necessidade de reconhecer o delirium como um problema, fazendo todo o sentido, pois só se trata e resolve algo que existe e esteja identificado. Primeiro devemos reconhecê-lo e antes de o tratar, saber como o tratar através do aprofundamento de conhecimentos. Pincelli et. al., (2015) corrobora o que foi mencionado pelos enfermeiros, referindo que, o facto de ser pouco reconhecido no ambiente de UCI, o delirium não é uma prioridade de prevenção para a equipa multidisciplinar. Como tal, entende que a qualificação da equipa, principalmente do enfermeiro, contribui para o planeamento das intervenções, na melhoria dos cuidados e minimização das consequências.

Outra estratégia referida pelos enfermeiros foi a necessidade de implementar instrumentos de avaliação. Nesta categoria surgem duas subcategorias a “Parametrização no B-Simple” e a “Adoção de escalas”. A parametrização do delirium no B-Simple (programa informático utilizado nos cuidados intensivos para realização do plano de cuidados e registos) foi referida como uma estratégia para a implementação da avaliação do delirium, devido à obrigatoriedade que representaria para os enfermeiros enquanto item a ser “avaliado”.

É, praticamente, consensual a necessidade de adotar um instrumento de avaliação de delirium, nomeadamente, uma escala, pois o uso de instrumentos facilita o reconhecimento do delirium (Mori et. al., 2016). Existem duas escalas validadas e traduzidas disponíveis para identificação do delirium na UCI, a CAM-ICU e a ICDSC.

A utilização de um instrumento validado deve ser aliada à avaliação clínica pelos médicos aliando o conhecimento atual à prática clínica (Pitrowsky et. al., 2010). Os mesmos autores defendem que o delirium deve ser monitorizado de forma rotineira, de forma a permitir o diagnóstico precoce, proporcionando dados precisos relativamente à

sua incidência na UCI. Bastos et. al., (2019, p. 485) refere que “o uso de escalas e protocolos com fundamento teórico e científico em relação ao padrão neurológico é importante para o rápido conhecimento dos sinais de delirium, fazendo com que os cuidados de enfermagem sejam direcionados para a prevenção e tratamento.

Uma outra estratégia apresentada pelos enfermeiros que participaram no estudo é a otimização do trabalho em equipa de forma a potencializar os ganhos em saúde, principalmente, para o doente. Nesta os enfermeiros que participaram no estudo, realçam a necessidade de otimizar a relação médico/enfermeiro no sentido de trabalharmos de forma concertada em prol do doente. Uma forma de otimizar o trabalho em equipa, segundo uma enfermeira que participou no estudo, é integrando novos profissionais na equipa, nomeadamente o psicólogo e o psiquiatra, pelo que, enquanto investigadora questiono o porquê de não ser integrado um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica? Não seria uma mais-valia aliar os conhecimentos de enfermagem gerais aliados com os conhecimentos específicos em saúde mental? Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2018) o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, tornando-se num dos profissionais de excelência no acompanhamento do doente em delirium.

Como tal, pode-se referir que o objetivo da presente subquestão foi atingindo, pois a investigadora conseguiu reunir, de acordo com as entrevistas dos enfermeiros que participaram no estudo, três estratégias pertinentes e lógicas a serem implementadas para se proceder a avaliação do delirium.

No que se refere à subquestão “Quais as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e incidência do delirium no doente” surgiram duas categorias, nomeadamente as “Condições ambientais” e a “Orgânica e funcionamento”.

O ambiente dos cuidados intensivos é por si só, *sui generis*, dado à sua especificidade, pois alia-se a tecnologia mais avançada aos recursos humanos mais capazes e competentes. Contudo é o meio que envolve estes profissionais que oferece, muitas das vezes, um dos maiores obstáculos à prevenção do delirium, pois o ambiente da UCI representa um fator de risco. Nesta categoria, os enfermeiros que

participaram no estudo referem as infra-estruturas, a luminosidade, o ruído e a tecnologia e equipamentos como fatores que influenciam a incidência do delirium.

Segundo Faria e Moreno (2013), o ambiente típico de uma UCI representa um fator de risco por si mesmo, pela ausência de iluminação natural, ausência de relógios, perturbação dos padrões de sono e vigília e pelo isolamento do doente. Indo ao encontro do que os autores defendem, os enfermeiros referem que caso existissem relógios na unidade seria uma mais-valia na orientação do doente, prevenindo assim, a incidência do delirium. Relativamente à perturbação dos padrões de sono e vigília, os enfermeiros nomeiam a luminosidade, o ruído e a própria infra-estrutura como fatores que comprometem, severamente, a promoção de um sono reparador, pois na UCI existem imensas, luzes e sons ao longo das 24h/dia. Relativamente à infra-estrutura os enfermeiros referem que o facto de a maioria dos doentes estarem em open-space promove a incidência de delirium pois diminui a privacidade deles, tornando-os sujeitos e susceptíveis ao ambiente que os rodeia.

Pitrowsky et. al., (2010) refere que os fatores de risco para delirium podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis e que o próprio ambiente típico da UCI representa um fator de risco para o delirium e que pequenas intervenções podem tornar o ambiente típico da UCI menos inóspito, permitindo ao doente uma melhor perceção do ambiente, como noite e dia, através das janelas e luzes, promovendo as próteses aos doentes, auditivas e visuais e intervenções para minimizar a privação de sono. Por sua vez, Sousa et. al., (2019) menciona que o ambiente de uma UCI é normalmente agitado, barulhento e, por vezes, caótico, pelo que é importante promover um ambiente calmo, arejado e iluminado de acordo com a fase do dia. Os mesmos autores, referem, inclusive, estratégias de forma a reduzir o ruído, como por exemplo, diminuição do volume dos alarmes, existência de luzes ajustáveis, que possam se adaptar à fase do dia, fecho de algumas portas de acesso a zonas comuns, diminuição do tom das conversas entre os profissionais, fornecer tampões para os ouvidos e máscaras para os olhos, promovendo, assim, o conforto do doente.

Outra subcategoria é a “Orgânica e funcionamento” que inclui a otimização das fases de internamento a presença da família, terapias complementares e recriação de rotinas (do doente). No que se refere à otimização das fases de internamento, os enfermeiros que participaram no estudo referem não ser produtivo ter doentes em fases diferentes de “acordar” no mesmo espaço físico, pois o promover um desmame de sedo-analgesia lento e adequado pressupõe um ambiente calmo e não propriamente doentes ao lado desorientados e em delirium. Relativamente ao benefício da família já foi abordado anteriormente. No que concerne a terapias

complementares foi referido e dado como exemplo, por um enfermeiro, a integração de musicoterapia, de forma a promover um ambiente mais acolhedor e recriar rotinas.

Na recriação de rotinas do doente, Pincelli et. al., (2015) menciona que deve ser criado um ambiente mais familiar, permitindo a presença de fotos de família ou objectos preferidos de forma a diminuir a ideia de ambiente hostil que o doente tem sobre a UCI.

Como conclusão, a investigadora atingiu o objetivo relativamente a esta subquestão, pois percebeu as características favoráveis e desfavoráveis à incidência de delirium mas sobretudo promoveu a reflexão entre os enfermeiros que participaram no estudo sobre fatores promotores de delirium.

Relativamente à subquestão “Como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium”, surgiram duas categorias, nomeadamente, “Características físicas” e “Características cognitivas.

No que diz respeito às características físicas surgiu duas subcategorias, as comportamentais e a expressão facial. Nas características cognitivas surgiram as subcategorias linguísticas, audiovisuais e orientação. Contudo, os enfermeiros que participaram no estudo, foram consensuais caracterizando um doente em delirium como um doente agitado, agressivo (características comportamentais), com o olhar mais encovado, sem dirigir o olhar consistentemente (expressão facial), com um discurso incoerente e, por vezes, agressivo para com os profissionais (características linguísticas), dizendo umas “ao lado” (orientação) e vendo e ouvindo coisas e pessoas que na realidade não existem (audiovisuais). Na sua grande maioria os enfermeiros que participaram no estudo caracterizaram um doente em delirium como o doente com delirium hiperativo, não fazendo menção a sintomatologia compatível com outro tipo de delirium, nomeadamente o hipoativo.

Segundo Faria e Moreno (2013) os sintomas do delirium podem ser agrupados em cognitivos e comportamentais, sendo a variabilidade interpessoal ampla. Daí que alguns doentes manifestem predominantemente lentificação psicomotora e outros apresentem-se ansiosos, disruptivos e combativos.

Podemos assim dizer, que a investigadora atingiu o seu objetivo com a subquestão anteriormente mencionada pois o principal objetivo era entender qual a perceção que os enfermeiros tinham de um doente em delirium, revelando desconhecimento no que concerne à sintomatologia dos diferentes tipos de delirium.

Relativamente à subquestão “ Qual é a percepção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?” surgiram duas categorias, a “Situação Clínica” e a “Gestão da Unidade”.

No que diz respeito à situação clínica, esta, origina duas subcategorias a “Diminuição da colaboração com a equipa” e a “Involução no tratamento”. No que se refere à gestão da unidade, surgiram duas subcategorias “Aumento do tempo de internamento” e “Aumento de custos”.

Quando confrontados com esta subquestão os enfermeiros foram consensuais, referindo, todos, que o delirium tem um impacto negativo na evolução do doente crítico e que esse impacto se manifestava a curto e/ou a longo prazo em diversas formas, como enunciado anteriormente.

A diminuição da colaboração com a equipa leva conseqüentemente a uma involução no tratamento, atrasando a alta/transferência do doente, aumentando os custos para o doente, família, equipa e instituição.

Faria e Moreno (2013) refere que todos os anos, um número crescente de doentes é admitido na UCI, sobrevivendo à doença crítica, apresentando uma morbilidade aguda e crónica nos domínios cognitivo, funcional e emocional a para de uma diminuição na qualidade de vida global. O delirium é também um preditor independentemente de intercorrências e de prognóstico, como por exemplo, autoextubação, remoção de cateteres, tempo de internamento prolongado, aumento de custos, mortalidade aos 6 meses e 1 ano e compromisso cognitivo a longo prazo.

Os mesmos autores referem, também, que o delirium está associado a uma taxa de mortalidade mais elevada e a um tempo de internamento na UCI mais prolongado, aumentando o número de dias de VM, aumentando a probabilidade de serem transferidos para uma unidade de apoio após a alta.

Prayce et. al., (2018) refere o impacto negativo do delirium a três níveis, ao nível do doente, da família e a nível económico. Relativamente ao doente, os autores referem que o delirium aumenta a demora de internamento, as suas complicações (quedas, úlceras de pressão, infeções), a mortalidade hospitalar e pós-alta havendo declínio cognitivo e funcional. Na família o delirium aumenta o sofrimento da família e cuidadores. Esse sofrimento dificulta as relações entre os cuidadores e as equipas de saúde, os cuidadores e os doentes e entre cuidadores.

O nível de sofrimento apresentado pelos familiares e cuidadores são elevados devido, ao doente, ter um nível de funcionalidade baixo, a presença de delirium hiperativo,

alucinações, agitação, declínio cognitivo e linguagem incoerente. Os familiares e cuidadores manifestam medo de cuidar dos doentes sozinhos, de os deixarem sozinhos, ansiedade, vergonha, raiva, tristeza e culpa (Prayce, et. al., 2018).

A nível económico, o doente em delirium acarreta um impacto significativo, pois aumenta o tempo de hospitalização e os custos correspondentes (Prayce et. al., 2018).

CONCLUSÃO

O delirium caracteriza-se por uma perturbação da atenção e consciência, bem como por uma alteração da cognição, que se desenvolve num curto intervalo de tempo, e pode variar de horas a poucos dias. A evidência científica demonstra que a prevalência do delirium é de aproximadamente 70% e a sua incidência pode chegar aos 89%, constituindo um preditor, independente, de intercorrências e do prognóstico, influenciando o mesmo. A subvalorização e subdiagnóstico do delirium é uma realidade nas UCI, sendo muitas vezes e erroneamente, tratado apenas como uma iatrogenia induzida por fármacos. Acarreta consequências adversas para o doente crítico no decorrer do internamento numa UCI e no pós-alta a médio e longo prazo.

Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde mais próximos do doente, vigiando-os, monitorizando-os e prestando-lhes cuidados durante 24 h/dia, são, também, os primeiros a identificar alterações comportamentais que podem colocar em risco a segurança do doente, salientando a importância e a necessidade da identificação precoce do delirium pelos enfermeiros.

Dessa forma, procurou-se investigar qual seria a percepção de enfermeiros de uma UCI sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica, contribuindo, assim, para a melhoria de cuidados. Conclui-se que os enfermeiros que participaram no estudo demonstram não ter uma percepção sustentada em conhecimento científico sobre a avaliação do delirium, isto é, quando confrontados com a questão refletem sobre a mesma, mencionando que reconhecem o delirium como uma realidade no quotidiano da UCI, porém não existe uma referência e avaliação formal sobre a patologia em estudo. Estes, mencionam que não existindo uma avaliação formal, a percepção que têm sobre o delirium está relacionada com a percepção individual que criaram sobre a patologia, baseado em experiências prévias, na sintomatologia e comportamento dos doentes. Alguns dos enfermeiros, participantes no estudo, citam uma percepção “diminuída” sobre o delirium associada a uma inexistência de avaliação, pela ausência de instrumentos de avaliação e subdiagnóstico do delirium. Como forma de contornar as alterações comportamentais dos doentes, os enfermeiros têm na medicação uma solução “milagre” que não resolvendo o problema, controla-o e adia-o, mencionando que uma otimização da medicação ajudaria no tratamento e até na prevenção da incidência do delirium.

De forma a perceber-se como é dado a conhecer a existência de delirium, num determinado doente, questionaram-se os enfermeiros se existiam registos de enfermagem sobre a avaliação do delirium, concluindo que não existe uma resposta consensual, pois alguns referem que existem registos escritos e os restantes mencionam que os mesmos não existem. Tal discrepância, compeliu a investigadora a indagar sobre as causas de respostas contrárias, concluindo que os enfermeiros que referem que existem registos escritos, os realizam em notas gerais e indexados à escala de RASS. Os enfermeiros que afirmam que não existem registos escritos, justificam a inexistência do mesmo com desvalorização do diagnóstico, o facto de o delirium não ser um item parametrizado e como não é parametrizado não é obrigatório avaliar, que a informação é transmitida apenas na passagem de turno e que o rácio de enfermeiro/doente é desajustado.

Um rácio enfermeiro/doente desajustado constitui, para os enfermeiros, uma dificuldade, constatando que as dotações seguras não estão garantidas. Para além das dotações seguras, a inexistência de instrumentos de avaliação, a subvalorização do delirium e a necessidade de otimizar a comunicação constituem dificuldades à avaliação do delirium. Como meio de colmatar as dificuldades os enfermeiros participantes no estudo mencionam como estratégias a implementação de instrumentos de avaliação, otimização do trabalho em equipa, integrando novos profissionais de outras especialidades e a realização de formações sobre o delirium, transmitindo conhecimentos e competências, capacitando a equipa. Assim, os enfermeiros tornar-se-ão mais capazes de intervir de forma autónoma ou interdependente na avaliação do delirium e na identificação de fatores que contribuem para a incidência/prevalência do mesmo, adotando intervenções e comportamentos para uma melhor gestão da unidade, pois referiram que muitas das características inerentes a uma UCI constituem fatores modificáveis para a existência de delirium.

Quando questionados sobre as características de um doente em delirium, foi referido, de forma consensual, que é um doente que manifesta alterações físicas e comportamentais, salientando a agitação e agressividade como os comportamentos mais presentes, não deixando de referir as alucinações e um discurso incoerente. Perante tal exposição, conclui-se que os enfermeiros além de demonstrarem desconhecimento sobre o delirium, desconhecem os vários tipos de delirium, não estando sequer despertos para a existência do delirium hipoativo.

A falta de conhecimento sustentado sobre o delirium, em que consiste, como se manifesta, que fatores contribuem para a incidência e prevalência, as formas de tratamento mas sobretudo, de prevenção, tornam a atuação e intervenção dos

enfermeiros tardia, criando impacto negativo na evolução do doente. Esse, pode manifestar-se essencialmente de duas formas, nomeadamente na situação clínica do doente, diminuindo a sua colaboração com a equipa e na involução do tratamento e na gestão da unidade, aumentando o tempo de internamento e acarretando custos, para o doente, família, profissionais e instituição.

Face ao referido anteriormente, considera-se essencial a sensibilização dos profissionais de saúde para a existência do delirium como uma patologia com enorme incidência nos doentes internados na UCI, influenciando o diagnóstico e acarretando consequências a curto e longo prazo. A elevada incidência de delirium e as graves complicações associadas deviam ser suficientes para alertar os profissionais de saúde para a necessidade de avaliação regular dos doentes, não se tendo verificado essa avaliação na UCI onde decorreu o estudo nem a menção à existência da mesma nos registos.

Os resultados do estudo permitiram confirmar o desconhecimento que existe, por parte dos enfermeiros que participaram no estudo, sobre o delirium, desvalorizando-o conseqüentemente. Contribuiu para uma reflexão individual e em conjunto com a investigadora sobre a prática de enfermagem perante um problema assíduo e frequente na UCI. Permitiu identificar as dificuldades e encontrar estratégias para a implementação da avaliação do delirium, sendo consensual e emergente a adoção de uma escala de avaliação do delirium para os doentes internados em UCI. Em Portugal para tornar essa monitorização real temos duas escalas traduzidas e validadas a CAM-ICU e a ICDSC

Contudo, é na prevenção que reside o maior ganho, nomeadamente, ganho em saúde e económico, tornando-se importante identificar os fatores de risco, sobretudo os modificáveis que promovem a incidência de delirium. A prevenção reside, primariamente, na gestão e minimização do impacto que os fatores de risco têm na incidência do delirium, numa gestão medicamentosa mais adequada, na promoção da orientação, no envolvimento da família, na gestão e optimização do ambiente da UCI, na otimização do uso de ventilação mecânica e na promoção de um ciclo sono-vigília adequado e recuperador.

No desenvolvimento do estudo encontraram-se algumas dificuldades. Metodologicamente, a escassez de estudos publicados sobre a realidade portuguesa no que concerne à prevalência do delirium. O desconhecimento e insegurança sobre o tema, demonstrado pelos enfermeiros que participaram no estudo, o que dificultou o desenvolvimento das entrevistas. A seleção de enfermeiros generalistas e

especialistas tinha como intuito perceber de que forma a formação mais avançada influenciava, a visão, o conhecimento e a prática dos enfermeiros especialistas em detrimento dos generalistas. Contudo, essa diferença foi pouco expressiva, provavelmente, proveniente do pouco conhecimento existente sobre o delirium, tornando-se numa dificuldade para a investigadora. A pouca prática na realização de trabalhos de investigação tornou a análise de conteúdo ainda mais difícil e morosa. Apesar da existência de dificuldades a investigadora conseguiu ultrapassá-las, adquirindo mais e melhores competências comunicacionais e relacionais, traduzindo-se numa mais-valia para a sua prática profissional.

Como limitação do estudo, temos o próprio tipo de estudo, visto ser um estudo de caso descritivo de abordagem qualitativa os resultados não podem ser generalizados, pois dizem respeito a uma determinada amostra da população.

A pertinência do estudo passa pela sensibilização e reflexão, dos enfermeiros que participaram no estudo, e da investigadora sobre a prática perante o doente em delirium na UCI, identificando as dificuldades e desenvolvendo as estratégias de forma a colmatá-las, prevenindo assim o delirium, diminuindo conseqüentemente, as conseqüências a médio e longo prazo que o delirium acarreta ao doente, traduzindo-se em ganhos em saúde e económicos.

Como sugestão, a investigadora considera pertinente e de extrema necessidade a realização de várias formações em serviço sobre o delirium, fornecendo material didáctico de apoio aos enfermeiros, como por exemplo, posters, escalas de avaliação em tamanho pequeno de forma a serem fáceis de transportar no bolso, a criação de um protocolo de avaliação sobre a prevenção do delirium e um sobre a atuação perante um doente em delirium de forma aos profissionais terem uma intervenção sustentada e norteada.

Como proposta a investigadora propõe a execução de mais estudos de investigação realizados pelos enfermeiros.

Considera-se importante a divulgação do presente estudo, contribuindo para a criação e desenvolvimento de conhecimento sobre o delirium, de forma a basearmos a nossa prática, cada vez mais, na prática avançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ali, M. & Cascella, M. (2022). *ICU Delirium*. Stat Pearls.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559280/>
- Backes, M., Erdmann, A. & Buscher, A. (2015). *The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23(3), 411-418. DOI: 10.1590/0104-1169.0568.2570
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo* (4ª ed). Lisboa, Portugal: Edições70, p.11
- Bastos, A., Beccaria, L., Silva, D. & Barbosa, T. (2019). *Identificação de delirium e delirium subsindromático em pacientes de terapia intensiva*. Revista brasileira enfermagem, 72 (2), pp. 484-488.doi 10.1590/0034-7167-2017-0240
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Creswell, J. (2010). *Pojeto de pesquisa: Método qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Coutinho, C. (2016). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática* (2ª ed). Coimbra, Portugal: Almedina, pp. 89-336.
- De Castro, S. M., Ünlü, Ç., Tuynman, J. B., Honig, A., van Wagenveld, B. A., Steller, E. P., & Vrouenraets, B. C. (2014). *Incidence and risk factors of delirium in the elderly general surgical patient*. American Journal of Surgery, 208(1), 26-32. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.12.029
- Delaney, L., Litton, E. & Haren, F. (2019). *The effectiveness of noise interventions in the ICU*. Current Opinion, 32(2), 144-149.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento.

- Direção Geral de Saúde (2007). *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I. & Lindahl, B. (2015). *Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit*. Intensive and Critical Care Nursing. 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Faria, R. & Moreno, R. (2013). *Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 25 (2), 137-147.
- Flick, U., (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.
- Freitas, M. & Parreira, P. (2013). *Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados*. Revista de Enfermagem Referência, III Série (Nº10), 171-178.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12125>
- Fortin, M. F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. Pp. 4-568
- Gonçalves, S., Gonçalves, J. & Marques, C. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações*. Lisboa: Pactor, pp. 28 – 133.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo- Sentidos e formas de uso*. Cascais, Lisboa: Princípia, pp. 43- 80.
- Yin, R. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e métodos* (4ª ed). Porto Alegre, Brasil: Bookman, p.132.

- Henao-Castaño, Á. M., & Amaya-Rey, M. P. (2014). *Nursing and patients with delirium: A literature review*. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*, 32(1), 148-156. doi: 10.1590/ S0120-53072014000100017
- Lôbo, R., Silva, S., Lima, N., Ferriolli, E. & Moriguti, J. (2010). *Simpósio: Condutas em enfermaria de clínica médica de hospital de média complexidade – 2ª Parte*. *Medicina Ribeirão Preto*, 43 (3), 249-257
- Mori, S., Kashiba, K., Silva, D., Zanei, S. & Whitaker, I. (2009). *Confusion assesement method para analisar o delirium em unidade de terapia intensiva - Revisão de literatura*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (1).
- Macedo APMC, Mendes CMFS, Candeias ALS, Sousa MPR, Hoffmeister LV, Lage MIGS. *Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units*. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016;69(5):826-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- Nacional Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Delirium in adults: Quality standard*.
- Ocádiz-Carrasco, J., Gutiérrez-Padilla, R. A., Páramo-Rivas, F., Serrano, A. T., & Hernández-Ortega, J. L. (2013). *Preventive program for postoperative delirium in the elderly*. *Cirugía Y Cirujanos*, 81(3), 181-186.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série. Lisboa, Portugal.
- Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M. Santos, M. (2016). *Delírium no doente crítico: factores de risco modificáveis pelos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº 9, 29-36.
- Pincelli, E., Waters, C., Hupsel, Z. (2015). *Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na unidade de terapia intensiva*. *Arquivos médicos dos*

hospitais e da faculdade de ciências médicas da santa casa de São Paulo, 60.131-139.

Pitrowsky, M., Shinotsuka, C., Soares, M., Lima, M. & Salluh, J. (2010). *Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 22 (3), 274-279.

Polit, D. F., & Hungler, B. (1993). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.^a Edição. Brasil: Artes Médicas.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (2013) *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora.

Poupart, J., Deslauriers, J., Grouix, L., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. (2008) *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes

Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I. (2018). *Delirium: O 7º parâmetro vital?* Revista científica da ordem dos médicos, 31(1),pp. 51-58.doi 10.20344/amp.9670

Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa, Editora Universitária UFPB, p. 105.

Regulamento nº 361/2015 – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem pessoa em Situação Crítica*. Publicado em Diário da República, 2ª série, nº 123, 26 de Junho de 2015. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Regulamento nº 515/2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Publicado em Diário da República, 2ª série, nº 151, 7 de Agosto de 2018. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Portugal, Porto: Legis Editora, pp. 15-67.

- Rosenbloom-Brunton, D., Henneman, E., & Inouye, S. (2010). *Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults*. Journal of Gerontological Nursing, 36(9), 22-33. doi: 10.3928/00989134-20100330-02
- Svenningsen, H., Egerod, I., Videbech, P., Christensen, D., Frydenberg, M., & Tønnesen, E. K. (2013). *Fluctuations in sedation levels may contribute to delirium in ICU patients*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 57(3), 288-293. doi: 10.1111/aas.12048
- 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.
- Streubert, Helen & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, p.26.
- Torres, D., de Sánchez, C. R., & Zarco, I. A. (2012). *Identificación de los factores de riesgo encontrados en pacientes mayores de sessenta años que desarrollaron delírium durante suhospitalización en el Hospital Universitario de San Ignacio, en Bogotá, Colombia*. (Spanish). Universitas Médica, 53(4), 365-374.
- Zamoscik, K., Godbold, R. & Freeman, P. (2017). *Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care*. Intensive and Critical care nursing, pp. 1-7doi: 10.1016/j.iccn.2017.01.003

APÊNDICES

APENDICE I – GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista

Início da Entrevista

Apresentação da Entrevistadora;

Apresentação do Estudo;

Explicar a finalidade e importância da entrevista;

Garantia de confidencialidade e anonimato da informação;

Informar sobre a salvaguarda de procedimentos éticos;

Pedido de autorização para a gravação das entrevistas em suporte magnético;

Entrega do consentimento informado e respectiva assinatura (caso aceitem participar).

Local da entrevista: Gabinete da enfermeira-chefe no serviço de Medicina Intensiva 6

Duração da entrevista: 30 a 60 minutos

Nome da Entrevistadora: Anabela dos Santos Vieira

Idade: 33 anos

Profissão: Enfermeira

Local de Trabalho: CHUSJ – Medicina Intensiva 6

Tema: Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica: contributos para a melhoria dos cuidados

Objetivo: Conhecer a perceção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica.

Questão central: Qual a perceção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica.

Entrevista nº:**Data:****Hora de Início:****Hora de Términus:**

Idade:	
Sexo:	
Habilitações Académicas:	
Habilitações Profissionais:	
Tempo de Exercício Profissional:	
Tempo no Serviço:	

Objetivos Específicos:	Questões Orientadoras:
➤ Como percebem os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?	<ul style="list-style-type: none">• Se a avaliação do delirium é uma prática comum e sistematizada;
➤ Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?	<ul style="list-style-type: none">• B-simple – Parametrizado;• Notas gerais;• Quando avaliam o RASS;
➤ Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?	<ul style="list-style-type: none">• Orientação do doente tempo-espacial;• Realização de perguntas, breves e objectivas, sobre o doente;• Avaliação da existência de agitação psicomotora;
➤ Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?	<ul style="list-style-type: none">• Desconhecimento da personalidade do doente antes de ser S/A;• Existência de medicação sedo-analgésica em perfusão;• Ausência de instrumentos de avaliação no serviço;• Pouca experiência/conhecimento sobre

	<p>delirium para avaliar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rácios enfermeiro/doente desajustado;
<p>➤ Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução de um instrumento de avaliação do delirium; • Criação de um protocolo que relacione o delirium e o desmame S/A; • Revisão do B-Simple – Parametrização do Delirium.

- Quais são as características físicas de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?
- Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?
- Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Encerramento da Entrevista

Informar o participante que a entrevista está a terminar;

Resumir, se necessário, aspetos focados ou eventuais conclusões obtidas;

Convidar o entrevistado a comentar, acrescentar ou modificar a informação recolhida em suporte magnético;

Validar a informação recolhida, se os intervenientes entenderem

Agradecer disponibilidade e colaboração.

APENDICE II – GUIÃO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

GUIÃO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Registo:

Sexo:

Idade:

Diagnóstico:

Antecedentes:

RASS (Mínimo e máximo) / ECG:

Data de Internamento:

Data da alta:

Nº Dias de Internamento na UCI:

			Existência de Registos		Ausência de Registos
Registo	Dia	Turno	Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
1	A	M			
		T			
		N			
	B	M			
		T			
		N			
	C	M			
		T			
		N			
	D	M			
		T			
		N			
	E	M			
		T			

	F	N			
		M			
		T			
		N			
2	A				
	B				
	C				
	D				
	E				

APENDICE III – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista nº: 1

Sexo: Masculino

Idade: 39 anos

Habilitações Académicas: Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tempo de Exercício Profissional: 17 anos

Tempo no Serviço: 17 anos

Subquestão nº 1: Como percecionam os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

“Eu acho que a avaliação do delirium aqui ainda é, vá, chamar-lhe um pouco artesanal. Houve um esforço por volta de 2010-2012 de fazerem uma série de formações, foi quando também, se começou a falar mais sobre a titulação dos anestésicos e analgésicos, estamos a falar que antes disso nós dávamos doses de midazolam puro, nós não fazíamos as diluições como agora e apareceram novas guidelines na altura foi quando se começou a falar sobre titular mais a sedação do doentes, porque antes a medicina intensiva fazia-se com o doente plenamente sedado e quando as coisas estavam a melhorar acordava-se o doente. Nessa altura também se começou a falar da primeira escala de avaliação do delirium mas que um bocado, na minha ótica por, impraticidade, nunca foi avante com a implementação. Até porque, essa mesma escala estava indexada também às avaliações de RASS, às titulações com medicação, aliás outras coisas acabaram por não serem implementadas e são aquelas coisas que estão...nós teoricamente havíamos em doentes sedados suspender diariamente ou ciclicamente completamente a sedação, o que estava preconizado o que eles diziam nas formações é que se devia suspender completamente a sedação e depois avaliar o doente e re-iniciar novamente e tentar ajustar ao máximo o mínimo de medicação para o melhor estado do doente. Isso nunca acabou por ser implementado, é uma coisa que se faz agora muito mais, aliás acabaram por surgir novos fármacos que também acabaram por melhor um bocadinho

essa titulação como o dextor que antes não havia, pura simplesmente. Portanto, voltando à questão, nunca foi feita ou implementada aqui, embora a preocupação existisse, nunca houve uma implementação eficaz de escalas de delirium e avaliação de delirium nos doentes. Nós chegávamos à conclusão que o doente estaria em delirium quando as coisas que ele dizia não batiam certo, ou quando começava com alucinações, mas não era nada concreto. Não estávamos a falar em escalas, em quantificação.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Nenhum. Neste momento nenhum. **(Nota isso por haver falta de um item parametrizado no B-Simple; por não haver referência nas notas gerais?)** Nós quando passamos para esta informatização dos registos nós escrevíamos notas livres, as notas livres tinham uma vantagem de abarcar, obviamente, dependendo da sensibilidade e da avaliação de cada enfermeiro, acabava por referir situações que levava a indicar que o doente estaria em delirium, por tanto, conseguia-se tirar alguma conclusão, daquelas notas, em relação a isso, isto se alguém estivesse disponível para ler aquelas resmas e resmas de páginas que os doentes às vezes tinham. Nas notas gerais, não é aproveitada para. Como não está parametrizado, acaba por não ser uma preocupação. Acaba por ser uma “pescadinha rabo na boca”. **(Também não está indexado à avaliação de RASS- em termos de parametrização, a escala de RASS está parametrizada, é avaliada, é uma prática sistematizada, mas da percepção que o enfermeiro tem e da sua prática, não quer dizer que esteja associada, ou seja, por baixo em notas gerais, quando é feita a avaliação a percepção que tem é que não é referido nada?).** Eu acho que, e lá está mais uma vez sublinho, isto depende um bocado da sensibilidade de cada um. Nota-se, por exemplo, que pessoas que foram mais expostas a essa temática, os que vêm de especialidades, quem vêm aqui tirar a especialidade que realmente há uma preocupação em registar, ou seja, em notas gerais ou em observações algumas coisas que possam ter percecionado em relação ao delirium.

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Não posso falar transversalmente por todos, obviamente, tendo outro tipo de intervenções específicas que tenho com os doentes, automaticamente que existe delirium, o nosso curso de ação no tratamento acaba por ser um bocadinho diferente. Temos que dar mais a volta aos doentes, temos que tentar orienta-los. Eu

normalmente na reabilitação, acabo por fazer duas coisas que eu acho, mas isto é empírico, por tanto, tem o valor que tem, que acho que são importantes para, também, combater o delirium. Eu sento-os muito na cama, ou seja, tento sentá-los o mais precocemente, porque se nós imaginarmos, se um doente está em delirium, não sabe muito bem onde está, tendo em conta que o único estímulo é o tecto ele acaba por não perceber muito bem onde está. Ao ver o panorama toda da unidade acaba por ficar um bocadinho mais cá. Outra coisa que ajuda, agora no facto de termos a unidade nova, o facto de os doentes terem televisões, eu também acho importante ligar a televisão aos doentes, para o estímulo sonoro, as notícias também os orientar. Agora em tradução em registos não faço nenhuma especificidade. **(Ao longo do turno nos cuidados que vai prestando quando deteta delirium no doente, automaticamente, vai adotando intervenções, ainda agora disse algumas delas, há mais algumas orientação tempo-espacial com perguntas direccionadas?)** Sim. Normalmente quando faço reabilitação com eles, acabo sempre por dizer onde estão, o que aconteceu, faço um bocado repetidamente, até um bocadinho à exaustão para ajudar. Lá está, tem o valor que tem, é um valor empírico, não é nada baseado em evidência.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

Eu acho que para haver uma avaliação tem de haver uma preocupação transversal e eu acho que esse é o primeiro **(transversal em todas as classes profissionais?)** e enfermeiros, através das várias classes que trabalham com o doente e acho que não há uma preocupação relativa, normalmente é um doente que, pronto, passando ao calão “diz umas ao lado” e a coisa passa um bocadinho por aí. E depois acho também que o que me preocupa mais que a própria avaliação em si do delirium é a falta de prevenção do delirium. A cultura de cuidados intensivos é muito as zonas open space, o facto de trabalharmos todos numa sala, muitas vezes não há a diferenciação entre o dia e a noite e acho que esse é um dos principais causadores de, além das medicações e por aí fora, um dos principais causadores de delirium nos doentes e, lá está, noto uma preocupação diferente nas pessoas que às vezes são expostas ao tema do delirium, acabam por tentar preocupar-se mais com o apagar a luz na hora de dormir, acabam por se preocuparem mais com a tentativa de silêncio de maneira a respeita o ciclo circadiano do doente, de sensibilizar o médico que o doente precisa de dormir, principalmente quando está agitado, que precisa de dormir à noite para estar mais vígil durante o dia. Noto que as pessoas estão mais sensibilizadas nessa temática acabam por ter mais essa preocupação. Agora em termos de dificuldades

(muitas vezes o doente que chega aos intensivistas já vem intubado ou seja não têm um conhecimento prévio da sua personalidade, muitas das vezes está descrito que têm atrasos cognitivos, que são seguidos em psiquiatria, mas não têm conhecimento prévio da personalidade do doente. Acha que isso é um fator limitativo num acordar, para perceber se realmente há ali algum desvio?) Eu acho, muito sinceramente, também da mesma maneira que a gente não conhece o doente antes de ele ser sedado e queremos avaliar o estado vígil e a agitação e não agitação, por exemplo, a implementação na escala de RASS, acaba por ser uma ferramenta muito importante. Nós não temos uma ferramenta para avaliar o delirium. E a única que eu conheço que é a CAM-ICU não é prática de avaliar em contexto de intensivistas, tendo em conta, se estivéssemos a falar de rácios diferentes, se estivéssemos a falar de disponibilidade de tempo com o doente, conseguíamos aplicar um bocadinho mais essas escalas, agora, o volume de trabalho, a dinâmica da unidade, quando uma escala demora a implementar quase 10/20 minutos não é exequível **(até porque uma escala de delirium pressupõe que seja avaliado várias vezes ao dia)**, exatamente **(ou seja isso não seriam 10 minutos)**, tal como todas as outras escalas o que implicaria 10 ou 20 minutos de manhã, 10 ou 20 minutos à tarde e 10 ou 20 minutos à noite. Quer dizer, não é exequível no funcionamento de uma unidade. **(Acha que por exemplo, podendo ser uma das dificuldades a experiência, e quando digo experiência não tem haver com número de anos de trabalho em cuidados intensivistas, mas sim, número de anos com doentes em delirium, seja de enfermaria, seja de unidade, seja de unidades psiquiátricas. Acha que isso pode influenciar na avaliação ou na perceção, na sensibilidade que à pouco referiu?)**. Eu acho que essa avaliação que diz...nós começamos a perceber um pouco mais quando o doente entra em delirium e principalmente não é uma coisa que aparece assim do nada, muitos doentes estão acordados, começam com alucinações e nós conseguimos perceber isso e à medida que vamos presenciando alguns casos, começamos a construir a nossa própria perceção. Agora, lá está, isto também acaba por ser complicado noutra situação, porque doentes em delirium acabam por ser doentes que requerem muita atenção. Quando temos um volume de trabalho tão grande ou quando estamos mais cansados, porque às vezes o trabalho de unidade é complicado, não conseguimos dar e às vezes, sou o primeiro admitir, que não damos a melhor resposta a um doente em delirium. **(E quando tentam dar uma resposta por mais que ache que não seja a mais adequada ao doente e ao momento, que tipo de resposta é que dão? Intervenções físicas, intervenções de carácter químico, nomeadamente farmacológicas?)**. Normalmente, lá está, nós trabalhamos com um trabalho...como se diz...trabalho

interdependente e trabalho autónomo, obviamente que para darmos qualquer fármaco temos de ter a colaboração ou também a sensibilidade do clínico que está no turno, portanto nós começamos sempre por aquilo que podemos fazer autonomamente e muitas das vezes é a mobilização dos doentes...e lá está...eu já estou a falar de delirium hiperativos quando falo de imobilização, mas outras coisas que faço, como já referi, como sentar o doente, o comunicar com ele, o tentar acaba por ser a minha primeira linha de cuidados...mais uma vez ressalvo, eu, obviamente que quando estou com doentes, tento fazer isso, também acabo por assumir doentes além do trabalho de reabilitação. Como enfermeiro de reabilitação acabo por ter mais facilidade porque sou eu que giro o meu trabalho e ando À volta dos doentes, portanto, eu consigo perder uma hora com um doente e secalhar arranjar...trabalhar com outro doente só em 10 minutos...eu acabo por gerir o meu trabalho. Portanto, nesses doentes com delirium, secalhar consigo estar mais tempo até que o próprio enfermeiro de cabeceira dele. O enfermeiro de cabeceira, obviamente que tem outras funções e também há o sinergismo da unidade, o trabalho de equipa que a unidade tem.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

Eu acho que uma avaliação de delirium tem que passar primeiro por sensibilização das equipas de enfermagem e...eu estou a falar das equipas de enfermagem porque nós não temos qualquer peso na formação das equipas médicas, mas acho que interessa sensibilizar as equipas de enfermagem, depois, efetivamente criar alguma ferramenta que avalie e estratifique o delirium do doente e depois sensibilizar também para as pessoas, com o que vem na evidência com estratégias para lidar com o delirium. Portanto, há aqui falta de ferramentas de avaliação, ferramentas de formação e ferramentas de sensibilização dos enfermeiros.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

Eu já trabalho nos intensivos desde 2005, para mim como enfermeiro é mais fácil trabalhar num open space, eu consigo...lá está, a minha cultura de enfermeiro de intensivos sempre foi assim, dá-me mais segurança ter os doentes num espaço visual, mas nitidamente, e agora nota-se na mudança de uma unidade velha que era um open space que tinha 11 camas, para 2 open space cada um com 6 camas, noto/acho que realmente o delirium diminuiu muito quando os doentes estão em ambientes como quartos, por conseguirem dormir melhor, por não ouvirem os outros doentes, acabam

por estar mais resguardados do que doentes com...há enfermarias com imensos doentes. Acho que a estrutura física, mesmo, é uma coisa muito importante no delirium. **(Por questões de luminosidade, por questões de barulho, de espaço?)** Acho que também muitas das vezes, o que acontecia nos open space era os doentes falarem entre eles e acharem que era um tio que estava do outro lado...quer dizer...isto alimenta. Agora se um doente estiver sozinho num quarto ou com uma televisão a passar o telejornal que lhe está a lembrar o que se está a passar na atualidade, não tem muito mais poluição sonora de outros doentes que estão a falar ou mesmo de colegas **(enfermeiros, médicos ou auxiliares)** que estão a falar entre eles, acaba por ser, acaba por ser, combater bastante o delirium. Mais, o respeito. Quantos mais doentes tivermos numa sala, por exemplo, mais a probabilidade de um descompensar e nós tivermos que ligar uma luz, é maior, o que vai afetar o descanso. Eu acho, esta é a minha opinião sem evidência, é da minha experiência...eu acho que os doentes têm uma tendência muito maior para entrar em delirium meramente por privação de sono. Os doentes dormem muito mal em cuidados intensivos. Já se falou de algumas estratégias, de tampões nos ouvidos para os doentes dormirem, tentar pôr os ambientes mais escuros, mas, obviamente que se tivermos uma sala cheia de doentes, isso acaba por ser incomportável.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Há vários tipos de delirium, é aquilo que eu acho. Temos o doente, normalmente associado a um doente com RASS +3 é um doente agressivo, é um doente que sente que está a ser agredido, tem que sair dali, acaba por ser um doente que não sabe onde está, diz que está no lar ou no supermercado e tem que ir para casa e vão lhe buscar as coisas e tenta ser agressivo quando se tenta contrariar. E depois, há os delirium mais hipoativos, os doentes que ficam muito, estão muito silenciosos, a controlar tudo o que se passa à volta, uma cara de síndrome de perseguição...nós vamos lá e eles agem muito desconfiadamente mas acabam por fazer mas nitidamente, depois falamos com eles e eles não sabem onde estão, não sabem qual a data **(ou seja um doente em delirium não tem propriamente as mesmas características?)**. Não, acho que há várias, várias tipologias do doente m delirium.

Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Lá está, eu posso falar não só com a sensibilidade de um enfermeiro generalista, no sentido em que, obviamente um doente em delirium é muito mais difícil de cuidar, mas um doente, vamos pôr neste caso “um doente foi extubado, um doente tem muitas

secreções, é preciso fazer reabilitação respiratória, é preciso tentar gerir um bocado aquelas secreções para que ele melhore os rócios, essas coisas todas”. Um doente em delirium não vai responder ao tratamento, por que não conseguimos fazer reabilitação sem colaboração do doente. Um doente em delirium não colabora. Portanto, nós estamos a falar de mais dias de internamento para todos os efeitos. Não se consegue gerir um doente assim. A adesão terapêutica, a colaboração é completamente diferente **(ou seja, a evolução está comprometida?)** completamente! **(e a taxa de internamento, os dias irão aumentar, trazendo custos para todos!)** claro, claro!

Entrevista nº: 2

Sexo: Feminino

Idade: 32 anos;

Habilitações Académicas: Licenciatura em Enfermagem

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Generalista

Tempo de Exercício Profissional: 7 anos

Tempo no Serviço: 7 anos

Subquestão nº 1: Como percecionam os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

Agora acho que existe mais, tem vindo, acho que temos vindo a ter uma melhor noção do que é ter um doente em delirium e a possibilidade de isso acontecer, acho que peca pelo tardio que é, e os doentes tem bastantes alterações nesse sentido e é visível, é tardia e acho que devia ser introduzido mais psicofármacos para minimizar esta fase de delirium que se vê logo pós o acordar do doente. **(ou seja que existe, a enfermeira já percecionou que existe, essa existência é de facto avaliada?)** Não temos um esquema, não temos algo com que nos possamos basear para que possamos dizer, sim existe delirium, é pela perceção visual, ou por alguma alteração do estado do doente durante o internamento. Não temos nada físico nem nada em concreto, uma guidelines que nos possamos reger e avaliar de facto se é delirium ou não.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Não existem. **(Não existe a nível do B-simple, nenhuma atitude, nenhum foco para a avaliação do delirium?)** A única coisa que podemos associar é a agitação. **(E é feita referência à presença ou não de delirium quando fazem a avaliação?)** Penso que não fica descrito em notas, mas também se ficar em notas corridas/escritas, muitas vezes são negligenciadas.

Eu acho que se associa muito o delirium com o RASS, dá-mos mais agitação ou menos agitação e guiamo-nos um bocadinho por aí. No entanto, acho que não seja o suficiente nem seja o mais correto para avaliar este parâmetro. **(mas na sua percepção, daquilo que se vai apercebendo na sua própria prática há registro, há documento que comprove que foi feita menção à existência de delirium no doente?)** Não, porque caracterizamos só com mais agitado ou menos agitado e não é de facto descrito como delirium.

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Eu acho que agora estamos a fazer uma fase de desmame de sedação que implica logo a introdução da dexdor e que realmente tem beneficiado, significativamente, o acordar e fazer o desmame da sedação. Intervenções específicas, quando é um doente agitado passamos muito pelos fármacos, acho que podíamos secalhar ter alguma outra percepção do ambiente. O ambiente mais agitado prejudica bastante o desmame da sedação. Doentes que já vem, por assim dizer, desorientado, com alteração do seu estado normal e da última recordação que teve, acordar num sitio que não sabe o que é também provoca esse estado de delirium e acho que antes de passarmos para os fármacos e imobilizações, por exemplo, acho que podíamos antecipar um bocadinho essa fase e acho que a nível do ambiente, do espaço físico podíamos melhorar, secalhar, alguma coisa...ajudar aqui que não fosse tão traumático, por assim dizer. **(ou seja, o que quer dizer, é que secalhar outro tipo de distribuição em termos de espaço, características do espaço, como por exemplo).** Claro que é impossível, numa unidade termos duas áreas distintas, entre doentes acordados e doentes entubados, agora quando temos quartos em que podemos colocar doentes acordados e tentar que eles tenham, por exemplo, um ciclo de sono melhor e mais adequado, secalhar poderíamos fazer isso. Agora se é possível numa unidade? Secalhar não, porque não temos espaço suficiente para...mas tentarmos arranjar aqui outras maneiras. **(Quando percebe a presença do delirium num doente, de uma forma intuitiva, faz algum tipo de questões de orientação, de informação para o doente para o esclarecer. Referiu que a imagem, a última imagem que tinha antes de ser entubado é uma e quando**

acorda e é extubado é outra. É dada alguma orientação temporo-espacial? É realizado algum tipo de questões breves e objetivas de forma a avaliar o estado do doente e da presença ou não do delirium?) Sim. Costumamos perguntar onde está, se sabe onde está, se sabe que dia é ou mês, pelo menos...tentar perceber se ele tem algumas consciência espaço-temporal e de si próprio enquanto pessoa para tentar perceber também, no fundo, em que tempo é que ele está, para o atualizarmos e darmos-lhe a entender a situação clinica e como veio cá parar.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

Eu acho que passa muito por aquilo que já falamos à um bocadinho, porque não há uma escala, não há nada em concreto com que nos possamos guiar e fazer essa avaliação. Agora, o que fazemos muito é tentar entender e secalhar até passamos um bocadinho pela entrevista com os familiares; como é que é o doente em casa e tentar perceber se realmente aquilo é agitação ou se passa pela personalidade. **(Ou seja na sua opinião é importante tentar perceber a personalidade prévia, até porque nuns intensivos, eles chegam cá, quase todos, entubados e os que não vem são entubados quase no imediato).** Não se consegue perceber a personalidade, apesar de terem registos de alterações cognitivas, mas ou seja, o que a enfermeira me está a querer dizer é que é importante, através da família perceber um bocadinho a personalidade daquele doente.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

Primeiro perceber o histórico do doente e depois, lá está, como já tinha dito, implementar, neste caso a dexdor o mais previamente possível...perdi-me **(falávamos das estratégias que os enfermeiros podem propor para a implementação da avaliação do delirium? Falou do instrumento da avaliação do delirium, falou do conhecimento prévio da personalidade do doente através da família, criação de protocolos, desmames, uma melhor gestão. Criação de um parâmetro em termos de avaliação que obrigue, digamos a avaliação).** Sim, a monitorização, o registo do estado de delirium, é também isso que nos falha. Um bocadinho secalhar, por aí.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

Eu acho que é o facto de termos no mesmo espaço físico, doentes que estão em várias fases do internamento. Os que já estão acordados e em fase de saída da

unidade, em tempo de alta, os que ainda estão a acordar com alguma agitação e/ou delirium que é o que nós temos visto e depois os doente entubados. Eu acho que esta mistura consecutiva, dia e noite, noite e dia, entradas, saídas, luzes ligadas..ciclo do sono interrompido, por exemplo, com persianas sempre abertas, durante todo o dia, durante toda a noite **(condições de luminosidade)** sim! Sonoras, também, sabemos que há sempre e os doentes queixam-se do ruído que a unidade tem. Se conseguíssemos de facto, isolar um bocadinho mais estes doentes, acho que seria benéfico.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Normalmente são alterações audiovisuais, acho que é o que percebemos mais rapidamente, nomeadamente, que ouvem algum tipo de vozes ou que vêem algum tipo de familiar à frente. Outras vezes acabam por ficar com agitação psico-motora, o querer sair da cama, o querer remover algum tipo de dispositivo que têm de monitorização, por exemplo.. basicamente é isso. Estes comportamentos, indicam-nos que algo se alterou no estar normal do doente.

Qual é a percepção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Leva a mais tempo de internamento. Se introduzirmos psicofármacos o desmame desses fármacos, leva a demorar mais tempo a que seja feita o desmame. À partida não será para ficar com esses fármacos no domicílio, só durante o internamento e portanto, prolonga-se aqui uma coisa que secalhar não haveria necessidade. O tempo de estar no hospital, a recuperação do seu estado neurológico a 100%. Também, depois acabam por ter aqui umas oscilações do estado de consciência que ficam a pensar se realmente irão ficar assim para o resto da vida, por exemplo, em doentes com uma idade mais avançada, tem muito medo de ficarem com este tipo de alterações, depois no domicílio, sem ninguém para os cuidar. É uma coisa que se vai arrastando com o tempo.

Entrevista nº: 3

Sexo: Feminino

Idade: 29 anos;

Habilitações Académicas: Licenciatura em Enfermagem

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Generalista

Tempo de Exercício Profissional: 5 anos

Tempo no Serviço: 5 anos

Subquestão nº 1: Como percebem os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

Não é assim nada sistematizado. Não aplicamos qualquer escala apesar das pessoas a conhecerem, não é nada que se aplique, realmente. Portranto...nós fazemos por aquilo que nós achamos...nada assim do que aprendes na teoria. **(ou seja, não é avaliado ou é avaliado?)** Não!

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Nós temos a avaliação no B-simple sim !? Não é uma coisa que seja frequente fazer nos registos **(ou seja, na sua perceção não existem registos sobre?)**. Não, de forma geral não!

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Orientação tempo-espacial é uma das primeiras intervenções, a realização de perguntas breves..mas depois, é para dizer não é, acho que não damos, mesmo o delirium ou tudo que seja da parte mental, não é assim tão evidenciado, tão trabalhado, acho que é mais..**(é subvalorizado?)**. É! Fazemos muito mais outros sinais e sintomas, tratar tudo isso e a parte de saúde mental não acho que seja uma coisa que se foque muito aqui. **(E porque é que tem essa perceção? O que é que a leva a achar, achar não, ter a perceção que isso não é tratado de igual forma forma como se fosse outro sintoma a nível anatómico?)**. Porque....**(Será por falta de informação sobre a questão?)** Também, também! **(Será por falta estar desperto para?)**. Ah....não é falta de conhecimento em si, ok, mas se tivesse mais formação e isto a nível de toda a equipa, toda a equipa acho que passa esta parte um bocado ao lado, seria melhor tratado ou seria tratado realmente...mas como nós temos doentes que estão constantemente sob o efeito da medicação, nós acabamos por achar que é uma fase que vai passar rápido ou então fazemos logo medicação para que não continue. **(Ou seja, em termos de intervenções está-me a querer dizer que passa muito pela parte farmacológica?)**. Ah....sinceramente a maior parte sim, há a parte de situar e isso tudo mas não vejo toda a gente a fazê-lo, nem a dar uma grande importância a esse lado.. é mais a medicação que o resto.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

Ah..ora bem, há conhecimento de escalas mas nós não as aplicamos. **(Há conhecimento?)**. Há conhecimento, isto é, há conhecimento que existem **(ah ..ok!)** da existência das escalas, agora se...por exemplo, eu sei, mas nunca apliquei. **(E nunca aplicou porquê? Não existem no serviço?)**. Eu tive conhecimento à pouco tempo, relativamente à pouco tempo. **(Ou seja, uma das dificuldades é a ausência de instrumentos e também a ausência de conhecimento prévio para se sentir à vontade para a utilização dessas escalas. O não conhecer previamente a personalidade do doente tendo em conta que é uma unidade de cuidados intensivos, em que 90% dos doentes chegam às unidades entubados, sedados, analgésicos e muitas vezes curarizados, acha que não conhecer o doente previamente pode dificultar a avaliação?)**. Sim, se não se sabe como a pessoa é anteriormente não podes avaliar o estado normal dessa pessoa quando estás na parte do acordar, de fazer o desmame. Eu acho que sim. Notamos que existe mas não damos muita importância. **(Porquê? Pela falta de tempo, de instrumento, pela dinâmica, tipologia de serviço?)**. Tempo também... o facto de queres controlar a pessoa...como hei-de explicar isto...tu queres controlar a pessoa então fazes isso da forma mais fácil e rápida para que haja uma gestão que nem sempre é a solução. Já toda a gente sabe, porém...**(e essa forma rápida e imediata, essa necessidade de ser rápida e imediata tem haver com o quê? A dinâmica do serviço? Com a disponibilidade ou falta de disponibilidade do profissional para? Em termos de volume de trabalho?)** O teres muito trabalho e não teres conhecimentos que possas aplicar ali, fazendo a junção das duas, acho que é um bocado a resposta a isso.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

O que é que eu proponho? **(Sim)** Formações! O facto de, primeiro dar a conhecer. Primeiro tens de saber o que é o delirium, saber identificar e para isso é preciso uma formação de forma generalizada para que toda agente possa fazer a mesma coisa, identificar da mesma forma ou pelo menos aplicar as mesmas coisas. Formação, acho que é a base. **(E depois da formação, acha que em termos de avaliação deveria ser algo instituído, parametrizado? Imagine que é dada formação e informação aos profissionais, acha que isso por si só, vai garantir a avaliação do delirium?)** pelo menos dará alguma ferramenta para que a pessoa o possa fazer e se for uma coisa que seja implementada depois dás o conhecimento..sim, começa-se a fazer,

secalhar não toda a gente, mas de uma forma lenta pelo menos toda a gente sabe discutir as coisas com o mesmo conhecimento.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

Desvantagens, barulho constante, ah...luzes, tentamos sempre mas não há muito esse controlo. Os barulhos, principalmente. O facto do enfermeiro e mesmo a parte médica estarem mais presente com os doentes isso é uma coisa boa no nosso...o barulho, as luzes.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Pode ou não haver agitação psicomotora, normalmente há. Não há contextualização da situação **(ou seja o comportamento não é adequado à circunstância)**, isso! A parte da agitação, normalmente está associada, mas principalmente é o discurso. **(Quando a enfermeira olha para um doente que está em delirium, o que é que vê, em termos físicos, em termos comportamentais, o que é que vê, em termos físicos em termos comportamentais, o que caracteriza aquele doente?)** Primeiro é a parte da agitação, que para mim, é o principal mas a parte não conseguir identificar a nível temporal e espacial, para mim a partir daí sim...este é o foco. Depois é fazermos questões e ver se a pessoa está adequada.

Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Se for uma coisa que se controle, que dê para controlar pode não ter qualquer consequência a nível da evolução da pessoa. Sendo uma coisa não controlada vai haver sempre alguma coisa que...não consigo explicar esta parte...que prejudica o doente. Normalmente, tens a agitação faz com que a parte respiratória, o remover dispositivos, tudo isso faz com que, regridas em algumas coisas, isto completamente numa parte mais descontrolada. Se houver um controle, que às vezes é possível faz-lo e conseguimos faze-lo, não é um impacto tão negativo, pode ter ou não impacto negativo para a frente **(ou seja, mas atrasa sempre um bocadinho a evolução do tratamento?)** sim, sim, sim.

Entrevista nº: 4

Sexo: Feminino;

Idade: 39 anos;

Habilitações Académicas: Licenciatura em Enfermagem

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Generalista

Tempo de Exercício Profissional: 16 anos

Tempo no Serviço: 5 anos

Subquestão nº 1: Como percebem os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

Eu acho que nós não temos essa avaliação. Acho que é muito a nível empírico aquilo que nós fazemos, não há nenhuma escala de avaliação, não há nenhum protocolo de atuação nem.. é mesmo a percepção que nós temos do doente no acordar. Qual é a atitude do doente ao acordar é que podemos dizer, olha está em delirium ou não. Mas não temos nenhuma régua, nenhum instrumento que nos ajude a fazer essa avaliação o mais corretamente. **(Ou seja, de uma forma geral até acaba por ser avaliado, mas subdiagnosticado?)** Sim! **(Mas em termos formais e sistematizados?)** Não temos, não temos nenhum instrumento que nos ajude.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Não existe, não! **(No B-simple, em notas gerais, associado ao RASS, acha que existe? Fazem menção?)** Não, acho que isso passa-nos um bocadinho ao lado. Acho que quando temos um doente que acorda agitado, primeiro vamos ver sempre os antecedentes, deixa ver que tipo de antecedentes este doente tem. Nunca pomos em questão, aliás eu acho que é sempre a última questão “será que é delirium?”, não é. Falamos depois. Não é logo a nossa primeira abordagem, se este doente está em delirium ou não. Depois sim com a equipe médica, introduzimos depois medicação que nos podem ajudar a perceber se aquilo é delirium mas nunca introduzimos essa medicação para acordar o doente, para que haja um acordar mais sustentado, que elimine essa hipótese, ou seja, um doente que tenha medicação durante muito tempo, benzodiazepinas, midazolam, por exemplo, nunca fazemos a associação antes de o acordar para evitarmos que esse doente esteja em delirium, é só mesmo à-posteriori, passado várias horas, essa é a minha percepção. **(Mas em termos de registos a sua percepção é que não existem?)** Não!

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Primeiro tento conversar com o doente, volto a explicar-lhe as vezes que forem necessárias, olhe onde você está, o que lhe aconteceu, em que dia é que estamos, a evolução do doente, em traços gerais, desde a admissão até ao momento em que ele está a acordar. Se eu vejo que ao fim de duas ou três conversas com esse doente em que eu lhe explico as coisas direitinhas e ele continua com um discurso incoerente ou que me refere, sei lá, o delirium pode-lhe dar alucinações e se eles começam a ter esse tipo de discurso, aí realmente já me desperta, ok! Eu já tentei orientar este doente, já lhe disse as coisas, já não há nada aqui que esteja a interferir na comunicação entre nós, realmente isso, suscita-me essa dúvida e põe-me em alerta relativamente a isso. Intervenções? O que eu faço é isso, mas não há nenhuma intervenção específica que eu possa actuar como enfermeira para isso, o que é que eu posso fazer? Comunico ao médico assistente e ele faz a avaliação dele e depois a única intervenção que eu tenho é na administração da terapêutica se for necessário isso, mas tento manter sempre esse discurso de orientar o doente no tempo e no espaço.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

É difícil de avaliar isso porque estamos numa unidade em que não há dia nem há noite e isso condiciona muito o estado do doente, mas de resto.. o facto de não termos uma ferramenta que nos ajude, eu acho que essa é a principal, o principal obstáculo, “como é que eu avalio o delirium no doente?”. Não pode ser empiricamente. **(Para além da falta de um instrumento de avaliação há mais alguma coisa que dificulte essa avaliação? Tudo bem que não têm um instrumento mas o falar com o doente, o orienta-lo, possivelmente não é uma coisa tão fácil de fazer ou com a disponibilidade que gostariam de o fazer.)** Oh, claro que não, isso é logo à cabeça. **(Mas porquê? Qual a dificuldade que têm? A dinâmica? Os rácios?)** Os rácios, sim, mas não podem ser só os rácios. Sei lá..o que é que dificulta..**(falta de conhecimento sobre o que é o delirium?)** Também, por isso é que muitas vezes vamos ver os antecedentes do doente, não é, porque o discurso que nos está a apresentar já pode ser algo dele, ou seja, já podia ser um doente desorientado por algum motivo qualquer, com hábitos aditivos que agora possa estar a condicionar esse diagnóstico. **(Ou seja, acha importante, fazer uma avaliação ou tentar perceber como era a personalidade do doente previamente?)** Claro!

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

Haver um instrumento de avaliação, isso sim, é uma estratégia. Depois, acho que em paralelo com o médico, era bom perceber a percepção deles juntamente com a nossa, porque...e não é só, a continuidade dos cuidados, também acho que é muito importante, ou seja, se for sempre o mesmo enfermeiro ou tentar colocar sempre o mesmo enfermeiro responsável por esse doente, ver qual a percepção daquele enfermeiro antes do doente, por exemplo, iniciar alguma medicação que ajude a controlar este delirium, ou seja, fazer uma avaliação em 24h, qual foi a alteração, ou seja, qual foi a evolução deste doente? Foi positiva, já parece mais orientado, já deixa de ter alucinações? Será que ele se apercebe? O doente agora já tem um discurso mais coerente, lembra-se do que é que dizia quando começou a apresentar sinais de delirium? E isso será entre médico, enfermeiro e realmente se houvesse um instrumento de avaliação.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

Nós temos uma unidade me que, não há controle a nível de ruídos, durante o dia e durante a noite, tentamos controlar um pouco mais o estímulo visual de luzes, várias luzes com vários tons a piscar, mas isso é difícil..acho que na nossa unidade isso não se questiona, porque temos uma unidade em open space, temos várias estruturas mas na unidade open space, por exemplo, isso é impossível de controlar, a nível de estímulo auditivo e visual nestes doentes que.. é difícil..é impossível. Nas unidades em que eles estão sozinhos, aí é mais fácil. O que é que nós controlamos? Controlamos a nível de som, a nível de estímulo de luzes, quando chega à noite tentamos fazer essa gestão. A nível da terapêutica sempre que é possível tentamos reduzir, sempre em concordância com o médico, terapêutica que o possa estar a condicionar esse delirium ou então, durante a sedação do doente controlar algum nível de medicação em SOS. **(Fazer uma melhor gestão terapêutica?)** Sim! Fazer uma melhor gestão terapêutica.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Um doente agitado, que não consegue dirigir o olhar sem...de uma forma sustentada, mas é um olhar em que nota-se que o doente não está atento. Não acho que seja um doente atento um doente que esteja em delirium. Acho que é um doente que às vezes parece assustado, que vê coisas que nós às vezes não estamos a ver, daí as alucinações. Agressivo, agitado, com um ar assustado, desconfiado e desatento.

Qual é a percepção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

O delirium para mim atrasa o desmame ventilatório, se o tiver, e o desmame da sedação, digamos assim. É tudo condicionado. Um doente que não consegue fazer um desmame de sedação também não consegue fazer um desmame ventilatório, ou seja, isto tudo irá atrasar o acordar do doente e a extubação. Extubação atrasada vai condicionar outros factores a nível de pneumonias.

Entrevista nº: 5

Idade: 35 anos

Habilitações Académicas: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Generalista

Tempo de Exercício Profissional: 12 anos

Tempo no Serviço: 6 anos

Subquestão nº 1: Como percecionam os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

É assim, no meu ponto de vista as pessoas têm noção que o delirium existe, não vamos dizer que nesta unidade, que é o que estamos a avaliar, que isso seja avaliado de uma forma consistente ou de uma forma frequente porque para o fazermos devíamos socorrermos da utilização de determinado tipo de escalas ou o serviço deveria ter adotado alguma escala para nós procedermos à avaliação. Quando existe alguma coisa que foge do normal, quando nós estamos a tentar levantar a sedação do doente aí podemos socorrer de um ou outro ponto que nos permite pensar que o doente possa estar em delirium. Agora, o diagnóstico de delirium para ser feito e para ser uma coisa palpável e quantificada e garantir que o doente está implicava a aplicação de uma escala, coisa que não é feita. **(Resumidamente, neste serviço não existe uma avaliação do delirium?)** Não existe uma avaliação do delirium, nem em termos dos planos de cuidados isso é incluído.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Não existe!

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

O que eu sinto, é que maioritariamente as pessoas tentam socorrer-se da equipa, daquele trabalho interdisciplinar e solicitar ao médico medidas farmacológicas para tentar controlar aquele delirium, porque, existem as outras não-farmacológicas que é a questão de tentar acordar o doente o mais rapidamente possível, tentar reduzir a sedação, tentar dar-lhe alguma autonomia em termos de ventilação e extubá-lo o mais rapidamente possível, tentarmos controlar questões relacionadas com o ruído, tentarmos dar luminosidade de dia, retirarmos a luminosidade à noite, que são tudo fatores que influenciam...mas isso está tão incutido numa unidade de cuidados intensivos, ou seja, já sabemos que isso ajuda o doente de alguma forma que acho que as pessoas não façam isso por causa do delirium. Fazem isso para tentar que a pessoa acorde e se sinta a rotina do dia, quando é dia, quando é noite **(ou seja, não é uma intervenção muito específica)** Não é específica para o delirium, fazem-no porque é benéfico para os doentes, de uma forma geral. **(Mas quando há uma diferenciação em termos de consciência num doente, as intervenções não poderiam ser mais direcionadas, mais objetivas?)** Podiam e são. Quando nós vemos que o doente não está a dormir à noite, tentamos o quê? Tentamos apagar as luzes, tentamos socorreremo-nos de algum medicamento para ajuda-lo a descansar. Depois tentas reduzir o ruído, tentas reduzir as luzes. Isso são intervenções que podem ser adaptadas ao delirium, não quer dizer é que o delirium tivesse sido previamente diagnosticado. **(Quando fala em medidas farmacológicas, e aí, é uma intervenção interdependente, quando-lhes-é dado indicação para administrar, que medicamentos mais usuais é que administram?)** Maioritariamente são as benzodiazepinas que acabam por piorar mas o haloperidol é dado com alguma frequência. **(E as benzodiazepinas, como disse, acabam por piorar?)** Acabam por piorar até porque o doente acaba por dormir 1 ou 2 h a meio da noite acorda pior do que aquilo que tinha adormecido.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

Isso é uma pergunta que acabo por não perceber tão bem, porque isso implicava que já tivesse incutida, no serviço, uma perspetiva de “temos de avaliar isto, sempre que”. **(Pode ser uma das dificuldades!)** que é uma coisa que não existe. As pessoas não estão voltadas para quando temos um doente a acordar para avaliar aquilo, só quando surge alguma coisa, o doente começa a ficar com aquela agitação, com aquele delirium hiperativo ou com delirium hipoativo, secalhar o hiperativo é mais fácil de diagnosticar do que o hipoativo, é que nós começamos a pensar em alguma estratégia para tentar melhorar a condição do doente. **(Mas quando pensam nessas**

estratégias, quando detetam esse tipo de delirium, principalmente o hiperativo, porque é mais visível, dá mais “nas vistas”, que dificuldades tem?) Rácios!!! (É uma das dificuldades?) É! Porque se temos um delirium hiperativo, temos um doente que está a querer saltar da cama, um doente que está a arrancar tudo, implica uma vigilância mais, mais apertada, certo?! Existem doentes que podem estar em delirium que são doentes de nível II. Doentes de nível II, está tabelado que se houver pessoas com doentes de nível II podemos ter até três. Sejam realistas, não vamos ter a mesma atenção. Se o delirium influencia-se, tivesse um score que influencia-se a nossa carga de trabalho, secalhar os rácios podiam ser adaptados àquele doente, o que nem sempre é, nem sempre acontece, nem sempre é possível. Não é uma critica, são contingências de. **(Então na sua perspetiva o rácio é uma das dificuldades, a ausência de instrumentos também?)** Ausência de um instrumento que fosse assumido no serviço para fazer a avaliação, porque senão, cada um pode usar o instrumento que lhe apetecer.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

Acho que em primeiro lugar deveríamos começar por cima, que era criar uma reunião ou uma formação em serviço para abordar o tema e deixar as pessoas pensar sobre isso, ou seja, inculcar nas pessoas que aquele tema efetivamente é um tema importante, porque se formos ler e tendo em conta aquilo que nos é transmitido, nos meandros de formação pelos quais todos nós já passamos, quer ser em termos de licenciatura ou em termos de especialidade, sabemos que doentes em delirium, tem um aumento de comorbilidades, tem um aumento em termos de internamento até tem um aumento de mortalidade. Se as pessoas acharem que isso é importante e secalhar o trabalho delas vai melhorar até em termos de carga, se determinada condição, se aquele problema tiver controlado em termos nos doentes, se as pessoas perceberem que isso é importante, secalhar vão colaborar mais, ou seja, mas primeiro é preciso dizer-lhes que aquilo é importante. Realçar que aquilo continua a ser importante, porque as pessoas tendencialmente num serviço destes, tendem a ser, secalhar, ter uma intervenção mais virada para a medicina do que, propriamente, para a enfermagem em alguns momentos.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

Unidades aberta. Acho que doentes que estejam a acordar e verem a miséria que se passa à volta deles, quando existe, às vezes, uma insuficiência em termos de biombos, porque a questão das cortinas eu percebo por causa daquela questão do controle de infecção. Mas eles olharem à volta e verem o colega do lado está a passar mal, verem manobras de ressuscitação cardio-respiratória, também não vai contribuir muito para. Procedimentos invasivos, até aquela situação...tivemos uma situação de um doente que nós tivemos que fazer uma fasciotomia, tivemos que fazer uma fasciotomia, ou seja, tínhamos um doente que estava acordado numa cama e ao lado tínhamos outro doente que tivemos de chamar vascular e tiveram que abrir, digamos assim, o membro que ele estava a fazer um síndrome de compartimento. Passaram duas semanas e esse doente ainda se lembrava daquilo, a questão é essa. Acaba por ser um ambiente demasiado agressivo quando nós temos doentes à volta que estão, sabe-se lá como, e as coisas podem mudar de um momento para o outro. Por outro lado se tivermos doentes isolados em determinado tipo de unidades, os isolamentos se não tiverem janelas, se não tiverem televisão, se não tiverem pessoas para irem lá falar com eles e tentar situá-los, tentar criar algum tipo de movimento ou ambiente mais normal também não vai ajudar porque a solidão acaba por não ser muito produtiva. Mas eu acho que o pior aqui, é estarmos a tentar acordar os doentes em unidades abertas.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Um doente que estará agitado, um doente que estará desorientado no tempo e no espaço. Um doente que dificilmente irá cumprir ordens ou que vai demorar mais tempo a cumprir ordens relativamente a outro e depois é uma questão de scores, de mais erros ou menos erros, para sabermos se ele está efetivamente em delirium. Agora é muito mais fácil para nós percebermos um hiperativo do que um hipoativo, um doente que acaba por estar fechadinho ali na concha dele e que secalhar precisava de uma avaliação e de uma, um olhar mais aprofundado acerca daquela situação do que um que nós sabemos que vai arrancar tudo, porque esse é fácil identificar que está desorientado. Nós falamos para ele e ele não cumpre, que secalhar até nos insulta, que até está agressivo, quer saltar da cama, tudo e mais alguma coisa. O outro, secalhar aquele problema de colaboração implicava que as pessoas tivessem mais vocacionadas, tivessem mais experiência naquele tipo de avaliação e secalhar diagnosticávamos muito mais situações dessas que não diagnosticamos e continuam a existir.

Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Piora claramente. Então um doente que desadapta do ventilador, um doente que arranca drenos, um doente...acaba por ter que repetir procedimentos acabamos por ter que, por exemplo, arranca um sonda Nasogástrica...a colocação de uma sonda Nasogástrica num doente me delirium, é um doente que em parte acaba por estar acordado, independentemente de ter consciência disso ou não, aquela agressividade que lhe estamos a provocar, também acaba por não ser produtiva. A desadaptação do ventilador acaba por descompensar a parte respiratória. Depois são aquelas questões...vamos aumentar o tempo de internamento e permanência neste tipo de locais. Naquela questão do delirium hipoativo, a questão das agitações, muitas vezes e tendo em conta a questão inicial, que era, o facto de a equipa estar preparada para lidar com este tipo de doentes, ou seja, a questão dos raios faz com que muitas vezes para segurança do doente tenhamos necessidade de os imobilizar, para segurança deles e que se formos a ver bem, numa estratégia de tentar controlar o delirium, pode não ser tão produtivo e ser um contra-senso. É seguro para eles mas podemos estar a contribuir para o desenvolvimento de delirium.

Entrevista nº: 6

Idade: 31 anos

Habilitações Académicas: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Especialista

Tempo de Exercício Profissional: 10 anos

Tempo no Serviço: 6 anos

Subquestão nº 1: Como percecionam os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

Considero que é um elemento importante na prática da enfermagem e sobretudo é um aspeto determinante da definição dos cuidados que vamos executar. No entanto, acho que sempre é avaliado da forma mais adequada. **(Mas é avaliado, cá?)** Por vezes, é e é influenciável perante, quando se trata de um enfermeiro especialista ou mais sensibilizado para a área ou não. Também tem muita haver com o tipo de médicos ou equipa que nós vamos encontrar. **(Então, se é avaliado, é avaliado de uma forma sistematizada, é uma prática comum?)** Supostamente nós avaliamos o RASS de uma forma continua, enquanto que, o dente tem medicação sedativa ou analgésica capaz de provocar alterações do estado de consciência. No entanto a partir dessa

suspensão desses fármacos, se não existir este suporte para mantermos a avaliação pelo RASS, a avaliação do delirium é feita de uma forma subjetiva em função da sensibilidade e da experiência que cada um tem. De forma formal, não.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Como já referi a escala de RASS e depois avaliamos, erradamente, através da ECG o estado de consciência, quando é para avaliar o coma, ou os doze pares craneanos. No entanto, se for a perceber o delirium, per si, não existe nenhuma escala implementada aqui no serviço vocacionada para esta avaliação num doente de cuidados intensivos que já está sem sedação e analgesia e que, portanto, já não se aplica o RASS e desde aí..**(Mas em termos de registos de enfermagem há algum item parametrizado no B-Simple? É feita referência à existência de delirium ou não em notas gerais? É associado em notas na escala de RASS? Existem registos?)** Apesar de existir e da possibilidade através de todos esses campos que acabou de referir para dar espaço para que isso se registre, por rotina não é registado. A única forma pela qual nós registamos alguma alteração em termos de delirium ou agitação é através da vigilância do estado de consciência, ou através da vigilância do sono, que muitas vezes, são as alturas major em que os enfermeiros identificam a presença de delirium mais exacerbada. Porque muitas das vezes durante o dia passa-se despercebido sob a confusão e a agitação entre procedimentos e técnicas. O facto de termos um rácio de um enfermeiro para dois doentes não permite que tenhamos a devida atenção a esta componente de cada doente. Portanto, na noite como as coisas supostamente acalmam em termos de ritmo, é por defeito a altura em que identificamos com mais facilidade a presença de delirium ou não. Embora, muita das vezes a única forma pela qual isto é registado é através das perturbações de sono, através da inquietude e agitação, em notas dessa vigilância.

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Quando nós temos um doente que ainda está sob o efeito de sedação e analgesia, muita das vezes a forma mais fácil e que nós utilizamos para contornar e controlar estes estados, é através da administração de sedativos e analgésicos com supervisão ou indicação médica quando temos balizas de prescrição para gerirmos esse aspeto. Quando não existe, tentamos, sim, sempre, orientar verbalmente o doente em termos de tempo e espaço e sobre quem nós somos. Se isso não resultar, porque muitas vezes o estado de consciência do doente nem sequer lhe permite dentro do delirium

ter essa percepção, é normalmente é utilizada a contenção ou restrição, minimamente, física nos doentes que tem agitação psicomotora, no caso de incorrerem no risco de agressão para os enfermeiros e se houver uma agressão neste ponto, em que a agressão e agitação e a incapacidade de controlar com a presença mais próxima junto do doente e a orientação verbal este aspeto é relatado à equipa médica e por norma é feita a administração de terapêutica em SOS.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

Nomeadamente a falta de tempo para dedicarmos aos doentes, multiplicidade de intervenções e técnicas a decorrer simultaneamente que não nos permitem acompanhar e trabalhar a orientação do doente de uma forma controlada e secalhar até integrarmos a família neste desmame como veículo facilitador para a orientação da realidade. O facto de não termos um ambiente físico “amigo do doente”, é extremamente mecanicista e tecnicista. Só o ruído não permite uma boa manutenção da higiene do sono, o que por si só, sabemos que é um fator potenciador de delirium e além disso as limitações inerentes à falta de instrumentos que sustentem a nossa avaliação, deixando assim à merce da avaliação de cada um, o que nos parece face à nossa sensibilidade, face à nossa experiência ou in experiência e face, também, àquilo que é o parecer médico.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

A revisão do B-Simple, acho que seria útil na medida em que poderia criar-se, por defeito, um mecanismo de registo fácil que à semelhança de outros cuidados prestados com bastante regularidade aqui no serviço, pudessem facilitar o não esquecimento desse registo. No entanto, é possível fazer esse registo em campo livre, embora traga mais algum trabalho e exija mais algum conhecimento, em termos de domínio da linguagem científica, pelo enfermeiro que o regista. No entanto, sei que existe aqui no hospital uma formação do DEP para avaliação de alterações cognitivas ou défices cognitivo, que também me parece que seria facilitador para esclarecermos aquilo que é uma limitação cognitiva em virtude de uma sequela de algum evento crítico que até estejamos agora a tratar ou se é efetivamente delirium. Também poderíamos aqui integrar uma equipa de psicólogo e psiquiatra na unidade que em parceria connosco nos dessem mais algum background, para termos uma avaliação mais fidedigna e assim podermos dar uso a algum instrumento que exista e que quando fosse devidamente validado para o nosso contexto fosse introduzido também.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

A existência mais que um doente dentro de uma sala, apesar de agora a estrutura física estar um pouco melhor, nesse sentido, e o ruído ter, por vezes, diminuído significativamente. Mas a presença de ruído elevado durante 24h, a presença de um ambiente altamente tecnicista e cheio de máquinas e técnicas a acontecer em simultâneo. O facto de termos a necessidade de muitas das vezes, ao longo de uma emergência, termos de acender e apagar as luzes, sem que isso seja feito de uma forma seccional em cada unidade em específico. O facto de não termos nenhuma barreira física entre os doentes, é certo que isto facilita a nossa supervisão mas também dificulta o descanso e repouso do doente que mais uma vez vai influenciar isto. O facto de não termos a presença da família de uma forma mais intensiva e mais participativa na colaboração dos cuidados que nós prestamos. O facto de não termos algum tipo de preparação e cuidado na manutenção de um humor eufímico no doente também contribuir para esta alteração no estado de consciência do doente. São tudo fatores que considero que influenciam negativamente a presença de delirium no doente, ou agravamento do mesmo. Além disso, a manutenção de doentes com diferentes níveis de cuidados, é potencialmente indutor de pesadelos, mau descanso num doente que já esteja mais acordado e que veja um doente num estado mais agudizado com maior suporte de técnicas e que potencialmente sofra eventos mais ou menos graves no decurso desse internamento e isso pode também afeta-lo negativamente e potenciar a existência de delirium.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Um doente agitado, que facilmente se esquece da orientação que lhe é dada. Um doente que não tolera qualquer tipo de técnica, seja em termos ventilatório de suporte mais ou menos invasivo. Um doente que facilmente verbaliza que quer sair, quer ir embora. Um doente que refere visualização de coisas ou ruídos que não existem. O facto de existir um olhar vidrado, ausente daquilo que é o que está a ser demonstrado. Acho que são assim, aquelas características que à primeira visão se destacam como avaliação de delirium.

Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

A presença e a gravidade do delirium afeta negativamente, de uma forma inequívoca, o prolongamento do internamento na unidade de cuidados intensivos, na medida em

que vai descompensar a componente cardíaca, respiratória em virtude da ansiedade que isso provoca no doente e além disso, vai fazer com que o doente seja submetido a outro tipo de medicamentos, potencialmente, indutores de outras comorbidades ou até potenciadores de outro tipo de eventos mais desagradáveis no doente e isso tudo aliado ao síndrome do doente crítico vai potenciar um maior estadia em unidade de cuidados de intensivos.

Entrevista nº: 7

Idade: 39 anos

Habilitações Académicas: Licenciatura em Enfermagem

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Generalista

Tempo de Exercício Profissional: 16 anos

Tempo no Serviço: 16 anos

Subquestão nº 1: Como percebem os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

Pois agora estou na dúvida se é através do RASS. Implementamos o RASS e vemos se realmente há delirium e acho que, aqui no serviço acho que é uma coisa que não se é feito da melhor maneira mas penso que sim. **(Mas é feita a avaliação?)** Agora estou na dúvida. **(No serviço onde trabalha é feita a avaliação a existência de delirium por parte dos enfermeiros?)** Só se vai vendo pela consciência e RASS, não sei se fazemos a avaliação de delirium, penso que realmente não fazemos a avaliação, ou seja, só quando temos sé que intervimos.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Tenho ideia que existe. Só avaliamos o RASS e não se complementa com nada mais. Nem sei se existe o parâmetro delirium.

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Tentando perceber a lógica do doente. Falando com ele, percebendo se existe esse delirium ou não e basicamente, acaba por ser, comunicar com a parte médica e tentar ver o que é possível fazer. **(Em termos de quê? Farmacológicos?)** Para nós

percebermos se existem outros fatores que possam estar a potenciar. Ir tentando orientar o doente, falar com ele, ver se há estímulos externos...mas secalhar...acho que temos isso em mente, é um bocadinho automático fazer isso. Mas depois passa um bocadinho por falar com a parte médica, e tentar perceber da parte farmacológica, seja rever as medicações que tem, alterar ou colocar. Acaba por ser farmacológica.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

O tipo de doente não é fácil tendo em conta o tipo de medicações que tem. O tipo de medicação que tem em perfusão às vezes torna um bocadinho mais difícil mas...realmente agora com esta entrevista uma pessoa começa a perceber que não está...era mais fácil se estivesse já parametrizado. Se tivéssemos..(ou seja, então **uma das dificuldades é não existir um protocolo e não existir uma parametrização. No seu entender são estas as dificuldades base?**) Sim, acho que, como qualquer outro item que avaliamos no doente, se realmente tivesse um item de delirium e, não digo que existisse propriamente um protocolo, mas se realmente tivéssemos mais alertas para isso. **(Como por exemplo? O que quer referir aos alertas?)** Da mesma maneira que nós avaliamos alterações dos estados de consciência, se usamos o RASS e fazemos isso de uma forma sistematizada, para o delirium bastava também termos os instrumentos apropriados e implementar.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

É uma questão de, realmente, apenas estar protocolado. Da mesma maneira que estão os outros itens **(a criação de protocolos?)** Sim, protocolos e fazer parte da...**(Parametrização?)** Sim, estar parametrizado no sistema.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

O facto de ser um open space, estarem os doentes todos juntos e o não descanso. Não haver dia e noite. Acho que basicamente é isso, a gestão da luz e do espaço. É um open-space, a luz, o ruído. Não é como nos outros serviços que à noite há diminuição da luz e do ruído, aqui muitas vezes parece dia...é um bocadinho mais por aí.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

A agitação, o facto de parecer estar consciente mas a agitação não estar colaborante.

Qual é a percepção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Acaba por ser desfavorável, por exemplo, em qualquer tipo de desmame, seja ventilatório seja de analgesia, acaba por interferir..e acaba por, altera essa evolução. **(Ou seja, regride?)** Regride ou atrasa esse desmame, essa evolução.

Entrevista nº: 8

Idade: 33

Habilitações Académicas: Licenciatura em Enfermagem

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Generalista

Tempo de Exercício Profissional: 9 anos 6 meses

Tempo no Serviço: 8 anos 10 meses

Subquestão nº 1: Como percecionam os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

Nós sabemos que há escalas, que são aplicadas só que muitas vezes não são aplicadas nos planos de cuidados. **(Mas existe uma avaliação aqui?)** Mas existe. Por vezes, como eu disse, não são aplicadas aos planos de cuidados acaba por ser uma avaliação depois muito presencial. Pronto...basicamente é isso. **(Ou seja, na sua perspetiva, o delirium é avaliado aqui na unidade, não de uma forma formal.)** Por vezes com a avaliação de parâmetros, mas é raro, tem uma avaliação assim um pouco mais generalista.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Existem escalas, como disse mais uma vez, mas muitas vezes não são avaliadas num plano de cuidados. **(Mas aqui no serviço, existe registos sobre essa avaliação? Existe algum item no B-Simple relativamente ao delirium? É feita referência ao delirium em notas gerais? Existem esses registos de enfermagem sobre o delirium na sua perspetiva?)** Existem mas não são aplicados muitas vezes em termos estruturados. **(Mas é registado?)** Por vezes sim. **(Ok. Quando é registado é**

registado em que parâmetro?) Por vezes em notas gerais mas a maior parte das vezes é passado na passagem de turno. **(Mas em registo, digamos, formal?)** Não.

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Na avaliação, avaliamos se o doente está em delirium ou não, a partir daí tentamos orientar, orientar a pessoa no espaço, no tempo, tentamos compreender o que está a provocar esse delirium, se é algo.. se é a temperatura a subir, se é algum desconforto do doente. Depois de avaliarmos todas essas possibilidades, podemos recorrer ao ..ou controlamos isso ou recorremos depois a medicação. Mais tarde tentamos gerir o ambiente para o doente ficar mais sossegado, mais calmo. Se o delirium passar para a parte mais agressiva do doente para ele e para os profissionais, pronto, temos de recorrer a medicação.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

As dificuldades...Em primeiro lugar em termos de medicação, para nós é fácil termos acesso a isso. Em termos do historial do doente também é, agora a questão da personalidade é algo que...é difícil para nós avaliarmos. Por vezes, quando o delirium é uma coisa recorrente, optámos por pedir informações aos familiares para perceber como ele era em casa, porque isso é importante para a nossa percepção de cuidados.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

O recurso a uma escala é sempre algo vantajoso, isto se, nós tivermos um pensamento mais estruturado conseguimos ter uma avaliação melhor e por sua vez que nos permite intervir de uma forma mais eficaz. Acho que a avaliação é das partes primordiais, depois é a partir daí que conseguimos arranjar soluções para controlar isso. Acho que uma escala é um instrumento eficaz para podermos avaliar.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

Neste momento, as instalações que temos atuais são melhores do que as que tínhamos anteriormente. Conseguimos ter menos doentes por sala, conseguindo desta forma reduzir o barulho da unidade. É também importante planearmos os cuidados de modo a privilegiar os padrões de sono dos doentes. Há uma tentativa de mas nem sempre se consegue. É possível pela gestão da equipa multidisciplinar ou porque

realmente há doentes críticos que necessitam de intervenções emergentes e acabam por provocar barulho na sala. O facto de ter mais isolamentos também é uma vantagem, uma vez mais para controle, do ambiente. Basicamente é isso.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Um doente com delirium geralmente tem alucinações visuais, auditivas. Tem um comportamento mais agressivo para ele e para os outros, como por exemplo, retirar material clínico. Tentar sair da cama. Depois há a questão da desorientação espaço-temporal...basicamente são este três, quatro parâmetros valorizados quando temos um doente em delirium.

Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Acho que se nós conseguirmos controlar o delirium, conseguimos que o doente tenha uma evolução mais favorável porque se torna mais colaborante. O facto de ser mais colaborante é uma mais valia para nós porque o doente precisa de colaborar numa cinesioterapia, precisa de nos dar indicações, feedback se tem dores, se está desconfortável, tudo isso

Entrevista nº: 9

Idade: 37 anos

Habilitações Académicas: Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Habilitações Profissionais: Enfermeira Especialista de Reabilitação

Tempo de Exercício Profissional: 15 anos

Tempo no Serviço: 6 anos

Subquestão nº 1: Como percecionam os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

Na minha perspetiva não há uma avaliação formal..ah..acho que tem havido cada vez mais um cuidado na identificação do delirium no doente. Acho que a nível geral de cuidados intensivos, pelo que tenho percebido, mas não há ainda uma intervenção/protocolo estipulado de intervenção.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Bem, no plano de cuidados que nós fazemos no programa do B-Simple, há a possibilidade de se identificar, por acaso não tenho a certeza se será mesmo um diagnóstico de enfermagem o delirium, porque é médico, se não me engano. Para nós termos a alucinação, mas é muito raramente identificado aqui nestes doentes. Acho que mais..já vi uma ou outra vez identificado no plano de cuidados a alucinação, confusão também, mas nem sempre está nos doentes que estão em delirium. **(Mas daquilo que conhece e da sua perceção, existem registos sobre isso? No B-Simple, nas notas gerais, associado à escala de RASS?)** Não! Não! Por norma não!

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

A questão do delirium..pois..muito dificilmente se consegue numa fase muito aguda de orientar a pessoa para a realidade, mas seria uma das intervenções ou pelo menos, uma tentativa que eu pelo menos faço. Começo por questões simples, tentar perceber, realmente, qual a situação do doente, como é que se encontra em termos de orientação e depois, eu..eu normalmente digo ao doente a resposta certa, mesmo no sentido de orientar para a realidade. Depois, é assim, normalmente falo com a parte médica porque passa sempre por terapia farmacológica para resolver a situação. Resolver que não será...**(é resolver no imediato!)** Pois! As intervenções farmacológicas que eu acho que depois falha aqui, também, é depois a longo prazo. Muitos doentes já estão aqui acordados que depois necessitavam ali de uma mediação, e temos agora aqui um exemplo ali na cama 51. Na minha opinião precisava já de uma medicação, começava já um anti-psicótico de uma forma contínua em comprimido e não a intervenção que está a ser feita, que é tira e põe propofol durante a noite. **(Diga-me uma coisa, quando fala de intervenções da parte farmacológica, que tipo de fármacos, aqui na unidade são mais utilizados para esse controlo?)** Pois, é que aqui o que é normalmente utilizado será em termos de sedação e não em termos de anti-psicóticos...**(Ou seja, é um contra-senso na sua opinião?)** Sim!

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

Na avaliação a minha dificuldade, às vezes é mesmo perceber se é (silêncio)..um ..A minha maior dificuldade será mesmo em às vezes perceber se aquele delirium ou melhor a origem do delirium. Neste caso nos intensivistas sabemos que os doentes estão, muitas vezes, sedados por muito tempo e portanto a probabilidade de terem

delirium é muito grande.. (silêncio). A minha maior dificuldade na avaliação do delirium nem sei qual é! **(Por exemplo, imagine o desconhecimento da personalidade do doente, existência de medicação, ausência de instrumentos de avaliação no serviço, o facto de termos, e quando digo pouca experiência, não tem haver com o trabalhar em intensivivos, tem haver com pessoas em delirium porque só reconhecemos melhor quando temos várias experiências sobre aquela situação. A dinâmica de serviço, a tipologia, a dinâmica, os rácios, a relação entre o clinico. Na sua opinião quais são as suas principais dificuldades?)** Pois, secalhar, referiu agora a parte de termos um instrumento de avaliação, realmente aí secalhar, vai de encontro àquilo que eu estava a dizer, porque às vezes eu tenho dificuldade a perceber se aquilo realmente será um delirium. Portanto, um instrumento de avaliação utilizado de uma forma sistemática seria uma boa aposta. O facto de também não conhecermos o doente..normalmente conhecemos o doente é sedo-análgico, logo em coma, portanto não, não sabemos como ele será. Poderá haver doentes que já tenham alterações de personalidade, consciência, alterações psiquiátricas que possam condicionar este estado, embora quando lemos em termos de avaliação inicial feita pelo médico, que normalmente, é recolhida ou na urgência ou pelos familiares poderemos já ter uma ideia disso. Depois lá está..eu acho que tem haver mesmo com o facto de ainda ser subvalorizado que fica difícil de actuar, avaliar de forma correta. E depois, secalhar, eu até posso levar para ali e dizer e sugerir alguma coisa e se o clinico não valorizar da mesma forma fica tudo em stand by.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

Acho que era necessário haver um protocolo, entre a enfermagem e médicos, de atuação e utilizar um instrumento de avaliação, claro. O protocolo passaria por aí, usar a avaliação e depois termos intervenções mesmo direcionadas. Eu desconheço escalas, confesso, desconheço escalas, não sei muito bem o que seria avaliado, mas a partir daí ter intervenções já dirigidas consoante o score da escala. Acho que passa muito..em primeiro lugar tem de ser reconhecido que isto existe e que é um problema para se fazer isso e depois lá está...as intervenções passam muito pela farmacologia ser melhor dirigida que aqui não é.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

O facto de ser uma unidade em open space pode ter vantagens e desvantagens neste caso. Em termos de vigilância do doente será uma vantagem para nós, mas para o doente o facto de ser um open space, há mais barulho, não é possível manter o ciclo de sono-vigília, também isso contribui para que haja mais confusão e delirium. Penso que é mais por aí.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Em termos verbais o básico de desorientação, mas não quer dizer que esteja em delirium só com a desorientação. Verificar se tem alucinações, também. Em termos físicos e de postura, o olhar também, pode ser um olhar vago, vazio. Muitas vezes também se nota em termos da região periorbital mais encovado, escurecido. (**Mas na sua opinião, um doente em delirium tem um comportamento mais apacitado ou é mais agressivo, inquieto? Na sua opinião, nos casos que deteta aqui de delirium que tipo de comportamento padrão, se é que existe um comportamento padrão, o doente tem?**) Eu associo mais à agitação, embora já tenha presenciado doentes em delirium que estavam calmos. (**Acha que existem dois comportamentos distintos?**) Sim! Mas associo com mais frequência o delirium a um doente agitado.

Qual é a percepção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Demora muito mais a recuperação seja feita na unidade. Pode atrasar mesmo a transferência, a alta do doente a nível dos cuidados intensivos mas depois, lá está, pelo seguimento que é dado ou que não é dado de forma adequada também tudo isso atrasa, para além das comorbilidades que podem surgir a partir daí do delirium. (**Como por exemplo?**) Contrair novas infecções, arrancar dispositivos, o risco de quedas, o progredir no desmame. O facto, de lá está, a medicação que damos não ser a adequada, sedamos o doente outra vez, não progredimos no desmame andamos sempre para trás, portanto demora sempre mais a evoluir. Se é um doente que está no padrão de agitação, temos as hipertensões, as taquicardias, as alterações hemodinâmicas que depois também atrasam toda a evolução do doente.

Entrevista nº: 10

Idade: 42 anos

Habilitações Académicas: Especialização Enfermagem de Reabilitação

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Especialista

Tempo de Exercício Profissional: 19 anos

Tempo no Serviço: 17 anos

Subquestão nº 1: Como percebem os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

A percepção é que nós temos uma escala de avaliação do delirium mas que não é usada. Basicamente, acho que os enfermeiros baseiam-se muito na percepção que têm do doente, não pela aplicação de uma escala mas sim, pelo que eles apresentam em termos de comportamentos, tanto...ou porque estão a ver coisas, ouvir coisas, portanto, não por uma aplicação de uma escala. **(Mas quando diz que existe uma escala de que escala está a falar?)** Temos a ICU-CAM. **(Mas tem cá?)** Acho que sim, temos cá, mas não é aplicada. Podia ser aplicada nessa altura do delirium para tentar perceber. **(Então na sua percepção não existe essa avaliação, apesar de existir de uma forma informal, formalmente..)** Informalmente existe, formalmente não!

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Existe no B-Simple! **(Têm algum item parametrizado?)** Tem, o delirium. **(Tem?)** Tem! E depois, às vezes, é em notas gerais.

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Tentar perceber o porquê do delirium, se é por barulho, se é por luz, se é por alguma coisa, dor, febre. **(Aí é para perceberem a causa do delirium e depois? Orientação espaço-temporal, medidas farmacológicas, contenção terapêutica, perguntas breves? De uma forma geral, o que fazem cá na unidade?)** Normalmente são medidas farmacológicas, avançam logo. **(E quando é farmacológico que tipo de fármacos é dado na sua perspectiva?)** Haloperidol, logo de início, depois vem as quetiapinas, alprazolans, vem as benzodiazepinas no seu geral. Mas o haloperidol é o fármaco de escolha. Agora em termos de outras medidas não vejo a ter assim grande impacto, sendo esta uma unidade que tem bastante barulho, luz, que acho que é um enorme causador de delirium nos doentes.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

Lá está, secalhar a não utilização de uma escala, tentar perceber que tipo de delirium e quantificar o delirium, tentar perceber. Acho que o rácio de enfermagem não é

adequado, a relação..é assim nós sabemos que muitas vezes os turnos são complicados não dá muito tempo para nos dedicarmos aos doentes como devíamos dedicar e secalhar é isso. Quando vemos um doente agitado a primeira coisa que se faz, que se tenta fazer é farmacológico para tentar acalmar o doente sem tentar perceber a causa do delirium no doente, se é por dor, se é porque está muito barulho na unidade, porque está muita luz na unidade principalmente à noite. Uma da manhã, duas da manhã, três da manhã luzes acesas.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

A aplicação da escala, acima de tudo para melhorar o delirium. Tentar compreender os doentes, tentar perceber primeiro o que é que esteve na origem do delirium e depois atuar nessas causas. Conversar com o doente, ter tempo para o doente acima de tudo.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

Uma unidade ruidosa com muita luz, lá está, é.. uma própria equipa que eu acho que nós muitas vezes não temos noção e muitas vezes já os doentes estão a descansar e nós estamos a falar muito alto em horas que eles deviam estar a descansar. Lá está, depois os doente acabam por não terem um sono reparador e depois para eles o dia passa a ser a noite e a noite passa a ser outro dia e depois com este ciclo, é normal que eles a qualquer altura entrem em delirium. Devíamos ter em termos de medidas, tentar. Em termos de estrutura acho que doentes acordados deveriam estar em quartos, como os quartos de isolamento que nós temos, em que são mais calmos, não existe tanto barulho. Lá está consegue-se controlar melhor isso do que no restante open space. Sabemos que basta haver uma entrada ou uma descompensação de um doente que temos de estar de volta daquele doente acabamos por fazer ruido, tenho que ligar as luzes é tudo, vai acabar por acordar os outros doentes, é normal e isto provoca-lhes delirium. Em termos de condições físicas musicoterapia. **(Mas existe cá no serviço?)** Não! Mas poderia existir. **(Acha que seria uma mais valia?)** sim. Já o facto de doentes acordados poderem ter o seu próprio telemóvel, poder ter acesso aos auscultadores, se puderem estar a ouvir música ou assim, coisas que os acalmem. Rotinas que já tinham em casa possam ter aqui, as próprias rotinas acho que isso é uma forma de não despoletar o delirium. O facto de estarem fora do ambiente deles..se nós pudermos criar aqui um bocadinho do ambiente deles, daquilo que

tínhamos, tentando perceber que tipo de sono tinham em casa, o que faziam para conseguirem dormir, se era farmacológico se tinham outro tipo de intervenções que não fossem as farmacológicas e nós podíamos recriá-las, acho que até temos condições para isso.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Agitação, olhar fixo no teto ou em qualquer...tentativa de agarrar qualquer coisa, através de gestos, alucinações visuais...em termos de agressão verbal.

Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Desfavorece em termos de evolução. Tem de se recorrer a fármacos. Tudo bem que vai fazer com que em termos de delirium fique melhor mas depois em termos de avançar em termos de desmames acaba por regredir. Acaba por ter de se sedar o doente acaba por regredir. Em termos depois de colaboração do doente sendo eu, já agora, especialista de enfermagem de reabilitação, por exemplo, um doente que esteve em delirium e que teve de ter medidas farmacológicas eu sei que no dia seguinte que tenho de trabalhar com ele não vou conseguir trabalhar, quer a parte motora quer a parte respiratória. Portanto, não há evolução, muito pelo contrário. **(Nota mais dificuldade quer em termos de cinésioterapia que em termos de mobilizações?)** Sim, muito! Nota-se bem um doente que vem de uma noite que dorme bem, que descansa bem de um doente que esteve em delirium durante a noite e que teve que se avançar com medidas farmacológicas para que ele descansa-se, ou seja, para ele não estar em delirium mas no dia seguinte ele não está colaborante. Até porque nós depois sabemos o efeito das benzodiazepinas no tempo com a utilização agressiva das benzodiazepinas. É preciso iniciar um desmame das benzodiazepinas, portanto, tudo vem atrasar a evolução e recuperação do doente.

Entrevista nº: 11

Idade: 41 anos

Habilitações Académicas: Mestrado em Ciências da Enfermagem; Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Especialista

Tempo de Exercício Profissional: 20 anos

Tempo no Serviço: 19 anos

Subquestão nº 1: Como percebem os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

A percepção é que é uma preocupação mas ainda não chegou à fase de efetivação. O facto de muitas vezes diagnosticarmos o delírio/delirium..isso é logo uma primeira confusão entre distinguir delirium e delírio mas será mais a parte de delirium e haverá alguma confusão de diagnóstico. É uma preocupação, muitas das vezes é diagnosticado erradamente, outras vezes é diagnosticado corretamente mas baseado em critérios pouco claros, sabemos que existe a escala, a escala está disponível, não a utilizamos e é um pouco, um bocadito da avaliação subjetivo de cada enfermeiro em função da sua experiência e dos dados que colhe do doente. O que eu posso dizer e resumidamente é uma preocupação dos enfermeiros, eles sabem que têm de investir nessa área mas está a ser muito difícil e noto isso de implementar, através de dados Objetivos, e a partir daí definir, também, algumas estratégias de tratamento e cuidados de enfermagem.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

Pois, é isso. No fundo vai bater naquilo que eu digo. Se perceberes na passagem de informação aos colegas verbal e mais ou menos formal, muitas das vezes, os enfermeiros utilizam a expressão que o doente está em delirium, não sei se é por avaliação sua se é por avaliação por diagnóstico de outro grupo profissional que diz que o doente está claramente em delirium, mas também duvido que eles utilizem dados e utilizem escalas correctamente. Depois a mensagem vai passando só que muitas das vezes não sabemos se é delirium puro ou se agitação ou confusão, desorientação ou simplesmente um efeito secundário de um fármaco isolado. Em tradução, em dados objetivos em sistemas de informação creio que se fizermos aí um apanhado de colheita de dados, acho que iremos ter uma desagradável surpresa porque não temos nada efectivo. Avaliamos a consciência e agitação (como foco de colheita de dados) mas daí a passar ao diagnóstico de delirium ou intervenções específicas para o delirium se tivermos é uma percentagem muitíssimo pequena.

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

A primeira tens logo a comunicação verbal é a primeira. No fundo é estabelecer uma conversa, tentar encontrar dados, ora tentar perceber se realmente é diagnóstico se era uma mera confusão, se é uma desorientação pontual e isso é a nossa primeira

arma e a nossa intervenção de contacto direto com o doente. Depois depende de cada um se quer ir mais além ou não. Pergunta-se se o doente sabe onde está e se o doente diz que está no Algarve muitas das vezes diz-se que está a delirar ou que está confuso e não se faz aquelas etapas todas que estão preconizadas na escala. Intervenção? É tentar explicar ao doente, tentar arranjar estratégias de traze-lo ao espaço e o orientar, tentar minimizar fármacos que possam potenciar o delirium, ajustar os estímulos luminosos, a dinâmica da unidade, respeitar os ritmos de sono..mas depois isto é o acumular de situações que, como nós sabemos, acabam por desgaste do staff ou por estratégias menos corretas da equipa multidisciplinar acabam por mais farmacologia, imobilizações agressivas que secalhar fosse uma preocupação efetiva, secalhar, nós poderíamos ter melhores resultados. **(Quando fala em estratégias farmacológicas, que tripo de fármacos utilizam mais aqui no combate ao delirium?)** A prescrição é médica e aí sim o serviço diferenciou-se, isso já está enraizado na equipa e os enfermeiros estão extremamente sensibilizados para isso, no abolir das benzodiazepinas. No entanto em relação aos outros fármacos não existe uma estratégia concertada e depende de cada médico a sua opção terapêutica. Delirium não é fácil diagnosticar e também não é fácil tratar. E depois doentes que tem antecedentes psicológicos ou psiquiátricos, tem de haver um ajuste criterioso e não se acerta à primeira, tem de haver um acompanhamento, daí a importância de reconhecer isto como um problema e definir uma estratégia para podermos avaliar e termos resultados, porque um doente no primeiro dia é tratado com quetiapina, não resulta passa para clonidina, no terceiro passa para zolpidem, bem...Devemos concertar em equipa e definir uma estratégia para depois podermos avaliar os resultados. Agora, independentemente de cada doente, é um doente e vai reagir de diferente forma independentemente do fármaco.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

As dificuldades são: a escala existe mas também não é assim muito fácil de aplicar, tem muitas etapas e depois para além disso consome muito tempo imprescindível para os enfermeiros fazerem outro tipo de cuidados mas..é mesmo esse. Se nós tivéssemos mais disponibilidade para aplicar escalas corretamente e devidamente, secalhar os resultados seriam outros, agora, nós temos que saltar passos e é uma coisa que é crónica na nossa profissão e temos que nos focar basicamente no essencial, agora independentemente de às vezes não estarmos a agir e daí a pertinência deste estudo no que a melhor evidência diz, mas não dá para tudo. Não

dá. A consciência sim, avaliamos bem. A dor, avaliamos bem, é uma preocupação, falta-nos de facto essa e outras.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

Acho que passa por mais informação e formação. **(Acha que é necessário mais sensibilização para? Certamente numa escala da dor, uma escala de consciência tudo o que for novo no início também há dificuldade.)** Sem dúvida que sim. Agora nós enfermeiros muitas das vezes, não basta estarmos sensibilizados. Até podemos estar sensibilizados mas depois falta o resto e sendo uma profissão muito complexa eu digo que isto é uma área muito nossa e nós devíamos avançar mas eu digo que amanhã um médico prescrever “avaliação do delirium” no dia a seguir o enfermeiro está a fazer e isso para mim é errado por completo. Acho que nós já devíamos ter dado o passo e incorporar como intervenção autónoma de enfermagem, intervenção presente nos nossos planos de cuidados e efetiva-la como um indicador nosso e não estar à espera que sejam outros a fazer e nós vamos fazer porque “tem de ser” e não porque é útil para nós, é útil para nós, os doentes em delirium consomem-nos muito tempo. **(Em termos de horas de cuidados de enfermagem aumentava exponencialmente.)** Eu acho que é mesmo isso. Nós é que temos de dar esse salto porque é crónico na enfermagem. Nós fazemos o trabalho “sujo”, “duro” e depois vem outros...é como a abelha quando se faz os levantes para cadeirão. Quem descobriu que os doentes beneficiavam de levante para cadeirão foi o enfermeiro, quem prescreve é o doutor.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

O espaço físico, ruído, luminosidade, sobretudo isso, acho que é interessante perceber “por dentro” o nível de delirium dos doentes em isolamento ou em open space, fica o desafio.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Pode-se ter múltiplas apresentações. Ele pode estar ,até, super sossegado e estar a delirar.

Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Imensa. Porque um doente em delirium vai consumir muita vezes...um doente que está pronto para sair da unidade, entra em delirium e isso significa, muitas vezes, mais 24 ou 48h de internamento, porque sabemos que o doente não vai compensado e vai para enfermaria, a vigilância é menor e depois lá está, vai se usar fármacos ou outro tipo de estratégias que podem provocar um retrocesso no estado clínico do doente e depois, ainda tem uma agravante, não é só avaliar o delirium é também perceber a causa do delirium. Isto é quase como, desculpa a comparação, mas às vezes a depressão é diagnóstico para tudo e mascara outras coisas que estão para trás e Às vezes o doente está em delirium porque secalhar já está em hipóxia ou já estar com uma complicação intra-abdominal e daí a importância de não só avaliar mas diagnosticar bem e perceber o que está para trás. O doente não só delira porque lhe deram uma benzodiazepina a mais ou porque teve a noite toda acordado. Pode haver ali outros factores predisponentes para potenciar ou não o delirium. Daí acho que se não for tratado, diagnosticado ou, pelo menos, sinalizado pode significar um reinternamento numa unidade de cuidados intensivos ou agravamento de alguma situação.

Entrevista nº: 12

Idade: 40 anos

Habilitações Académicas: Licenciatura em Enfermagem

Habilitações Profissionais: Enfermeiro Generalista

Tempo de Exercício Profissional: 17 anos

Tempo no Serviço: 16 anos

Subquestão nº 1: Como percecionam os enfermeiros a prática da avaliação do delirium na unidade de cuidados intensivos onde exercem funções?

Não existe uma escala direccionada para o delirium, para a avaliação do delirium. Nós o que fazemos é associar a escala de RASS ao delirium consoante a estabilidade do doente, a agressividade ou não, se está calmo, pronto, fazemos isso na escala de RASS. Depois temos ECG mas essa também não contempla o delirium, acho que deveria haver uma escala mais direccionada para avaliação do delirium. **(Mas na sua percepção, existe a avaliação do delirium cá? Daquilo que vê nos turnos, na dinâmica, o delirium é avaliado oficialmente, de uma forma formal? Da mesma maneira que avaliação a ECG, a dor através da escala da dor, o grau de sedação**

através da escala de RASS é avaliado o delirium cá?) Não, não! Nós fazemos uma avaliação, damos o nosso parecer sobre se a pessoa está em delirium ou não, mas formalmente não exista nada que consigamos transcrever.

Subquestão nº 2: Que tipos de registos de enfermagem existem sobre a avaliação do delirium?

É como estava a explicar, associo, por exemplo, a escala de RASS com o delirium ou então, também existe a parte de notas gerais onde podemos descrever o delirium do doente, o tipo de delirium. **(Mas na sua percepção, acha que isso é feito?)** Eu acho...(pausa/indecisão). Tentamos fazer, agora se é de uma forma objectiva, secalhar, é mais difícil.

Subquestão nº 3: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium?

Tentamos contextualizar o espaço, dizer que estão no meio hospitalar, identificar as pessoas que são enfermeiros ou não. Tentar acalma-lo no ambiente em que está e depois aí, caso não seja possível enquadrar o doente dentro daquele ambiente em que está inserido naquele momento, aí temos que pedir a ajuda dos médicos instituir terapêutica de forma a controlar este delirium. **(Quando fala de terapêutica na sua opinião e da realidade que vive, que tipo de fármacos é que são administrados na sua maioria para controlo de delirium?)** Existe a perfusão de dexdor, que neste momento começa a ser mais habitual, até numa fase em que estão sedados e análgeseados, começam a introduzir a perfusão de dexdor para quando fizerem o desmame da sedo-analgesia o doente, apesar do dexdor ter outras valências, controlar essa parte do delirium. O haloperidol, a olanzapina, benzodiazepinas também.

Subquestão nº 4: Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação do delirium?

A não existência de uma escala. Doentes entubados, doentes traqueostomizados. Às vezes entender o que eles querem dizer ou às vezes fazermo-nos entender a nós para eles é um bocadinho difícil. Eu acho que é mais esta barreira, torna mais difícil a avaliação de delirium em determinados doentes. Eu acho que é basicamente isso. **(Relativamente à dinâmica do serviço, à tipologia em termos de rácios, em termos de equipa médica ou relação ou pouca relação que possa existir, acha que isso possa ser um obstáculo à avaliação do delirium?)** É, é! Acho que o rácio não é adequado, não podemos dar secalhar a atenção devida a um doente que está em delirium. Secalhar temos de partir para outro tipo de atitudes mais farmacológicas,

em vez de estarmos a perder, que não é perdermos é investir ali o nosso tempo a tentar acalmar o doente, a dar a entender a situação dele...às vezes é impossível, como temos outros doentes temos de partir para a terapêutica.

Subquestão nº 5: Que estratégias os enfermeiros propõem para a implementação da avaliação do delirium como uma boa prática para a melhoria dos cuidados?

Uma boa estratégia formação dos enfermeiros nesta área do delirium, realização de uma escala adequada à avaliação do delirium e depois, também, um protocolo, se bem que cada doente é um doente, há particularidades de cada um mas um protocolo acho que seria algo que nos ajudaria.

Quais são as características de uma unidade que contribuem de uma forma favorável ou desfavorável para a promoção e a incidência do delirium no doente?

O ruído essencialmente, a luz que temos de trabalhar durante a noite, eu acho que eles durante a noite acabam por ficar um bocadinho mais descompensados nesta parte do delirium, acaba por contribuir. Um quarto de isolado ajuda nesse sentido, secalhar conseguimos minimizar a luz, o ruído, mas por outro lado é mais difícil para nós controlarmos o doente. Há ali uma barreira.

Na sua opinião, como caracteriza, de uma forma geral, um doente em delirium?

Um doente agitado, um doente que tenta sair da cama apesar de nós tentarmos comunicar com ele parece não atender, fica mais agressivo. Por vezes tem um olhar vago, faz uma mimica labial que dá a entender que está a falar com alguém **(alucinações?)** sim, alucinações.

Qual é a perceção do impacto que o delirium tem na evolução do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos?

Eu acho que acaba por atrasar um bocadinho a alta do doente, atrapalha ali um bocadinho o desmame de sedo-analgésia o que prolongo o tempo de internamento a nível de cuidados intensivos. Intensivos, intermédios e acarreta custos.

APÊNDICE IV – MATRIZ DE ANÁLISE

Exemplo de Matriz de Análise

Tema:

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo

APÊNDICE V – TRANSCRIÇÃO DOS REGISTOS ANALISADOS

Registo: 1

Sexo: Masculino

Idade: 83 anos

Diagnóstico: Bronquite Aguda devido a microorganismo não específico

Antecedentes: Insuficiência Cardíaca; Estenose aórtica severa; Doença coronária; AVC Isquémico; HTA; DM Tipo 2; Dislipidemia; DRC; Epilepsia Vascular; Síndrome Parkinsónica

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 14-15

Data de Internamento: 13/01/2022

Data da alta: 14/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 14 dias (Registo dos primeiros 5 dias e do 10º)

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala de RASS	
1	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X

		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 2

Sexo: Masculino

Idade: 46 anos

Diagnóstico: Pneumonia Covid-19

Antecedentes: Dislipidemia; Esteatose Hepática

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5 a +2

Data de Internamento: 13/01/2022

Data da alta: 18/04/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 31 dias (Registos dos primeiros 5, 10º, 15º, 20º, 25º, 30º)

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
2	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X

	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X
	G	M			X
		T			X
		N			X
	H	M			X
		T			X
		N			X
	I	M			X
		T			X
		N			X
	J	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 3

Sexo: Feminino

Idade: 66 anos

Diagnóstico: Pneumonia da Comunidade

Antecedentes: DM 2; Dislipidemia

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 0 / 15

Data de Internamento: 17/01/2022

Data da alta: 03/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 3 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
3	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 4

Sexo: Masculino

Idade: 56 anos

Diagnóstico: Choque Cardiogénico

Antecedentes: Cardiopatia Isquémica; FA Hipocoagulado; Tabagismo activo; DAP;
Hábitos etílicos pesados

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 14-15

Data de Internamento: 30/01/2022

Data da alta: 15/05/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 31 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
4	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X

		T			X
		N			X
	G	M			X
		T			X
		N			X
	H	M			X
		T			X
		N			X
	I	M			X
		T			X
		N			X
	J	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 5

Sexo: Feminino

Idade: 66 anos

Diagnóstico: Insuficiência Respiratória Hipoxémica

Antecedentes: **Neoplasia** maligna da mama direita; HTA; Vitiligo; Pitiríase Versicolor; Litíase Renal; Histerectomia Total com Anexotomia

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -3 / 0

Data de Internamento: 03/02/2022

Data da alta: 10/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 10 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
5	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 6

Sexo: Masculino

Idade: 32 anos

Diagnóstico: Embolia Pulmonar

Antecedentes: Uveíte anterior do olho esquerdo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 07/02/2022

Data da alta: 16/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 16 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
6	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X

		N			X
	G	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 7

Sexo: Feminino

Idade: 35 anos

Diagnóstico: Pneumonia Covid-19

Antecedentes: Sem antecedentes

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 14/02/2022

Data da alta: 04/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 4 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
7	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 8

Sexo: Feminino

Idade: 29 anos

Antecedentes: Défice Cognitivo com comportamento auto e hétero-agressivo;
Laparotomia exploradora + colectomia total terminal por oclusão intestinal + isquemia intestinal após ingestão corpo estranho

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 14/02/2022

Data da alta: 18/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 18 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
8	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X

	G	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 9

Sexo: Masculino

Idade: 65 anos

Diagnóstico: Pneumonia Covid-19

Antecedentes: DM2; Dislipidemia; Ex-fumador; Obesidade; DRC; Transplante Cardíaco; Tuberculose Latente; Doença Cerebrovascular; Anemia Crónica; Colite Colagenase; Osteoporose; Síndrome Depressivo; Litíase Renal

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -2 /+1 ; 15

Data de Internamento: 20/02/2022

Data da alta: 03/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 3 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
9	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 10

Sexo: Masculino

Idade: 45 anos

Diagnóstico: Paragem Cardiorrespiratória

Antecedentes: Debilidade Intelectual; Alterações comportamento seguido em Psiquiatria; HTA; Hipotiroidismo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5

Data de Internamento: 25/02/2022

Data da alta: 02/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 2 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
10	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 11

Sexo: Feminino

Idade: 45 anos

Diagnóstico: Hemorragia Digestiva Alta

Antecedentes: HTA; Dislipidemia; Adenocarcinoma Pulmonar; Gastropatia eritematosa; EAM Sem supra ST; Estenose aórtica; DRC; Tuberculose

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 25/02/2022

Data da alta: 02/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 2 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
11	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 12

Sexo: Masculino

Idade: 65 anos

Diagnóstico: Pneumonia da Comunidade

Antecedentes: Fumador: Hábitos Etílicos; Pneumonia em 2006

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/-1 ; 15

Data de Internamento: 27/02/2022

Data da alta: 09/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 9 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
12	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 13

Sexo: Masculino

Idade: 70 anos

Diagnóstico: Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxémica

Antecedentes: DM2; Retinopatia Diabética; Doença Cerebrovascular; HTA; Dislipidemia; Síndrome Depressivo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 28/02/2022

Data da alta: 07/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI: 7 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
13	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 14

Sexo: Masculino

Idade: 69 anos

Diagnóstico: Abscesso Parafaríngeo

Antecedentes: HTA; Dislipidemia; Obesidade; Hiperuricemia

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/0; 15

Data de Internamento: 01/03/2022

Data da alta: 13/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 13 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
14	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 15

Sexo: Masculino

Idade: 80 anos

Diagnóstico: Hemorragia Digestiva Alta

Antecedentes: HTA; Hiperuricemia; DRC; Pacemaker definitivo; DPOC/Asma;
Linfoma Não-Hodgin; Artrite gotosa; Anemia; Nódulos tiroideus; Hepatopatia crónica

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 14-15

Data de Internamento: 01/03/2022

Data da alta: 08/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 7 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
15	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 16

Sexo: Masculino

Idade: 85 anos

Diagnóstico: Obstrução Intestinal

Antecedentes: IC de etiologia isquémica; EAM em 2003; Doença respiratória crónica; DPOC; SAOS; Ex-fumador; DRC; HTA; Dislipidemia; Sinais de enfisema centrilobular;

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5

Data de Internamento: 02/03/2022

Data da alta: 03/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 1 dia

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
16	A	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 17

Sexo: Masculino

Idade: 82 anos

Diagnóstico: Síndrome coronário agudo sem supra ST

Antecedentes: HTA; DM2; Dislipidemia; Estenose aórtica grave; DRC; Hipotireoidismo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 03/03/2022

Data da alta: 04/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 1 dia

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
17	A	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 18

Sexo: Masculino

Idade: 61 anos

Diagnóstico: Pós-Operatório Embolização Arterial

Antecedentes: HTA; DM2; Dislipidemia; Alcoolismo crónico; cardiopatia; Neoplasia rim esquerdo; Síndrome depressivo; Hernioplastia inguinal direita; Hemi-tiroidectomia direita;

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 03/03/2022

Data da alta: 04/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 1 dia

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	

18	A	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 19

Sexo: Feminino

Idade: 56 anos

Diagnóstico: Hemorragia Subaracnoideia (HSA)

Antecedentes: Tabagismo; Etilismo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: sem registo (doente foi à radiologia de intervenção e de seguida foi transferida de serviço)

Data de Internamento: 04/03/2022

Data da alta: 04/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 1 dia

Sem qualquer registo no B-Simple.

Registo: 20

Sexo: Masculino

Idade: 86 anos

Diagnóstico: Agudização da DPOC

Antecedentes: Estenose aórtica severa; Ex-fumador; Alcoolismo crónico; DM2; HTA; Dislipidemia; DRC; Apendicectomia; Hernioplastia

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 14-15

Data de Internamento: 05/03/2022

Data da alta: 08/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 3 dia

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
20	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 21

Sexo: Feminino

Idade: 62 anos

Diagnóstico: Pielonefrite

Antecedentes: Infecção HIV; HTA; Obesidade classe 3; Dislipidemia; Nefrolitíase esquerda; Hiperparatireoidismo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 05/03/2022

Data da alta: 07/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 2 dia

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
21	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 22

Sexo: Masculino

Idade: 59 anos

Diagnóstico: Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxémica

Antecedentes: Ex-fumador; Ex-toxicodependente; EX-alcoólico; DM2: Úlcera Péptica

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/-3; 15

Data de Internamento: 05/03/2022

Data da alta: 16/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 11 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
22	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 23

Sexo: Masculino

Idade: 52 anos

Diagnóstico: Choque Cardiogénico

Antecedentes: Depressão; HBP; HTA; Dislipidemia; Nefropatia Diabética; Obesidade;

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/-2

Data de Internamento: 08/03/2022

Data da alta: 04/04/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 23 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
23	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X
	G	M			X

		T			X
		N			X
	H	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 24

Sexo: Masculino

Idade: 75 anos

Diagnóstico: Pneumonia

Antecedentes: HTA; Dislipidemia; DM; Ex-fumador; Hiperuricemia; Doença arterial periférica membro inferior direito; Transplante renal; Gastrite; Fratura ombro esquerdo; IC

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 08/03/2022

Data da alta: 15/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 7 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
24	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 25

Sexo: Feminino

Idade: 62 anos

Diagnóstico: Choque Séptico

Antecedentes: sem referência a antecedentes

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 14-15

Data de Internamento: 09/03/2022

Data da alta: 12/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 4 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
25	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 26

Sexo: Feminino

Idade: 27 anos

Diagnóstico: Enfisema Subcutâneo

Antecedentes: sem referência a antecedentes

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 09/03/2022

Data da alta: 10/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 2 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
26	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 27

Sexo: Feminino

Idade: 64 anos

Diagnóstico: Pneumonia Covid-19

Antecedentes: Transplante Renal; Dislipidemia; HTA; Ex-fumadora; Excesso de peso; Cardiopatia isquémica; Bradicardia (Pacemaker); Asma; Hiperparatiroidismo; Hérnia Hiato

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 10/03/2022

Data da alta: 17/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 7 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
27	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 28

Sexo: Feminino

Idade: 74 anos

Diagnóstico: Epilepsia

Antecedentes: Depressão; Dislipidemia; HTA; Nódulo Tiróide

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 13-15

Data de Internamento: 10/03/2022

Data da alta: 11/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 1 dia

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
28	A	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 29

Sexo: Masculino

Idade: 67 anos

Diagnóstico: Pneumonia Covid-19

Antecedentes: Transplante Renal; Adenocarcinoma Gástrico; Doença arterial periférica; AVC; Colectomia; Gastropatia Erosiva

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/-4

Data de Internamento: 10/03/2022

Data da alta: 12/05/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 21 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
29	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X

	G	M			X
		T			X
		N			X
	H	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 30

Sexo: Masculino

Idade: 53 anos

Diagnóstico: Trauma Membros Inferiores

Antecedentes: Miocardiopatia; IC; Pólipos Cólon; Coroidose miópica; Cataratas

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 11/03/2022

Data da alta: 13/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 3 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
30	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 31

Sexo: Masculino

Idade: 54 anos

Diagnóstico: Choque Cardiogénico

Antecedentes: Obesidade; Mal formação membro superior esquerdo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/0; 15

Data de Internamento: 11/03/2022

Data da alta: 16/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 5 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
31	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 32

Sexo: Feminino

Idade: 77 anos

Diagnóstico: Hemorragia Intracraniana Espontânea

Antecedentes: Depressão; Hipotireoidismo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/0

Data de Internamento: 12/03/2022

Data da alta: 30/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 18 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
32	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X
	G	M			X

		T			X
		N			X

Registo: 33

Sexo: Feminino

Idade: 75 anos

Diagnóstico: Insuficiência Respiratória Aguda

Antecedentes: HTA; Dislipidemia; Obesidade; Insuficiência Renal Crónica; Nódulos tiroideus; Bexiga Hiperdinamica; Correção incontinência fecal

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -1/0; 14-15

Data de Internamento: 13/03/2022

Data da alta: 15/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 3 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
33	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 34

Sexo: Masculino

Idade: 40 anos

Diagnóstico: Epistaxis

Antecedentes: Infecção VHC; Tuberculose latente; Parkinsonismo; Doença Cerebrovascular; Esquizofrenia; TCE

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/0

Data de Internamento: 13/03/2022

Data da alta: 17/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 5 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
34	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 35

Sexo: Feminino

Idade: 86 anos

Diagnóstico: Insuficiência Vascular Aguda Intestinal

Antecedentes: Demência; Doença Cerebro-vascular; Meningiomas

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -3/13-15

Data de Internamento: 15/03/2022

Data da alta: 19/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 5 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
35	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 36

Sexo: Masculino

Idade: 72 anos

Diagnóstico: Hemorragia Digestiva Alta

Antecedentes: HBP; HTA: Patologia Osteoarticular Coluna

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 15/03/2022

Data da alta: 16/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 2 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
36	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 37

Sexo: Feminino

Idade: 21 anos

Diagnóstico: Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxémica

Antecedentes: DM 1; Osteossíntese Cúbito Esquerdo

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/-1

Data de Internamento: 16/03/2022

Data da alta: 02/05/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 15 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
37	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X
	G	M			X
		T			X

		N			X
--	--	---	--	--	---

Registo: 38

Sexo: Feminino

Idade: 81 anos

Diagnóstico: Pneumonia

Antecedentes: Presbiacusia; Diverticulo Esofágico; Gastropatia Erosiva; Doença vascular periférica; Síndrome vertiginoso; Depressão; HTA; Dislipidemia

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 16/03/2022

Data da alta: 22/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 7 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
38	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registro: 39

Sexo: Masculino

Idade: 58 anos

Diagnóstico: Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica

Antecedentes: HTA; Dislipidemia; Ex-fumador; Glaucoma; Patologia Valvular aórtica; Colestase Ligeira

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/-3

Data de Internamento: 17/03/2022

Data da alta: 04/05/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 14 dias

Registro nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
39	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 40

Sexo: Masculino

Idade: 77 anos

Diagnóstico: Insuficiência Renal Aguda

Antecedentes: IC; HTA; DM 2; Dislipidemia; Obesidade; BAV 1º Grau; DPOC; FA Hipocoagulado; Hérnia do hiato; Gastrite crónica; Psoríase; Pólipos e diverticulose

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/+1

Data de Internamento: 17/03/2022

Data da alta: 28/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 14 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
40	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X
	F	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 41

Sexo: Masculino

Idade: 58 anos

Diagnóstico: Falência Respiratória

Antecedentes: Carcinoma epidermóide do seio piriforme

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/0; 15

Data de Internamento: 18/03/2022

Data da alta: 21/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 4 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
41	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 42

Sexo: Feminino

Idade: 48 anos

Diagnóstico: Hipercalcemia

Antecedentes: HTA; Dislipidemia; Litíase Renal – Colocação Duplo JJ

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: 15

Data de Internamento: 20/03/2022

Data da alta: 21/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 1dia

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
42	A	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 43

Sexo: Masculino

Idade: 82 anos

Diagnóstico: Choque Séptico

Antecedentes: HTA; Pacemaker definitivo; Doença Diverticular Cólon; IC; Prótese total joelho direito; Ex-fumador; Cistite;

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/-3

Data de Internamento: 20/03/2022

Data da alta: 07/04/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 11 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
43	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 44

Sexo: Masculino

Idade: 79 anos

Diagnóstico: Epilepsia Convulsiva Generalizada

Antecedentes: Neoplasia Pulmonar; HBP; Nódulo Renal Esquerdo; Hipoacúsia

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/+2; 13-14

Data de Internamento: 21/03/2022

Data da alta: 27/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 7 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
44	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 45

Sexo: Feminino

Idade: 61 anos

Diagnóstico: Choque Séptico

Antecedentes: Doença Diverticular; Diverticulose sigmóide; Doença Bipolar; HTA; Dislipidemia

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/+1

Data de Internamento: 21/03/2022

Data da alta: 30/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 7dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
45	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X
	E	M			X
		T			X
		N			X

Registo: 46

Sexo: Masculino

Idade: 55 anos

Diagnóstico: Paragem Cardiorrespiratória

Antecedentes: Tabagismo; Hábitos alcoólicos moderados; Hérnia Discal L5-S1

RASS (Mínimo e máximo) / ECG: -5/-4

Data de Internamento: 21/03/2022

Data da alta: 24/03/2022

Nº Dias de Internamento na UCI sujeitos a análise: 4 dias

Registo nº	Dia	Turno	Existência de Registos		Ausência de Registos
			Notas Gerais	Indexado à Escala RASS	
46	A	M			X
		T			X
		N			X
	B	M			X
		T			X
		N			X
	C	M			X
		T			X
		N			X
	D	M			X
		T			X
		N			X

**ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE SUBMISSÃO DO ESTUDO AO PRESIDENTE DA
COMISSÃO DE ÉTICA**



Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica: contributo para a melhoria

Nome do investigador: Anabela dos Santos Vieira

Endereço eletrónico: anabela_s_v@hotmail.com

Contacto telefónico: 912767593

Caracterização da investigação:

Estudo retrospectivo

Estudo observacional

Estudo prospetivo

Inquérito

Outro. Qual? Descritivo com abordagem qualitativa

Tipo de investigação:

Com intervenção

Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): Sim Não

Promotor (se aplicável): Não aplicável

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Professora Maria do Céu Carrageta

Endereço eletrónico: mceu@esenfc.pt

Local/locais onde se realiza a investigação: Serviço de Medicina Intensiva 6

Data prevista para início: 01 / 06 / 2022

Data prevista para o término: 01 / 08 / 2022

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

- Descrever a perceção dos enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica;
- Identificar registos de avaliação do delirium à pessoa em situação crítica pelos enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos;
- Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros em situações de delirium à pessoa em situação crítica;
- Identificar dificuldades percebidas pelos enfermeiros na avaliação do delirium à pessoa em situação crítica;
- Identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros para a avaliação do delirium à pessoa em situação crítica.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos):

A avaliação do delirium da pessoa em situação crítica é uma prática pouco metódica, pelo que, é importante proceder à sua avaliação de forma a reunir informação que me permita promover a definição de normas e procedimentos sistematizados para a avaliação do delirium e assim contribuir para a melhoria da prática obtendo ganhos em saúde.
O presente estudo não acarretará riscos para os enfermeiros.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

A anonimização dos dados recolhidos será mantida, não fazendo menção de nomes e dos dados que identifiquem os enfermeiros. Irei remeter-me à identificação, caso existam, dos registos de enfermagem sobre a avaliação do delirium. As declarações feitas pelos

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico? Sim Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes? Sim Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização? Sim Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: Sim Não Voluntários saudáveis: Sim Não

Menores de 18 anos: Sim Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: Sim Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: Sim Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

Existe informação escrita aos participantes: Sim Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

Investigador Promotor Ambos Serviço onde é realizado

Não aplicável Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Com o conhecimento da percepção dos enfermeiros relativamente à avaliação do delirium na pessoa em situação crítica, internada nos cuidados intensivos, podemos adoptar intervenções de enfermagem de forma a minimizar a incidência e a prevalência do delirium.

Riscos/incómodos previsíveis:

A realização do estudo em causa não pressupõe quaisquer riscos para os participantes.

São dadas contrapartidas aos participantes:

· pela participação Sim Não Não aplicável

· pelas deslocações Sim Não Não aplicável

· pelas faltas ao emprego Sim Não Não aplicável

· por outras perdas e danos Sim Não Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

Investigador Promotor Serviço onde é realizado

Não aplicável Outro: _____

Existe protocolo financeiro? Sim Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- Protocolo do estudo
- Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- Profissional de ligação
- Informação dos orientadores
- Informação ao participante
- Modelo de consentimento
- Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): Guião de Entrevista
- Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- Protocolo financeiro
- Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 04 de Março de 2012

Nome legível: Arabela dos Santos Vieira

Arabela Vieira
assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ FMUP

Emitido na reunião plenária da CE de ____ / ____ / ____

**ANEXO II – REQUERIMENTO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO**



n.º _____ / _____

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:

Anabela dos Santos Vieira

Título da Investigação:

Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delírium à pessoa em
situação crítica: contributos para a melhoria de cuidados

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Medicina Intensiva 6

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autoriza-
ção para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro
Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investi-
gação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 04 de Março de 2022 . Anabela S. Vieira
assinatura

**ANEXO III – PEDIDO DE REUTILIZAÇÃO DE REGISTOS CLÍNICOS PARA
INVESTIGAÇÃO**

2.2. Entidade(s) que tutela(m) a investigação

Centro Hospitalar de São João

Serviço:

Premir Esc para sair do ecrã inteiro

Universidade do Porto

Faculdade / Instituto:

Outra Instituição. Qual? Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Há alguma parceria entre instituições?

Não

Sim.

Qual(is)? Formação de Enfermeiros em formação Pós-Graduada

2.3. Orientador Se Aplicável

Contacto telefónico 9 6 9 4 5 2 3 1 3

Endereço eletrónico mceu

@ esenfc.pt

2.4. Título provisório

Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica: contributos para a melhoria de cuidados

Deverá posteriormente indicar o título definitivo para emissão do Certificado de Reutilização pelo RAI - Data REuse Certificate for Research - DARE através dos contactos disponíveis no fim deste formulário.

2.5. Acesso requerido

Ficheiro

Descrição do património informacional a que pretende ter acesso, identificando a informação a obter, i.e. nome, morada, diagnóstica, idade, códigos dos distritos, entre outros.

Consulta de processos clínicos em ambiente papel:

Bloco

Consulta Externa

Hospital de Dia

Internamento

MCDT

Urgência

Deverá anexar ficheiro(s) contendo a identificação do pretendido, i.e. números de processos, episódios, números de utente, entre outros.

Anexar ficheiro no ato de envio

Consulta de registos clínicos eletrónicos

Especificar os Sistemas de Informação:

B-Simple

Data previsível de fim de utilização das credenciais de acesso 2 0 2 2 - 3 0 - 0 4

Outro Acesso. Qual?

2.3. Pareceres e Autorizações

Autorização da Hierarquia

Protocolo Científico Aprovado¹

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES)¹

Parecer do Centro de Epidemiologia Hospitalar¹

Deverá anexar ficheiro(s) contendo cópia dos documentos referentes às opções selecionadas.

Anexar ficheiro no ato de envio

¹ Obrigatório quando aplicável.

3. Observações Preenchimento Facultativo

4. Aceitação dos Termos e Condições da Reutilização

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da lei já citada (n.º 2 e 3 do art.º 21 e o n.º 1 e 2 do art.º 12, ambos da Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto) ao submeter o presente pedido concordo e fico ainda vinculado, juridicamente, aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Após explicação do RAI do CHUSJ, embora a Lei 26/2016, de 22 de agosto, imponha como requisito a anonimização sem possibilidades de reversão, tal desiderato, é não só uma impossibilidade matemática já comprovada, como ainda resulta num prejuízo para a investigação, face à quantidade e qualidade da informação a retirar à fonte, razão pela qual, concordando com o RAI, assumimos como compromisso a pseudo-anonimização, o que impõe uma avaliação e gestão do risco, num quadro ético-jurídico que aceitamos e nos comprometemos a colaborar;
- Não vou elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Além do presente pedido para reutilizar registos clínicos, dirigido ao RAI, comprometo-me a obter os necessários pareceres quer do Encarregado da Proteção de Dados, quer da Comissão de Ética do Hospital, quer ainda do Centro de Epidemiologia Hospitalar;
- Comprometo-me a citar as fontes, sempre que publicitar o trabalho de investigação, independentemente de requerer a Certidão de Reutilização (DataREUseCertificate for Research - DARE).
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, resultará no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.

5. Decisão do investigador sobre requerer a DataREUse Certificate for Research - DARE Preenchimento Obrigatório

- Pretendo desde já requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consulte em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/710>.
- Não pretendo requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consulte em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/710>.

Na circunstância do requerente não indicar nenhuma opção, presumimos que pretende requerer o DARE.

6. Assinatura

Nota 1: Se o presente pedido for submetido eletronicamente ou for assinado digitalmente, ou posteriormente versar ao Centro Hospitalar de São João, não existe o seu documento de identificação pessoal ou no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação expressa do seu consentimento envio cópia do referido documento; neste caso, concluído o processo ser-lhe-á devolvido ou eliminada a cópia do documento de identificação pessoal, conforme as indicações que dá.

Nota 2: Se o presente pedido for entregue presencialmente, assinou e existe o documento de identificação o que

Data | 2 | 0 | 2 | 2 | - | 0 | 3 | - | 0 | 4 |


Investigador Principal

Em caso de dúvida no preenchimento contacte através dos endereços eletrónicos
rai@reutilizacao.id@chsj.min-saude.pt ou ruigulmaraos@chsj.min-saude.pt
ou pelos números de telemóvel 962 204 194 ou 918 880 299

SUBMITER

ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO



SÃO JOÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seul 2008; Portaleza 2013)

Designação do Estudo (em português)

A presente investigação surge no âmbito da Dissertação inserida no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cuja questão central é "Qual a perceção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica".

Confirmo que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: Não Sim (Nº de páginas 1 _____)

O Investigador responsável

Nome: Anabela Santos Vieira

legível

Anabela Vieira
assinatura

Identificação do participante

Nome: _____

BI/CC nº: _____

Participante/Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ___/___/___

assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC nº: _____

Grau de parentesco: _____

Data: ___/___/___

assinatura

ANEXO V – AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Centro de Epidemiologia Hospitalar
Tornar conhecido. Nada a opor. À DC.
09 de Junho de 2022
A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar
(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



14.6.2022
n.º 67/22

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:
Anabela dos Santos Vieira

Título da Investigação:

Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delirium à pessoa
em situação crítica: contributos para a melhoria de cuidados

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:
Medicina Intensiva 6

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa, na qualidade de Investigador/Promotor, autoriza-
ção para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro
Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investi-
gação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 04 de Março de 2022. Anabela dos Santos Vieira



Encarregada
de Proteção de Dados
Data Protection Officer

Entrada 06/06/2022

Centro Hospitalar São João
Centro de Epidemiologia Hospitalar

14.6.2022

01-00000000



Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infrascrita, solicito a V. Exa. na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica: contributo para a melhoria

Nome do investigador: Anabela das Sintas Veira

Endereço eletrónico: anabela_s_v@hotmail.com

Contacto telefónico: 912763998

Caracterização da investigação:

- Estudo retrospectivo Estudo observacional Estudo prospetivo
 Inquérito Outro, Qual? Descritivo com abordagem qualitativa

Tipo de investigação:

- Com intervenção Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): Sim Não

Promotor (se aplicável): Não aplicável

Nome do orientador de dissertação/base (se aplicável): Professora Maria do Céu Carageta

Endereço eletrónico: mcv@eseft.pt

Local/locais onde se realiza a investigação: Serviço de Medicina Intensiva G

Data prevista para início: 01 / 04 / 2022

Data prevista para o término: 01 / 05 / 2022

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

- Descrever a perceção dos enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica;
- Identificar registos de avaliação do delírium à pessoa em situação crítica pelos enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos;
- Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros em situações de delírium à pessoa em situação crítica;
- Identificar dificuldades percebidas pelos enfermeiros na avaliação do delírium à pessoa em situação crítica;
- Identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros para a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos)

A avaliação do delírium da pessoa em situação crítica é uma prática pouco metódica, pelo que, é importante proceder à sua avaliação de forma a reunir informação que me permita promover a definição de normas e procedimentos sistematizados para a avaliação do delírium e assim contribuir para a melhoria da prática obtendo ganhos em saúde.

O presente estudo não acarreta riscos para os enfermeiros.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

A anonimização dos dados recolhidos será realizada, não fazendo menção de nomes e dos dados que identifiquem os enfermeiros. Incl remeter-me à identificação, caso existam, dos registos de enfermagem sobre a avaliação do delírium.

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico? Sim Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes? Sim Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização? Sim Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: Sim Não Voluntários saudáveis: Sim Não

Menores de 18 anos: Sim Não

Outras pessoas sem capacidade de exercício de autonomia: Sim Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: Sim Não

Se não, referir qual o fundamento para a inscrição:

Existe informação escrita aos participantes: Sim Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

Investigador Promotor Ambos Serviço onde é realizado

Não aplicável Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previstos:

Com o conhecimento da percepção dos enfermeiros relativamente à avaliação do delírium na pessoa em situação crítica, integrada nos cuidados intensivos, podemos adaptar intervenções de enfermagem de forma a minimizar a incidência e a prevalência do delírium.

Riscos/incómodos previstos:

A realização do estudo em si não pressupõe qualquer risco para os participantes.

São dadas contrapartidas aos participantes:

- pela participação Sim Não Não aplicável

- pelas deslocações Sim Não Não aplicável

- pelas faltas ao emprego Sim Não Não aplicável

- por outras perdas e danos Sim Não Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

Investigador Promotor Serviço onde é realizado

Não aplicável Outro: _____

Existe protocolo financeiro? Sim Não

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- Protocolo do estudo
- Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(se for um estudo no área de enfermagem deve anexar também concordância do chefe de enfermagem)
- Profissional de ligação
- Informação dos orientadores
- Informação ao participante
- Modelo de consentimento
- Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.) Sala de Entrevista
- Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- Protocolo financeiro
- Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1964 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Ormskirk e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Firma da de Março de 2022

Nome legível: Adriana dos Santos Vieira

Adriana dos Santos Vieira
Médica

Pavão da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ FMSP

Enviado ao serviço de ética da CES de 18/03/2022

Aguardar Aclamação.

[Assinatura]
Prof. Doutor Vítor Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Centro Hospitalar São João

OPORTUNIDADE DE FORMAR (COM) PARCEIRAS OS
BENEFICIÁRIOS PRESTADOS PELOS
MÉDICOS DOCS. A CES APOIA A INVESTIGAÇÃO
PARCEIRO RELATA PELO QUE BASTA TER A OPÇÃO
BENEFICIÁRIOS PRESTADOS PELOS INVESTIGADORES.

Prof. Doutor Vítor Almeida
Presidente da Comissão de Ética

01.06.2022

[Assinatura]



Pedido de Reutilização de Registos Clínicos para Investigação e Desenvolvimento (I&D)

Exmo. Senhor
Responsável pelo Acesso à Informação
(Anexo 8.º de Lei n.º 25/2008 de 22 de agosto)
Dr. Rui de Vasconcelos Guimarães



AUTORIZAÇÃO
Dr. Rui de Vasconcelos Guimarães
08/06/2022

Número do Pedido

2121010701317
A preencher pelo solicitante após a MI

1. Identificação do(s) Investigador(es) (Investigador Principal)

1.1. Investigador Principal (O caso de haver mais do que um investigador principal, preencher para todos)

Nome Anabela dos Santos VieiraContacto telefónico 91127187593Endereço eletrónico anabela_s_v@hotmail.com

1.2. Investigador(es) Associado(s)

Número Total:

Nome _____

Contacto telefónico _____

Endereço eletrónico _____ @ _____

Nome _____

Contacto telefónico _____

Endereço eletrónico _____ @ _____

Nome _____

Contacto telefónico _____

Endereço eletrónico _____ @ _____

1.3. Afiliação Institucional do Investigador Principal

1.3.1. Grupo Profissional

Médico(a) Enfermeiro(a) Docente Estudante
 Outro: Qual? _____

1.3.2. Documento de identificação pessoal ou profissional

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Cédula Profissional
 Cartão de Docente Cartão de Estudante Outro: Qual? _____

Número do Documento 72468

2. Enquadramento e Identificação do Trabalho de Investigação e Desenvolvimento (Investigador Principal)

2.1. Enquadramento da Investigação

Projeto ou trabalho académico de investigação e desenvolvimento

Não conferido de grau
 Conferido de grau: Licenciatura Mestrado Doutoramento



2.2. Entidade(s) que tutela(m) a investigação

Centro Hospitalar de São João

Serviço: _____

Universidade do Porto

Faculdade/Instituto: _____

Outra Instituição. Qual? Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Há alguma parceria entre instituições?

Não

Sim. Qual(is)? Formação de Enfermeiros em formação Pós-Graduada

2.3. Orientador (de Aplicação)

Contacto telefónico 9 6 9 4 5 2 3 1 3 | | | | | | | | | |

Endereço eletrónico mcbu @ esenfc.pt

2.4. Título provisório

Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delírium à pesada em situação crítica: contributos para a melhoria de cuidados

Deverá posteriormente indicar o título definitivo para emissão do Certificado de Restituição pela RAJ - Data Release Certificate for Research - DARR através dos contactos disponíveis no fim deste formulário.

2.5. Acesso requerido

Ficheiro

Descrição do património informacional o que pretende ter acesso, identificando a informação o sobre, i.e. nome, morada, diagnóstico, idade, código dos doentes, entre outros.

Consulta de processos clínicos em ambiente papel:

Risco

Consulta Externa

Hospital de Dia

Internamento

MCDT

Urgência

Deverá anexar ficheiro(s) contendo a identificação do pretendido, i.e. números de processos, episódios, números de utentes, entre outros.

[@esep@esenfc.pt](#)

Consulta de registos clínicos eletrónicos

Especificar os Sistemas de Informação

B-Simple

Data provisória de fim de utilização das credenciais de acesso 2 0 2 2 | 3 0 | 0 4

Outro Acesso. Qual?

2.3. Pareceres e Autorizações

Autorização da Hierarquia

Protocolo Científico Aprobado¹

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES)¹

Parecer do Centro de Epidemiologia Hospitalar¹

Deverá anexar ficheiro(s) contendo cópia dos documentos referentes às opções selecionadas.

[@esep@esenfc.pt](#)

3. Observações Prezado(a) Investigador(a)

4. Aceitação dos Termos e Condições da Reutilização

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da lei já citada (n.º 2 e 3 do art.º 21 e o n.º 1 e 2 do art.º 12, ambos da Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto) ao submeter a presente pedido concordo e fico ainda vinculada, juridicamente, aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Após exploração do RAI do CHUSI, embora a Lei 26/2016, de 22 de agosto, imponha como requisito a anonimização sem possibilidades de reversão, tal desiderato, é não só uma impossibilidade matemática já comprovada, como ainda resulta num prejuízo para a investigação, face à quantidade e qualidade da informação a retirar à fonte, sendo pela qual, concordando com o RAI assinamos como compromisso a pseudo-anonimização, o que impõe uma avaliação e gestão do risco, num quadro ético-jurídico que aceitamos e nos comprometemos a colaborar;
- Não vou elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Comprometo-me a consultar os processos cíveis nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Além do presente pedido para reutilizar registos clínicos, dirigido ao RAI, comprometo-me a obter os necessários pareceres quer do Encarregado da Proteção de Dados, quer da Comissão de Ética de Hospital, quer ainda do Centro de Epidemiologia Hospitalar;
- Comprometo-me a citar as fontes, sempre que publicar o trabalho de investigação, independentemente de requerer a Certidão de Reutilização (DataREUseCertificate for Research - DARE);
- Tendo conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, resultará no aguçamento de responsabilidades disciplinares, civis e penais e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.

5. Decisão do investigador sobre requerer a DataREUse Certificate for Research - DARE Prezado(a) Investigador(a)

Pretendo desde já requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consultei em <http://portal-chaj.min-saude.pt/pagae/710>.

Não pretendo requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consultei em <http://portal-chaj.min-saude.pt/pagae/710>.

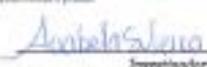
No circunstância de requerente não indicar nenhuma opção, pressupõe-se que pretende requerer o DARE.

6. Assinatura

Nota 1: A presente petição foi eletronicamente assinada por assinatura digital qualificada de poder outorgante no(s) Centro Hospitalar de São João (CHSJ) e seu documento de identificação (certificado de identidade digital) e/ou assinatura eletrónica de poder outorgante de uma entidade outorgante, inscrita e registada no BSI e inscrita no Livro Único Registado de Assinaturas eletrónicas de poder outorgante de uma entidade outorgante.

Nota 2: A presente petição foi eletronicamente assinada no(s) Centro de Identificação equestre (CEI) e seu documento de identificação (certificado de identidade digital) e/ou assinatura eletrónica de poder outorgante de uma entidade outorgante.

Data: 20/2/2023 - 03 - 04


Investigador Principal

Em caso de dúvida ou necessidade de contacto através dos endereços eletrónicos
 reutilizacao.hospital@chaj.min-saude.pt ou reutilizacao.cei@chaj.min-saude.pt
 ou pelos números de telefone 962 204 154 ou 910 890 299





ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (EPD)
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE S. JOÃO, EPE

Paulo Alexandre Mota da Silva
Encarregado de Protecção de Dados do CHUSJ
pam@chusj.com.sau.pt

001.025.0610/ 07 / 2022

Título do Projeto

Percepção de enfermeiros sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica: construtos para a melhoria dos cuidados.

Responsável pelo tratamento

Anabela dos Santos Vieira

Instituição

Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEF)

Investigador

Interno

Externo

Contacto telefónico

912767593

Endereço Electrónico

av01473@chusj.minho.gov.pt

Profissional de Ligação

Não aplicável

Anonimato

50 a 100

Análise de Risco

Tolerável

Baixo

Elevado

Muito Elevado

Parâmetro do EPD:

Data: 01/06/2022

Finalidade: conhecer a percepção de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica.

Utilidade: fundamento previsto no artigo 6(1)(a) e 9(2)(a) do RGPD.

Categorias de dados pessoais: variáveis identificadas com detalhe na APD, datada de 02/06/2022, ponto 13 e protocolo de investigação, tendo presente o princípio da minimização dos dados.

Conservação: os dados serão alvo de pseudonimização, armazenados em local seguro, em área restrita ao investigador Principal, com acesso a ficheiros protegido por palavra-passe, efectuando-se a conservação até a conclusão da investigação, que se estima ser até 31 de julho de 2022. Os dados recolhidos serão destruídos após a finalização de estudo.

Comunicação de Dados: não há partilha de dados pessoais.

Faço ao exposto, e observadas as recomendações, entende-se que a presente APD apresenta os elementos necessários para assegurar que o tratamento é realizado em conformidade com o RGPD.

Recomendações:

Sempre que o consentimento do titular for o fundamento de legitimidade adequado para o tratamento de dados, deve-se-lhe assegurar que o mesmo é válido nas condições legalmente exigidas: uma manifestação de vontade livre, específica, informada e inequívoca. Neste contexto, o consentimento deverá ser objeto de reflexão por parte do participante fora do ambiente hospitalar, devendo para tal, existir a possibilidade de o mesmo remeter o consentimento por correio em envelope RGF.

1. Reforçar as medidas de segurança previstas para a conservação dos documentos em formato de papel que impedem o acesso à informação a pessoas não autorizadas, bem como o seu manuseamento indevido;
2. Garantir medidas de segurança adicionais no transporte dos dados com recurso a dispositivos electrónicos de armazenamento (laptops), nomeadamente através de medidas de criptagem e autenticação;
3. Em caso de necessidade de extensão de prazo e/ou de qualquer alteração dos pressupostos atinentes ao presente parecer o Investigador Principal deverá solicitar a reapreciação do projeto de investigação junto do EPD.

Revisão APD:

Data de próxima revisão: ___/___/___

Não carece de revisão.

Anexos

1. Processo CHUSJ 47 07/2022
2. Parecer CHUSJ 02/06/2022
3. APD 02/06/2022
4. Consentimento informado e Informação ao Participante
5. Protocolo de Investigação

Encarregado de Protecção de Dados
Análise por PAULO ALEXANDRE MOTAS DA SILVA
Data: 2022.06.06 16:42:04 +0100
Localização: CHUSJ



Parócer da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica: contributos para a melhoria de cuidados

Nome da Investigadora: Enf.ª Anabela dos Santos Vieira

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Medicina Intensiva 6. Apresentou declaração do Prof. Doutor Roberto Roncon e da Enf.ª Patrícia Cardoso.

Objetivos do Estudo:

- Descrever a perceção dos enfermeiros a exercer funções numa UCI sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica.
- Identificar registos de avaliação do delírium à pessoa em situação crítica pelos enfermeiros a exercer funções numa UCI.
- Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros em situações de delírium à pessoa em situação crítica.
- Identificar dificuldades percebidas pelos enfermeiros na avaliação do delírium à pessoa em situação crítica. Identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros para a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação da Prof.ª Doutora Maria do Céu Mestre Camageta. Apresenta respetiva declaração.

Conceção e Pertinência do estudo:

"A avaliação do delírium da pessoa em situação crítica é uma prática pouco metódica, pelo que é importante proceder à sua avaliação de forma a reunir informação que permita promover a definição de normas e procedimentos sistematizados para a avaliação do delírium e assim contribuir para a melhoria da prática obtendo ganhos em saúde".

Estudo de caso descritivo de abordagem qualitativa, com os enfermeiros que trabalham no Serviço de Medicina Intensiva 6 do CHUSJ, com uma entrevista semiestruturada, construída para o efeito.

É apresentado o guião da entrevista, não recolhe dados identificativos do participante. A entrevista com duração entre 30 a 60 minutos, será gravada, está prevista a destruição das imagens após transcrição das informações.

A amostra é constituída por enfermeiros do serviço onde é realizado o estudo. Estão apresentados no protocolo os critérios de inclusão. O estudo inclui também recolha de dados dos processos clínicos de doentes, no que diz respeito a registos de enfermagem (dos participantes) sobre avaliação de delírium.

Beneficócio:

O investigador não identifica riscos ou benefícios diretos para os participantes, além do incómodo do tempo disponibilizado para a entrevista (de 30 a 60 minutos).

Confidencialidade dos dados:

"A anonimização dos dados recolhidos será mantida, não fazendo menção de nomes e dos dados que identifiquem os participantes".

Apresentou um pedido de reutilização de registos clínicos para Investigação e Desenvolvimento ao RAJ.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma informação ao participante; o modelo de Consentimento Informado deve ser o do CHUSJ (ver observações).

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: maio de 2022

Observações:

1 - No questionário para submissão de Investigação

- Deve assinalar também, ser um estudo com intervenção. Existe contacto do investigador com os participantes, realizada entrevista para recolha de dados.

2 - Na informação ao participante

Deve ser incluída informação sobre

- . o tempo previsto para a realização da entrevista;
- . como será agendada a entrevista, onde será realizada e se implica deslocações adicionais;
- . esclarecimento sobre a liberdade de desistir da participação no estudo, em qualquer altura, sem que haja qualquer prejuízo ou avaliação;

- Existe duplicação do Consentimento Informado. A secção das assinaturas, deve ser retirada, o documento deve ficar na posse do participante. O modelo de Consentimento Informado do CHUSJ (como apresentado em anexo ao protocolo) é o indicado e suficiente, tendo o participante direito a uma cópia do mesmo.

3 - Não foi apresentada uma 'avaliação sobre o impacto da proteção de dados' para o EPD".

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização do estudo "Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica: contributos para a melhoria de cuidados", após esclarecimento das questões indicadas em observações.

Porto, 18 de março de 2022

A Relatora do CE, Enf.ª Gisela Lima

Face às questões levantadas por esta Comissão de Ética quanto ao estudo em análise, o investigador responde satisfatoriamente, apresentando documentos com as reflexões assinaladas.

Data de início do estudo atualizada, 01-06-2022, data de término 01-06-2022.

Conclusão: O investigador responde de forma satisfatória às questões colocadas, pelo que proponho a esta Comissão de Ética um parecer favorável à realização do estudo "Perceção de enfermeiros sobre a avaliação do delírium à pessoa em situação crítica: contributos para a melhoria de cuidados".

Porto, 27 de maio de 2022

A Relatora da CE, Enf.^a Gisela Lima



Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética