



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Francine Carpes Ramos

***Delirium* em unidade de terapia intensiva adulto: estudo de métodos mistos**

Florianópolis
2024

Francine Carpes Ramos

***Delirium* em unidade de terapia intensiva adulto: estudo de métodos mistos**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Daniele Delacanal Lazzari

Florianópolis

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de
Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ramos, Francine Carpes

Delirium em unidade de terapia intensiva adulto :
estudo de métodos mistos / Francine Carpes Ramos ;
orientadora, Daniele Delacanal Lazzari, 2024.
108 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Delirium. 3. Unidades de Terapia
Intensiva. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5.
Sedação. I. Lazzari, Daniele Delacanal. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Francine Carpes Ramos

***Delirium* em unidade de terapia intensiva adulto: estudo de métodos mistos**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 20 de fevereiro de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. João Lucas Campos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Kelly Catellan Bonorino
Hospital Universitário de Santa Catarina

Doutorando Alex Becker
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Dra. Daniele Delacanal Lazzari
Orientadora

Florianópolis
2024

AGRADECIMENTOS

A minha família, meus pais, Carla e Sandro, por toda dedicação e esforço para que tivesse a oportunidade de estudar e evoluir, sempre regado de muito amor, incentivo e apoio. Pai, se eu ainda morasse em Rio Grande a “motinha” estaria apresentando a dissertação! Mãe, minha amiga, obrigada e obrigada! Amo vocês! Agradeço ao meu irmão, Rodrigo, que cumpre maravilhosamente bem o papel de “Ermão”, por ser acolhedor, cúmplice e amigo. Obrigada pela oportunidade de eu estar hoje aqui em Florianópolis.

Ao meu amor, Junior, que compartilha comigo um sentimento genuíno de amor, parceria, companheirismo e apoio mútuo. Tu viste de perto (muito de perto) a longa caminhada que foi para chegar aqui hoje... e a tua presença nessa caminhada foi essencial para me fortalecer e ser possível continuar caminhando! Eu te amo muito. Obrigada por me fazer rir em momentos difíceis e por ser esse parceiro incrível! Agradeço também, a um “serumaninho” muito especial, o Alecrim! Ele nem imagina o poder de aquecer o coração que tem! Pequeno grande amor de quatro patas.

A minha orientadora, profa. Daniele Lazzari. Dani, obrigada por ser essa professora diferenciada, acolhedora e empática! Agradeço por todas as oportunidades que tenho de evoluir (como pesquisadora, como profissional, como professora e como pessoa) do teu lado. Para mim, nossa relação ultrapassa a academia, és uma grande amiga e alguém que torço demais! Obrigada por acreditar em mim e por todos os momentos de parceria, confiança e risadas, mesmo que muitas vezes em meio ao caos, somos mais fortes.

Aos queridos membros da banca, profa. Eliane do Nascimento, ao prof. João Lucas, a Dra. Kelly Bonorino e doutorando Alex Becker, por estarem fazendo parte desse momento, pela disposição e pelas ricas contribuições e ensinamentos adquiridos já desde a banca de qualificação. Obrigada!

Ao Laboratório de pesquisas no cuidado de pessoas em situações agudas de saúde (GEASS), por todo conhecimento adquirido e constante evolução em grupo.

Ao Hospital Universitário de Santa Catarina, principalmente aos profissionais da unidade de terapia intensiva adulto, que me acolheram durante a residência multiprofissional e ainda continuam acolhendo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por fazer parte de forma muito importante nessa trajetória. E a Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina, pelo apoio financeiro.

RESUMO

Delirium caracteriza-se por um estado confusional resultante de uma disfunção cerebral aguda. Com curso flutuante, é marcado por mudanças no nível de atenção, consciência, memória, orientação, percepção, pensamentos e comportamentos. Ao considerar o *delirium* na terapia intensiva, destacam-se a multifatorialidade, a importância da equipe multiprofissional para a prevenção, identificação e manejo e o impacto desta condição para o paciente. O presente estudo teve por objetivo geral analisar o *delirium* em uma unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos com abordagem sequencial explanatória (QUAN→qual), realizada na unidade de terapia intensiva adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu no período entre março a outubro de 2023, sendo dividida em duas etapas. Na primeira etapa a amostra foi de 80 pacientes, maiores de 18 anos, internados na unidade de terapia intensiva e em uso de ventilação mecânica invasiva. A coleta aconteceu por meio da análise dos prontuários, para caracterização demográfica e clínica, seguida da avaliação dos pacientes à beira leito com a escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* e o *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit*. Após a análise primária dos dados quantitativos, por meio da conexão deu-se a segunda etapa (qualitativa). Os participantes selecionados nesta etapa, foram os membros da equipe multiprofissional, com no mínimo seis meses de experiência. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas com a 25 profissionais da equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. Os dados quantitativos foram importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences*. A normalidade dos dados foi examinada com o uso do teste de Shapiro-Wilk. As variáveis numéricas foram expressas em medida central e dispersão, enquanto as categorias por frequência absoluta e relativa. A regressão logística binária foi empregada para analisar os fatores associados à presença de *delirium* e o teste t de Student e análise de variância de uma via para comparação entre grupos. Na análise dos dados qualitativos, foi utilizado o *software* ATLAS.ti para a organização dos dados, que foram analisados a partir da análise de conteúdo do tipo temática. A prevalência do *delirium* foi de 36,3%. Apesar da moderada prevalência, a equipe multiprofissional mostrou desconhecimento sobre *delirium*, sendo confundindo com outras situações que causam alteração no nível de consciência. Ainda, foi percebido dificuldade na identificação do *delirium*, presença de atitudes não padronizadas, dificuldades de reconhecimento e ausência de protocolo ou rotina estabelecida em relação ao *delirium*. A presença de sepse, pontuações mais altas no índice preditivo de mortalidade pelo e o tempo de internação na terapia intensiva se associaram ao aumento de chances para a presença de *delirium*. Fatores como a sedação, família/visitas, despertar diário e restrição física foram relacionados à prevalência do *delirium*. Assim, com a realização deste estudo foi possível verificar que a prevalência de *delirium* no local da pesquisa é moderada, contudo percebeu-se que o ambiente prático carece de aperfeiçoamento dos profissionais, estabelecimento de protocolos e planejamento multiprofissional para a condução do *delirium*. Ainda, a ausência de protocolos multiprofissional que direcionem, padronizem e integrem as condutas da equipe na terapia intensiva, é uma fragilidade que reflete diretamente na assistência do paciente.

Descritores: Delírio; Unidades de Terapia Intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente; Sedação Consciente; Sedação Profunda; Visitas a Pacientes.

ABSTRACT

Delirium is characterized by a confusional state resulting from acute brain dysfunction. With a fluctuating course, it is marked by changes in the level of attention, consciousness, memory, orientation, perception, thoughts and behaviors. When considering delirium in intensive care, the multifactorial nature and the importance of the multidisciplinary team for prevention, identification and management stand out. and the impact of this condition on the patient. The general objective of the present study was to analyze delirium in an intensive care unit. This is a mixed methods research with an explanatory sequential approach (QUAN→qual), carried out in the adult intensive care unit of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina. Data collection took place between March and October 2023, being divided into two stages. In the first stage, the sample consisted of 80 patients, over 18 years old, admitted to the intensive care unit and using invasive mechanical ventilation. Collection took place through analysis of medical records, for demographic and clinical characterization, followed by assessment of patients at the bedside with the Richmond Agitation-Sedation Scale and the Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit. After the primary analysis of quantitative data, the second stage (qualitative) took place through connection. The participants selected at this stage were members of the multidisciplinary team, with at least six months of experience. To collect data, interviews were carried out with 25 professionals from the multidisciplinary team of the intensive care unit. Quantitative data were imported into the Statistical Package for the Social Sciences program. Data normality was examined using the Shapiro-Wilk test. The numerical variables were expressed as central measure and dispersion, while the categories as absolute and relative frequency. Binary logistic regression was used to analyze factors associated with the presence of delirium and Student's t test and one-way analysis of variance for comparison between groups. In the analysis of qualitative data, the ATLAS.ti software was used to organize the data, which were analyzed using thematic content analysis. The prevalence of delirium was 36.3%. Despite the moderate prevalence, the multidisciplinary team showed a lack of knowledge about delirium, confusing it with other situations that cause changes in the level of consciousness. Furthermore, difficulties were noted in identifying delirium, the presence of non-standard attitudes, difficulties in recognition and the absence of an established protocol or routine in relation to delirium. The presence of sepsis, higher scores on the mortality predictive index and length of stay in intensive care were associated with increased chances of the presence of delirium. Factors such as sedation, family/visitors, daily awakening and physical restraint were related to the prevalence of delirium. Thus, with this study it was possible to verify that the prevalence of delirium in the research site is moderate, however it was noticed that the practical environment lacks professional improvement, establishment of protocols and multidisciplinary planning for managing delirium. Furthermore, the absence of multidisciplinary protocols that direct, standardize and integrate the team's conduct in intensive care is a weakness that directly reflects on patient care.

Descriptors: Delirium; Intensive Care Units; Patient Care Team; Conscious Sedation; Deep Sedation; Visitors to Patients.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	FATORES ANATÔMICOS, FISIOPATOLÓGICOS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICOS DO <i>DELIRIUM</i>	14
3.2	IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DO <i>DELIRIUM</i> : INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	17
3.3	ESTRATÉGIAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA A PREVENÇÃO E MANEJO DO <i>DELIRIUM</i> NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	20
4	MÉTODO	25
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	25
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	26
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
4.3.1	Etapla quantitativa	27
4.3.2	Etapla qualitativa.....	28
4.4	COLETA DE DADOS	28
4.4.1	Primeira etapa: quantitativa (QUAN)	29
4.4.2	Segunda etapa: qualitativa (qual)	31
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	32
4.5.1	Análise dos dados quantitativos	32
4.5.2	Análise dos dados qualitativos.....	33
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	34
5	RESULTADOS	36
5.1	MANUSCRITO 1	36
5.2	MANUSCRITO 2	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (pacientes ou responsáveis).....	102

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (profissional).....	105
APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	108
ANEXO A: <i>CONFUSION ASSESSMENT METHOD IN INTENSIVE CARE UNIT</i>	109
ANEXO B: ESCALA DE AGITAÇÃO E SEDAÇÃO <i>RICHMOND AGITATION AND SEDATION SCALE</i>	110
ANEXO C: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	111

1 INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma síndrome caracterizada por alterações no nível de consciência, cognição e atenção, possui curso flutuante e início agudo, com variação temporal de dias até meses (Donato *et al.*, 2021). Devido às múltiplas manifestações clínicas, o *delirium* é classificado em três tipos: hiperativo, marcado por agitação, inquietação e labilidade emocional; hipoativo, com presença de letargia, apatia e desatenção; e misto, em que há oscilação entre o tipo hiperativo e hipoativo (Prayce; Quaresma; Neto, 2018).

A fisiopatologia do *delirium* ainda não está claramente definida. Hipóteses apontam para condições de neurotransmissão, fatores de estresse do cérebro e inflamação. É possível indicar como principal teoria do desenvolvimento dessa síndrome, a prevalência da diminuição de atividade colinérgica em conjunto ao aumento de dopamina. Esse mecanismo ainda é reforçado pela falta de atenção causada por medicamentos anticolinérgicos (Lamond; Murray; Gibson, 2018; Prayce; Quaresma; Neto, 2018; Bastos *et al.*, 2020).

O *delirium* é uma das síndromes mais frequentes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estima-se que as chances de desenvolver *delirium* aumentam em quase 10% a cada dia de permanência na UTI, sendo que após 15 dias o risco pode alcançar até 50% (Azevedo; Camargo; Oliveira, 2019; Contreras *et al.*, 2021). As causas do *delirium* são multifatoriais, contudo, a permanência na terapia intensiva apresenta aspectos que podem contribuir para o desenvolvimento de quadros de confusão e agitação psicomotora, tais como uso contínuo de sedação e bloqueador neuromuscular, ventilação mecânica invasiva, gravidade clínica, alteração da perfusão tissular, restrição física, infecção, alteração da função renal, mais que dois dispositivos invasivos e alteração na qualidade e quantidade do sono (Valbuena *et al.*, 2021; Cechinel *et al.*, 2022).

Assim como as causas do *delirium* são multifatoriais, os cuidados são abrangentes e englobam aspectos fisiológicos, farmacológicos e condutas adequadas da equipe. Destacam-se alguns cuidados que envolvem a equipe multiprofissional no manejo e prevenção dessa síndrome, tais como: realização de pausa diária na sedação, mobilização precoce, cuidados de orientação cognitiva, modificações ambientais, promoção do sono e a participação da família ou pessoas conhecidas na assistência (Souza; Azzolin; Souza, 2020).

As modificações ambientais são importantes nessa relação do cuidado, uma vez que, o ambiente de terapia intensiva apresenta fatores de risco potencialmente modificáveis, auxiliando na prevenção e no manejo do *delirium*. Medidas como controle de ruído proporcionam um ambiente mais tranquilo, o acesso a luz natural possibilita a regulação do ritmo circadiano regulando o ciclo sono-vigília, acesso a televisão, rádio e objetivos visíveis que auxiliem na orientação temporal como relógios e calendários, visando a diminuição da confusão e desorientação (Duceppe *et al.*, 2017; Lee *et al.*, 2021; Kotfis *et al.*, 2022).

Em pacientes críticos o *delirium* está associado a maior dependência funcional durante o período de hospitalização, ao prolongamento do tempo de internação e a um importante prejuízo cognitivo e incapacidade funcional durante a alta. Além disso, a presença dessa síndrome representa um aumento significativo, de até três vezes, no risco de mortalidade hospitalar (Luz *et al.*, 2020).

Sua existência afeta, também, as questões econômicas relacionadas aos custos em saúde. Só nos Estados Unidos, estima-se que os gastos com saúde relacionados ao *delirium* excedam US \$150 bilhões anualmente em função do aumento do tempo de internação (Yang, Velagapudi; Terrando, 2020). É essencial que a equipe assistencial da terapia intensiva esteja atenta para a ocorrência de *delirium* e estabeleça um plano de cuidados com foco na prevenção e tratamento adequado. Para tanto, é necessário possuir domínio e conhecimento da temática, possibilitando a identificação de fatores de risco e a avaliação adequada do *delirium* em pacientes críticos.

A prevalência de *delirium* em pacientes com doenças críticas depende do perfil clínico e do ambiente, mas é mais elevada para pacientes em ambientes de cuidados críticos (Hughes *et al.*, 2021). Existem estudos que apontam taxas de prevalência e incidência distintas de *delirium*, pois não existe um parâmetro que seja padrão, considerando diferentes configurações das UTI, tipos de pacientes e diferentes métodos diagnósticos utilizados (Gravante *et al.*, 2020). Em revisão sistemática e meta-análise (Krewulak *et al.*, 2018), que incluiu 27.342 pacientes, foi estimada uma prevalência de *delirium* de 31%, sendo o subtipo hipoativo com maior frequência. Outros estudos (Kim; Ahn, 2020; Alzoubi *et al.*, 2023) apontam uma incidência de *delirium* em pacientes internados na UTI entre 31,5 a 34,8%.

Existem diversas ferramentas validadas que são utilizadas para a identificação, avaliação e monitoramento do *delirium*, porém, o *Confusion Assessment*

Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU) (ANEXO A), é o que mais se sobressai entre as pesquisas. Ressalta-se que esse método foi criado com o objetivo de possibilitar a inclusão dos pacientes em uso de ventilação mecânica, ou seja, impossibilitados de responder verbalmente (Lamond; Murray; Gibson, 2018; Prayce; Quaresma; Neto, 2018; Azevedo; Camargo; Oliveira, 2019; Donato *et al.*, 2021).

O CAM-ICU é validado para a cultura brasileira desde 2011, sendo considerado prático, de fácil aplicabilidade e execução rápida, o que são destaques como pontos positivos para o profissional que está atuando em ambiente de terapia intensiva. Sua avaliação se dá através de quatro características: 1- início agudo ou curso flutuante; 2- inatenção; 3- nível de consciência alterado; e 4- pensamento desorganizado (Gusmao-flores *et al.*, 2011; Contreras *et al.*, 2021).

Para iniciar a avaliação do *delirium* através do CAM-ICU, no primeiro momento é necessário verificar o nível de agitação e sedação, que pode ser quantificada através da escala *Richmond Agitation and Sedation Scale* (RASS) (ANEXO B). Caso o resultado for RASS de -4 ou -5, deve-se interromper a avaliação e reavaliar o paciente mais tarde, se RASS superior a -4 (-3 até +4) segue-se para o próximo passo, a aplicação da CAM-ICU. O resultado pode ser positivo para *delirium* em duas situações, caso a característica um, dois e três (início agudo ou curso flutuante, inatenção e nível de consciência alterado) indicarem uma resposta positiva ou se a característica um, dois, três e quatro (pensamento desorganizado) apontarem respostas positivas (Ely *et al.*, 2001, Ely; Truman, 2002; Mori *et al.*, 2016).

Dentre as UTIs adulto que são referências em hospitais públicos na extensão da Grande Florianópolis, verifica-se empiricamente, uma carência importante na avaliação do *delirium* em pacientes críticos, o que pode resultar em múltiplos impactos para o paciente no decorrer da internação, na alta hospitalar e ainda no período após a alta.

Salienta-se que o *delirium* é uma temática em evidência, cada vez mais estudada, fazendo-se necessária principalmente ao considerar as últimas vivências em um cenário pandêmico, em que houve um aumento súbito de pacientes críticos com afecções respiratórias, que majoritariamente necessitaram de ventilação mecânica. Como consequência obteve-se aumento no tempo de uso da sedoanalgesia e a utilização de bloqueadores neuromusculares em larga escala.

Além disso, é importante considerar que a ausência de uma avaliação adequada dificulta o emprego de uma assistência qualificada, com estratégias

profiláticas e planejamento de cuidados para minimizar a prevalência do *delirium*. Assim, o enfermeiro deve ampliar seu campo de visão para a detecção precoce desta síndrome, com a identificação de fatores de risco que são agravantes para o seu desenvolvimento.

Nesse sentido, justifica-se a realização desse estudo pela necessidade de investigar a prevalência do *delirium* em pacientes críticos e compreender as percepções da equipe multiprofissional com relação ao *delirium* no ambiente de terapia intensiva. Tendo em vista ainda, o que foi observado na prática profissional, em que não há a detecção do *delirium*, considerando também as diversas complicações e piora de desfecho clínico que a presença do *delirium* agrega ao paciente e o impacto que causa durante o período de internação, alta e pós-alta.

É importante destacar que trata-se de uma temática que vem sendo discutida mundialmente, porém percebe-se a ausência de impactos reais na prática, tornando essa proposição de pesquisa eminente tanto para a equipe multiprofissional quanto para a comunidade científica. Para alcançar respostas acerca dos pontos referidos, propõem-se a realização deste estudo combinando a abordagem quantitativa e qualitativa, por meio do estudo de métodos mistos, a fim de buscar aprofundamento acerca do fenômeno estudado. Esse estudo tem como diferencial, a integração dos dados quantitativos referentes ao *delirium* com as percepções da equipe multiprofissional, visto que esses são os profissionais que estão à beira leito, na linha de frente da assistência.

Diante do exposto, questiona-se: Qual a prevalência do *delirium* na unidade de terapia intensiva? Quais são as percepções da equipe multiprofissional sobre o *delirium*?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o *delirium* em uma unidade de terapia intensiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência e os fatores relacionados ao *delirium* em unidade de terapia intensiva.
- Compreender as percepções da equipe multiprofissional sobre o conhecimento e atitudes relacionadas ao *delirium* na terapia intensiva.
- Compreender as percepções da equipe multiprofissional frente aos fatores relacionados à prevalência do *delirium* na terapia intensiva.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão é composta por três subcapítulos. O primeiro intitulado “Fatores anatômicos, fisiopatológicos, manifestações clínicas e epidemiológicos do *delirium*” apresenta elementos da anatomia e fisiopatologia para desenvolvimento do delirium, a classificação dos diferentes subtipos de *delirium* em conjunto com as manifestações clínicas e dados epidemiológicos nacionais e internacionais. No segundo subcapítulo “Identificação e monitoramento do *delirium*: instrumentos de avaliação” são abordadas as principais ferramentas que podem ser utilizadas para a identificação e monitoramento do *delirium*. O terceiro subcapítulo “Estratégias da equipe multiprofissional para a prevenção e o manejo do *delirium* na unidade de terapia intensiva” descreve estratégias que podem ser utilizadas e implementadas por meio da atuação da equipe multiprofissional no ambiente de terapia intensiva.

3.1 FATORES ANATÔMICOS, FISIOPATOLÓGICOS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICOS DO *DELIRIUM*

Delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica que envolve cognição alterada, consciência prejudicada, desatenção, pensamento desorganizado e excitação flutuante (Oldham; Flaherty; Maldonado, 2018). Seu início pode ser agudo ou subagudo e este pode ocorrer nas formas hipoativa, hiperativa ou mista (Maldonado, 2017; Wilson *et al.*, 2020; Mattison, 2020).

Conforme as definições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o *delirium* é caracterizado pela perturbação da atenção, da consciência e percepção, em conjunto a modificações na cognição basal, que não estão vinculadas a algum transtorno neurocognitivo preexistente ou em desenvolvimento. A perturbação da atenção manifesta-se pela capacidade reduzida de direcionamento, focalização, manutenção e mudança da atenção. A perturbação da consciência, é marcada por uma orientação diminuída em relação ao ambiente e para si mesmo. Já a perturbação perceptiva, com manifestações comumente visuais, inclui interpretações errôneas, alucinações e ilusões (APA, 2014).

Diversos fatores clínicos estão implicados na etiologia do *delirium*, tais como procedimentos cirúrgicos, hipóxia, fármacos, hipoglicemia, sepse, fraturas, insuficiência hepática, esses em combinação com mecanismos neurobiológicos

envolvem a patogênese do *delirium*. Contudo, visto a existência de múltiplos fatores etiológicos em conjunto com diversos mecanismos neurobiológicos que podem interagir entre si, torna-se difícil definir claramente a fisiopatologia desta síndrome (Wilson *et al.*, 2020).

Entre os processos neurobiológicos que contribuem para o desenvolvimento do *delirium*, destacam-se: neuroinflamação, metabolismo cerebral alterado, disfunção vascular cerebral, desequilíbrio de neurotransmissores e prejuízo na conectividade de rede neuronal (Wilson *et al.*, 2020). Existem diversas hipóteses que envolvem a fisiopatologia desta síndrome, porém aponta-se, com base em estudos, que a principal teoria, seja a ocorrência da diminuição de atividade colinérgica em conjunto com o aumento de dopamina. Ainda, esse mecanismo é reforçado pela falta de atenção causada por medicamentos anticolinérgicos (Lamond; Murray; Gibson, 2018; Prayce; Quaresma; Neto, 2018; Bastos *et al.*, 2020).

Smith *et al.* (2022) identificaram várias citocinas e fatores precipitantes associados ao *delirium*. Embora este perfil ainda seja bastante variado e relacionado aos fatores que precipitam o *delirium*, as seguintes citocinas pró-inflamatórias foram elevadas nos pacientes avaliados pelo estudo: fator de necrose tumoral (TNF)- α , interleucina (IL)-6, IL-18, ligante de motivo CC (CCL) 2, CCL3, ligante de quimiocina de motivo CXC (CXCL)1, CXCL10, IL-8, antagonista do receptor de IL-1 e IL-10. A análise dos níveis relativos de citocinas nos pacientes que desenvolveram *delirium* no cenário de sepse, Covid-19 e cirurgia recente mostrou elevações de CCL2, CXCL10 e TNF- α tanto no grupo de sepse quanto no grupo de Covid-19, em comparação com a população pós-cirúrgica. No grupo pós-cirúrgico, o fator estimulador de colônias de granulócitos foi elevado e o CXCL10 foi diminuído em relação aos outros grupos.

As manifestações clínicas do *delirium* são de curso flutuante e início agudo, possuem duração de horas até vários dias, e tendem a oscilar durante o período do dia, com piora ao entardecer e à noite, momento em que os estímulos externos de orientação são diminuídos. Desta forma, o *delirium* geralmente está associado à disfunção no sono-vigília, incluindo sonolência diurna, agitação noturna, sono excessivo durante o dia, dificuldade para adormecer e vigília durante a noite. O paciente com *delirium* pode manifestar ainda, sinais de natureza emocional, como medo, ansiedade, depressão, irritabilidade, euforia, raiva e apatia, com mudanças imprevisíveis e rápidas de um estado emocional para o outro (APA, 2014; Donato *et al.*, 2021).

Além das manifestações clínicas na internação atual, é importante destacar as sequelas futuras relacionadas ao *delirium* que estão cada vez mais presentes, sendo identificadas por meio da avaliação da incapacidade funcional de longo prazo e problemas de saúde mental, incluindo ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (Kotfis *et al.*, 2022). Devido às múltiplas manifestações clínicas, o *delirium* é classificado em três subtipos: hiperativo, marcado por agitação, inquietação e labilidade emocional; hipoativo, com presença de letargia, apatia e desatenção; e misto, em que há oscilação entre o tipo hiperativo e hipoativo (Prayce; Quaresma; Neto, 2018).

Em revisão sistemática (La Cour *et al.*, 2022), que analisou 131 estudos e incluiu 13.902 pacientes com *delirium*, apontou-se a prevalência do subtipo motor hipoativo (50,3%), seguido por misto (27,7%) e hiperativo (22,7%). Ao comparar os subtipos, os pacientes com *delirium* misto apresentaram maior duração de *delirium*, tempo de internação na UTI e no hospital, maior mortalidade na UTI e no hospital e ainda, receberam mais frequentemente a administração de agentes específicos (antipsicóticos, α 2-agonistas, benzodiazepínicos e propofol) durante a internação na UTI. Ao relacionar a faixa etária dos pacientes com os subtipos de *delirium*, verificou-se maior prevalência do hipoativo em pacientes com idade média igual ou maior a 65 anos (54%), já o *delirium* misto obteve maior significância em pacientes com idade menor que 65 anos (35,8%).

No âmbito nacional também apresenta dados significativos sobre a prevalência de *delirium* na UTI. Estudo transversal de Pinheiro *et al.* (2022) realizado com 316 pacientes, aponta a presença de *delirium* em 45,9% dos casos e relaciona alguns fatores associados, como idade, contenção física, alimentação por sonda e uso de anticonvulsivantes. Outra pesquisa (Martins *et al.*, 2019) realizada em UTI de hospital público no sul do país, mostrou a prevalência de *delirium* em 36% dos 335 pacientes, tendo como principais causas, a idade, dias de internação hospitalar e em UTI, motivo de internação, doença neurológica prévia, uso de sedação, ventilação mecânica e utilização de haloperidol.

Embora a identificação do *delirium* em UTI tenha avançado, ainda há um grande número de pacientes que apresentam disfunção cognitiva aguda, porém, não cumprem os critérios para sua completa identificação. Esta condição é denominada de *Delirium* Subsindrômico (DSS), entendido como o estágio intermediário entre *delirium* e condição mental normal, embora igualmente, ainda pouco se sabe sobre

sua fisiopatologia. Não há, até o momento, ferramentas específicas para identificação deste, embora as que estão disponíveis para identificação do *delirium* em si, tenham sido utilizadas para este fim (Serafim; Paulino; Povia; 2020). Este tipo ainda pode ser denominado de Síndrome de *Delirium* Atenuado, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014).

Em metanálise (Serafim *et al.*, 2017) que incluiu a avaliação de 2.630 pacientes de UTI, o diagnóstico de DSS ocorreu em 36% dos pacientes e esteve associado ao aumento no tempo de permanência hospitalar, porém sem associação com a mortalidade. Em outro estudo (Brummel *et al.*, 2017) que objetivou comparar o DSS com a necessidade de institucionalização em pacientes pós-UTI, foram incluídos 821 pacientes e o DSS foi descrito em 86% destes, se mostrando como um preditor independente de institucionalização. Os pacientes que apresentaram DSS por cinco dias ou mais tiveram maior chance de ser institucionalizados após a alta do aqueles que apresentaram DSS por um dia.

3.2 IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DO *DELIRIUM*: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A identificação e o monitoramento do *delirium* tornam-se mecanismos essenciais frente a minimização de complicações e consequências clínicas para o paciente. Neste sentido, segundo Sakusic *et al.* (2018) em uma revisão sistemática que objetivou avaliar fatores de risco potencialmente modificáveis durante a permanência do paciente em UTI, apontou que o *delirium* está associado a um aumento significativo na probabilidade de comprometimento cognitivo permanente após a internação na UTI.

Existem diversas ferramentas que são validadas e utilizadas para a identificação, avaliação e monitoramento do *delirium*. Contudo, estudos indicam que o Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU) é a que mais se destaca atualmente (Lamond; Murray; Gibson, 2018; Prayce; Quaresma; Neto, 2018; Azevedo; Camargo; Oliveira, 2019; Donato *et al.*, 2021; Luz *et al.*, 2022). Devlin *et al.* (2018), indicam tanto o uso do CAM-ICU quanto do *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC). Em revisão sistemática (La Cour *et al.*, 2022) que incluiu 131 estudos, verificou-se que para identificar o *delirium* a ferramenta mais utilizada foi o CAM-ICU (87%), seguido do DSM-V (18,3%) e por último o ICDSC (12,9%).

O CAM-ICU foi desenvolvido em 2001 (Ely *et al.*, 2001) com base no padrão-ouro para o diagnóstico de *delirium*, o DSM-V e o *Confusion Assessment Method*. Este último, consiste em um método originalmente desenvolvido para permitir que clínicos não treinados em psiquiatria identificassem o *delirium* (Inouye *et al.*, 1990) entre os pacientes que não fossem capazes de responder verbalmente (por exemplo, intubados ou traqueostomizados) na UTI. Revisão sistemática (Gélinas *et al.*, 2018) que avaliou as ferramentas de avaliação do *delirium* para uso em pacientes críticos, indicou que, em comparação com as do DSM-V, a sensibilidade e especificidade do CAM-ICU variou de 47% a 100% e 81% a 100%, respectivamente, e o CAM-ICU teve confiabilidade interexaminadores de moderada a alta entre médicos, enfermeiros e pesquisadores.

O CAM-ICU possui fácil utilização e leva, aproximadamente, de 60 a 90 segundos para aplicação. O manual de treinamento do CAM-ICU publicado em 2010 aponta que, idealmente, a equipe da UTI deve utilizar o CAM-ICU pelo menos a cada 8 ou 12 horas para triagem de *delirium*. Chen *et al.* (2017) definiram os pontos diários de avaliação às 9h e às 17h, apontando que intervalos irregulares entre as avaliações podem diminuir a sensibilidade e especificidade do CAM-ICU, reduzindo a autenticidade e confiabilidade do modelo (Chen; Yu; Zhang, 2020).

Para a aplicação do CAM-ICU seguem-se dois passos. O primeiro objetiva a avaliação da sedação, através de uma escala de agitação e sedação, neste caso a RASS (ANEXO B) (Ely; Truman, 2002). A RASS é formada por dez itens com seus respectivos escores que descrevem o nível de agitação ou sedação do paciente. Para a aplicação desse instrumento, deve-se seguir basicamente três etapas: 1 - observar o paciente: caso esteja alerta e calmo, o escore zero deve ser apontado. Na situação do comportamento ser compatível com inquietação ou agitação, deve ser atribuído o escore de +1 a +4, conforme a relação da descrição do nível de agitação presente na escala com o parâmetro apresentado pelo paciente. No cenário do paciente não estar em estado de alerta, é necessário seguir para a segunda etapa; 2 - chamá-lo pelo nome: na presença de abertura ocular e contato visual mantido por tempo maior ou igual a 10 segundos, o escore -1 deve ser apontado. Caso o tempo de contato visual for menor que 10 segundos, deve-se atribuir o escore -2. Na presença de movimento ou abertura dos olhos sem contato visual, aponta-se o escore -3. Se o paciente não responder ao comando verbal, deve-se seguir para a terceira etapa; 3 - estímulo físico: na presença de qualquer movimento ou abertura ocular ao estímulo físico, o escore -

4 deve ser apontado. Na ausência de resposta ao comando verbal ou estímulo físico, deve ser considerado o escore -5. Destaca-se que se o paciente não estiver alerta antes do comando verbal ou estímulo físico e após a realização de algum desses estímulos apresentar agitação, deve-se considerar o escore de -1 a -5 (Ely *et al.*, 2003).

Se o escore da RASS for de -4 ou -5, deve-se parar a avaliação e reavaliar o paciente mais tarde. Caso a RASS for superior a -4 (de -3 até +4), então segue-se para o passo dois, a avaliação do *delirium* com o CAM-ICU (ANEXO A). Esta avaliação será dividida em quatro características: início agudo de alterações do estado mental ou curso flutuante (característica 1); inatenção (característica 2); nível de consciência alterado (característica 3); e pensamento desorganizado (característica 4) (Ely *et al.*, 2001, Ely; Truman, 2002).

A primeira característica, início agudo ou curso flutuante, é o momento em que verifica-se se o paciente teve alguma mudança aguda no estado mental em relação ao que era antes, ou se o paciente teve flutuação do estado mental nas últimas 24 horas, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação RASS, escala de coma de Glasgow ou avaliação de *delirium* prévia. Se as respostas para essas indagações forem negativas, deve-se parar a aplicação do CAM-ICU, constatando ausência de *delirium*, caso contrário segue-se para a característica 2 (Ely *et al.*, 2001, Ely; Truman, 2002).

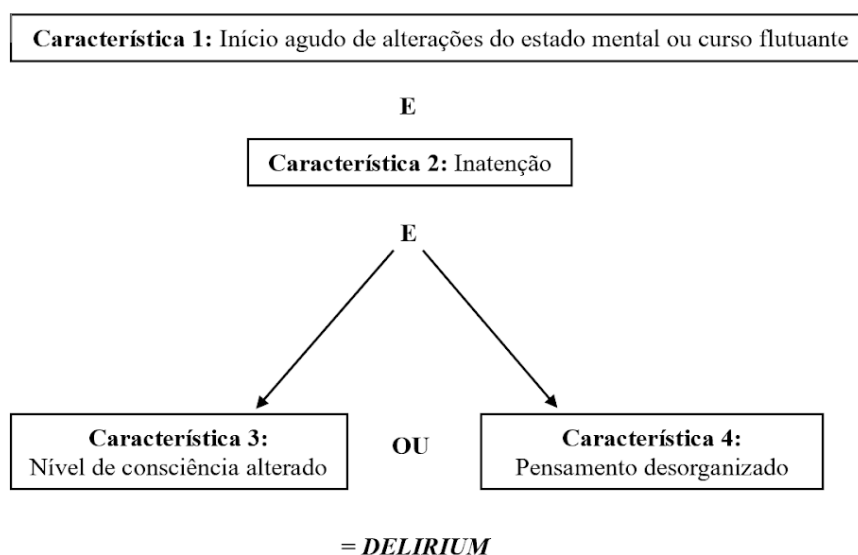
Na segunda característica, denominada inatenção, aplica-se o teste de atenção Attention Screening Examination (ASE), em que se lê em voz alta 10 letras (S A H E V A A R A T) à velocidade de uma letra por segundo, solicitando que o paciente aperte a mão do examinador apenas quando ouvir a letra "A". São considerados erros quando o paciente não aperta a mão quando ouve a letra "A" e quando o paciente aperta a mão em qualquer outra letra que não a "A". O *delirium* estará ausente caso o paciente apresente menos de três erros. Já na presença de três erros ou mais deve-se avançar para a próxima característica (Ely *et al.*, 2001, Ely; Truman, 2002).

A terceira característica, nível de consciência alterado, tem como objetivo verificar se o nível de consciência do paciente é outro que não seja desperto e calmo, tal como torporoso, confuso ou agitado. Para isso, verifica-se através da RASS o escore atual do paciente. Se RASS diferente de zero o paciente está em *delirium*, caso a RASS for zero, segue-se para a última característica. Na quarta característica,

pensamento desorganizado, o examinador testa se existem sinais de desorganização de pensamentos através da indagação de quatro questões e um comando para reprodução de ação. O *delirium* estará presente na existência de dois erros ou mais e ausente com menos de dois erros (Ely *et al.*, 2001, Ely; Truman, 2002).

Destaca-se que o resultado conclusivo da aplicação do CAM-ICU pode ocorrer em duas situações, caso a característica um, dois e três (início agudo de alterações do estado mental ou curso flutuante, inatenção e nível de consciência alterado) indicarem uma resposta positiva para *delirium* ou se a característica um, dois e quatro (pensamento desorganizado) apontarem uma resposta positiva. Este fluxo pode ser visualizado na Figura 1 (Ely *et al.*, 2001, Ely; Truman, 2002, Mori *et al.*, 2016).

Figura 1 - Diagrama de fluxo do CAM-ICU. Florianópolis, SC, Brasil, 2023



Fonte: Adaptado de Ely e Truman, 2002.

3.3 ESTRATÉGIAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA A PREVENÇÃO E MANEJO DO *DELIRIUM* NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Mesmo diante das ferramentas disponíveis para identificar o *delirium*, não podem ser desconsideradas a experiência clínica e o tempo despendido com o paciente pela equipe multiprofissional (Eastwood *et al.*, 2012). Estudos (Hamdan-Mansour *et al.*, 2010; Eastwood *et al.*, 2012) indicaram conhecimentos insuficientes como um dos motivos para a ausência de avaliação e detecção do *delirium* entre equipes multiprofissionais. Estudo (Elliott, 2014) envolvendo 149 equipes de médicos

e enfermeiras apontou que 44% dos entrevistados não possuíam conhecimento ou treinamento para realização da avaliação. Além disso, 12% dos enfermeiros não conheciam qualquer ferramenta para esse fim. Já em estudo (Hare *et al.*, 2008) realizado na Austrália, envolvendo 388 equipes de enfermagem constatou-se que a pontuação média geral de conhecimento sobre *delirium* e seus fatores de risco foi identificada em 53,14% dos participantes.

Os enfermeiros são os profissionais adequados para identificar quaisquer alterações precoces no estado mental ou comportamento dos pacientes. Quando os enfermeiros identificam fatores de risco, sinais e sintomas do *delirium*, coordenam-se com outros membros da equipe e participam do tratamento imediato do *delirium*, assim resultados negativos do desenvolvimento desta condição grave podem ser evitados (Ramoo *et al.*, 2018). Christensen (2014) relatou que os enfermeiros identificam mais facilmente o *delirium* de subtipo motor hiperativo em comparação com o subtipo hipoativo. Isso pode indicar que, por natureza, o *delirium* hiperativo pode ser mais proeminente e, portanto, pode capturar a atenção dos enfermeiros com mais facilidade, pois acaba relacionando-se às rotinas da enfermagem relativas à segurança do paciente.

Estudo (Gao *et al.*, 2022) realizado na região do sudoeste da China com 237 enfermeiros atuantes na UTI adulto evidenciou fragilidades na avaliação do DSS pelos enfermeiros. Destacam-se as principais barreiras na avaliação do DSS encontradas: falta de conhecimento para a identificação diferencial e no reconhecimento dos principais fatores de risco; falta de compreensão relacionada às manifestações clínicas; e a falta de conhecimento sobre os cuidados para a prevenção.

Em contrapartida, estudos (Godfrey *et al.*, 2013; Elliott, 2014) mostraram que o conhecimento e a conscientização dos médicos da equipe compõem alguns fatores que levam à má integração da avaliação do *delirium* na prática diária da UTI. O pré-requisito fundamental para uma UTI livre de *delirium* é um paciente acordado, não sedado, sem dor e confortável. Para isso, se faz necessária a implementação consistente de intervenções, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais. A abordagem diagnóstica e terapêutica multiprofissional garante avaliação abrangente e um plano integrado de tratamento e acompanhamento (Wade *et al.*, 2016; Kotfis *et al.*, 2022).

A participação de psicólogos nas equipes de terapia intensiva possui papel fundamental na avaliação e redução do sofrimento para o paciente e familiares, à medida que são orientados sobre estresse, ansiedade, distúrbios do sono e efeitos da sedação. A intervenção psicológica precoce dentro da UTI é crucial para a recuperação de experiências estressantes, facilitando a comunicação, formulando planos para cuidados de longo prazo e até mesmo por vezes auxiliando na resolução de problemas familiares (Peris *et al.*, 2011).

A intervenção nutricional também é considerada de grande importância, pois o desequilíbrio do microbioma intestinal ou a interrupção do eixo intestino-cérebro foi associado ao patomecanismo do *delirium*. Tanto os anestésicos usados na anestesia geral em caso de cirurgias, quanto os sedativos usados na UTI podem alterar a composição do microbioma intestinal e contribuir para a neuroinflamação. O papel dos nutricionistas também é o de usar intervenções dietéticas estruturadas baseadas em evidências para prevenir o *delirium*, aprimorando o papel do eixo intestino-cérebro ou modulando o metabolismo do triptofano, via importante já comprovada em distúrbios cerebrais agudos (Dabrowski *et al.*, 2020; Xu *et al.*, 2020; Kanova; Kohout, 2021; Liu *et al.*, 2022).

Apesar do aumento do *delirium* ser relatado como um evento adverso, muitas vezes é encarado na prática diária como uma fraqueza do paciente ou uma inevitabilidade devido a uma doença aguda que não é possível evitar. Essa perspectiva impede o esforço da equipe multidisciplinar de direcionar os componentes modificáveis do *delirium* (Kotfis *et al.*, 2022). Em 40% dos pacientes, os sintomas de *delirium* ocorrem apenas à noite (Devlin *et al.*, 2018), o que traz impactos para o cuidado nas 24 horas e não apenas para as equipes do dia, que, aparentemente, possuem mais intervenções de rotina (tais como exames, por exemplo).

Young *et al.* (2022) realizaram avaliação duas vezes ao dia com o CAM-ICU e, paralelamente, identificaram distúrbios comportamentais com processamento de linguagem natural, usando 24 palavras previamente validadas, documentadas em notas de prontuário da UTI. Mais pacientes apresentaram distúrbio comportamental por pelo menos um dia (54%) em comparação com aqueles com avaliação do CAM-ICU (25%). Entre os pacientes com distúrbios de comportamento, 43% apresentaram CAM-ICU positiva para *delirium* na UTI; entre os pacientes positivos para *delirium* via CAM-ICU, 93% manifestaram distúrbios de comportamento.

Outra abordagem importante da equipe multiprofissional é a mobilização precoce no ambiente de terapia intensiva, liderada pelo fisioterapeuta. A mobilização precoce é benéfica para minimizar complicações e promover a recuperação da função física, sua prática é iniciada para recuperar a capacidade funcional dentro de 24 horas após a admissão na UTI (Hickmann *et al.*, 2016; Anekwe *et al.*, 2019; Ding *et al.*, 2019). O farmacêutico é essencial no apoio à implementação da mobilização precoce por meio de seu papel no monitoramento e ajuste da administração de medicamentos sedativos e analgésicos e também na otimização da capacidade do paciente participar das atividades de mobilização precoce (Bounds *et al.*, 2016).

Terapeutas ocupacionais, profissionais presentes em parte das UTIs no Brasil, têm assumido grande importância no cuidado de pacientes críticos. Protocolos direcionados à terapia ocupacional visando orientação, mobilização, manejo de déficits sensoriais, sugestões ambientais e sono são viáveis e podem ser usados para abordar fatores de risco importantes para a prevenção e tratamento do *delirium* (Costigan *et al.*, 2019).

A atuação fonoaudiológica na UTI está fortemente ligada a áreas de reabilitação, sendo as mais utilizadas a de motricidade orofacial e disfagia, sendo a última uma manifestação frequente entre os pacientes da UTI, justificada principalmente pelo uso de dispositivos para via aérea artificial (tubo orotraqueal e traqueostomia), como também pelo uso prolongado de sedoanalgésicos. Tendo como principal foco de assistência a prevenção, orientação e reabilitação das alterações de deglutição, o atendimento do fonoaudiólogo na UTI reduz o tempo de internação hospitalar, minimiza complicações clínicas e proporciona melhor qualidade de vida ao paciente (Silva *et al.*, 2016; Favero *et al.*, 2017).

A assistência ao paciente internado em ambiente intensivo por parte do serviço social está direcionado ao acolhimento dos familiares, acompanhamento social, visita aos leitos, atendimento às demandas dos pacientes, encaminhamento à rede socioassistencial e intermédio na comunicação em situações de alta da UTI. Neste contexto, o assistente social portador do conhecimento sobre a rede de serviços se insere na UTI, com o objetivo de compreender e traçar medidas institucionais para a resolução de questões dos pacientes e familiares (Silveira; Silva, 2018).

Contudo, o alcance de uma UTI livre de *delirium* está dependentemente interligado ao envolvimento dos profissionais. Fato que, muitas vezes, pode significar um desafio pessoal para as equipes multiprofissionais de cuidados intensivos,

considerando a necessidade de sensibilização e dedicação de tempo de qualidade com o paciente e familiares à beira do leito para conversar, acolher, explicar, responder questionamentos e tranquilizar tanto os pacientes quanto os familiares (Kotfis, *et al.*, 2022).

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para o alcance dos objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa de métodos mistos com abordagem sequencial explanatória (QUAN→qual). As pesquisas de métodos mistos, apresentam características que possibilitam a obtenção de interpretações mais acuradas, profundas e completas sobre os fenômenos de pesquisa. Emerge como o terceiro e novo paradigma na pesquisa científica, com importantes potencialidades para a enfermagem, considerando a complexidade do cuidado humano e a densidade de informações que os objetos de pesquisa a serem explorados apresentam (Oliveira; Magalhães; MisueMatsuda, 2018).

A notação na pesquisa de métodos mistos fornece rótulos e símbolos, com o objetivo de comunicar aspectos importantes da pesquisa, além de proporcionar um meio para facilitar a comunicação entre os pesquisadores desse método. A notação “QUAN” em letras maiúsculas indica uma ênfase nos dados quantitativos na análise e interpretação do estudo. Já a notação “qual” representa menor ênfase dada ao método qualitativo. Para interligar essas duas notações supracitadas, tem-se a flecha que indica a forma sequencial da coleta de dados (Morse, 1991).

A maior atribuição de peso nos dados quantitativos, dá-se em decorrência da necessidade de identificar a prevalência e os fatores relacionados, para posterior investigação qualitativa a fim de explicar e adquirir uma compreensão mais profunda dos resultados quantitativos.

A abordagem escolhida, sequencial explanatória, envolve dois métodos sequenciais, que foram divididos em duas etapas. A primeira, quantitativa (QUAN), inclui a coleta e análise primária dos dados quantitativos. Na segunda, qualitativa (qual), a intenção é aprofundar os resultados quantitativos iniciais, assim, o planejamento desta se baseia nos resultados analisados previamente. Este é o ponto de integração da abordagem sequencial explanatória, denominado conexão, momento em que se utiliza os dados quantitativos para planejar o *follow-up* qualitativo (Creswell; Creswell, 2021).

Dessa maneira, os dois bancos de dados são analisados separadamente e a combinação desses bancos é feita por meio da integração denominada conexão dos resultados quantitativos à coleta de dados qualitativos. Os resultados quantitativos são

analisados de maneira primária indicando os tipos de questões qualitativas a serem formuladas para a segunda etapa.

Justifica-se a escolha do método misto visto a necessidade de investigar o *delirium* na UTI sob a ótica da integração dos dados quantitativos e qualitativos, uma vez que, se optasse por apenas um dos desenhos metodológicos, não seria possível alcançar respostas mais profundas desse fenômeno. Assim, dentre as estratégias de métodos mistos, optou-se pela abordagem sequencial explanatória, em que por meio dos dados quantitativos é possível traçar um seguimento de pesquisa com pontos necessários a serem explorados qualitativamente, a fim de explicar e complementar os dados quantitativos. Nesse caso, emergiram questões a serem investigadas com a equipe multiprofissional, que está em contato e assiste os pacientes (população da etapa quantitativa), possibilitando a ampliação e explicação dos resultados quantitativos.

Com o intuito de fortalecer o rigor metodológico, essa pesquisa seguiu os critérios da *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Hong *et al.*, 2018).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa será realizada na UTI adulto do Hospital Universitário Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. O hospital em contexto caracteriza-se por prestar atendimento exclusivamente a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Atua na atenção em alta complexidade e possui habilitações, como: a assistência ao portador de obesidade grave; atendimento especializado para pessoas com deficiência auditiva; assistência cardiovascular; atenção especializada em doença renal crônica com tratamento dialítico; habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia com serviços em hematologia; e transplante de fígado e córnea (EBSERH, 2021).

O hospital dispõe em sua estrutura, 226 leitos distribuídos em duas unidades de internação cirúrgica, duas unidades de internação clínica, unidade de internação pediátrica, emergência adulto e pediátrica, UTI adulto e neonatal, alojamento conjunto e ginecologia. Além de contar com atendimentos ambulatoriais de diversas especialidades, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro endoscópico e unidade de tratamento dialítico (EBSERH, 2021).

A UTI atende pacientes de perfil clínico-cirúrgico e possui 14 leitos ativos, sendo dois destes para isolamento respiratório. Em relação aos demais leitos, são separados por box, possuem janelas a cada box e alguns, têm televisores disponíveis, contudo, não possuem relógios (os disponíveis estão localizados centralmente nas duas ilhas/postos de enfermagem). Em relação à rotina assistencial, pela manhã é realizado o *round* multiprofissional e à tarde, o *Safety Huddle*. A rotina de visitas na UTI é organizada para ocorrer em dois horários (das 11:30 às 12:30 e das 15h às 17h) e os pedidos de visita estendida são realizados pela família diretamente ao médico ou psicóloga, que discutem sua necessidade e viabilidade e informam aos demais profissionais.

O quadro assistencial é composto por 15 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, oito fisioterapeutas, 22 médicos, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um farmacêutico. Destaca-se que além da equipe multiprofissional supracitada, a UTI é campo para ensino de alunos de graduação da área da saúde, bem como das residências médicas e multiprofissional.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

4.3.1 Etapa quantitativa

A população do estudo na etapa quantitativa foi composta por pacientes internados na UTI adulto. Para critérios de inclusão, foi considerado: paciente com idade mínima de 18 anos, internação na UTI por pelo menos 24 horas e em uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) (portanto, intubados e sedados). Como critérios de exclusão, foi adotado: paciente em morte encefálica e presença de demência, com perda de habilidades intelectuais que pudessem interferir na identificação do *delirium*.

Para o cálculo amostral foi considerado dados fornecidos pelo setor de estatística do hospital. No ano de 2021 a média mensal de pacientes internados na UTI adulto correspondeu a 31,5 pacientes/mês. A média de pacientes intubados e em VM nesse mesmo período correspondeu a 9,5 pacientes/mês. Foi considerada como população para este estudo, portanto, os 114 pacientes intubados e em VM, internados na UTI no ano de 2021. Destaca-se que no período que antecedeu a coleta de dados, o setor de estatística da instituição não tinha dados do ano de 2022,

justificando o motivo de ter sido considerado o ano de 2021 para o cálculo. Considerando a margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e nenhuma perda amostral, a amostra deste estudo foi de 80 pacientes.

Figura 2 - Cálculo estatístico para estimar o tamanho da amostra do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

LabStat

Tamanho Mínimo da Amostra

Estimação de Percentual

Tamanho da População	114
Precisão da Estimativa	$50 \pm 5\%$
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	88
Perda Amostral	Nenhuma

Para outros Níveis de Confiança

Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	103
99%	97
90%	80

Fonte: Sestatnet/UFSC.

4.3.2 Etapa qualitativa

Os participantes desta segunda etapa foram os profissionais alocados na UTI há pelo menos seis meses, que não estivessem em licenças prolongadas durante o período de coleta e prestassem assistência direta aos pacientes, avaliando-os à beira-leito. Havia 93 profissionais elegíveis e estes foram convidados intencionalmente, um a um, via e-mail (em listagem oferecida pela chefia da unidade). À medida que aceitavam participar, eram realizadas as entrevistas, que seguiram até alcançar a saturação dos dados, por profissão (o que obviamente não foi seguido para profissões que possuíam apenas um profissional alocado na UTI – Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional). A análise dos dados foi realizada de maneira concomitante à coleta, para ser possível definir o número de entrevistas que seriam necessárias, ao encontrar o ponto em que as categorias saturaram e não havia mais informação relevante para a coleta, por repetição (Glaser; Strauss, 2006).

4.4 COLETA DE DADOS

Seguindo os preceitos do delineamento da pesquisa de métodos mistos e da abordagem escolhida, a coleta de dados prossegue em duas etapas distintas: a primeira, quantitativa (QUAN) e a segunda, qualitativa (qual).

4.4.1 Primeira etapa: quantitativa (QUAN)

A coleta de dados da etapa quantitativa ocorreu entre 06 de março e 31 de agosto de 2023 e foi realizada inteiramente pela pesquisadora principal. Seu início deu-se, diariamente, de segunda à domingo, com a análise dos prontuários, seguida da avaliação dos pacientes. Primeiramente, acompanhava-se o *round* (aqui, já eram realizadas anotações sobre mudanças no padrão de sedação ou outras que pudessem interessar ao estudo, de acordo com as variáveis preconizadas) e, ao seu término, analisava-se o prontuário de cada paciente intubado e em VMI. Sequencialmente, após solicitar a autorização do familiar responsável via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a pesquisadora apresentava-se ao paciente, informava sobre o estudo e aplicava o CAM-ICU, respeitando a condição clínica do paciente.

Dos prontuários, foram obtidos os dados para caracterização demográfica e clínica: idade, sexo, motivo de hospitalização e admissão na UTI, diagnóstico médico, comorbidades, presença de infecção, sepse, gravidade no momento da internação pelo *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPS 3), *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), uso de sedoanalgesia e/ou bloqueador neuromuscular, uso de psicotrópicos, uso de opióides, uso de drogas vasoativas, uso de VMI ou ventilação não-invasiva (VNI), dispositivos invasivos, hemodiálise, uso de hemoderivados, uso de corticosteroides, cirurgia, desfecho clínico na UTI, uso de contenção mecânica e presença de familiares/amigos nos horários de visita. Estas variáveis foram consideradas a partir de outros estudos que avaliaram *delirium* e podem ser visualizadas no Quadro 1 (Mori *et al.*, 2016; Pinheiro *et al.*, 2022; Carvalho *et al.*, 2022).

Após, à beira leito, o paciente foi avaliado com a escala RASS e, caso esta indicasse escore entre -3 e +4, seguia-se para a avaliação de *delirium*, por meio do CAM-ICU. Esta avaliação à beira leito foi realizada diariamente a cada 12 horas (às 10h e às 22h). Quando a sedação do paciente era finalizada pela equipe médica, seguia-se avaliando o paciente por mais 24 horas. O acompanhamento era encerrado

quando o paciente já estava sem sedação, desperto e sem flutuação do estado mental.

O *delirium* é definido por meio de quatro características do CAM-ICU, que são: 1- início agudo ou curso flutuante; 2- inatenção; 3- nível de consciência alterado; e 4- pensamento desorganizado. A presença de *delirium* pode ser definida em duas composições, quando a característica um, dois e três forem positivas, ou característica um, dois e quatro (Ely *et al.*, 2001, Ely; Truman, 2002; Mori *et al*, 2016).

Quadro 1 - Variáveis demográficas e clínicas relacionadas à coleta de dados quantitativos. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

Variáveis demográficas	
Idade	Em anos
Sexo biológico	Feminino/Masculino
Motivo de hospitalização	
Motivo de admissão na UTI	
Diagnóstico médico	
Comorbidades	Sim - quais/Não
Variáveis Clínicas	
Infecção	Sim/Não
Sepse	Sim/Não
SAPS-3	Índice preditivo de mortalidade em %
RASS (nível de agitação e sedação)	+ 4 Combativo + 3 Muito agitado + 2 Agitado + 1 Inquieto 0 Alerta e calmo - 1 Torporoso - 2 Sedado leve - 3 Sedado moderado - 4 Sedado profundamente - 5 Coma
<i>Delirium</i>	CAM-ICU: Positivo/Negativo

Sedoanalgesia e/ou bloqueador neuromuscular	Sim - qual/Não
Uso de psicotrópicos	Sim - qual/Não
Uso de opióides	Sim - qual/Não
Uso de drogas vasoativas	Sim/Não
Uso de VMI	Sim/Não
Uso de VNI	Sim/Não
Dispositivos invasivos	Sim - quais /Não
Hemodiálise	Sim /Não
Hemoderivados	Sim/Não
Uso de corticosteróides	Sim/Não
Realizou cirurgia	Sim - Urgente ou eletiva /Não
Desfecho clínico na UTI	Alta/Óbito/Transferência
Contenção mecânica	Sim/Não
Visitas diárias	Sim/Não
Tempo de internação	Em dias

Fonte: Elaboração própria.

Finalizada a coleta dos dados quantitativos, durante o mês de setembro, realizou-se a análise primária dos dados, utilizando estatística descritiva e inferencial, com auxílio de profissional da estatística.

Finalizada a coleta dos dados quantitativos, realizou-se a análise primária dos dados, utilizando estatística descritiva e inferencial, em que foram identificados fatores a serem explorados na etapa qualitativa, sendo esses: conhecimento dos profissionais acerca do delirium (considerando a prevalência identificada), estratégia de sedação conservadora, visita associada ao aumento de chances para o delirium e uso de restrição física. Assim, por meio da mixagem de conexão foi planejado o follow-up qualitativo (segunda etapa).

4.4.2 Segunda etapa: qualitativa (qual)

A coleta de dados qualitativa foi realizada em outubro de 2023, por meio de entrevistas com a equipe multiprofissional a fim de compreender suas percepções sobre *delirium* de uma forma geral e sua prevalência na unidade de terapia intensiva. As entrevistas aconteceram no local do estudo e foram agendadas conforme disponibilidade individual. Estas, foram gravadas e conduzidas pela pesquisadora principal, em sala reservada próxima à UTI (disponibilizada pela chefia da unidade), com duração média de 30 minutos.

O roteiro (APÊNDICE C) foi testado previamente por teste-piloto com quatro profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e médico), com o objetivo de calibrar o instrumento, a fim alcançar melhor conexão de dados. Destaca-se que os dados provenientes dos testes-pilotos não foram utilizados no banco.

As entrevistas iniciavam com a caracterização dos participantes, seguido de questões acerca do conhecimento em relação ao *delirium*, identificação de sinais e sintomas e atitudes da equipe multiprofissional. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal e validadas pelos participantes.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados separadamente, seguindo o rigor metodológico da pesquisa mista. A integração dos dados foi realizada na seção de discussão do estudo, em que é interpretado os resultados quantitativos, os qualitativos e uma terceira forma de interpretação de como os dados qualitativos auxiliaram na ampliação dos resultados quantitativos. Não sendo recomendado uma comparação direta dos resultados dos dois bancos de dados, pois os dados qualitativos podem restringir o escopo dos quantitativos (Creswell & Creswell, 2021). Assim, a seguir será apresentada a descrição da análise quantitativa e qualitativa.

O planejamento para a execução da dissertação com métodos mistos pode ser visualizado na Figura 3.

4.5.1 Análise dos dados quantitativos

Para a análise, os dados quantitativos foram importados para o programa IBM *Statistical Package for the Social sciences* (SPSS) (*International Business Machines*, NY, EUA) versão 23. A normalidade dos dados foi examinada com o uso do teste de

Shapiro-Wilk. As variáveis numéricas foram expressas em medida central e dispersão, enquanto as categorias por frequência absoluta e relativa. A regressão logística binária foi empregada para analisar os fatores associados à presença de *delirium*. Foi adotado nível de significância fixado em 5%, o que reflete um intervalo de confiança de 95%.

4.5.2 Análise dos dados qualitativos

Os dados qualitativos foram organizados por meio do software ATLAS.ti (*Qualitative Data Analysis*), após validação dos participantes. A análise foi realizada a partir da análise de conteúdo do tipo temática e seguiu as fases: 1 - pré-análise, 2 - exploração do material e 3 - tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2016).

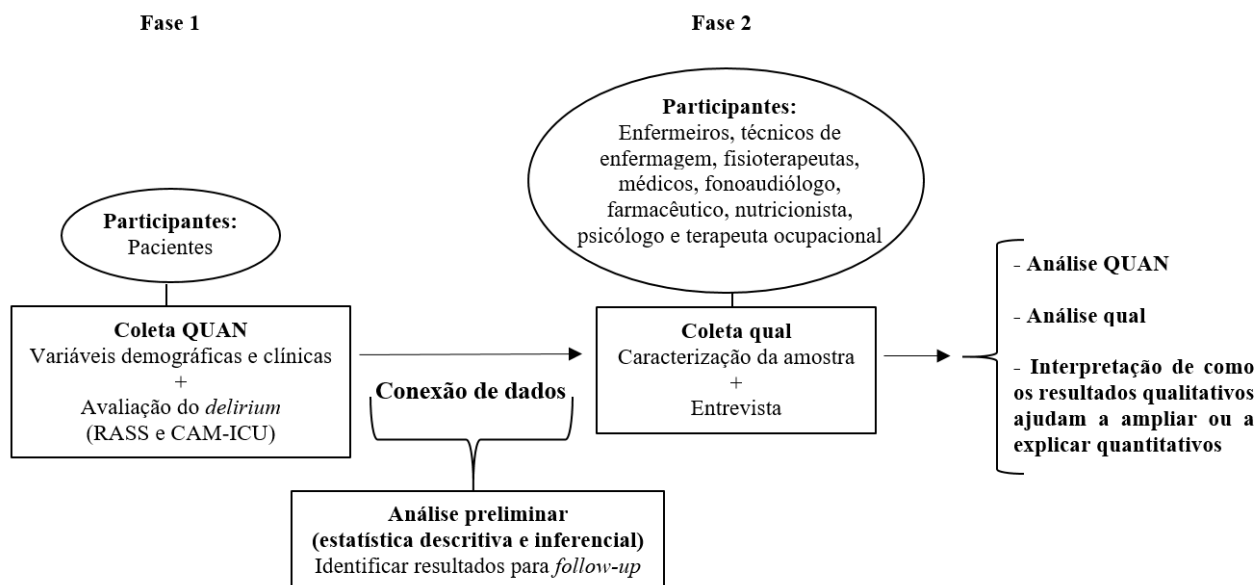
A primeira fase, pré-análise, compreende a organização do material a ser analisado e a retomada dos objetivos da pesquisa. Essa fase pode ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante - momento em que o pesquisador tomou contato direto e intenso com o material; constituição do corpus - condiz ao universo estudado em sua totalidade, nesse período respondeu-se a normas de validade qualitativa, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos - processo de retomada da etapa exploratória, composta por leitura exaustiva do material e indagações iniciais. Ainda na fase de pré-análise foram determinados a unidade de registro, unidade de contexto, recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos.

A segunda fase, exploração do material, foi marcada pela busca de categorias que são expressões ou palavras significativas. Nessa fase, foi realizado o recorte do texto em unidades de registro, que podem ser palavras, frases, temas, acontecimentos que foram indicados como relevantes na pré-análise.

A terceira fase, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, condiz a submissão dos resultados brutos a operações estatísticas simples ou complexas, permitindo que as informações obtidas sejam realçadas. Assim, foi proposta inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o material teórico inicial.

Destaca-se que os dados provenientes da pesquisa foram armazenados em um envelope lacrado e ficarão em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos e, posteriormente, serão inutilizados.

Figura 3 - Diagrama representativo do esquema de execução da dissertação com métodos mistos. Florianópolis, SC, Brasil, 2024.



Fonte: Adaptado Oliveira *et al.*, 2019 e Creswell & Creswell, 2021.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. Este projeto de dissertação faz parte de um macroprojeto que recebeu parecer favorável da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFSC/EBSERH, sob o nº 23820.001331/2022-22 (SEI nº 19571849) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o parecer nº 5.309.786 e registro CAAE: 56237422.0.0000.0121 (ANEXO C).

A justificativa, objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa foram apresentados aos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e B). Destaca-se que nas situações em que os pacientes estavam impossibilitados de prover o consentimento, seja pela condição

clínica, uso de sedação ou a presença de *delirium*, o consentimento foi fornecido por seus responsáveis legais.

Foi exposta a liberdade de recusar-se da participação da pesquisa, bem como a desistência em qualquer fase do estudo sem prejuízo algum. O TCLE foi composto de duas vias, uma ficou com o participante e a outra com o aplicador da pesquisa, ambas com assinatura de aprovação prévia do participante.

5 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados sob a forma de dois manuscritos que visam responder os objetivos da pesquisa. O primeiro está intitulado como “**Prevalência de *delirium* em terapia intensiva e percepções da equipe multiprofissional: estudo de métodos mistos**” e o segundo “**Fatores relacionados ao *delirium* em terapia intensiva e percepções da equipe multiprofissional: estudo de métodos mistos**”.

5.1 MANUSCRITO 1

PREVALÊNCIA DE *DELIRIUM* EM TERAPIA INTENSIVA E PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

RESUMO

Objetivos: avaliar a prevalência do *delirium* e compreender as percepções da equipe multiprofissional sobre o conhecimento e atitudes relacionadas ao *delirium* na terapia intensiva. **Método:** pesquisa de método misto, sequencial explanatório, realizada em uma unidade de terapia intensiva adulto. A primeira etapa (quantitativa, maior atribuição de peso) com 80 pacientes, aconteceu por meio da análise dos prontuários, para caracterização demográfica e clínica, seguida da avaliação dos pacientes à beira leito com a escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* e o *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit*. Após análise primária dos dados quantitativos, por meio da conexão deu-se a segunda etapa (qualitativa), em que foram realizadas entrevistas com a 25 profissionais da equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. Realizaram-se análise descritiva e inferencial (dados quantitativos) e análise de conteúdo temática (dados qualitativos). **Resultados:** a prevalência do *delirium* foi de 36,3%. Apesar da moderada prevalência, a equipe multiprofissional mostrou desconhecimento sobre *delirium*, confundindo com outras situações que causam alteração no nível de consciência, dificuldade na identificação do *delirium* sem adotar método específico, presença de atitudes não padronizadas, dificuldades de reconhecimento e ausência de protocolo ou rotina estabelecida em relação ao *delirium*. **Conclusão:** o ambiente prático ainda carece de aperfeiçoamento dos profissionais, estabelecimento de protocolos e planejamento multiprofissional para a condução do *delirium*.

DESCRIPTORIOS: Delírio. Unidades de Terapia Intensiva. Equipe de Assistência ao Paciente

INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma disfunção neurológica que envolve modificações na cognição basal, alterações na percepção, no nível de consciência e atenção, em que não há

associação com outros transtornos neurocognitivos em desenvolvimento ou preexistentes. É caracterizado por ser frequente em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva (UTI), possuir curso flutuante, com início agudo e com amplo intervalo de duração, que pode variar de dias até meses (APA, 2014; Devlin *et al.*, 2018; Donato *et al.*, 2021).

A partir dos sinais e sintomas, o *delirium* pode ser classificado nos subtipos hiperativo, hipoativo e misto. O primeiro é marcado por labilidade emocional, agitação e inquietação. Já o hipoativo é caracterizado por apatia, desatenção e letargia. E o tipo misto se refere à oscilação entre o tipo hiperativo e hipoativo (Prayce; Quaresma; Neto, 2018). O *delirium* está relacionado a sequelas futuras, tais como incapacidade funcional de longo prazo e problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Kotfis *et al.*, 2022).

Estudo (Alzoubi; Shaheen; Yousef, 2023) conduzido na Jordânia que incluiu 111 pacientes, apontou incidência de *delirium* na terapia intensiva de 31,5% e associação entre esta condição e o aumento do tempo de internação, tanto hospitalar quanto na UTI, além de aumento da mortalidade intra-hospitalar e em quatro meses após a alta. Outros estudos (Bastos *et al.*, 2020; Gravante *et al.*, 2020) mostram uma prevalência de *delirium* na terapia intensiva variável entre 22,3% e 55,8%. Já em metanálise (Krewulak *et al.*, 2018) que envolveu a avaliação de 27.342 pacientes internados na UTI, 4.550 (16,64%) apresentaram *delirium*, sendo mais prevalente o subtipo hipoativo.

Existem fatores de risco no ambiente de terapia intensiva, que estão envolvidos no desenvolvimento do *delirium*, tais como: ventilação mecânica invasiva, gravidade clínica, uso contínuo de sedação e a bloqueador neuromuscular, infecção, restrições físicas, exposição prolongada ao som, alteração na qualidade e quantidade do sono (Ruppert *et al.*, 2020; Lobo-Valbuena *et al.*, 2021; Cechinel *et al.*, 2022). Apesar do crescente número de pesquisas e investigações sobre o tema, na prática o *delirium* muitas vezes não é detectado ou é subdiagnosticado, o que se torna um problema na terapia intensiva. Além do subdiagnóstico, incertezas em relação ao cuidado do paciente com *delirium* e dificuldades de diferenciar de outras patologias que envolvem a confusão mental estão presentes na prática (Palacios-Ceña *et al.*, 2016; Miranda *et al.*, 2023).

Um dos principais cuidados relacionadas ao *delirium* na UTI é sua identificação e monitorização. Para isso, têm-se ferramentas de avaliações, em que o

Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU) está entre a mais recomendada, inclusive pelas diretrizes *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU (PADIS)*, que recomenda a avaliação regular de pacientes graves (Devlin *et al.*, 2018). O CAM-ICU foi construído especialmente para avaliar o *delirium* em pacientes críticos, principalmente nos casos daqueles em uso de ventilação mecânica invasiva, que estão impossibilitados de manter uma comunicação verbal. Adaptado para a cultura brasileira, o CAM-ICU é de alta especificidade e confiabilidade, além de fácil aplicabilidade e rápida execução (Ely; Truman, 2002; Gusmao-Flores *et al.*, 2011; Ho *et al.*, 2020).

Além desta avaliação, a organização e cooperação de uma equipe multiprofissional é necessária para suprir necessidades específicas do paciente, na prevenção, detecção e manejo do *delirium*. Dessa maneira, torna-se essencial uma equipe capacitada, considerando que as causas do *delirium* são multifatoriais, as abordagens também devem ser pensadas em uma estrutura multiprofissional (Ho *et al.*, 2020).

Com base no conhecimento da incidência do *delirium* no ambiente de terapia intensiva e impactos que essa condição causa no paciente durante a internação, alta e pós-alta, e sabendo da essencialidade do trabalho multiprofissional nesse contexto em termos de prevenção, identificação e manejo, emerge a necessidade de realizar essa pesquisa sob a perspectiva de um olhar ampliado, integrando duas abordagens de pesquisa. Logo, questiona-se: qual a prevalência de *delirium* na unidade de terapia intensiva adulto? E quais são as percepções da equipe multiprofissional sobre o conhecimento e atitudes relacionadas ao *delirium*?

Este estudo tem como objetivos: avaliar a prevalência do *delirium* e compreender as percepções da equipe multiprofissional sobre o conhecimento e atitudes relacionadas ao *delirium* na terapia intensiva.

MÉTODO

Pesquisa de método misto, sequencial explanatório (QUAN→qual). Nesta abordagem, o estudo envolve dois métodos sequenciais, que foram divididos em duas etapas. A primeira, quantitativa (QUAN), possui maior atribuição de peso e inclui a coleta e análise dos dados quantitativos. Na segunda, qualitativa (qual), de menor peso, a intenção é aprofundar os resultados quantitativos iniciais, assim, o

planejamento desta se baseia nos resultados analisados previamente. Este é o ponto de integração da abordagem sequencial explanatória, denominado conexão, momento em que se utiliza os dados quantitativos para planejar o follow-up qualitativo (Creswell & Creswell, 2021). Com o intuito de fortalecer o rigor metodológico, essa pesquisa seguiu os critérios da *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Hong *et al.*, 2018).

O estudo foi realizado na UTI adulto de um hospital público, localizado no estado de Santa Catarina, Brasil, que atende pacientes de perfil clínico-cirúrgico e possui 14 leitos ativos, sendo dois destes para isolamento respiratório. Em relação aos demais leitos, são separados por box, possuem janelas a cada box e alguns, tem televisores disponíveis; contudo, não possuem relógios (os disponíveis estão localizados centralmente nos dois postos de enfermagem). Em relação à rotina assistencial, pela manhã é realizado o *round* multiprofissional e à tarde, o *Safety Huddle*. A rotina de visitas na UTI é organizada para ocorrer em dois horários (das 11:30 às 12:30 e das 15h às 17h) e os pedidos de visita estendida são realizados pela família diretamente ao médico ou psicóloga, que discutem sua necessidade e viabilidade e informam aos demais profissionais.

O quadro assistencial era composto por 15 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, oito fisioterapeutas, 22 médicos, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um farmacêutico. Destaca-se que além da equipe multiprofissional supracitada, a UTI é campo para ensino de alunos de graduação da área da saúde, bem como das residências médicas e multiprofissional.

A população do estudo na etapa quantitativa foi composta por pacientes internados na UTI adulto. Para critérios de inclusão, foi considerado: paciente com idade mínima de 18 anos, internação na UTI por pelo menos 24 horas e em uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) (portanto, intubados/traqueostomizados e sedados). Como critérios de exclusão, foi adotado: paciente em morte encefálica e presença de demência com perda de habilidades intelectuais que pudessem interferir na identificação do *delirium*.

Para o cálculo amostral foram considerados dados fornecidos pelo setor de estatística do hospital. No ano de 2021 a média mensal de pacientes internados na UTI adulto correspondeu a 31,5 pacientes/mês. A média de pacientes intubados/traqueostomizados e em VMI nesse mesmo período correspondeu a 9,5

pacientes/mês. Foi considerada como população para este estudo, portanto, os 114 pacientes intubados/traqueostomizados e em VMI, internados na UTI no ano de 2021. Ressalta-se que no período que antecedeu a coleta de dados, o setor de estatística não possuía ainda os dados do ano de 2022, justificando o motivo de ter sido considerado o ano de 2021 para o cálculo. Considerando a margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e nenhuma perda amostral, a amostra deste estudo foi de 80 pacientes.

A coleta de dados da etapa quantitativa ocorreu entre 06 de março e 31 de agosto de 2023 e foi realizada inteiramente pela pesquisadora principal. Seu início deu-se, diariamente, de segunda à domingo, com a análise dos prontuários, seguida da avaliação dos pacientes. Primeiramente, acompanhava-se o *round* (aqui, já eram realizadas anotações sobre mudanças no padrão de sedação ou outras que pudessem interessar ao estudo, de acordo com as variáveis preconizadas) e, ao seu término, analisava-se o prontuário de cada paciente intubado/traqueostomizado e em VMI. Sequencialmente, após solicitar a autorização do familiar responsável via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a pesquisadora apresentava-se ao paciente, informava sobre o estudo e aplicava o CAM-ICU, respeitando a condição clínica do paciente.

Dos prontuários, foram obtidos os dados para caracterização demográfica e clínica: idade, sexo, motivo de hospitalização e admissão na UTI, diagnóstico médico, comorbidades, presença de infecção, sepse, gravidade no momento da internação pelo *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPS 3), *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), uso de sedoanalgesia e/ou bloqueador neuromuscular, uso de psicotrópicos, uso de opióides, uso de drogas vasoativas, uso de VMI ou ventilação não-invasiva (VNI), dispositivos invasivos, hemodiálise, uso de hemoderivados, uso de corticosteroides, cirurgia, desfecho, uso de restrição física e presença de familiares/amigos nos horários de visita. Estas variáveis foram consideradas a partir de outros estudos que avaliaram *delirium* (Mori *et al.*, 2016; Pinheiro *et al.*, 2022; Carvalho *et al.*, 2022).

Após, à beira leito, o paciente foi avaliado com a escala RASS e, caso esta indicasse escore entre -3 e +4, seguia-se para a avaliação de *delirium*, por meio do CAM-ICU. Esta avaliação à beira leito foi realizada diariamente a cada 12 horas (às 10h e às 22h). Quando a sedação do paciente era finalizada pela equipe médica, seguia-se avaliando o paciente por mais 24 horas. O acompanhamento era encerrado

quando o paciente já estava sem sedação, desperto e sem flutuação do estado mental.

Finalizada a coleta dos dados quantitativos, durante o mês de setembro, realizou-se a análise primária dos dados, utilizando estatística descritiva e inferencial, com auxílio de profissional da estatística. Foram, então, evidenciados fatores a serem explorados na etapa qualitativa, sendo esses: conhecimento dos profissionais acerca do delirium (considerando a prevalência identificada), estratégia de sedação conservadora, visita associada ao aumento de chances para o *delirium* e uso de restrição física. Desta maneira, estes fatores nortearam o roteiro de entrevistas da etapa qualitativa (segunda etapa).

Os participantes desta segunda etapa foram os profissionais alocados na UTI há pelo menos seis meses, que não estivessem em licenças prolongadas durante o período de coleta e prestassem assistência direta aos pacientes, avaliando-os à beira leito. Havia 93 profissionais elegíveis e estes foram convidados intencionalmente, um a um, via e-mail (em listagem oferecida pela chefia da unidade). À medida que aceitavam participar, as entrevistas foram realizadas até alcançar a saturação dos dados, por profissão (o que obviamente não foi seguido para profissões que possuíam apenas um profissional alocado na UTI – Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional). A análise dos dados foi realizada de maneira concomitante à coleta, para ser possível definir o número de entrevistas que seriam necessárias, ao encontrar o ponto em que as categorias saturaram e não havia mais informação relevante para a coleta, por repetição (Glaser; Strauss, 2006).

As entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2023, no local do estudo e foram agendadas conforme disponibilidade individual. Estas, foram gravadas e conduzidas pela pesquisadora principal, em sala reservada próxima à UTI (disponibilizada pela chefia da unidade), com duração média de 30 minutos. O roteiro iniciava com a caracterização dos participantes, seguido de questões acerca do conhecimento em relação ao *delirium*, identificação de sinais e sintomas e atitudes da equipe multiprofissional. Com o objetivo de calibrar o roteiro de coleta de dados, a fim alcançar melhor conexão de dados, previamente foi realizado teste-piloto com quatro profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e médico), sendo que os dados provenientes dos testes-pilotos não foram utilizados no banco. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal e validadas pelos participantes.

Para análise do conjunto de dados quantitativos, estes foram importados para o programa IBM *Statistical Package for the Social sciences* (SPSS) (*International Business Machines*, NY, EUA) versão 23. A normalidade dos dados foi examinada com o uso do teste de Shapiro-Wilk. As variáveis numéricas foram expressas em medida central e dispersão, enquanto as categorias por frequência absoluta e relativa. A regressão logística binária foi empregada para analisar os fatores associados à presença de *delirium*. Foi adotado nível de significância fixado em 5%, o que reflete um intervalo de confiança de 95%.

Já os dados qualitativos organizados por meio do software ATLAS.ti (*Qualitative Data Analysis*), após validação dos participantes. A análise temática seguiu as fases: 1 - pré-análise, 2 - exploração do material e 3 - tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2016).

Este estudo recebeu parecer favorável da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFSC/EBSERH, sob o nº 23820.001331/2022-22 e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o parecer nº 5.309.786 e registro CAAE: 56237422.0.0000.0121.

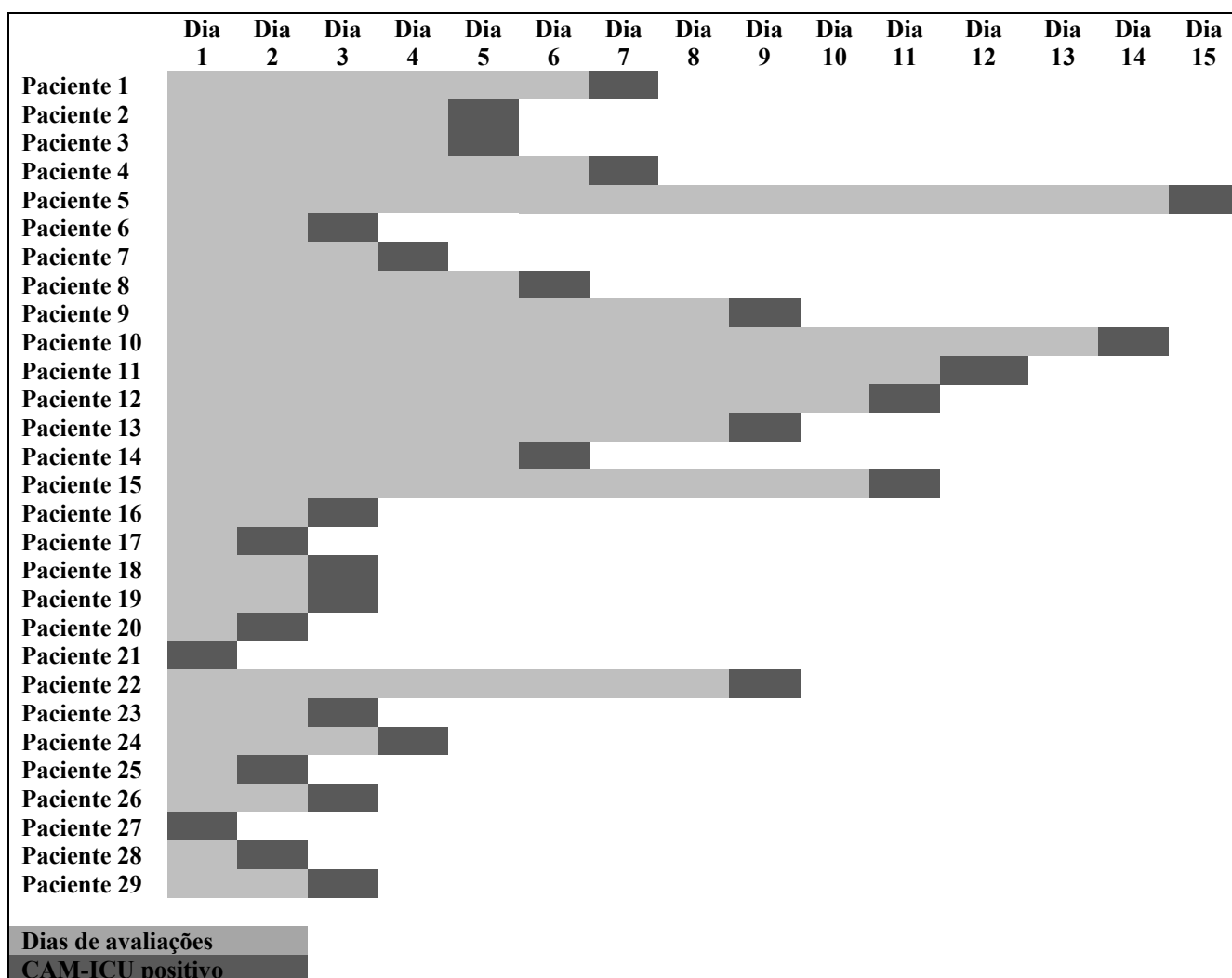
RESULTADOS

Etapla QUAN: descrição da amostra e dados sobre *delirium*

Foram avaliados 105 pacientes, no período de março a agosto de 2023, destes 25 pacientes foram excluídos, sendo 17 por terem ido a óbito antes da avaliação pelo CAM-ICU e oito pacientes por terem desenvolvido comprometimento neurológico durante a internação, em que não foi possível prosseguir com as avaliações. Assim, a amostra foi composta por 80 pacientes, 49 (61,3%) do sexo masculino com idade entre 24 e 82 anos e mediana de 61 (41,5 – 70,5) e 31 do sexo feminino (38,7%), cuja idade variou de 23 a 86 anos, apresentando mediana de 64 (51,0 – 69,0).

Por meio do CAM-ICU, constatou-se que 29 (36,3%) pacientes apresentaram *delirium* e 51 (63,7%) negataram para esta condição. Dos pacientes com *delirium*, 23 (79,3%) corresponderam ao subtipo hipoativo. O tempo de permanência na UTI variou de 3 a 48 dias, apresentando mediana de 9 (6,0 – 18,3). O *delirium* ocorreu entre o primeiro e sétimo dia de avaliação em 21 pacientes (72,4%) e entre o oitavo e décimo quinto dia em oito pacientes (27,6). O Quadro 1 mostra a distribuição dos dias de avaliações e CAM-ICU positivo.

Quadro 1 - Respostas positivas do *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* estratificado por dias de avaliações. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.



Para comparação entre grupos (com e sem *delirium*), foram empregados o teste *t* de *Student* para amostras independentes (comparação entre dois grupos) e análise de variância de uma via (comparação entre mais de dois grupos). Foram realizados procedimentos de *bootstrapping* (1000 re-amostragens; 95% IC BCa) para se obter uma maior confiabilidade dos resultados, para corrigir desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos (Haukoos, 2005).

Ao comparar os grupos de pacientes com e sem *delirium*, observaram-se resultados notáveis. Uma diferença estatisticamente significativa foi evidenciada ao analisar o escore SAPS 3 [$t(77) = 3,276$ $p = 0,002$], indicando que o grupo de pacientes sem *delirium* apresentou pontuações mais baixas. Esses resultados sugerem uma

possível associação entre a ausência de *delirium* e uma menor gravidade clínica medida pelo SAPS 3. Ao analisar os resultados da comparação entre os grupos de pacientes, destaca-se que não foi observada uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,140$) ao avaliar o escore SAPS 3 com base no RASS [$F(4, 74) = 1,789$ $p = 0,140$]. Este achado sugere que, no contexto deste estudo, a variação nas pontuações do SAPS 3 não foi estatisticamente relevante quando considerada em relação aos níveis de agitação e sedação conforme avaliados pelo RASS. A Tabela 1 descreve o conteúdo examinado, indicando a variável principal (SAPS 3), os métodos de avaliação (CAM-ICU e RASS) e a população estudada.

Tabela 1 - Comparação do *Simplified Acute Physiology Score III* entre os resultados das avaliações do *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) em pacientes críticos. Florianópolis, SC, Brasil, 2024.

Variáveis	SAPS-3	p-valor
CAM-ICU		0,002 *
Negativo	48,5±25,6	
Positivo	67,9±24,8	
RASS		0,140 **
Sedado moderado	75,2±19,7	
Sedado leve	61,5±33,7	
Confuso/torporoso	60,5±26,3	
Desperto e calmo	47,9±26,7	
Inquieto	59,0±18,7	

SAPS-3 = Simplified Acute Physiology Score III; CAM-ICU = Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; RASS = Richmond Agitation-Sedation Scale

*Teste t para amostras independentes;

** Análise de variância de uma via

Etapla QUAL: características dos participantes e categorias temáticas

Participaram desta etapa sete enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, cinco médicos, quatro fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico e uma fonoaudióloga. Profissional nutricionista estava em férias no período de coleta e o psicólogo da UTI se recusou a participar. Totalizou-se, desta forma, 25 profissionais. Desses, 15 do sexo feminino e dez masculinos, com idade que variou de 24 a 54 anos, com média de 37 anos e desvio-padrão de 7,6 anos. O tempo de formação esteve entre 2 e 28 anos, com média de 12 anos e desvio-padrão de 7,2 anos. Já o tempo de atuação em UTI oscilou de 1 a 20 anos, com média de 6 anos e desvio-

padrão de 5,6 anos. Em relação à titulação acadêmica, 13 participantes (52%) eram especialistas em terapia intensiva e sete (28%) mestres. Quanto ao turno de trabalho, 17 exerciam suas atividades no período matutino e vespertino, seis no noturno e dois no matutino.

Os dados foram categorizados e organizados a partir do software Atlas.Ti 23. Optou-se por não adotar memos, apenas *cotes* e *quotations*. Na sequência, os dados foram analisados seguindo os preceitos da Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2016). No *software*, foram selecionados os trechos significativos (*quotations*) que destacavam a identificação do *delirium* e fatores relacionados, seguido da associação a códigos (*codes*). Em relação a cada *code*, verificou-se a magnitude, ou seja, o número de vezes que foi atribuído nos discursos dos participantes. Posteriormente, os códigos foram organizados em grupos temáticos, buscando relações.

Tabela 2 – Grau de magnitude e distribuição da quantidade de *quotations* [n=774] de acordo com os *codes* [6]. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

Categoria	Codes	Grau de Magnitude	
		<i>Quotations</i> n	%
O que é <i>delirium</i> , afinal?	Identificação	220	28,42
	Fatores relacionados	141	18,21
	Conhecimento sobre <i>delirium</i>	99	12,79
	Sinais e sintomas	86	11,11
Atitudes da equipe multiprofissional com relação ao entendimento sobre <i>delirium</i>	Atitudes com relação ao <i>delirium</i>	228	29,45
TOTAL		774	100

A partir dos *codes* e *quotations* foram criadas duas categorias analíticas: O que é *delirium*, afinal? e Atitudes da equipe multiprofissional com relação ao entendimento sobre *delirium*.

O que é *delirium*, afinal?

Esta categoria correspondeu a 70,53% das *quotations*, organizadas em quatro *codes*. Com relação à definição de *delirium*, os participantes apontaram que este relaciona-se com confusão mental e desorientação. São citados os *delirium* hipoativo,

hiperativo e misto, embora, indiquem confusão com relação aos termos para definição. É definido ainda como iatrogenia, alteração do nível de consciência e relacionado a doenças de base ou outras condições, tais como encefalopatia, abstinência, demência.

A pessoa fala coisas que não existem, fala com você achando que é outra pessoa, acontece quando usou sedação. Nos idosos e horários noturnos, vemos mais. (Enf2)

Nunca parei para prestar atenção no que era *delirium* ou outro distúrbio ou só desorientação. Não sei definir exatamente. É até algo meio pejorativo usado para quando o paciente tem algo fora do comum, neurologicamente. (Enf3)

É uma alteração neurológica de etiologia variada, encefalopatia, abstinência ou no pós-sedação. É caracterizado como agitação e desvio do padrão neurológico. (Enf6)

Iatrogenia ocasionada pela internação na UTI. É um incidente sério, que geralmente é pouco considerado como tal, mas relacionado com desfechos ruins. (Farm1)

É uma alteração do nível de consciência, confusão mental, um paciente que está mais torporoso, hipoativo no leito ou que está muito agitado. (Fisio2)

É uma alteração do nível de consciência do paciente, da orientação do tempo e no espaço, decorrente de internação prolongada ou de algum evento ou doença. (Fono1)

É um acometimento neurológico, relacionado a uma doença de base, que geralmente cursa com um quadro agudo e caráter flutuante, que não tem um tratamento específico, só dos sintomas. (Med1)

Quadro confusional agudo relacionado à internação na UTI, ocorre mais em mulheres. Fora da UTI chamamos de demência. Tem incidência grande. (Med3)

Quando o paciente começa a falar coisas absurdas. Mas talvez o paciente fale coisas absurdas por ser uma pessoa idosa e temos dificuldade de identificar. (TecEnf4)

Delirium é o momento que a pessoa para de entender onde ela está, o porquê que ela está ali. É uma perda temporária. (TecEnf6)

É uma alteração do estado neurológico, que tem componentes psiquiátricos, como alucinações. É uma disfunção que a pessoa não tem capacidade de atenção, foco, concentração. Pode ser hiperativo, hipoativo e misto. (TO)

Acerca do CAM-ICU, preconizada mundialmente para identificação do *delirium*, os participantes pouco a mencionam e quando o fazem, é para afirmar que não se adota este método. Inclusive, expressam que há pouca distinção entre confusão mental em UTI com o *delirium* em suas realidades. Sugere-se a criação de uma ferramenta para auxiliar na identificação.

O paciente fala coisas certas e depois fala coisas erradas, aí, mais ou menos assim, identificamos. (Enf2)

Misturamos confusão com *delirium*, mas não temos escala para ser aplicada. É muito comum o paciente estar apenas confuso e já associarem com *delirium*. (Enf1)

Quando examinamos o paciente. Mas também não é uma coisa que você classifica. No máximo você diz que ele está desorientado, isso serve para tudo. (Enf3)

Quando tem agitação severa, que causa problemas, que faz com que tenhamos que sedar o paciente de novo. (Farm1)

Não temos nenhuma escala específica adotada para identificação do *delirium*. Seria interessante criar uma ferramenta para que pudéssemos ter um norte e conseguíssemos identificar. (Fisio3)

É diagnosticado sem critério, que seria por meio do CAM-ICU. (Fisio1)

É com base em relato. Fazemos algumas perguntas básicas, quantos anos tem, onde mora, que dia é hoje, que horas são, enfim, esse tipo de perguntas, e chega-se a essa conclusão, mas é bem subjetiva. (Fono1)

Na prática, empiricamente. Principalmente o paciente que tem um quadro de demência prévia ou transtorno psiquiátrico. (Med1)

Eu avalio pela condição da agitação motora do paciente, que o paciente tem alucinações, então é diferente de um paciente desorientado. (TecEnf1)

Com relação aos profissionais que identificam o *delirium* nos pacientes internados em UTI, sobressai o entendimento de que os médicos são os responsáveis pelo “diagnóstico”, mas que a enfermagem é a profissão mais próxima ao paciente e por isso, mais indicada para identificar a condição.

Quem bate o martelo é o médico, mas o enfermeiro ou técnico de enfermagem já levanta a possibilidade do *delirium*, com base no conhecimento empírico. (Enf1)

A enfermagem fica mais tempo com o paciente, acaba percebendo os primeiros sinais, principalmente o técnico, consegue observar mais rápido, mas a definição mesmo, “está em *delirium*” é da medicina mesmo. (Enf6)

Existem profissionais que tem a habilidade de conseguir identificar. Quem diagnostica, geralmente, é o médico. Mas a primeira identificação, é o enfermeiro, ou o técnico de enfermagem mais experiente, que consegue identificar algumas características que poderiam ser *delirium*. (Fisio3)

É a enfermagem, porque estamos 24 horas à beira do leito do paciente. E aí, às vezes, quando está demais, comunicamos, porque precisamos, às vezes, de uma intervenção medicamentosa. (TecEnf5)

A identificação, quando ocorre, está relacionada ao *delirium* hiperativo, por ser considerado mais explícito em termos de sinais e sintomas

Que fala a palavra *delirium* é o médico. E, com certeza, fazemos subdiagnóstico de *delirium* hipoativo. Porque vemos os pacientes que estão agitados, os outros que não estão, a gente não vê. (Med4)

Embora, também se perceba que há dificuldade em identificar o *delirium* e que isso não é visto ou percebido pela equipe, rotineiramente.

Difícil ver alguém diagnosticar *delirium*. Eu não vejo ninguém, nem a medicina, nem a psicologia. Não é visto, não é procurado a causa, nem nada. Ninguém diagnostica o *delirium*. (TecEnf3)

Não temos método de identificação na UTI. Muitas falam que o paciente está em *delirium*, mas ninguém avalia. É preconizado que toda equipe saiba avaliar *delirium*, mas eu não vejo essa cultura aqui na nossa UTI. Inclusive a própria medicina, que fala que o paciente está em *delirium*, mas não avalia esse *delirium*. (TO1)

As distintas percepções entre a equipe multiprofissional vão desde o desconhecimento total sobre a condição e dificuldades em identificar. Várias

associações com sinais e sintomas possíveis, majoritariamente aqueles relacionados à agitação, confusão mental, verbalização de palavras desconexas ou inapropriadas.

Atitudes da equipe multiprofissional com relação ao entendimento sobre *delirium*

Esta categoria representou 29,45% das *quotations*, organizadas em dois *codes*. Acerca de suas atitudes a partir daquilo que entendem como *delirium*, os profissionais informam não mudar suas práticas, mas conversam com outros profissionais e se preocupam com a segurança do paciente.

Eu não tenho nenhum cuidado específico. Eu gosto de avisar à equipe e observar se ele vai ficar seguro, se o que ele está apresentando não vai interferir na assistência, tipo tirar algum cateter, se machucar. (Enf2)

Não realizo mudanças na assistência. Converso com o paciente do mesmo jeito, acho que não tem nenhuma mudança. Relevo as coisas que a pessoa está falando. (Enf3)

Normalmente eu só aviso a medicina. Dependendo do médico, eles querem entrar com medicação, o que nem sempre acho que seja indicado. Se a pessoa está só em *delirium* e não está tentando contra a própria vida, acredito que não precisa. (Enf3)

Eu tento descobrir a causa do *delirium*. Se é alguma doença, sepse, desidratação, distúrbio hidroeletrólítico, drogas que possam estar ocasionando *delirium*, opioide, benzodiazepínico, antidepressivo. (Enf1)

A prática de disponibilizar televisão para distração do paciente é citada como medida a ser adotada por diferentes profissionais.

Procuramos colocar a televisão, muitas vezes eles acabam invertendo o ciclo do sono. Quando eu chego na UTI, já abro as cortinas, não temos relógio aqui na UTI. (Enf2)

Tento trazer instrumentos, atividades que tragam ele para o dia, para a hora, tento reforçar e repetir onde ele está, o que a gente está fazendo, tentando situar. Às vezes, peço para colocarem a televisão, uma música. (Fono1)

As questões relativas aos medicamentos aparecem como outro ponto a ser observado e, possivelmente, ajustado.

Tento rever as sudações que o paciente está recebendo, que é a parte que eu acho mais fácil até, e aí conversamos para ver questões não farmacológicas. Tentamos dar alta, se for possível. Se não for, colocamos uma televisão, abrimos a janela. Chamar a psicóloga para conversar com ele. ampliar o tempo da família também. (Med1)

Eu procuro investigar os medicamentos prescritos que estão associados. Tento encontrar alternativas para substituir ou excluir esses medicamentos. E aí também a estratégia terapêutica também, quando necessária, com medicamentos. (Farm1)

Eu me apresento, dou bom dia, digo que dia que é, a hora, o dia da semana, o ano, o lugar que ele está, que já acredito ser uma medida. E entra as medidas não farmacológicas, se o paciente pode ser mobilizado, às vezes discutimos em *round* medidas não farmacológicas para *delirium*. (Fisio1)

E aparece a necessidade de restrição física no caso de agitação psicomotora. Em contrapartida ao supracitado, indica-se que poucas medidas não farmacológicas são adotadas pela equipe multiprofissional.

Dependendo do tipo de *delirium*, restrição física do paciente. Eu vejo com a medicina, sobre as drogas, se podemos diminuir ou aumentar. (Enf4)
Quando o paciente está apresentando alguma alteração de consciência, principalmente se está agitado, na maior parte das vezes ele é contido. Poucas medidas não farmacológicas são instituídas. (Med2)

Há indicativo de que o paciente seria restrito no caso de apresentar qualquer alteração de consciência, embora, os participantes indiquem opiniões controversas e, por vezes, diferentes entre si. Ressalta-se que não são citados protocolos ou rotinas estabelecidas em nenhum momento sobre o que fazer com relação ao *delirium*.

DISCUSSÃO

A amostra de pacientes deste estudo foi composta predominantemente pelo sexo masculino, semelhante a outros estudos em que pode ser observada essa predominância (Mori *et al.*, 2016; Zrour *et al.*, 2019; Lago *et al.*, 2020; Pun *et al.*, 2021; Pinheiro *et al.*, 2022). O *delirium* está mais distribuído entre o sexo masculino e tem sido discutido como um fator de risco preditivo e predisponente para esta condição (Matioli *et al.*, 2021; Cechinel *et al.*, 2022).

O *delirium* pode ser considerado um marcador de gravidade, observa-se que sua presença está associada com a gravidade clínica, assim pacientes com *delirium* apresentam escores no SAPS mais elevados (Sieber *et al.*, 2021). Os resultados desse estudo também apontam para uma possível relação entre o aumento do SAPS-3 e a presença do *delirium*. Outras análises sugerem que quanto maior o SAPS, o paciente terá menos dias livres de *delirium*, sendo a gravidade do paciente um preditor independente para esta condição (Pun *et al.*, 2021; Alzoubi *et al.*, 2023).

Neste estudo, 36,3% (n=80) dos pacientes apresentaram *delirium*, semelhante a resultados de outras pesquisas (Krewulak *et al.*, 2018; Kim; Ahn, 2020; Alzoubi *et al.*, 2023), em que a prevalência de *delirium* na UTI variou entre 22,0% e 34,8%. Já estudo Lobo-Valbuena *et al.* (2021) com 1.462 pacientes internados em UTI, apontou baixa incidência, em uma realidade que segue a aplicação de um protocolo para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do *delirium*, baseado no pacote ABCDEF, mnemônico em inglês, que consiste em A, *Assessing pain*; B, *Both spontaneous awakening and breathing*; C, *Choice of drugs*; D, *Delirium*

monitoring/management; E, *Early exercise/mobility*; e F = *Family engagement and empowerment* (Devlin *et al*, 2016; Luetz *et al*, 2016).

A prevalência de *delirium* durante doenças críticas depende do grupo de pacientes e do ambiente, mas é mais elevada para pacientes em ambientes de cuidados críticos (Hughes *et al*, 2021). De fato, há estudos de prevalência e taxas de incidência conflitantes de *delirium*, em função, principalmente das diferentes configurações das UTI, tipos de pacientes e diferentes métodos diagnósticos utilizados (Gravante *et al*, 2020). Neste cenário, são necessários modelos dinâmicos de previsão de *delirium* clinicamente relevantes, que possam não apenas se adaptar ao longo do tempo, mas também fornecer previsões pragmáticas aos profissionais (Ruppert *et al*, 2020).

Nos EUA e Canadá, a incidência de *delirium* é reportada entre 20 e 90 % (Lee *et al*, 2018; Pollock *et al*, 2016; Burry *et al*, 2017) relacionados à carga de exposição e combinações de medicamentos psicoativos utilizados nesta população de pacientes vulneráveis (criticamente enfermos), incluindo aqueles pós-parada cardíaca tratados com hipotermia terapêutica. A prevalência de *delirium* entre pacientes gravemente doentes em UTI é elevada (Hughes *et al*, 2021) e importa ressaltar que este se desenvolve em um curto período, mediante presença de distúrbios de consciência, desatenção e alteração na cognição. Porém, ao caracterizar-se pela flutuação do estado mental, tem sua identificação e resolução dificultadas em equipes não treinadas ou que não utilizam escalas de apoio para sua detecção (Liu *et al*, 2022).

Alguns fatores associados ao risco aumentado de *delirium* na UTI incluem: idade avançada, abuso de álcool, uso de benzodiazepínicos para ventilação mecânica e fatores ambientais, tais como isolamento, uso de restrições físicas e exposição prolongada à luz e ao som também têm sido associados ao *delirium*. O conhecimento sobre esses fatores pode impactar em ações de prevenção e detecção da síndrome (Ruppert *et al*, 2020).

A moderada prevalência de *delirium* na UTI pesquisada reflete o desconhecimento da equipe multiprofissional sobre esta condição. Assim, ao integrar os achados quantitativos com os qualitativos, foi possível identificar que os profissionais desconhecem, majoritariamente, o que é *delirium* ou como identificá-lo. A moderada prevalência não pode ser justificativa para o desconhecimento, uma vez que o tema é recorrente nas temáticas relacionadas à terapia intensiva e sua incidência/prevalência representa aumento no tempo de internação, com consequente

aumento do custo financeiro, bem como acarreta maior sofrimento aos pacientes, inclusive no período pós-UTI. O *delirium* na UTI deve ser avaliado diariamente, ao menos duas vezes ao dia, e, mesmo diante de menor prevalência, não justifica a ausência de protocolos e rotinas assistenciais que intencionem preveni-lo ou avaliá-lo.

Destaca-se que entre as pesquisas, o conhecimento dos enfermeiros/equipe de enfermagem em relação ao *delirium* tem sido mais investigado, quando comparado às outras profissões. Em geral o nível de conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na UTI é baixo, estudos (Faustino *et al.*, 2016; Ewens *et al.*, 2021; Lee; Roh, 2021) apontam um conhecimento incipiente, quanto a medidas de prevenção, manejo e principalmente reconhecimento. Visualiza-se a necessidade iminente de intervenção, a partir de processos educacionais que envolva a equipe multiprofissional, a fim de melhorar esse déficit de conhecimento. Em contraponto, estudo (Zhou *et al.*, 2023) realizado com enfermeiros na China apresenta um panorama que difere o supracitado, trazendo resultados promissores em relação ao conhecimento, atitude e prática entre os 438 participantes, contudo é importante ressaltar que desses, 83,45% relataram ter recebido treinamento sobre *delirium*, o que fortalece o caminho da educação dos profissionais de saúde.

Entre os pacientes que apresentaram *delirium*, 79,3% (n=23) corresponderam ao subtipo hipoativo. Outros estudos (Krewulak *et al.*, 2018; La Cour *et al.*, 2022) apoiam este resultado, indicando que este subtipo possui maior frequência, sendo considerado ainda mais prevalente em pacientes gravemente enfermos que são ventilados mecanicamente. Na perspectiva qualitativa, os profissionais consideram este subtipo como subdiagnosticado, pelo fato dos sinais e sintomas não despertarem a atenção da equipe, da mesma forma que a agitação, no caso do hiperativo ou mesmo do misto. Integrando os dados das abordagens quanti e qualitativa, percebe-se que ao mesmo tempo que o hipoativo obteve maior frequência, sua identificação é falha, e quando existente é associada ao hiperativo. Este achado pode estar associado com a falta de conhecimento e instrumentalização da equipe, pois a identificação e avaliação do *delirium* deve ser realizada por meio de um método validado e não apenas observando sinais e sintomas.

A enfermagem é, frequentemente, responsável por fazer avaliações que possam indicar a presença de *delirium*. No entanto, aproximadamente 24% dos pacientes com *delirium* não são diagnosticados em tempo hábil (Lange *et al.*, 2019).

As razões para a falha em fazer um diagnóstico oportuno ou preciso incluem confundir sintomas de *delirium* com demência ou depressão, falta de conhecimento sobre sintomas e fatores de risco e treinamento e educação inadequados sobre *delirium*, especialmente para pacientes intubados e sedados (Rowley-Conwy, 2018).

Por meio da análise, foi possível perceber que os profissionais fazem associações do *delirium* exclusivamente à sinais e sintomas de agitação e confusão mental, diante da equipe períodos de desorientação somados a comportamentos inapropriados é entendido como *delirium*. Percebe-se a ausência de identificação e o subdiagnóstico do *delirium* como um problema na UTI, somando a incertezas dos profissionais em relação ao manejo dessa condição e confusão com outras patologias que envolvem sinais e sintomas de agitação e desorientação (Palacios-Ceña *et al.*, 2016; Miranda *et al.*, 2023).

Estudo que explorou o nível de conhecimento de enfermeiros de terapia intensiva sobre cuidados com *delirium*, revelou nível baixo de conhecimento sobre sua avaliação e detecção. Uma das questões abordava a utilização do CAM-ICU e foi respondida incorretamente por mais de dois terços dos participantes (Ho *et al.*, 2022). A detecção de *delirium* é essencial para fornecer cuidados de qualidade e estimular o acesso a vias de tratamento específicas, além de facilitar a comunicação com pacientes e familiares. Várias diretrizes e padrões de cuidados nacionais recomendam a detecção rotineira do *delirium* usando ferramentas validadas, no entanto, este continua subdetectado nos cuidados de rotina (Penfold *et al.*, 2024).

O CAM-ICU demonstrou boa concordância com a detecção de *delirium* em pacientes cirúrgicos em cuidados intensivos (Plaschke *et al.*, 2008) (como são a maioria dos pacientes internados na UTI deste estudo) e em uma ampla avaliação prospectiva, demonstrou-se que o CAM-ICU apresentou boa adesão e excelente confiabilidade entre avaliadores, quando implementado em larga escala pela equipe de enfermagem (Pun *et al.*, 2005). Ainda, em metanálise (Chen *et al.*, 2021), quando comparado a outra ferramenta de avaliação *delirium*, o CAM-ICU apresentou maior sensibilidade (93%) em UTIs médicas, sendo considerado preciso para detectar *delirium* em pacientes com VMI, e ainda superior para descartar pacientes sem *delirium* na UTI. Ainda, as diretrizes PADIS recomendam o uso do CAM-ICU em pacientes críticos, pela sua especificidade e confiabilidade (Devlin *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Neste estudo a prevalência de *delirium* foi de 36,3%, com predominância do subtipo hipoativo e detecção, em sua maioria, nos primeiros sete dias de avaliação. Apesar da moderada prevalência, a equipe multiprofissional mostrou desconhecimento sobre o *delirium*, presença de atitudes não padronizadas e dificuldades de reconhecimento, associando essa síndrome com outras condições de saúde que causam confusão mental. Embora o tema, *delirium*, encontra-se entre amplas discussões científicas, o ambiente prático ainda carece de aperfeiçoamento dos profissionais, estabelecimento de protocolos e planejamento multiprofissional para a condução dessa condição. Como limitações do estudo, aponta-se o perfil de pacientes clínico-cirúrgico da UTI, em que o tipo de internação refletiu diretamente na média de dias de permanência do paciente.

REFERÊNCIAS

ALZOUBI, Elaf; SHAHEEN, Feras; YOUSEF, Khalil. Delirium incidence, predictors and outcomes in the intensive care unit: A prospective cohort study. **International Journal of Nursing Practice**, 12 abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.13154>.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf>.

BARDIN, Laurence. **Content Analysis**. São Paulo, SP(BR): Edições 70; 2016.

BASTOS, Alessandra Soler. *et al.* Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. **Rev. gaúch. enferm.**, v.41:e20190068, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068>.

BURRY, Lisa D. *et al.* Delirium and exposure to psychoactive medications in critically ill adults: a multi-centre observational study. **Journal of Critical Care**, v. 42, p. 268-274, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.08.003>.

CARVALHO, Luciana Aparecida Costa *et al.* Accuracy of delirium risk factors in adult intensive care unit patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0222>.

CECHINEL, Clovis *et al.* Fragilidade e delirium em idosos hospitalizados: revisão sistemática com metanálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6120.3688>.

CHEN, Ting-Jhen *et al.* Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: a bivariate meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 113, p. 103782, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103782>.

DEVLIN, John W. *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v.46, n.9, e:825-873. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>.

DEVLIN, John *et al.* Adapting the ABCDEF bundle to meet the needs of patients requiring prolonged mechanical ventilation in the long-term acute care hospital setting: historical perspectives and practical implications. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 37, n. 01, p. 119-135, 28 jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0035-1570361>.

DONATO, Manuel. *et al.* Consensus for the management of analgesia, sedation and delirium in adults with COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.33, n.1, p.48-67. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210005>.

EWENS, Beverley *et al.* A delirium prevalence audit and a pre and post evaluation of an interprofessional education intervention to increase staff knowledge about delirium in older adults. **BMC Nursing**, v. 20, n. 1, 19 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00692-2>.

FAUSTINO, Tássia Nery *et al.* Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, 24 ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.15794>.

GLASER, Barney, STRAUSS, Anselm. **The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research**. Reprinted. New York: Aldine de Gruyter, 2006

RAVANTE, Francesco *et al.* Prevalence and risk factors of delirium in the intensive care unit: an observational study. **Nursing in Critical Care**, 6 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12526>.

GUSMAO-FLORES, Dimitri. *et al.* The validity and reliability of the portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. **Clinics**, v. 66, n. 11, p. 1917–1922, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/4pWRH5gvkf6ChQNWx7DhFFJ/?lang=en#>.

HAUKOOS, J. S. Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with "difficult" distributions. **Academic Emergency Medicine**, v. 12, n. 4, p. 360-365, 1 abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>. Acesso em: 9 fev. 2024.

HO, Mu-Hsing *et al.* "Recognizing Intensive Care Unit Delirium: Are Critical Care Nurses Ready?." *The journal of nursing research : JNR* vol. 30,3 e214. 1 Jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000487>.

HO, Mu-Hsing *et al.* Diagnostic performance of delirium assessment tools in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 17, n. 4, p. 301-310, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12462>.

HONG, Quan Nha *et al.* The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education for Information**, v. 34, n. 4, p. 285-291, 18 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/efi-180221>.

HUGHES, Christopher G. *et al.* Association of delirium during critical illness with mortality: multicenter prospective cohort study. **Anesthesia & Analgesia**, 30 abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000000544>.

KIM, Jongran; AHN, Jeong-Ah. Risk factors for delirium in trauma intensive care unit patients. **Korean Journal of Adult Nursing**, v. 32, n. 6, p. 623, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7475/kjan.2020.32.6.623>.

KOTFIS, Katarzyna. *et al.* The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. **Crit Care**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s13054-022-04077-y>.

KREWULAK, Karla. *et al.* Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis*. **Critical Care Medicine**. v.46, n.12:p 2029-2035, dez 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003402>.

LAGO, Mariana Santos *et al.* Delirium e fatores associados em unidades de terapia intensiva: estudo piloto de coorte. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 1, p. 16, 20 jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2501>.

LANGE, Peter W. *et al.* Undiagnosed delirium is frequent and difficult to predict: results from a prevalence survey of a tertiary hospital. **Journal of Clinical Nursing**, 18 mar. 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14833>.

LEE, Anna *et al.* Effect of motor subtypes of delirium in the intensive care unit on fast-track failure after cardiac surgery. **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**, v. 155, n. 1, p. 268-275.e1, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2017.08.139>.

LEE, Gyeongseon; ROH, Young Sook. Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium care. **Nursing in Critical Care**, 14 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12724>.

LIU, Bonnie *et al.* Accuracy of international classification of diseases, 10th revision codes for identifying sepsis: a systematic review and meta-analysis. **Critical Care**

Explorations, v. 4, n. 11, p. e0788, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000788>.

LOBO-VALBUENA, Beatriz *et al.* Risk factors associated with the development of delirium in general ICU patients. A prospective observational study. **PLOS ONE**, v. 16, n. 9, p. e0255522, 2 set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255522>.

LUETZ, Alawi *et al.* Routine delirium monitoring is independently associated with a reduction of hospital mortality in critically ill surgical patients: a prospective, observational cohort study. **Journal of Critical Care**, v. 35, p. 168-173, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.05.028>.

MATIOLI, Klícia Barbosa Bezerra *et al.* Delirium: prevalência e fatores associados ao pós-operatório de cirurgia cardiovascular em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 13 abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42203>.

MIRANDA, Fabian *et al.* Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2023, n. 11, 21 nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013126.pub2>.

MORI, Satomi. *et al.* Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v.50, n.4, p.587-593, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jbFTfh8yf9CpHDSFpsZL5Yq/?lang=pt>.

PALACIOS-CEÑA, Domingo *et al.* How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. **BMJ Open**, v. 6, n. 1, p. e009678, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009678>.

PENFOLD, Rose S. *et al.* Delirium detection tools show varying completion rates and positive score rates when used at scale in routine practice in general hospital settings: a systematic review. **Journal of the American Geriatrics Society**, 19 jan. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.18751>.

PINHEIRO, Fernanda Gomes de Magalhães Soares *et al.* Prevalência e fatores de risco associados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao006466>.

PLASCHKE, Konstanze *et al.* Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients gives high agreement rate(s). **Intensive Care Medicine**, v. 34, n. 3, p. 431-436, 9 nov. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0920-8>.

POLLOCK, J. S. *et al.* Delirium in survivors of cardiac arrest treated with mild therapeutic hypothermia. **American Journal of Critical Care**, v. 25, n. 4, p. e81-e89, 1 jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2016581>.

PRAYCE, Rita; QUARESMA, Filipa; NETO, Isabel Galriça. Delirium: The 7th Vital Sign?. **Acta med. port.**, v.31, n.1, p.51-58. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>.

PUN, Brenda Truman *et al.* Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers*. **Critical Care Medicine**, v. 33, n. 6, p. 1199-1205, jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000166867.78320.ac>.

PUN, Brenda Truman. *et al.* Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): a multicentre cohort study. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 3, p. 239-250, mar. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30552-x](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30552-x).

ROWLEY-CONWY, Gabby. Barriers to delirium assessment in the intensive care unit: a literature review. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 44, p. 99-104, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.001>.

RUPPERT, Matthew M. *et al.* ICU delirium-prediction models: a systematic review. **Critical Care Explorations**, v. 2, n. 12, p. e0296, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000296>.

SIEBER, Mattia *et al.* Outcome, demography and resource utilization in ICU Patients with delirium and malignancy. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, 21 set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98200-8>.

ZROUR, Carmen *et al.* Prospective, multi-centric benchmark study assessing delirium: prevalence, incidence and its correlates in hospitalized elderly Lebanese patients. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 32, n. 4, p. 689-697, 15 jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01242-2>.

ZHOU, Chenxi *et al.* Knowledge, attitude, and practice regarding postoperative delirium among cardiac surgery nurses: a cross-sectional multi-centre study. **Journal of Clinical Nursing**, 12 maio 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16751>.

5.2 MANUSCRITO 2

**FATORES RELACIONADOS AO *DELIRIUM* EM TERAPIA INTENSIVA E
PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO DE MÉTODOS
MISTOS**

RESUMO

Objetivos: analisar os fatores relacionados à prevalência do *delirium* no ambiente de terapia intensiva e compreender as percepções da equipe multiprofissional frente a esses fatores. **Método:** pesquisa de método misto, sequencial explanatório (QUAN→qual), realizada em uma unidade de terapia intensiva adulto. Na etapa quantitativa (n=80 pacientes) realizou a análise de prontuário para dados demográficos e clínicos, e avaliação à beira leito quanto ao nível de agitação e sedação e presença de *delirium*. Para a etapa qualitativa (n=25 profissionais da equipe multiprofissional), foram identificados por meio da análise primária quantitativa, aspectos a serem explorados por meio de entrevistas. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva e inferencial (dados quantitativos) e análise de conteúdo temática (dados qualitativos). **Resultados:** o *delirium* ocorreu em 36,3% dos pacientes. A presença de sepse, pontuações mais altas no índice preditivo de mortalidade pelo e o tempo de internação na terapia intensiva se associaram ao aumento de chances para a presença de *delirium*. Fatores como a sedação, família/visitas, despertar diário e restrição física foram relacionados à prevalência do *delirium*. **Conclusão:** a ausência de protocolos multiprofissional que direcionem, padronizem e integrem as condutas da equipe na terapia intensiva, é uma fragilidade que reflete diretamente na assistência do paciente.

DESCRIPTORIOS: Delírio. Unidades de Terapia Intensiva. Equipe de Assistência ao Paciente. Sedação Consciente. Sedação Profunda. Visitas a Pacientes

INTRODUÇÃO

Na unidade de terapia intensiva (UTI), frequentemente é necessário a administração de sedação e analgesia em pacientes críticos para promoção de conforto e segurança, facilitar a prática de intervenções angustiantes, favorecer a sincronia na ventilação mecânica invasiva, e para o alívio da dor e ansiedade (Paulino *et al.*, 2022). No entanto, a prática de sedoanalgesia está entre os fatores de risco precipitantes para o *delirium*, principalmente ao utilizar sedativos benzodiazepínicos (Devlin *et al.*, 2018; Wilson *et al.*, 2020).

A ocorrência do *delirium* também está associada a outros fatores de risco predisponentes, como idade avançada, demência, cirurgia de emergência, trauma, fragilidade, comorbidades cardiovasculares e renais, depressão, uso de álcool, mau estado nutricional, e deficiência visual e auditiva. Outros fatores precipitantes também

podem ser destacados, como uso distúrbio do sono, medicamentos psicoativos, sepse, hipoglicemia, insuficiência hepática, desidratação, dor negligenciada e estresse (Devlin *et al.*, 2018; Wilson *et al.*, 2020).

O *delirium* caracteriza-se por um estado confusional resultante de uma disfunção cerebral aguda e de curso flutuante, marcada por mudanças no nível de atenção, consciência, memória, orientação, percepção, pensamentos e comportamentos (APA, 2014; Cechinel *et al.*, 2022). Ainda, o paciente pode experimentar três subtipos desta disfunção, que se diferem de acordo com os sintomas apresentados, sendo: *delirium* hipoativo, *delirium* hiperativo e o *delirium* misto (Prayce; Quaresma; Neto, 2018).

Acredita-se que a presença do *delirium* está relacionado ao aumento do tempo de internação hospitalar e na UTI, tempo de ventilação mecânica, mortalidade, interferência na avaliação e manejo adequado da dor, consequentemente aumento dos custos em saúde, acarretando em importante prejuízo cognitivo e incapacidade funcional no período após a alta. Assim, destaca-se a relevância de uma avaliação pela equipe assistencial assertiva, a fim de evitar impactos negativos para o paciente e familiares (Bastos *et al.*, 2020; Luz *et al.*, 2020).

Para avaliar e monitorar o *delirium* na UTI, destaca-se o Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU), considerado uma ferramenta válida e eficiente para a identificação do *delirium*, é preconizada pelas diretrizes de prática clínica (Devlin *et al.*, 2018) e amplamente utilizada em pesquisas (Miranda *et al.*, 2023). Recomenda-se que pacientes críticos devem ser regularmente, pelo menos uma vez ao turno, avaliados quanto ao *delirium* (Devlin *et al.*, 2018). O CAM-ICU é uma ferramenta prática, de fácil e rápida aplicabilidade, além de ser validada para a cultura brasileira, sua estrutura conta com quatro características para a avaliação: 1- início agudo ou curso flutuante; 2- inatenção; 3- nível de consciência alterado; e 4- pensamento desorganizado (Ely *et al.*, 2001; Ely; Truman, 2002; Contreras *et al.*, 2021; Miranda *et al.*, 2023).

Dentro do plano de cuidados dos pacientes internados na UTI, as diretrizes chamam a atenção o Intensive Care Unit Liberation Bundle (ABCDE) (Barnes-Daly *et al.*, 2018), mnemônico em inglês, que consiste em A, Assessing pain; B, Both spontaneous awakening and breathing; C, Choice of drugs; D, *Delirium* monitoring/management; E, Early exercise/mobility; e F = Family engagement and *empowerment*. Ressalta-se que na última atualização, foi incorporado o componente

familiar, que pode diminuir a ansiedade, confusão e agitação do paciente (Pabón-Martínez; Rodríguez-Pulido; Henao-Castaño, 2022).

O conhecimento de fatores que aumentam o risco para *delirium* é essencial para minimizar a ocorrência dessa condição. Apesar desses fatores serem bastante estudados em evidências científicas, esse estudo tem como diferencial a integração do olhar da equipe multiprofissional frente a esses fatores, considerando que os profissionais são os principais protagonistas nesse cuidado, por estarem diretamente à beira leito com os pacientes.

Frente ao exposto, questiona-se: quais são os fatores relacionados a prevalência de *delirium* na UTI? E quais são as percepções da equipe multiprofissional frente a esses fatores? Para responder essas questões, esse estudo teve o objetivo de analisar os fatores relacionados à prevalência do *delirium* no ambiente de terapia intensiva e compreender as percepções da equipe multiprofissional frente a esses fatores.

MÉTODO

Tipo de estudo

Pesquisa de método misto, sequencial explanatório (QUAN→qual). A primeira foi a quantitativa (QUAN), com maior atribuição de peso e a segunda, qualitativa (qual), de menor peso. As duas abordagens utilizadas de maneira sequencial tiveram a intenção de aprofundar os resultados, bem como, tiveram seu ponto de integração definidos justamente pela abordagem inicial (quantitativa), sendo a conexão, o momento em que foram utilizados os dados quantitativos para planejar o follow-up qualitativo (Creswell & Creswell, 2021). Com o intuito de fortalecer o rigor metodológico, essa pesquisa seguiu os critérios da *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Hong *et al.*, 2018).

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma UTI adulto de um hospital público, localizado no estado de Santa Catarina, Brasil, que possui 14 leitos ativos, separados em box, com janelas a cada box e televisores disponíveis em alguns, sem relógios (os disponíveis estão localizados centralmente nas duas ilhas/postos de enfermagem). Em relação à rotina assistencial, pela manhã é realizado o *round* multiprofissional e à tarde, o *Safety Huddle*. Atende pacientes de perfil clínico-cirúrgico e o quadro assistencial era composto por 15 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, oito fisioterapeutas, 22

médicos, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um farmacêutico. A rotina de visitas na UTI é organizada em dois horários (das 11:30 às 12:30 e das 15h às 17h) e os pedidos de visita estendida são realizados pela família diretamente ao médico ou psicóloga, que discutem sua necessidade e viabilidade e informam aos demais profissionais. Não há protocolo com relação à visita estendida.

Participantes

Na etapa quantitativa, a população do estudo foi composta por pacientes internados na UTI adulto. Para critérios de inclusão, foi considerado: paciente com idade mínima de 18 anos, internação na UTI por pelo menos 24 horas e em uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) (portanto, intubados/traqueostomizados e sedados). Como critérios de exclusão, foi adotado: paciente em morte encefálica e presença de demência, com perda de habilidades intelectuais que pudessem interferir na identificação do *delirium*.

Para o cálculo amostral foi considerado dados fornecidos pelo setor de estatística do hospital. No ano de 2021 a média mensal de pacientes internados na UTI adulto correspondeu a 31,5 pacientes/mês. A média de pacientes intubados e em VM nesse mesmo período correspondeu a 9,5 pacientes/mês. Foi considerada como população para este estudo, portanto, os 114 pacientes intubados e em VM, internados na UTI no ano de 2021. Assim, não foram utilizados dados de 2022, pois no período que antecedeu a coleta de dados, o setor de estatística não possuía ainda os dados do ano de 2022, justificando o motivo de ter sido considerado o ano de 2021 para o cálculo. Considerando a margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e nenhuma perda amostral, a amostra deste estudo foi de 80 pacientes.

Os participantes desta segunda etapa foram os profissionais alocados na UTI há pelo menos seis meses, que não estivessem em licenças prolongadas durante o período de coleta e prestassem assistência direta aos pacientes, avaliando-os à beira-leito. Havia 93 profissionais elegíveis e estes foram convidados intencionalmente, um a um, via e-mail (em listagem oferecida pela chefia da unidade). À medida que aceitavam participar, as entrevistas foram realizadas até alcançar a saturação dos dados, por profissão (o que obviamente não foi seguido para profissões que possuíam apenas um profissional alocado na UTI – Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional).

Coleta de dados

A coleta de dados da etapa quantitativa ocorreu entre 06 de março e 31 de agosto de 2023 e foi realizada inteiramente pela pesquisadora principal. Seu início deu-se, diariamente, de segunda à domingo, com a análise dos prontuários, seguida da avaliação dos pacientes. Primeiramente, acompanhava-se o *round* (aqui, já eram realizadas anotações sobre mudanças no padrão de sedação ou outras que pudessem interessar ao estudo, de acordo com as variáveis preconizadas) e, ao seu término, analisava-se o prontuário de cada paciente intubado/traqueostomizado e em VM. Sequencialmente, após solicitar a autorização do familiar responsável via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a pesquisadora apresentava-se ao paciente ou familiar, informava sobre o estudo e aplicava o CAM-ICU, respeitando a condição clínica do paciente.

Dos prontuários, foram obtidos os dados para caracterização demográfica e clínica: idade, sexo, motivo de hospitalização e admissão na UTI, diagnóstico médico, comorbidades, presença de infecção, sepse, gravidade no momento da internação pelo *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPS 3), *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), uso de sedoanalgesia e/ou bloqueador neuromuscular, uso de psicotrópicos, uso de opióides, uso de drogas vasoativas, uso de VMI ou ventilação não-invasiva (VNI), dispositivos invasivos, hemodiálise, uso de hemoderivados, uso de corticosteroides, cirurgia, desfecho, uso de restrição física e presença de familiares/amigos nos horários de visita. Estas variáveis foram consideradas a partir de outros estudos que avaliaram *delirium* (Mori *et al.*, 2016; Pinheiro *et al.*, 2022; Carvalho *et al.*, 2022).

Após, à beira leito, o paciente foi avaliado com a escala RASS e, caso esta indicasse escore entre -3 e +4, seguia-se para a avaliação de *delirium*, por meio do CAM-ICU. Esta avaliação à beira leito foi realizada diariamente a cada 12 horas (às 10h e às 22h). Quando a sedação do paciente era finalizada pela equipe médica, seguia-se avaliando o paciente por mais 24 horas. O acompanhamento era encerrado quando o paciente já estava sem sedação, desperto e sem flutuação do estado mental.

Após a finalização da coleta dos dados quantitativos, durante o mês de setembro, realizou-se a análise primária dos dados por meio de estatística descritiva e inferencial. Foram identificados aspectos a serem explorados na etapa qualitativa, sendo esses: conhecimento dos profissionais acerca do *delirium* (considerando a

prevalência identificada), estratégia de sedação conservadora, visitação associada ao aumento de chances para o *delirium* e uso de restrição física.

As entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2023, no local do estudo e a entrevista, agendada conforme disponibilidade individual. Estas, foram gravadas e conduzidas pela pesquisadora principal, em sala reservada próxima à UTI (disponibilizada pela chefia da unidade), com duração média de 30 minutos. O roteiro iniciava com a caracterização dos participantes, seguido de questões que explorassem os fatores relacionados à prevalência do *delirium*, identificados na etapa quantitativa. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal e validadas pelos participantes.

Análise dos dados

Para análise do conjunto de dados quantitativos, estes foram importados para o programa IBM *Statistical Package for the Social sciences* (SPSS) (*International Business Machines*, NY, EUA) versão 23. A normalidade dos dados foi examinada com o uso do teste de Shapiro-Wilk. As variáveis numéricas foram expressas em medida central e dispersão, enquanto as categorias por frequência absoluta e relativa. A regressão logística binária foi empregada para analisar os fatores associados à presença de *delirium*. Foi adotado nível de significância fixado em 5%, o que reflete um intervalo de confiança de 95%.

A análise dos dados da etapa qualitativa foi realizada de maneira concomitante à coleta, para ser possível definir o número de entrevistas que seriam necessárias, ao encontrar o ponto em que as categorias saturaram e não havia mais informação relevante para a coleta, por repetição (Glaser; Strauss, 2006). Os dados foram organizados por meio do software ATLAS.ti (*Qualitative Data Analysis*), após validação dos participantes. A análise temática seguiu as fases: 1 - pré-análise, 2 - exploração do material e 3 - tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2016).

Os aspectos éticos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. Este projeto de dissertação faz parte de um macroprojeto que recebeu parecer favorável da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFSC/EBSERH, sob o nº 23820.001331/2022-22 e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o parecer nº 5.309.786 e registro CAAE: 56237422.0.0000.0121.

RESULTADOS

Etapa QUAN

Neste estudo foram elegíveis 105 pacientes, destes 25 pacientes foram excluídos, sendo 17 por terem ido a óbito antes da avaliação pelo CAM-ICU e oito pacientes por terem desenvolvido comprometimento neurológico durante a internação, em que não foi possível prosseguir com as avaliações. Assim, este estudo utilizou dados de 80 pacientes que necessitaram de cuidados intensivos. A amostra foi composta da seguinte forma: 49 (61,3%) pacientes do sexo masculino com idade entre 24 e 82 anos e mediana de 61 (41,5 – 70,5) e 31 pacientes (38,7%) do sexo feminino, cuja idade variou de 23 a 86 anos, apresentando mediana de 64 (51,0 – 69,0). Por meio do uso do CAM-ICU, foi constatado que 51 pacientes não manifestaram *delirium* (63,7%) e 29 (36,3%) positivaram para esta condição. Aqueles pacientes que não apresentaram *delirium* foram avaliados até 24 horas após a interrupção total da sedação, sendo que o acompanhamento era encerrado quando este já estivesse desperto e sem flutuação do estado mental. A média de dias de avaliação foi de 5,7 dias e a média de avaliações foi de 11,4 avaliações por paciente.

No que se refere à internação na UTI, o SAPS 3 dos pacientes variou de 5,3 a 98,3 com mediana de 55,4 (37,4 – 79,4) e o tempo de permanência variou de 3 a 48 dias apresentando mediana de 9 (6,0 – 18,3). A HAS foi a comorbidade mais relatada entre os pacientes (33,7%). A Tabela 1 apresenta os motivos de internação na UTI, estratificados por sexo.

Tabela 1 - Causas de internação em Unidade de Terapia Intensiva, estratificadas por sexo. Florianópolis, SC, Brasil, 2024. (n=80)

Variáveis	Sexo	
	Masculino (n = 49)	Feminino (n = 31)
Causa da internação em UTI	n (%) *	
Insuficiência respiratória aguda	15 (30,6)	8 (25,8)
Pós-operatório	13 (26,5)	10 (32,3)
Sepse	3 (6,1)	1 (3,2)
Choque séptico	5 (10,2)	4 (12,9)
Pós-PCR	2 (4,1)	2 (6,5)
Rebaixamento do nível de consciência	5 (10,2)	5 (16,1)
Outros	6 (12,2)	1 (3,2)

	Md (P ₂₅₋₇₅) **	
SAPS 3	50,4 (29,4 76,3)	61,5 (50,4 – 82,4)
Permanência na UTI (em dias)	10 (7,5 – 22,0)	7 (5,0 – 11,0)

UTI = unidade de terapia intensiva; PCR = parada cardiorrespiratória; SAPS = *Simplified Acute Physiology Score*.
*valores expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%);
** valores expressos em mediana e intervalo interquartil

Todos os pacientes requereram algum tipo de dispositivo invasivo durante a internação. A maioria precisou de tubo orotraqueal (97,5%), cateter de alimentação (68,8%), cateter venoso central (98,8%), cateter venoso periférico (72,5%), cateter de pressão arterial invasiva (77,5%) e cateter vesical de demora (98,8%). O uso de ventilação não invasiva foi necessária em 28,7% dos pacientes e traqueostomia e 11,2%. A Tabela 2 apresenta detalhes abrangentes sobre o uso de dispositivos invasivos, organizados e estratificados com base na presença ou ausência de *delirium*.

Tabela 2. Uso de dispositivos invasivos entre pacientes com e sem presença de *delirium*. Florianópolis, SC, Brasil, 2024. (n=80)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>	
	Não (n = 51)	Sim (n = 29)
Ventilação mecânica invasiva		
Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Sim	51 (100,0%)	29 (100,0%)
Tubo orotraqueal		
Não	1 (2,0%)	1 (3,4%)
Sim	50 (98,0%)	28 (96,6%)
Cateter de alimentação		
Não	19 (37,3%)	6 (20,7%)
Sim	32 (62,7%)	23 79,3%)
Cateter venoso central		
Não	0 (0,0%)	1 (3,4%)
Sim	50 (100,0%)	28 (96,6%)
Cateter venoso periférico		
Não	13 (25,5%)	9 (31,0%)

Sim	38 (74,5%)	20 (69,0%)
Cateter de pressão arterial invasiva		
Não	11 (21,6%)	7 (24,1%)
Sim	40 (78,4%)	22 (75,9%)
Cateter vesical de demora		
Não	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Sim	50 (98,0%)	29 (100,0%)
Ventilação não invasiva		
Não	38 (74,5%)	19 (65,5%)
Sim	13 (25,5%)	10 (34,5%)
Traqueostomia		
Não	47 (92,2%)	24 (82,8%)
Sim	4 (7,8%)	5 (17,2%)

Em 65,0% dos casos observou-se a presença de algum tipo de infecção durante a internação na UTI e a sepse acometeu 20% dos pacientes. Durante a internação, 43,7% pacientes necessitaram ser submetidos a cirurgias, 22% precisaram de hemodiálise e 32,5% demandaram uso de hemoderivados. Quarenta e oito pacientes tinham visitas diariamente (60,0%) e em relação às visitas estendidas, estas ocorreram apenas em 2,5% dos casos estudados (Tabela 3.)

Tabela 3 - Características relacionadas à internação dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Florianópolis, SC, Brasil, 2024. (n=80)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>	
	Não (n = 51)	Sim (n = 29)
Infecção		
Não	21 (41,2%)	7 (24,1%)
Sim	30 (58,8%)	22 (75,9%)
Sepse		
Não	45 (88,2%)	19 (65,5%)
Sim	6 (11,8%)	10 (34,5%)
Cirurgia		
Não	26 (51,0%)	19 (65,5%)

Sim - eletiva	9 (17,6%)	2 (6,9%)
Sim - urgente	16 (31,4%)	8 (27,6%)
Hemodiálise		
Não	50 (98,0%)	28 (96,6%)
Sim	1 (2,0%)	1 (3,4%)
Hemoderivados		
Não	38 (74,5%)	16 (55,2%)
Sim	13 (25,5%)	13 (44,8%)
Visita diária		
Não	12 (23,5%)	20 (69,0%)
Sim	39 (76,5%)	9 (31,0%)
Visita estendida		
Não	50 (98,0%)	28 (96,6%)
Sim	1 (2,0%)	1 (3,4%)

No que se refere ao uso de medicamentos, o uso de drogas vasoativas foi o mais observado, representando 80,0% da amostra, seguido pelo uso de corticosteroides (58,8%), morfina (43,8%) e quetiapina (27,5%). Todas as informações acerca do uso de medicamentos podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Medicamentos necessitados durante a internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2024. (n=80)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>	
	Não (n = 51)	Sim (n = 29)
Drogas vasoativas		
Não	11 (21,06%)	5 (17,2%)
Sim	40 (78,4%)	24 (82,8%)
Corticosteroides		
Não	25 (49,0%)	8 (27,6%)
Sim	26 (51,0%)	21 (72,4%)
Morfina		
Não	28 (54,9%)	17 (58,6%)
Sim	23 (45,1%)	12 (41,4%)

Quetiapina		
Não	43 (84,3%)	15 (51,7%)
Sim	8 (15,7%)	14 (48,3%)
Haldol		
Não	51 (100,0%)	26 (89,7%)
Sim	0 (0,0%)	3 (10,3%)
Clonazepam		
Não	45 (88,2%)	21 (72,4%)
Sim	6 (11,8%)	8 (27,6%)
Diazepam		
Não	49 (96,1%)	26 (89,7%)
Sim	2 (3,9%)	3 (10,3%)
Metadona		
Não	45 (88,2%)	22 (75,9%)
Sim	6 (11,8%)	7 (24,1%)
Bloqueador neuromuscular		
Não	48 (94,1%)	23 (79,3%)
Sim	3 (5,9%)	6 (20,7%)

A respeito da sedoanalgesia, maioria dos pacientes necessitou de fentanil (88,8%), midazolam (55,0%), propofol (85,0%) e dexmedetomidina (53,8%). A cetamina foi necessária em 28,7% dos pacientes internados (Tabela 5).

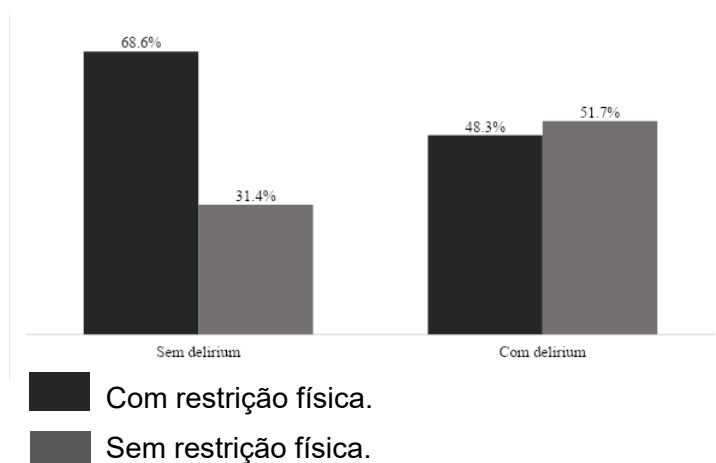
Tabela 5 - Necessidade de sedoanalgesia durante a internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2024. (n=80)

Variáveis	Presença de <i>delirium</i>	
	Não (n = 51)	Sim (n = 29)
Fentanil		
Não	5 (9,8%)	4 (13,8%)
Sim	46 (90,2%)	25 (86,2%)
Midazolam		
Não	23 (45,1%)	13 (44,8%)
Sim	28 (54,9%)	16 (55,2%)

Propofol		
Não	8 (15,7%)	4 (13,8%)
Sim	43 (84,3%)	25 (86,2%)
Dexmedetomidina		
Não	25 (49,0%)	12 (41,4%)
Sim	26 (51,0%)	17 (58,6%)
Cetamina		
Não	32 (62,7%)	25 (86,2%)
Sim	19 (37,3%)	4 (13,8%)

Dentre os 80 pacientes envolvidos no estudo, 49 (61,3%) não necessitaram de restrição física durante a internação. Destes, 35 (68,6%) pertenciam ao grupo que não manifestou *delirium* (Figura 1).

Figura 1 - Necessidade de restrição física durante a internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2024. (n=80)



Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Fatores associados ao *delirium* na UTI

Avaliou-se em que medida as seguintes variáveis influenciavam na evolução do paciente para o *delirium*: os medicamentos, as visitas diárias, restrição física na maior parte da internação. Por razões de parcimônia, apenas a quetiapina, morfina e corticosteroides foram adequados à inserção no modelo. Os resultados demonstraram que os pacientes que precisaram de quetiapina tiveram 5,01 vezes mais chance de evoluir para *delirium* comparados com aqueles que não fizeram uso do medicamento

[OR = 5,01 (IC95%: 1,76 – 14,32); $p = 0,003$]. Contudo, não houve efeito do uso de morfina e de corticosteroides na evolução do *delirium* nos pacientes envolvidos no estudo [OR = 2,52 (IC95%: 0,94 – 6,74); $p = 0,06$] e [OR = 0,86 (IC95%: 0,34 – 2,16); $p = 0,75$], respectivamente.

Identificou-se que aqueles pacientes que receberam mais visitas diárias, apresentaram 7,22 vezes mais chances de evoluir para o *delirium* em comparação com aqueles que não receberam as visitas diariamente [OR = 7,22 (IC95%: 2,61 – 20,00); $p < 0,0001$]. A restrição física não teve influência no quadro de *delirium* nos pacientes que apresentaram tal condição [OR = 0,43 (IC95%: 0,17 – 1,01); $p = 0,07$].

Sobre os dispositivos invasivos, não demonstraram ser preditores significantes para a presença de *delirium*: a necessidade de ventilação não invasiva [OR = 0,65 (IC95%: 0,24 – 1,75); $p = 0,39$]; cateter de alimentação [OR = 0,44 (IC95%: 0,15 – 1,27); $p = 0,13$]; cateter venoso periférico [OR = 1,31 (IC95%: 0,48 – 3,60); $p = 0,59$]; cateter de pressão arterial invasiva [OR = 1,16 (IC95%: 0,39 – 3,41); $p = 0,79$].

Pacientes sépticos, tiveram aumentadas em 75% as chances para a presença de *delirium* quando comparados àqueles que não apresentaram esta condição [OR = 0,25 (IC95%: 0,08 – 0,80); $p = 0,02$]. Contudo, não foi observado efeito com significância estatística quanto ao uso de hemoderivados [OR = 0,42 (IC95%: 0,16 – 1,11); $p = 0,08$] e necessidade de intervenção cirúrgica durante o período de internação [OR = 1,83 (IC95%: 0,71 – 4,69); $p = 0,21$].

Não foi observado efeito significativo entre o sexo e a presença de *delirium* [OR = 1,19 (IC95%: 0,47 – 3,02); $p = 0,72$]. Também, não foi notada influência significativa entre a idade dos pacientes com a presença de *delirium* [OR = 1,02 (IC95%: 0,99 – 1,05); $p = 0,14$].

Não se mostraram preditoras com significância estatística para a presença de *delirium* as comorbidades: a hipertensão arterial sistêmica [OR = 0,75 (IC95%: 0,29 – 1,94); $p = 0,55$], a diabetes mellitus [OR = 0,42 (IC95%: 0,13 – 1,31); $p = 0,13$] e as doenças cardiovasculares [OR = 0,46 (IC95%: 0,16 – 1,30); $p = 0,14$].

Ao examinar o efeito do tempo de internação na UTI sobre a presença de *delirium*, foi constatado que a cada um dia internado aumentava em 5% as chances de o paciente apresentar *delirium* [OR = 1,05 (IC95%: 1,01 – 1,10); $p = 0,02$]. No que se refere ao índice preditivo de mortalidade, os resultados mostraram que a cada uma unidade aumentada no escore SAPS 3, o paciente teve 3% a mais de chances de apresentar *delirium* [OR = 1,03 (IC95%: 1,01 – 1,05); $p = 0,003$].

Foi analisado a influência do uso de midazolam, dexmedetomidina e cetamina na presença de *delirium* durante a internação. Os resultados demonstraram que os pacientes que fizeram uso de cetamina tiveram 3,71 vezes mais chances de apresentar *delirium* durante a internação quando comparados com aqueles pacientes que não precisaram da cetamina. [OR = 3,71 (IC95%: 1,12 – 12,30); p = 0,03]. No entanto, o uso de midazolam e dexmedetomidina não apresentou influência significativa na presença de *delirium* durante a internação (OR = 0,99 IC95%: 0,40 – 2,47); p = 0,98] e (OR = 0,73 IC95%: 0,29 – 1,84); p = 0,51], respectivamente.

Setenta e dois pacientes receberam alta da UTI, correspondendo a 90% da amostra estudada, sete foram à óbito (8,8%) e um paciente (1,2%) foi transferido para outro hospital. Entre aqueles que não manifestaram *delirium* durante a internação, 49 (96,0%) receberam alta da UTI, um (2,0%) foi a óbito e um (2,0%) foi transferido. Dentre os pacientes que apresentaram *delirium* durante a internação, 23 (79,3%) receberam alta da UTI e seis (20,7%) foram a óbito.

Etapa Qual

Participaram desta etapa sete enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, cinco médicos, quatro fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico e uma fonoaudióloga. Nutricionista estava em licença saúde no período de coleta e o psicólogo da UTI se recusou a participar. Totalizou-se, desta forma, 25 profissionais. Desses, 15 do sexo feminino e dez masculinos, com idade que variou de 24 a 54 anos, com média de 37 anos e desvio-padrão de 7,6 anos. O tempo de formação esteve entre 2 e 28 anos, com média de 12 anos e desvio-padrão de 7,2 anos. Já o tempo de atuação em UTI oscilou de 1 a 20 anos, com média de 6 anos e desvio-padrão de 5,6 anos. Em relação a titulação acadêmica, 13 participantes (52%) eram especialistas em terapia intensiva e sete (28%) mestres. Quanto ao turno de trabalho, 17 exerciam suas atividades no período matutino e vespertino, seis no noturno e dois no matutino.

Com relação aos dados qualitativos, estes foram categorizados e organizados a partir do *software* Atlas.Ti 23. Na sequência, os dados foram analisados seguindo os preceitos da Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2016). No *software*, foram selecionados os trechos significativos (*quotations*) que destacavam a identificação do *delirium* e fatores relacionados, seguido da associação a códigos (*codes*). Em relação a cada *code*, verificou-se a magnitude, ou seja, o número de vezes que foi atribuído nos discursos dos participantes. Posteriormente, os códigos foram organizados em grupos temáticos, buscando relações.

Tabela 6 - Grau de magnitude e distribuição da quantidade de *quotations* [n=358] de acordo com os *codes* [6]. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

Categoria	Codes	Grau de Magnitude	
		Quotations	
		n	%
Fatores relacionados ao <i>delirium</i> na percepção da equipe multiprofissional	Uso de sedação/medicamentos	123	34,35
	A família no cuidado em UTI	93	25,97
	Visitas na UTI	88	24,58
	Despertar diário em UTI	41	11,45
	Restrição física	13	3,63
TOTAL		358	100

A partir dos *codes* e *quotations* organizou-se uma categoria analítica: Fatores relacionados ao *delirium* na percepção da equipe multiprofissional.

Fatores relacionados ao *delirium* na percepção da equipe multiprofissional: sedação, família/visitas, despertar diário e restrição física

As percepções sobre a sedação na UTI são diversas, inclusive a responsabilidade sobre a prescrição desta e a realização de doses apenas via avaliação da própria equipe de Enfermagem. Ainda se percebe que a estratégia adotada é conservadora, com grande uso de benzodiazepínicos e domina a ausência de protocolos.

A sedação não é só o médico que faz. Se coloca a 10mL/hora, e o técnico vai dar um banho no paciente, vai fazer um bolus, aí vai outro técnico e faz outro bolus. Então, durante o dia, se era para receber 20 mL, provavelmente recebeu 40 mL. (Enf4)

Temos uma estratégia sedativa bem conservadora e pesada, que contribui bastante para o *delirium*, principalmente quanto aos benzodiazepínicos. (Farm1)

A maior parte dos médicos daqui estudaram aqui na graduação, na residência, reproduzem o pensamento conservador, desconhecem outras realidades. (Enf1)

Aqui não temos um protocolo de sedação. Acaba sendo a conduta de cada um. (Med1)

Estamos em mudança, sedação multimodal e cada vez com mais medicações e menores doses. E tentativa de retirada de benzodiazepínicos, usamos muito. (Med2)

Usamos muito benzodiazepínico. Um protocolo de sedação ajudaria bastante. (Med3)

Com relação à sedação, indica-se que seu uso está associado, muitas vezes, a possibilidade de não interação com o paciente, pois este pode aumentar as demandas da equipe de enfermagem ao tornar-se solicitante.

A enfermagem reclama porque prepara tudo e depois tem que desprezar. Ou porque o paciente está acordado e fala bastante. Temos outros pacientes para cuidar. (Enf2)

Querem que os pacientes passem a noite dormindo. Se estiver falando um pouquinho, já dizem que está confuso, desorientado. Às vezes é uma característica da pessoa falar demais. Aí dá haldol, clonazepam. (Enf3)

De noite, normalmente, a pessoa fica mais sedada. O pessoal quer que ele durma porque está na ventilação. É meio terra de ninguém. (Enf7)

A maior parte das vezes é a equipe que solicita que o paciente seja sedado, principalmente à noite. A equipe não tolera paciente acordado, que demande. Quem quer tratar delirium de forma adequada, com medidas, não consegue. (Med3)

Esse é o meu problema, principalmente com os técnicos de enfermagem. Para os técnicos, quanto mais sedado tiver o paciente melhor. (Med4)

Eles ficam muito sedados aqui. O *round* é precário. E é uma cultura do local, paciente agitado recebe bolus de sedação. (TecEnf1)

A ausência de protocolos ou condutas uniformes entre a equipe multiprofissional favorece o uso da sedação, inclusive para a realização de procedimentos de enfermagem, tais como o banho de leito. A visita de familiares aos pacientes na UTI surge como uma conduta para minimizar problemas, porém, pode ser um estressor para a equipe multiprofissional.

O familiar exige mais da equipe de enfermagem, principalmente à beira-leito. Mas eu acho que custo-benefício para o paciente, faz toda a diferença. (Enf1)

Nós não temos estrutura, acomodação adequada, não temos poltronas. Exigiria também uma adequação da equipe multi. (Enf4)

Tem famílias que usam a visita para ficar entrando e saindo da UTI. Tem famílias que mereciam ficar mais tempo, mas não oferecemos e elas não pedem. (Enf3)

Novamente é citada a ausência de protocolos ou rotinas previamente definidas e de conhecimento de todos, bem como a resistência da equipe em acomodar os familiares por mais tempo dentro da unidade, para estar com os pacientes.

Não tem uma organização. No horário do banho, então? Como organizar? (Enf4)

Não é viável. Se identificássemos os fatores de risco para *delirium* e trouxéssemos a família seria bom. Mas, todo mundo ficar aqui dentro da UTI, não funciona. (Fisio1)

A equipe não gosta, sempre reclama. É toda uma outra abordagem quando você tem família junto. Para isso se modificar levaria anos. (Fisio2)

É uma equipe bem resistente, envolveria muita boa vontade. (Fisio4)

A participação da família não existe. Pelo menos nos plantões noturnos. (Med3)

Não temos a família 24 horas aqui dentro da UTI. Isso é positivo e negativo, mas a família participa pouco. (Fisio3)

As demandas geradas pelos familiares vão desde questionamentos sobre a situação do paciente até a ausência de conforto físico, indicando pouca comodidade e excesso de barulho. Imputa-se à enfermagem a pior relação com a presença da família.

O familiar pergunta, questiona, sai de boxe. Então, a equipe também deve ser treinada. Eu vejo a visita do familiar como algo muito benéfico, mas algo que precisa ser liberado, instituído de forma responsável. (Med1)

Acho que há um pouco de medo e um pouco de comodidade, porque a família acaba perguntando, demandando mais. (Med2)

Acho que não é bom. Já temos muito barulho, muita confusão aqui dentro. (TecEnf3)

A presença da família é mal vista pela equipe. A enfermagem, infelizmente, é a que mais vê mal, porque se estressam. (Med4)

Eu sou totalmente a favor do acompanhante, por experiência própria. Apesar dos familiares muitas vezes atrapalharem, para o paciente é muito bom. (TecEnf2)

Embora manifestem-se a favor da presença de familiares na UTI, a noção de que este atrapalham e estressam a equipe coexiste com o benefício que trazem ao paciente. O conceito de interrupção diária da sedação (IDS), ou despertar diário, tem como finalidade avaliar a necessidade do sedativo e diminuir o acúmulo sistêmico do fármaco. Embora os conceitos possam ser confundidos, se faz necessário protocolo para adoção da IDS como rotina, que permita, inclusive, sua avaliação.

Eu chego, abro a janela, acordo o paciente, converso com ele, falo sobre o dia, sobre as horas, então tem despertar diário aqui, sim. (Enf4)

Não faz parte da rotina. As condutas são individuais e pouco eficazes. Se o paciente agita, não temos protocolos, fica a critério de cada médico. (Enf1)

É viável, mas tem que ser muito bem pensado, organizado. Temos pouca padronização. (Enf6)

Se formos pela definição de despertar diário, acontece muito pouco. Na verdade, não acontece, porque nunca é retirada totalmente a sedação. (Fisio1)

Não é uma prática recorrente. A equipe médica deveria fazer. (Fisio2)

Temos prestado mais atenção nisso, questionado diretamente sobre isso no *round*. Eu costumo fazer nos meus pacientes, mas não temos controle ou protocolos. (Med1)

É viável realizar o despertar diário. Vamos ter resistências no sentido de acordar precocemente um paciente se ele foi sedado há pouco tempo. (Med2)

Não temos despertar diário. O que tem é diminuição da sedação. (Med4)

Não é viável. Já vamos menos no leito do paciente para ele não ficar reclamando e falando que quer alguma coisa. Começa a ficar muito solicitante, cria uma barreira com todo mundo. Ninguém quer ficar com ele. (TecEnf4)

Novamente são citadas a resistência da equipe em modificar suas práticas e a ausência de protocolos e padronizações do cuidado. A resistência está, inclusive, no fato de pacientes acordados interagirem mais com a equipe, o que pode ser interpretado como excesso de reclamação ou demandas. A necessidade de restringir/conter o paciente deve ser avaliada pelo enfermeiro, após uma abordagem terapêutica, avaliando seu comportamento e possíveis riscos para si, demais pacientes, familiares e equipe de saúde.

Todo mundo aqui fica contido. E o paciente fica agitado também porque ele está preso, fica desesperado. Imagina acordar dez dias depois de ter te acontecido algo, e estar preso, amarrado a uma cama. Acordar amarrado, intubado, com várias pessoas estranhas ao redor e com muito barulho, é um horror. (Med4)

O paciente está sempre contido, mas se ele não está muito agitado, eu tento sempre conversar com o enfermeiro para desamarrar. Aí vamos ver como é que ele fica, se ele ficar tranquilo, deixamos ele solto. (TO1)

Aqui, todo mundo é contido, essa parte é bem difícil. Falta protocolo, aqui na UTI não tem conduta determinada para nada. Cada um faz do jeito que quer, a hora que quer, no momento que quer. (TecEnf5)

O paciente está com atracúrio e está amarrado. Não faz sentido. Tem pacientes que precisam, que estão agressivos, para a nossa segurança e para a deles. Mas se ele já está desorientado, imagina ficar amarrado sem poder se mexer? Agora, se tu não pode ficar ali com ele, tu vai ter que conter. Se o familiar ficasse, poderia ajudar. (TecEnf5)

Imobilizar paciente no leito com uso de dispositivos mecânicos, tais como faixas, ataduras ou lençóis, envoltas nos pulsos e tornozelos para fixar o paciente ao leito, envolve a percepção dos limites corporais. Os participantes indicam que tais medidas são adotadas mesmo com paciente em uso de sedação e bloqueio neuromuscular.

DISCUSSÃO

Neste estudo foram avaliados os pacientes críticos quanto a prevalência e fatores associados ao *delirium*. O *delirium*, avaliado pelo CAM-ICU, ocorreu em 36,3% (n=80) dos pacientes internados na terapia intensiva. A presença de sepse, pontuações mais altas no índice preditivo de mortalidade pelo escore SAPS 3 e o tempo de internação na UTI se associaram ao aumento de chances para a presença de *delirium*. Já, fatores como a sedação, família/visitas, despertar diário e restrição física foram relacionados à prevalência do *delirium*.

A sepse esteve associada ao aumento de 75% das chances para a presença de *delirium*, em comparação àqueles pacientes que não apresentaram esta condição. A relação do *delirium* e da sepse é causada por uma combinação de neuro inflamação e distúrbios na perfusão cerebral, que estão presentes normalmente em conjunto com outras disfunções orgânicas associadas a infecções (Atterton *et al.*, 2020). No processo infeccioso a inflamação altera a permeabilidade da barreira hematoencefálica, fato que reflete diretamente na neurotransmissão, estando relacionada na fisiopatologia do *delirium* (Carvalho *et al.*, 2022). O sistema colinérgico na neurotransmissão, desempenha papel importante nas funções cognitivas e nos níveis de excitação, contudo na presença do *delirium* essas funções são perturbadas, resultando em um sistema colinérgico hipoativo, o que leva a alterações de cognição, como percebido em pacientes com *delirium* (Atterton *et al.*, 2020).

Esta pesquisa apontou associação entre o *delirium* e a predição de mortalidade, mostrando que a cada uma unidade que aumenta no escore SAPS 3 o

paciente tem 3% as chances aumentadas de apresentar *delirium*. Outros estudos (Sieber *et al.*, 2021; Pun *et al.*, 2021; Alzoubi *et al.*, 2023) indicam a relação da gravidade clínica, uma vez que pacientes com *delirium* possuem o escore SAPS significativamente mais elevado, além de necessitar de mais dias de ventilação mecânica invasiva e apresentar mais episódios de sepse.

O uso de droga vasoativa esteve presente majoritariamente entre os pacientes que apresentaram *delirium*, o que pode indicar presença de instabilidade hemodinâmica e gravidade clínica. Estudo (Xing *et al.*, 2019) encontrou diferenças significativas entre o grupo de pacientes com *delirium* e sem *delirium*, sendo observado que intervenções como cateter venoso profundo, cateter arterial, cateter vesical, cateter de alimentação e uso de drogas vasoativas foram mais frequentes no grupo com *delirium*.

Em relação ao tempo de internação na UTI, os dados desta pesquisa demonstram uma associação significativa entre o *delirium* e o tempo de internação, visto que, a cada um dia internado, as chances de o paciente apresentar *delirium* aumentam em 5%, ou seja, as chances para o *delirium* aumentam diariamente durante a internação no ambiente de terapia intensiva. No estudo de Azevedo, Camargo e Oliveira (2019), foi encontrado aumento de 10% nas chances de ocorrer *delirium* a cada dia acrescido no tempo de permanência na UTI. Paralelamente a esse achado, o *delirium* está associado com maior tempo de permanência tanto na UTI quanto no hospital, como também aumento na mortalidade hospitalar (Salluh *et al.*, 2015; Mesa *et al.*, 2017; Alzoubi *et al.*, 2023). Nesse sentido, observa-se a importância da equipe seguir protocolos com medidas sistematizadas específicas para a identificação e manejo do *delirium*, além de minimizar fatores de risco modificáveis.

Os achados apontam que a prática de sedoanalgesia realizada na UTI deste estudo é feita majoritariamente por meio de três medicamentos: fentanil (opióide) (88,8%), propofol (anestésico) (85%) e midazolam (benzodiazepínico) (55%). Apesar dos testes estatísticos não terem mostrado associações com significância nesses três casos, verifica-se mediante integração dos dados quantitativos e qualitativos que a estratégia de sedação adotada é conservadora, inclusive com presença de benzodiazepínico. No local do estudo não existiam protocolos de sedação estabelecidos, resultando em uma prática com condutas e decisões individuais dos profissionais, o que reflete na falta de alinhamento da equipe multiprofissional, em que não há integração entre a equipe e a prática de sedação. Esse descompasso gerado

pela ausência de protocolos e condutas uniformes favorece a utilização de sedativos e analgésicos além do que está prescrito, como em situações de agitação no período noturno, no julgamento de solicitações excessivas pelo paciente e na realização de procedimentos de enfermagem, repercutindo diretamente em possíveis efeitos negativos para o paciente.

Quanto a sedação na UTI, o uso de midazolam e inclusive propofol foram considerados fatores de risco para a presença do *delirium* (Mori *et al.*, 2016). Segundo Yamamoto *et al.* (2020), pacientes com *delirium* recebem doses diárias significativamente mais altas de fentanil e midazolam, quando comparado a pacientes sem esta condição, ainda indicam que o uso de midazolam e fentanil podem ser associados como fator de risco independente para o *delirium*. Outros estudos (Mori *et al.*, 2016; Bastos *et al.*, 2020; Pun *et al.*, 2021) demonstram a relação do uso de benzodiazepínicos a taxas mais elevadas de *delirium*. Em conformidade, a última Diretriz de práticas clínicas para a prevenção e tratamento da dor, agitação/sedação, *delirium*, imobilidade e interrupção do sono em pacientes adultos na UTI (PADIS), indica o uso de sedativos não benzodiazepínicos em pacientes críticos e ventilados mecanicamente, devido a desfechos aprimorados, como *delirium*, tempo de internação na UTI e duração de ventilação mecânica, sendo sugerido o uso de dexmedetomidina nos casos de *delirium* em pacientes em ventilados mecanicamente, quando a agitação está impedindo o desmame (Devlin *et al.*, 2018).

A IDS ou despertar diário, é um período de tempo, a cada 24 horas, no qual a sedação do paciente é interrompida e junto a avaliação dos profissionais, esses possam despertar e conseguir cumprir comandos simples de voz, mantendo uma pontuação RASS entre -1 a +1 (Devlin *et al.*, 2018). Neste estudo, por meio da integração dos dados, foi verificar pela abordagem quantitativa que não há esta prática na UTI e complementando a análise, por meio da abordagem qualitativa foi possível compreender que a ausência do IDS é reflexo do desconhecimento dos profissionais a respeito dessa prática, resistência da equipe e falta de protocolos com padronização do cuidado. Pode ser observada confusão de conceitos e definições, mostrando que a maioria dos profissionais desconhecem os benefícios para o paciente ao realizar IDS.

Estratégias multicomponente não farmacológica são indicadas para uma abordagem integrada e multiprofissional na terapia intensiva. A exemplo, a *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) lançou em 2018 o *Intensive Care Unit Liberation*

Bundle (ABCDEF) (Barnes-Daly *et al.*, 2018). Esse pacote se destaca de outras abordagens de intervenções na UTI, pois é aplicável a todos os pacientes internados, independentemente do tipo de ventilação ou diagnóstico, e ainda possui diferencial por se concentrar na avaliação, prevenção e manejo dos sintomas e não no processo patológico. A execução do pacote ABCDEF deve ser baseada em equipe, tendo como objetivo final pacientes mais despertos, cognitivamente engajados e fisicamente ativos, facilitando sua autonomia e capacidade de expressão de aspectos físicos e emocionais (Pun *et al.*, 2019).

O envolvimento da família na terapia intensiva, como recentemente incorporado no pacote ABCDEF, faz parte dos cuidados de prevenção do *delirium*. O elemento F preconiza o respeito em relação as necessidades do paciente e da família, mediante comunicação assertiva entre os profissionais e o grupo familiar, proporcionando benefícios para o paciente e familiares, visto que, melhora o vínculo e a confiança entre a família e equipe, facilitando tomadas de decisões conjuntas (Pabón-Martínez; Rodríguez-Pulido; Henao-Castaño, 2022).

Nesta pesquisa, foi encontrada uma associação entre as visitas diárias e *delirium*, indicando que aqueles pacientes que receberam mais visitas diárias, apresentaram 7,22 vezes mais chances de evoluir para o *delirium* em comparação com aqueles que não receberam as visitas diariamente. Ao aprofundar a análise com os dados qualitativos, foi possível perceber que a equipe multiprofissional não possui organização e rotinas instituídas para a prática de visita familiar, essas acontecem sem acompanhamento e muitas vezes sem qualquer interação entre familiar-paciente. A falta de protocolos e rotinas definidas para este fim, reflete diretamente na baixa adesão da equipe para o recebimento de familiares por um tempo mais prolongado, sendo considerado possível fator estressor principalmente para a equipe de enfermagem.

Ensaio clínico randomizado realizado em 35 UTIs adulto no Brasil, mostrou que a flexibilização de visitas familiares apoiada pela educação familiar não reduziu significativamente a incidência de *delirium* entre os pacientes, quando comparada com a visita restrita padrão. Os autores consideraram possíveis explicações para esse desfecho, a duração relativamente curta da visita (4,8 horas), a falta de um período de implementação maior para a equipe alcançar um envolvimento maior com a família e ainda alguns critérios de elegibilidade, que excluíram pacientes com risco aumentado para *delirium* (Rosa *et al.*, 2019). Outros estudos (Rosa *et al.*, 2017;

Westphal *et al.*, 2018) com 802 pacientes, apontam que a visitação familiar prolongada na UTI, com duração diária entre 12 horas a 24 horas, esteve associada à redução da incidência de *delirium*, menor tempo de *delirium* e redução do tempo de permanência na UTI. E em meta-análise, a intervenção familiar na UTI foi associada a um risco de 24% menor de *delirium* e a menos dias de *delirium* (Qin *et al.*, 2022).

Em relação a restrição física, os achados mostraram que a maioria (51,7%) dos pacientes com *delirium* foram restritos fisicamente pela equipe assistencial, essa por sua vez, percebe uma frequência alta da realização de tal medida, mesmo quando o paciente está com sedação em nível profundo e em uso de bloqueador neuromuscular. Alguns profissionais colocaram-se contrário a essa percepção, indicando essa ser uma condição ruim para o paciente, porém não há protocolos que determinem critérios e padronizem as condutas nessa situação.

O uso de restrição física deve passar por uma avaliação criteriosa do enfermeiro, pesando riscos e benefícios dessa prática. Diretrizes de práticas clínicas PADIS discutem a prática de restrição mecânica, apontando como controversa a escolha desse método, visto o movimento de direcionar a melhoria do cuidado centrado no paciente, ainda é possível que ao utilizar as restrições físicas com o intuito de melhorar a segurança do paciente, foi alcançada taxas mais altas dos eventos que seu uso se destinava a prevenir (Devlin *et al.*, 2018). Pesquisas apontam a restrição física como um fator de risco para o *delirium*, que por sua vez, pode ser desencadeado devido ao estresse do paciente frente a restrição e diminuição dos estímulos sensoriais, ainda a presença de restrição física pode aumentar a chance de *delirium* em pacientes de UTI em 44,3 vezes (Mori *et al.*, 2016; Carvalho *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

Este estudo encontrou prevalência de 36,3% de *delirium* nos pacientes internados na UTI, sendo a presença de sepse, pontuações mais altas no índice preditivo de mortalidade pelo escore SAPS 3 e o tempo de internação na UTI estiveram associados ao aumento de chances para a presença de *delirium*. A sedação, presença da família e visitas na UTI, despertar diário e restrição física corresponderam a fatores relacionados a prevalência do *delirium*. Destaca-se que a ausência de protocolos multiprofissional que direcionem, padronizem e integrem as condutas da equipe na terapia intensiva, é uma fragilidade que reflete diretamente na

assistência do paciente. Este estudo teve como limitação o perfil clínico-cirúrgico dos pacientes, que leva a internações com diferenças significativas no tempo de duração.

REFERÊNCIAS

ALZOUBI, Elaf; SHAHEEN, Feras; YOUSEF, Khalil. Delirium incidence, predictors and outcomes in the intensive care unit: A prospective cohort study. **International Journal of Nursing Practice**, 12 abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.13154>.

ATTERTON, Bem *et al.* "Sepsis Associated Delirium" **Medicina**, v. 56, n. 5, p. 240, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina56050240>

AZEVEDO, Ana Carolina de Faccio; CAMARGO, Ana Maria Silva; OLIVEIRA, Elaine Machado de. Delirium e tempo de permanência em unidade de terapia intensiva. **Rev. baiana enferm.**, v.33:e33554, p.1-11, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.33554>.

BARDIN, Laurence. **Content Analysis**. São Paulo, SP(BR): Edições 70; 2016.

BARNES-DALY, Mary Ann *et al.* Improving health care for critically ill patients using an evidence-based collaborative approach to ABCDEF bundle dissemination and implementation. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 15, n. 3, p. 206-216, 5 maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12290>.

BASTOS, Alessandra Soler. *et al.* Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. **Rev. gaúch. enferm.**, v.41:e20190068, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068>.

CARVALHO, Luciana Aparecida Costa *et al.* Accuracy of delirium risk factors in adult intensive care unit patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0222>.

CECHINEL, Clovis *et al.* Fragilidade e delirium em idosos hospitalizados: revisão sistemática com metanálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6120.3688>.

CONTRERAS, Claudia Consuelo Torres. *et al.* Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. **Rev esc enferm USP**, v.55:e03685, p.1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035003685>.

DEVLIN, John W. *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v.46, n.9, e:825-873. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.

ELY, E. Wesley; TRUMAN, Brenda. **The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU): Training Manual**. Vanderbilt University, 2002. Disponível em: https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ad5124bc1a4532553b5_CAM_ICU_training_Portugese_B.pdf.

ELY, E. Wesley *et al.* Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). **Critical Care Medicine**, v. 29, n. 7, p. 1370-1379, jul. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>.

HONG, Quan Nha *et al.* The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education for Information**, v. 34, n. 4, p. 285-291, 18 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/efi-180221>.

LUZ, Lúcia Fabiane da Silva *et al.* Delirium and quality of life in critically ill patients: a prospective cohort study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200072>.

MESA, Patricia *et al.* Delirium in a Latin American intensive care unit. A prospective cohort study of mechanically ventilated patients. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170058>.

MIRANDA, Fabian *et al.* Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2023, n. 11, 21 nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013126.pub2>.

MORI, Satomi. *et al.* Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v.50, n.4, p.587-593, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jbFTfh8yf9CpHDSFpsZL5Yq/?lang=pt>.

PABÓN-MARTÍNEZ, B. A.; RODRÍGUEZ-PULIDO, L. I.; HENAO-CASTAÑO, A. M. The family in preventing delirium in the intensive care unit: scoping review. **Enfermería Intensiva (English ed.)**, v. 33, n. 1, p. 33-43, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.01.003>.

PABÓN-MARTÍNEZ, B. A.; RODRÍGUEZ-PULIDO, L. I.; HENAO-CASTAÑO, A. M. The family in preventing delirium in the intensive care unit: scoping review. **Enfermería Intensiva (English ed.)**, v. 33, n. 1, p. 33-43, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.01.003>.

PAULINO, Maria Carolina *et al.* Abordagem da sedação, da analgesia e do delirium em Portugal: inquérito nacional e estudo de prevalência. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20220020-pt>.

PINHEIRO, Fernanda Gomes de Magalhães Soares *et al.* Prevalência e fatores de risco associados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de**

Enfermagem, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao006466>.

PRAYCE, Rita; QUARESMA, Filipa; NETO, Isabel Galriça. Delirium: The 7th Vital Sign?. **Acta med. port.**, v.31, n.1, p.51-58. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>.

PUN, Brenda T. *et al.* Caring for critically ill patients with the ABCDEF bundle. **Critical Care Medicine**, v. 47, n. 1, p. 3-14, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003482>.

PUN, Brenda Truman. *et al.* Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): a multicentre cohort study. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 3, p. 239-250, mar. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30552-x](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30552-x).

QIN, Mubing *et al.* Family intervention for delirium for patients in the intensive care unit: a systematic meta-analysis. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 96, p. 114-119, fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.11.011>.

ROSA, Regis Goulart *et al.* Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit. **JAMA**, v. 322, n. 3, p. 216, 16 jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>.

ROSA, Regis Goulart *et al.* Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 10, p. 1660-1667, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002588>.

SALLUH, J. I. F. *et al.* Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v. 350, may19 3, p. h2538, 3 jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.h2538>.

SIEBER, Mattia *et al.* Outcome, demography and resource utilization in ICU Patients with delirium and malignancy. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, 21 set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98200-8>.

WESTPHAL, Glauco Adrieno *et al.* Effect of a 24-h extended visiting policy on delirium in critically ill patients. **Intensive Care Medicine**, v. 44, n. 6, p. 968-970, 31 mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5153-5>.

WILSON, Jo Ellen *et al.* Delirium. **Nat Rev Dis Primers**, v. 12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>

XING, Jinyan *et al.* Risk factors for delirium: are therapeutic interventions part of it? **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Volume 15, p. 1321-1327, maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/ndt.s192836>.

YAMAMOTO, Tomonori *et al.* Incidence, risk factors, and outcomes for sepsis-associated delirium in patients with mechanical ventilation: a sub-analysis of a

multicenter randomized controlled trial. **Journal of Critical Care**, v. 56, p. 140-144, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.12.018>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa dissertação, apresentados sob a forma de dois manuscritos, permitiram atender os objetivos propostos. Com a conclusão desse estudo, foi possível explorar, de maneira mais sólida, o *delirium* na UTI estudada, verificando sua prevalência e fatores relacionados, assim como, compreender as percepções da equipe multiprofissional sobre o conhecimento, atitudes relacionadas ao *delirium* e os fatores relacionados à prevalência dessa condição.

Também foi possível perceber que o *delirium* apesar de ser amplamente discutido na literatura, ainda carece de resultados reais na prática. Observa-se um descompasso entre as evidências científicas com a realidade à beira leito. Assim, deixo o incentivo para a produção de pesquisas que investiguem essa dificuldade de adotar condutas baseadas em evidências para o manejo desta condição. Acredito que o tema *delirium* instigue ainda mais esse questionamento, visto que a prevenção, identificação e manejo são dependentes de atitudes, condutas e posicionamento da equipe multiprofissional que impacta diretamente para o paciente, podendo ter a minimização de diversos fatores, inclusive o sofrimento que é causado pelo *delirium*.

Dessa maneira, para futuras pesquisas, aponta-se a importância de dar continuidade na realização de estudos que envolvam os profissionais que estão na prática, podendo ser a delineamento misto uma opção metodológica. A trajetória deste trabalho seguiu o desenho de métodos mistos, que engloba duas abordagens de pesquisa, quantitativa e qualitativa. Esse método foi fundamental para o alcance de respostas com maior acurácia, sendo possível um melhor entendimento de questões presentes no local do estudo. A sequencialidade que o método propõe, possibilitou a ampliação dos resultados quantitativos.

Desenvolver um estudo de métodos mistos requer dedicação e comprometimento do pesquisador, para seguir as etapas propostas e não infringir nenhum aspecto do método. Assim, foi um desafio executá-lo durante o curso de mestrado, em que o discente possui um tempo mais limitado para o desenvolvimento da pesquisa, considerando a necessidade de uma coleta de dados extensa e uma análise e interpretação de dados robusta. Contudo, o desenho de método misto é encantador frente a possibilidade de o pesquisador compreender de maneira mais profunda o objeto de estudo escolhido. Nesse sentido, considero uma experiência rica,

visto que foi possível evoluir em questões metodológicas e no desenvolvimento do pensamento crítico em relação à pesquisa.

Como limitações do estudo, destaca-se o perfil clínico-cirúrgico de pacientes da UTI selecionada, que refletiu diretamente no tempo de internação. E também o fato desta pesquisa ter sido realizada em apenas uma UTI.

REFERÊNCIAS

ANEKWE, David *et al.* Early rehabilitation reduces the likelihood of developing intensive care unit-acquired weakness: a systematic review and meta-analysis.

Physiotherapy, v.107, p.1-10, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.12.004>. Acesso em: 11 nov. 2022.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Disponível em: [http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-](http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf)

[Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf](http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf). Acesso em: 2 mai. 2022.

AZEVEDO, Ana Carolina de Fácio; CAMARGO, Ana Maria Silva; OLIVEIRA, Elaine Machado de. Delirium e tempo de permanência em unidade de terapia intensiva.

Rev. baiana enferm., v.33:e33554, p.1-11, 2019. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.33554>. Acesso em: 20 mar. 2022.

BARDIN, Laurence. **Content Analysis**. São Paulo, SP(BR): Edições 70; 2016.

BASTOS, Alessandra Soler. *et al.* Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. **Rev. gaúch. enferm.**,

v.41:e20190068, p.1-7, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1590/1983-](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068)

[1447.2020.20190068](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068). Acesso em: 02 fev. 2022.

BOUNDS, Mandy *et al.* Effect of ABCDE bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients. **Am. J. Crit. Care An Off. Publ. Am. Assoc. Crit. Care Nurs.**,

v.25, n.6, p.535-544, 2016. Disponível em:

<http://libraryproxy.griffith.edu.au/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=27802955&site=ehost-live&scope=site>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRUMMEL, Nathan E. *et al.* Subsyndromal Delirium and Institutionalization Among Patients With Critical Illness. **American Journal of Critical Care**, v. 26, n. 6, p. 447-455, 31 out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017263>. Acesso em:

[10 nov. 2022.](https://doi.org/10.4037/ajcc2017263)

CARVALHO, Luciana Aparecida Costa *et al.* Accuracy of delirium risk factors in adult intensive care unit patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56,

2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0222>. Acesso em: 9 fev. 2024.

CECHINEL, Clovis *et al.* Fragilidade e delirium em idosos hospitalizados: revisão sistemática com metanálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30,

2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6120.3688>. Acesso em: 9 fev. 2024.

CHEN, Junshan; YU, Jintian; ZHANG, Aiqin. Delirium risk prediction models for intensive care unit patients: A systematic review. **Intensive and Critical Care**

Nursing, v.60, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102880>. Acesso em: 15 out. 2022.

CHEN, Yu. *et al.* Development and validation of risk-stratification delirium prediction model for critically ill patients: a prospective, observational, single-center study. **Medicine (Baltimore)**, v.96, e:7543, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007543>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CHRISTENSEN, Martin. An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: An Asian perspective. **Intensive & Critical Care Nursing**, v.30, p.54–60, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.004>. Acesso em: 05 nov. 2022.

CONTRERAS, Claudia Consuelo Torres. *et al.* Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. **Rev esc enferm USP**, v.55:e03685, p.1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035003685>. Acesso em: 10 abr. 2022.

COSTIGAN, Aileen. *et al.* Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents. **Critical Care Medicine**, v.47, e:1014-e1021, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003999>. Acesso em: 19 nov. 2022.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. 2021.

DABROWSKI, Wojciech. *et al.* Pathomechanisms of non-traumatic acute brain injury in critically ill patients. **Medicina (Kaunas)**, v.56, n.9, p.469, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina56090469>. Acesso em: 08 nov. 2022.

DEVLIN, John W. *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v.46, n.9, e:825-873. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>. Acesso em: 11 mai. 2022.

DING, Nannan *et al.* What is the optimum time for initiation of early mobilisation in mechanically ventilated patients? a network meta-analysis **PLoS One**, v.14, n.10, p.1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223151>. Acesso em: 11 out. 2022.

DONATO, Manuel. *et al.* Consensus for the management of analgesia, sedation and delirium in adults with COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.33, n.1, p.48-67. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210005>. Acesso em: 10 abr. 2022.

DUCEPPE, Marc-Alexandre *et al.* Modifiable Risk Factors for Delirium in Critically Ill Trauma Patients: A Multicenter Prospective Study. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 34, n. 4, p. 330-336, 24 mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0885066617698646>. Acesso em: 9 fev. 2024.

EASTWOOD, Glenn *et al.* A questionnaire survey of critical care nurse's attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU. **Australian Critical Care**, v.25, p.162–169, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.01.005>. Acesso em: 12 nov. 2022.

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Histórico**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/governanca/nossa-historia/historico>. Acesso em: 11 mai. 2023.

ELLIOTT, Sara R. ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. **Intensive & Critical Care Nursing**, v.30, p.333–338, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.004>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ELY, E.Wesley. *et al.* Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). **JAMA**, v.289, n.22, p.2983-2991, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ELY, E.Wesley; TRUMAN, Brenda. **The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU): Training Manual**. Vanderbilt University, 2002. Disponível em: https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ad5124bc1a4532553b5_CAM_ICU_training_Portugese_B.pdf. Acesso em: 02 mar. 2022.

ELY, E. Wesley *et al.* Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). **Critical Care Medicine**, v. 29, n. 7, p. 1370-1379, jul. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>. Acesso em: 10 jul. 2023.

FAVERO, Samara Regina *et al.* Complicações Clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI. **Distúrbios da comunicação**, v.29, n.4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i4p654-662>. Acesso em: 18 nov. 2022.

GAO, Yan *et al.* Nurses' assessment of subsyndromal delirium and barriers to assessment: A cross-sectional survey in the intensive care unit. **J Nurs Manag**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13887>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GÉLINAS, Céline. *et al.* Delirium assessment tools for use in critically ill adults: a psychometric analysis and systematic review. **Crit. Care Nurse**, v.38, p.38-49, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2018633>. Acesso em: 10 out. 2022.

GLASER, Barney, STRAUSS, Anselm. **The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research**. Reprinted. New York: Aldine de Gruyter, 2006

GODFREY, Mary *et al.* Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. **BMC Health Serv Res**, v.13, p.341-9, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-341>. Acesso em: 12 nov. 2022.

GUSMAO-FLORES, Dimitri. *et al.* The validity and reliability of the portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. **Clinics**, v. 66, n. 11, p. 1917–1922, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/4pWRH5gvkf6ChQNWx7DhFFJ/?lang=en#>. Acesso em: 20 nov. 2023.

HAMDAN-MANSOUR, Ayman *et al.* Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. **Journal of Continuing Education in Nursing**, v.41, p.571–576, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00220124-20100802-01>. Acesso em: 10 nov. 2022.

HARE, Malcolm *et al.* A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. **Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession**, v.29, p.23–31, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.5172/conu.673.29.1.23>. Acesso em: 16 nov. 2022.

HAUKOOS, J. S. Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with "difficult" distributions. **Academic Emergency Medicine**, v. 12, n. 4, p. 360-365, 1 abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>. Acesso em: 9 fev. 2024.

HICKMANN, Cheryl Elizabeth *et al.* Teamwork enables high level of early mobilisation in critically ill patients. **Ann. Intensive Care**, v.6, n.80, p.1-11, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13613-016-0184-y>. Acesso em: 03 nov. 2022.

HONG, Quan Nha *et al.* The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education for Information**, v. 34, n. 4, p. 285-291, 18 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/efi-180221>. Acesso em: 9 fev. 2024.

INOUE, Sharon K. *et al.* Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. **Ann. Intern. Med.**, v.113, p.941-948, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>. Acesso em: 20 abr. 2022.

JUNIOR, L.A.S.; LEÃO, L.B.C. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciênc. educ.**, v.24, n.3, p.715-728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>. Acesso em: 19 nov. 2022.

KANOVA, Marcela; KOHOUT, Pavel. Tryptophan: a unique role in the critically ill. **Int J Mol Sci**, v.22, n.21, p.11714, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms222111714>. Acesso em: 02 nov. 2022.

KOTFIS, Katarzyna. *et al.* The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. **Crit Care**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s13054-022-04077-y>. Acesso em: 05 nov. 2022.

LA COUR, Kirstine N. *et al.* Distribution of delirium motor subtypes in the intensive care unit: a systematic scoping review. **Critical Care**, v. 26, n. 1, 3 mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03931-3>. Acesso em: 11 nov. 2022.

LAMOND, Ellen; MURRAY, Scott; GIBSON, Caroline. Delirium screening in intensive care: A life saving opportunity. **Intensive crit. care. nurs.**, v.44, p.105-109, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.014>. Acesso em: 01 jul. 2022.

LEE, Hyo Jin *et al.* Association of natural light exposure and delirium according to the presence or absence of windows in the intensive care unit. **Acute and Critical Care**, v. 36, n. 4, p. 332-341, 30 nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4266/acc.2021.00556>. Acesso em: 9 fev. 2024.

LIU, L. *et al.* General anesthesia bullies the gut: a toxic relationship with dysbiosis and cognitive dysfunction. **Psychopharmacology**, v.239, p.3, p.709-28, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00213-022-06096-7>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LOBO-VALBUENA, Beatriz *et al.* Risk factors associated with the development of delirium in general ICU patients. A prospective observational study. **PLOS ONE**, v. 16, n. 9, p. e0255522, 2 set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255522>. Acesso em: 9 fev. 2024.

LUZ, Lúcia Fabiane da Silva *et al.* Delirium and quality of life in critically ill patients: a prospective cohort study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200072>. Acesso em: 29 jul. 2022.

MALDONADO, José R. Delirium pathophysiology: an updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 33, n. 11, p. 1428-1457, 26 dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.4823>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MARTINS, Juliana Bessa *et al.* Avaliação da prevalência de delirium em uma unidade de terapia intensiva pública. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 7 nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n3.1759>. Acesso em: 9 fev. 2024.

MASSAUD-RIBEIRO, L. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Richmond Agitation-Sedation Scale to Brazilian Portuguese for the evaluation of sedation in pediatric intensive care. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.33, n.1, p.102-110, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210011>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MATTISON, Melissa L. P. Delirium. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 7, p. ITC49—ITC64, 6 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/aitc202010060>. Acesso em: 9 fev. 2024. Acesso em: 12 out. 2022.

MORI, Satomi. *et al.* Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v.50, n.4, p.587-593, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jbFTfh8yf9CpHDSFpsZL5Yq/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MORSE, JANICE M. Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. **Nursing Research**, v. 40, n. 2, p. 120-123, mar. 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-199103000-00014>. Acesso em: 9 fev. 2024.

OLDHAM, Mark A.; FLAHERTY, Joseph H.; MALDONADO, Jose R. Refining delirium: a transtheoretical model of delirium disorder with preliminary neurophysiologic subtypes. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 9, p. 913-924, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.04.002>. Acesso em: 10 jun. 2022.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de *et al.* Pesquisa com métodos mistos na enfermagem: experiência na pós-graduação. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. e2, 22 out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769238441>. Acesso em: 15 abr. 2022.

OLIVEIRA, João Lucas Campos; MAGALHÃES, Ana Maria Müller de; MISUEMATSUDA, Laura. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto Contexto Enferm.**, v.27, n.2:e0560017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>. Acesso em: 02 fev. 2022.

PERIS, Adriano *et al.* Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. **Crit Care**, v.15, n.2, p.418, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/cc10003>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PINHEIRO, Fernanda Gomes de Magalhães Soares *et al.* Prevalência e fatores de risco associados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao006466>. Acesso em: 9 fev. 2024.

PRAYCE, Rita; QUARESMA, Filipa; NETO, Isabel Galriça. Delirium: The 7th Vital Sign?. **Acta med. port.**, v.31, n.1, p.51-58. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>. Acesso em: 10 jun. 2022.

RAMOO, Vimala *et al.* Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**, v.27, p. 4028-4039, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14525>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SAKUSIC, Amra *et al.* Potentially Modifiable Risk Factors for Long-Term Cognitive Impairment After Critical Illness: A Systematic Review. **Mayo Clinic Proceedings.**, v.93, n.1, p.68-82, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.11.005>. Acesso em: 10 mai. 2022.

SERAFIM, Rodrigo Bernardo; PAULINO, Maria Carolina; POVOA, Pedro. What every intensivist needs to know about subsyndromal delirium in the intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200004>. Acesso em: 29 out. 2022.

SERAFIM, Rodrigo B. *et al.* Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: a systematic review and meta-analysis. **Critical Care**, v. 21, n. 1, 12 jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1765-3>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SILVA, Diego Lucas Ramos *et al.* Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de Alagoas. **Rev. CEFAC**, v.18, n.1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618112015>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SILVEIRA, Rayanna Beatriz Barbosa da; SILVA, Eliana Andrade e. O trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe. **Texto & Contextos**, v.17, n.1, p.97-114, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2018.1.27325>. Acesso em: 19 nov. 2020.

SMITH, Ryan J. *et al.* Cytokine profiles in intensive care unit delirium. **Acute and Critical Care**, 20 jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4266/acc.2021.01508>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SOUZA, Thieli Lemos de; AZZOLIN, Karina de Oliveira; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Validation of a multidisciplinary care protocol for critically ill patients with delirium. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190165>. Acesso em: 9 fev. 2024.

VIEIRA, C.S. Description of the use of integrative mixed method in neonatal nursing. **Rev Esc Enferm USP**, v.53 e:03408, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100600&lng=en. Acesso em: 10 mar. 2022.

WADE, Dorothy F. *et al.* Non-pharmacological interventions to reduce ICU-related psychological distress: a systematic review. **Minerva Anestesiol**, v.82, n.4, p.465-78, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26505225/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

WILSON, Jo Ellen *et al.* Delirium. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 6, n. 1, 12 nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>. Acesso em: 5 mai. 2022.

XU, Xiaolin *et al.* Perioperative neurocognitive dysfunction: thinking from the gut? **Aging (Albany NY)**, v.12, p.15, p.15797-817, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18632/aging.103738>. Acesso em: 11 nov. 2022.

YANG, T.; VELAGAPUDI, R.; TERRANDO, N. Neuroinflammation after surgery: from mechanisms to therapeutic targets. **Nat Immunol**, v. 21, p.1319-26, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41590-020-00812-1>. Acesso em: 15 nov. 2022.

YOUNG, Marcus. *et al.* Natural language processing diagnosed behavioral disturbance vs. confusion assessment for delirium for the intensive care unit: prevalence, patient characteristics, overlap, and association with treatments and outcomes. **Intensive Care Med.**, v.48, p.559-569, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06650-z>. Acesso em: 11 nov. 2022.

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(pacientes ou responsáveis)**

O projeto de pesquisa intitulado: *Delirium* em Unidade de Terapia Intensiva adulto: prevalência e percepções da equipe multiprofissional é desenvolvido pela mestrandia do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, **Francine Carpes Ramos** (RG nº: 7113452317 SSP/RS CPF nº: 03629804039). Trata-se de pesquisa sob orientação da Professora Doutora Daniele Delacanal Lazzari (Pesquisador responsável).

Prezada (o),

Tendo em vista a sua internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada *Delirium* em Unidade de Terapia Intensiva adulto: prevalência e percepções da equipe multiprofissional.

Na impossibilidade do paciente que está internado na Unidade de Terapia Intensiva assentir sua participação, você responsável legal está sendo convidado a consentir.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar, ou não quiser que o paciente que você é responsável participe ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Local da pesquisa: Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisador responsável: Prof. Dra. Daniele Delacanal Lazzari.

Resolução: A pesquisa atende todas as especificações da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Justificativa e objetivos: O presente estudo é um projeto de pesquisa desenvolvido pela Enfermeira Francine Carpes Ramos e enfermeira Dra. Orientadora Daniele Delacanal Lazzari do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O presente trabalho se propõe a analisar a prevalência do *delirium* e as percepções multiprofissionais em unidade de terapia intensiva adulto. O *delirium* é uma síndrome caracterizada por alterações no nível de consciência, cognição e atenção, referindo-se a uma das síndromes mais frequentes em UTI.

Procedimentos: O paciente será avaliado diariamente durante sua estadia na UTI, através de uma escala *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* (CAM-ICU) para a identificação da presença de *delirium*. A avaliação através da escala CAM-ICU possui duração de no máximo cinco minutos.

Riscos e desconfortos: Destaca-se que não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Podem ocorrer desconfortos relacionado a sua participação, no sentido de auto avaliação, e recordar situações que possam ter algum tipo de encargo emocional para você.

Minimização de riscos e/ou desconfortos: De qualquer forma, você poderá desistir de participar desse estudo a qualquer momento, bastando para isso contatar a pesquisadora. No entanto, diante de tais possibilidades os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como escutá-los.

Benefícios: Esta pesquisa terá como benefício direto a avaliação do *delirium* através da CAM-ICU, sendo possível identificar a presença da síndrome. E como benefícios indiretos à comunidade científica que poderá através deste estudo, ampliar os conhecimentos acerca do quantitativo de *delirium* em pacientes críticos, junto à análise da prevalência dessa síndrome no cenário de terapia intensiva adulto. Além disso, a realização dessa pesquisa trará para dentro do universo de estudo prática baseada em evidência, quando utiliza-se de uma escala validada para a identificação do *delirium*, a CAM-ICU. Ainda, essa pesquisa irá instigar a equipe multiprofissional atuante nos cenários de cuidados intensivos quanto ao desenvolvimento do *delirium* no paciente crítico e contribuirá para a fundamentação do cuidado da equipe multiprofissional frente à situação de *delirium*.

Acompanhamento e assistência: Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Voluntariedade/direito à desistência: A participação na pesquisa é totalmente voluntária. Caso você resolva não participar ou desiste de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento do paciente na UTI.

Custos, compensação financeira e ressarcimento: Não estão previstos gastos nesta pesquisa, entretanto caso você tenha alguma despesa comprovadamente em decorrer da mesma você será ressarcido, de acordo com a Resolução CNS 466/12. Os participantes do estudo serão orientados que sua participação não irá causar-lhes qualquer tipo de despesas.

Direito à indenização: Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, independente de sua natureza.

Privacidade, sigilo e confidencialidade: Será garantido a manutenção do anonimato e da privacidade dos participantes, ou seja, nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. As informações somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Asseguramos o acesso aos resultados desta pesquisa de maneira parcial e final, previsto para o último semestre do ano de 2023.

Informações para o contato com o pesquisador responsável: Em caso de dúvidas sobre estudo, você poderá entrar em contato com a Mestranda Francine Carpes Ramos no Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC; telefone (53) 984556350 e-mails franrammmos@gmail.com. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040400, Contato: (48)37216094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado

interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina.

Destaca-se a necessidade de rubrica em todas as páginas.

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que está possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: _____.

Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro que cumprirei todas as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares durante todo o transcurso, execução e possível publicação posterior que possa surgir em decorrência desta pesquisa. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante

(Assinatura do pesquisador)

Os pesquisadores colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Pesquisador responsável: Profa. Daniele Delacanal Lazzari
Email: danielle.lazzari@ufsc.br

Pesquisador principal: Mestranda Francine Carpes Ramos.
E-mail: franrammos@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina:
Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade,
Florianópolis/SC, CEP 88.040400, Contato: (48) 37216094, cep.propesq@contato.ufsc.br.

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(profissional)**

O projeto de pesquisa intitulado: *Delirium* em Unidade de Terapia Intensiva adulto: prevalência e percepções da equipe multiprofissional é desenvolvido pela mestrandia do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, **Francine Carpes Ramos** (RG nº: 7113452317 SSP/RS CPF nº: 03629804039). Trata-se de pesquisa sob orientação da Professora Doutora Daniele Delacanal Lazzari (Pesquisador responsável).

Prezada (o),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada *Delirium* em Unidade de Terapia Intensiva adulto: prevalência e percepções da equipe multiprofissional. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Local da pesquisa: Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisador responsável: Prof. Dra. Daniele Delacanal Lazzari.

Resolução: A pesquisa atende todas as especificações da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Justificativa e objetivos: O presente estudo é um projeto de pesquisa desenvolvido pela Enfermeira Francine Carpes Ramos e enfermeira Dra. Orientadora Daniele Delacanal Lazzari do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O presente trabalho se propõe a analisar a prevalência do *delirium* e as percepções multiprofissionais em unidade de terapia intensiva adulto. O *delirium* é uma síndrome caracterizada por alterações no nível de consciência, cognição e atenção, referindo-se a uma das síndromes mais frequentes em UTI.

Procedimentos: Será realizada uma entrevista semiestruturada a partir de um roteiro que compreenderá duas partes: a primeira constituída para a caracterização dos participantes (idade, sexo, profissão, tempo de formação, especialidade, maior titulação acadêmica, turno de trabalho e tempo de experiência em UTI); e a segunda formada por questões que explorem as

percepções da equipe multiprofissional com relação a prevalência de *delirium* em unidade de terapia intensiva. Esta etapa poderá ter duração de até 30 minutos.

Riscos e desconfortos: Destaca-se que não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Podem ocorrer desconfortos relacionado a sua participação, no sentido de auto avaliação, e recordar situações que possam ter algum tipo de encargo emocional para você.

Minimização de riscos e/ou desconfortos: De qualquer forma, você poderá desistir de participar desse estudo a qualquer momento, bastando para isso contatar a pesquisadora. No entanto, diante de tais possibilidades os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como escutá-los.

Benefícios: Esta pesquisa terá como benefício direto a avaliação do *delirium* através da CAM-ICU, sendo possível identificar a presença da síndrome. E como benefícios indiretos à comunidade científica que poderá através deste estudo, ampliar os conhecimentos acerca do quantitativo de *delirium* em pacientes críticos, junto à análise da prevalência dessa síndrome no cenário de terapia intensiva adulto. Além disso, a realização dessa pesquisa trará para dentro do universo de estudo prática baseada em evidência, quando utiliza-se de uma escala validada para a identificação do *delirium*, a *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* (CAM-ICU). Ainda, essa pesquisa irá instigar a equipe multiprofissional atuante nos cenários de cuidados intensivos quanto ao desenvolvimento do *delirium* no paciente crítico e contribuirá para a fundamentação do cuidado da equipe multiprofissional frente à situação de *delirium*.

Acompanhamento e assistência: Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Voluntariedade/direito à desistência: A participação na pesquisa é totalmente voluntária. Caso você resolva não participar ou desiste de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento do paciente na UTI.

Custos, compensação financeira e ressarcimento: Não estão previstos gastos nesta pesquisa, entretanto caso você tenha alguma despesa comprovadamente em decorrer da mesma você será ressarcido, de acordo com a Resolução CNS 466/12. Os participantes do estudo serão orientados que sua participação não irá causar-lhes qualquer tipo de despesas.

Direito à indenização: Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, independente de sua natureza.

Privacidade, sigilo e confidencialidade: Será garantido a manutenção do anonimato e da privacidade dos participantes, ou seja, nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. As informações somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Asseguramos o acesso aos resultados desta pesquisa de maneira parcial e final, previsto para o último semestre do ano de 2023.

Informações para o contato com o pesquisador responsável: Em caso de dúvidas sobre estudo, você poderá entrar em contato com a Mestranda Francine Carpes Ramos no Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC; telefone (53) 984556350 e-mails franrammos@gmail.com. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040400, Contato: (48)37216094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina.

Destaca-se a necessidade de rubrica em todas as páginas.

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que está possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: _____.

Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro que cumprirei todas as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares durante todo o transcurso, execução e possível publicação posterior que possa surgir em decorrência desta pesquisa. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante

(Assinatura do pesquisador)

Os pesquisadores colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Pesquisador responsável: Profa. Daniele Delacanal Lazzari
Email: danielle.lazzari@ufsc.br

Pesquisador principal: Mestranda Francine Carpes Ramos.
E-mail: franrammmos@gmail.com

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**



**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

1. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Idade: _____
- 1.2 Sexo biológico: () Feminino () Masculino
- 1.3 Profissão: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem
() Fisioterapeuta () Médico
() Fonoaudiólogo () Terapeuta ocupacional
- 1.4 Especialidade: () Não () Sim: _____.
- 1.5 Maior titulação acadêmica: () Técnico () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor
- 1.6 Tempo de formação: _____
- 1.7 Turno de trabalho: () Matutino () Vespertino () Noturno
- 1.8 Experiência profissional na UTI: _____

2. QUESTÕES

- 2.1 Fale o que você sabe sobre delirium?
- 2.2 Na sua vivência, como a equipe identifica que o paciente está em delirium? Qual o profissional que identifica? Como você fica sabendo que o paciente está em delirium?
- 2.3 Após a identificação de delirium no paciente, que mudanças você realiza na sua assistência?
- 2.4 Sobre a sedação dos pacientes aqui na UTI, você entende que o atual uso pode contribuir para o aparecimento do delirium? Por quais razões?
- 2.5 É viável utilizar o despertar diário? Por que não se usa?
- 2.6 Durante a assistência você percebe flutuações do estado mental nos pacientes? Se sim, quando você percebe alguma mudança do estado mental no paciente, como você age?
- 2.7 Como você percebe a participação da família nesse cenário? Visita estendida ou a presença permanente da família seria viável nesta realidade.

ANEXO A

CONFUSION ASSESSMENT METHOD IN INTENSIVE CARE UNIT (CAM-ICU)

Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, B., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G., Inouye, S. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med 2001; 29:1370-1379

ANEXO B

ESCALA DE AGITAÇÃO E SEDAÇÃO *RICHMOND AGITATION AND SEDATION SCALE (RASS)*

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Escore	Termos	Descrição
+ 4	Combativo	Francamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde
+ 3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos não-intencionais freqüentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+ 1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
- 1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por ≥ 10 seg
- 2	Sedado leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10 seg
- 3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
- 4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
- 5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

Sessler CN, Gosnell M, Grap MJ, Brophy GT, O'Neal PV, Keane KA *et al.* The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1338- 1344. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S *et al.* Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003; 289:2983-2991.

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DELIRIUM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: PREVALENCIA E MANEJO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Daniele Delacanal Lazzari

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56237422.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.309.786

Apresentação do Projeto:

Segundo pesquisador: "pesquisa de metodos mistos com abordagem sequencial explanatoria, quanti-qualitativa que sera desenvolvida na UTI adulto do Hospital Universitario Polydoro de Sao Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Os participantes do estudo serao os pacientes internados na UTI (n=132) e membros da equipe multiprofissional (enfermeiros, medicos, farmaceutico, fisioterapeutas, nutricionista e psicologo) que atuam na UTI (n=68). A coleta de dados dar-se-a em duas etapas, quantitativa e qualitativa. A etapa quantitativa sera realizada a partir da aplicacao da escala Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit a beira leito nos pacientes participantes do estudo, internados na UTI. Ainda nessa etapa, os profissionais serao convidados a preencher um questionario composto por perguntas abertas e fechadas. Na etapa qualitativa, sera realizada entrevista semiestruturada em profundidade com os profissionais participantes do estudo.

Critérios de inclusao para pacientes: idade minima de 18 anos, internado na UTI por pelo menos 24h e RASS superior a -4 (entre -3 ate +4). **Critérios de inclusao para equipe multiprofissional:** profissional estar alocado na UTI adulto ha pelo menos 6 meses.

Crítério de Exclusão para pacientes: aqueles que nao completaram 24h de internacao na UTI, menores de 18 anos e com RASS de -4 ou -5. **Crítérios de exclusao, para equipe multiprofissional:** aqueles em ferias, folgas ou licencas durante o periodo de coleta."

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** oep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 5.309.786

Objetivo da Pesquisa:

Segundo pesquisador: "Analisar a prevalência do delirium e as condutas multiprofissionais em unidade de terapia intensiva adulto."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente contemplados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores apresentaram novas versões de TCLEs, as quais estão adequadas.

Não apresenta pendências e/ou inadequações.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 09/03/2022 e TCLE 09/03/2022) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP/SH. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1894874.pdf	09/03/2022 21:30:11		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendenciasassinado.pdf	09/03/2022 21:29:17	FRANCINE CARPES RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs_Delirium.pdf	09/03/2022 21:26:39	FRANCINE CARPES RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Delirium_Unidade_Terapia_Intensiva_Adulto_Alteracoes_apos_pendencias.pdf	09/03/2022 21:26:24	FRANCINE CARPES RAMOS	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 5.309.786

Outros	Declaracao_de_ciencia_da_instituicao_Delirium.pdf	14/02/2022 19:47:32	FRANCINE CARPES RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Francine_assinado.pdf	07/02/2022 15:05:38	Daniele Delacanal Lazzari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Março de 2022

**Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** oep.propesq@contato.ufsc.br