

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THIELI LEMOS DE SOUZA

**CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA AO DELIRIUM: DESENVOLVIMENTO E  
VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE CUIDADOS  
PARA PACIENTE CRÍTICO**

Porto Alegre

2017

THIELI LEMOS DE SOUZA

**CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA AO DELIRIUM: DESENVOLVIMENTO E  
VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE CUIDADOS  
PARA PACIENTE CRÍTICO**

Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Eixo Temático: Processo de Enfermagem e Sistemas de Classificação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Eixo temático: Processo de Enfermagem e Sistemas de Classificação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Karina de Oliveira Azzolin.

Porto Alegre

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, inicialmente, ao incentivo da minha família, mesmo longe sempre se fazendo presente nos acontecimentos importantes da minha vida. Aos meus pais, Joelso e Noeli, e aos meus irmãos, Diego e Thiago agradeço pelo amor incondicional e força.

À professora Karina Azzolin, minha orientadora, pelos ensinamentos proporcionados durante esse percurso acadêmico, apoio, paciência, dedicação, confiança e carinho. Obrigada por auxiliar nos momentos difíceis com calma e perseverança.

Aos meus amigos que estiveram presentes, especialmente, Andréia Specht, Sofia Barilli e Deborah Seganfredo, minhas grandes incentivadoras nessa caminhada. Obrigada por todo o apoio e pela amizade.

Aos demais colegas da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Conceição e a Coordenação do setor que também contribuíram para a realização deste estudo.

Muito obrigada a todos!

## RESUMO

A Confusão Aguda é um diagnóstico de enfermagem (DE) frequentemente estabelecido nas Unidades de Terapia Intensivas (UTI) devido à elevada incidência de delirium, 21% a 73% dos pacientes críticos. Ainda, desencadeia importante declínio funcional, maior morbidade, mortalidade, período de internação, tempo de ventilação mecânica e custos. Assim, este estudo objetivou desenvolver e validar um protocolo multiprofissional para manejo de pacientes com o DE Confusão Aguda relacionado ao delirium internados em UTI a partir das evidências encontradas na literatura e na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). O estudo foi composto de três etapas: elaboração de uma revisão integrativa (RI) para a identificação das evidências no que tange aos cuidados para delirium, a seguir foi realizado o mapeamento cruzado entre estas e as intervenções da NIC. A segunda etapa foi à construção do protocolo com os cuidados identificados e, por fim, a validação de conteúdo pelos peritos, sendo considerados validados cuidados com índice de validade de conteúdo (IVC)  $\geq 0,90$ . No desenvolvimento da RI foram encontrados 17 artigos originais. Os cuidados identificados na RI foram relacionados a duas intervenções e quatro atividades da NIC, dentre as prioritárias, 10 intervenções e 28 atividades nas sugeridas e quatro intervenções e oito atividades nas essenciais. Nenhuma intervenção opcional foi mapeada. Dos 48 cuidados selecionados a partir da RI e mapeamento cruzado, os quais foram submetidos à validação de conteúdo, apenas quatro não obtiveram consenso pelo IVC. O protocolo multiprofissional de cuidados validado pelos peritos para pacientes com DE Confusão Aguda relacionado ao delirium internados em UTI englobou cuidados referentes ao diagnóstico de delirium, pausa de sedação e mobilização precoce (segundo o *bundle* ABCDE), diretrizes para dor, agitação e delirium, agitação psicomotora, orientação cognitiva, promoção do sono, ambiente e participação da família. A partir da construção do protocolo assistencial proposto é esperado qualificar a assistência prestada ao paciente crítico em delirium. No entanto, ainda são necessárias mais pesquisas a fim de determinar evidências mais robustas dos cuidados farmacológicos e não farmacológicos.

Descritores: Delirium; Cuidados Críticos; Unidades de Terapia Intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente; Revisão.

## ABSTRACT

Acute Confusion is a nursing diagnosis (ND) frequently established in Intensive Care Units (ICU) due to the high incidence of delirium, 21% to 73% of critical patients. Still, it triggers important functional decline, higher morbidity, mortality, period of hospitalization, time in mechanical ventilation and costs. Thus, this study was aimed to develop and validate a health care protocol to manage patients with the ND of Acute Confusion related to delirium and hospitalized in the ICU, from the evidences found in the literature and Nursing Interventions Classification (NIC). The study was composed by three phases: elaboration of an integrative review (IR) to identifying the evidences in what concerns delirium care. Following to that, a cross-mapping was made between those and the NIC interventions. The second phase was the construction of a protocol with the identified care, and finally the validation per content by the experts, being considered validated care the ones with content validity index (CVI)  $\geq 0.90$ . In the development of the IR, 17 original articles were found. The care identified at IR were related to two interventions and four activities of the NIC, among the priorities, 10 interventions and 28 activities in the suggested ones, and 4 interventions and 8 essential activities. No optional intervention was mapped. Of the 48 care selected from IR and cross-mapping, which were submitted to content validation, only four did not obtain consensus by the CVI. The health care protocol validated by the experts for patients with the ND of Acute Confusion related to delirium hospitalized in the ICU encompassed care referent to the diagnosis of delirium. These are pause in sedation and early mobilization (according to *bundle* ABCDE), orientation for pain, agitation and delirium, psychomotor agitation, cognitive orientation, sleep promotion, environment and family participation. From the construction of the proposed health care protocol, qualifying the assistance to the critical patient under delirium is expected. However, more researches are necessary in order to determine robust evidences in the pharmacological and non-pharmacological care.

Descriptors: Delirium; Critical Care; Intensive Care Units; Patient Care Team; Review.

## RESUMEN

La Confusión Aguda es un diagnóstico de enfermería (DE) frecuentemente establecido en las Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), debido a la incidencia de delirium, 21% hasta 73% de los pacientes críticos. Aún, eso provoca importante disminución funcional, mayor morbilidad, mortalidad, periodo de hospitalización, tiempo de ventilación mecánica y costos. Así, este estudio objetivó desarrollar y validar un protocolo de cuidados multiprofesionales para administración de pacientes con el DE de Confusión Aguda relacionado al delirium, hospitalizados en una UCI a partir de las evidencias encontradas en la literatura y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). El estudio fue compuesto en tres etapas: elaboración de una revisión integradora (RI) para la identificación de las evidencias con respecto a los cuidados para delirium, entonces fue realizado el mapeo cruzado entre esas y las intervenciones de NIC. La segunda etapa fue la construcción del protocolo con los cuidados identificados y por fin la validación por contenido por los expertos, siendo considerados validados cuidados con índice de validez de contenido (IVC)  $\geq 0,90$ . En el desarrollo de la RI, fueron encontrados 17 artículos originales. Los cuidados identificados en RI fueron relacionados a dos intervenciones y cuatro actividades de la NIC, de entre las prioritarias, 10 intervenciones y 28 actividades en las sugeridas y cuatro intervenciones y ocho actividades en las esenciales. Ninguna intervención opcional fue mapeada. De los 48 cuidados seleccionados a partir de la RI y mapeo cruzado, los cuales fueron sometidos a la validación de contenido, sólo cuatro no obtuvieron consenso por el IVC. El protocolo asistencial validado por los expertos para pacientes con DE Confusión Aguda relacionado al delirium hospitalizados en UCI englobó cuidados referentes al diagnóstico de delirium, pausa de sedación y movilización temprana (de acuerdo con *bundle* ABCDE), orientaciones para dolor, agitación y delirium, agitación psicomotora, orientación cognitiva, promoción de sueño, ambiente y participación de la familia. A partir de la construcción del protocolo asistencial propuesto, es esperado calificar la asistencia prestada al paciente crítico en delirium. Sin embargo, aún son necesarias más investigaciones para determinar evidencias más robustas de cuidados farmacológicos y no-farmacológicos.

Descriptores: Delirium; Cuidados críticos; Unidades de Cuidados Intensivos; Grupo de Atención al Paciente; Revisión.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – <i>Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU)</i> .....	21
<b>Figura 2</b> – <i>Figura 2 - Richmond-Agitation Scale (RASS)</i> .....	21
<b>Quadro 1</b> – Caracterização dos artigos selecionados na RI.....	37
<b>Quadro 2</b> – Cuidados selecionados a partir dos artigos da RI.....	40
<b>Quadro 3</b> – Resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados e as intervenções/atividades prioritárias - NIC.....	45
<b>Quadro 4</b> – Resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados e as intervenções/atividades sugeridas - NIC.....	46
<b>Quadro 5</b> – Resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados e as intervenções/atividades essenciais para a área de Especialidade de Enfermagem – Enfermagem de Cuidados Críticos.....	52
<b>Quadro 6</b> – Cuidados identificados na RI e não mapeados .....	54
<b>Quadro 7</b> – Cuidados validados.....	67

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais.....	56
<b>Tabela 2</b> – Cuidados do Protocolo Assistencial – Diagnóstico de delirium, Pausa de sedação e Mobilização precoce ( <i>bundle</i> ABCDE).....	57
<b>Tabela 3</b> – Cuidados do Protocolo Assistencial – diretrizes para dor, agitação e delirium.....	58
<b>Tabela 4</b> – Cuidados do Protocolo Assistencial – Agitação psicomotora.....	60
<b>Tabela 5</b> – Cuidados do Protocolo Assistencial – Orientação cognitiva.....	60
<b>Tabela 6</b> – Cuidados do Protocolo Assistencial – Promoção do sono.....	62
<b>Tabela 7</b> – Cuidados do Protocolo Assistencial – Ambiente e Família.....	64
<b>Tabela 8</b> – Cuidados do Protocolo Assistencial – Outros cuidados.....	66

**LISTA DE SIGLAS**

DE	Diagnóstico de Enfermagem
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NANDA-I	NANDA-International
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos
CAM	Confusion Assessment Method
RASS	Richmond-Agitation Scale
PE	Processo de Enfermagem
RI	Revisão Integrativa
ABCDE	Bundle Awaken the patient daily, Breathing, Coordination, Delirium monitoring, Exercise/Early mobility
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
UP	Úlcera por Pressão
CPOT	Critical-Care Pain Observation Toll
BSP	Behavioral Pain Scale
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	15
12.1 Objetivo geral .....	15
2.2 Objetivos específicos .....	15
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
3.1 Unidade de Terapia Intensiva e paciente crítico .....	16
3.2 Delirium e paciente crítico: definição, diagnóstico e tratamento .....	17
3.3 Protocolo assistencial incorporando o processo de enfermagem com foco na equipe multiprofissional.....	22
<b>4 MÉTODOS</b> .....	27
4.1 Primeira etapa: revisão integrativa e mapeamento cruzado .....	27
4.1.1 <i>Revisão integrativa</i> .....	27
4.1.2 <i>Mapeamento cruzado</i> .....	29
4.2 Segunda etapa: construção do protocolo.....	31
4.3 Terceira etapa: processo de validação de conteúdo.....	31
4.3.1 <i>Amostra e seleção dos peritos</i> .....	34
4.3.2 <i>Instrumento do estudo</i> .....	32
4.3.3 <i>Coleta de dados</i> .....	33
4.3.4 <i>Análise de dados</i> .....	33
4.4 Aspectos éticos .....	34
<b>5 RESULTADOS</b> .....	35
5.1 Revisão integrativa.....	35
5.2 Mapeamento cruzado.....	44
5.3 Validação de conteúdo.....	55
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	72
6.1 Revisão integrativa.....	72
6.2 Mapeamento cruzado.....	82

6.3 Validação de conteúdo.....	86
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA A UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO NOS SEMINÁRIOS INTEGRADOS DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE A – CARTA CONVITE/EXPLICATIVA .....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Confusão Aguda é um diagnóstico de enfermagem (DE) frequentemente estabelecido nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) devido à elevada incidência de delirium, o qual determina um dos fatores causais do DE citado. Este agravo neurológico apresenta-se em 21% a 79% dos pacientes críticos, sendo que os submetidos à ventilação mecânica são os mais acometidos (BRYCZKOWSKI et al., 2014; GUENTHER et al., 2010; HSIEH et al., 2015; SALLUH et al., 2010; ZALL et al., 2013).

Apesar da alta incidência, o delirium permanece subdiagnosticado em cerca de 25% a 75% dos pacientes, chegando a 100% em quadros clínicos caracterizados pelo estado hipoativo. Tal situação pode ser desencadeada pela natureza flutuante do quadro, associada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a patologia, ao baixo uso de ferramentas de avaliação e ao não registro do fenômeno pelos profissionais (SÁNCHEZ; GONZÁLEZ; GUTIÉRREZ, 2013; TROPEA et al., 2008).

O delirium é um distúrbio que desencadeia importante declínio funcional, maior morbidade, mortalidade, período de internação, tempo de ventilação mecânica e custos em doentes críticos (BRUMMEL et al., 2011; HSIEH et al., 2015; SHEHABI et al., 2010). O aumento no período de internação é de um a 10 dias quando comparados pacientes que não desenvolveram o delirium com aqueles que o desenvolveram (FAN et al., 2008). Além disso, a maior duração da disfunção é associada a comprometimento cognitivo a longo prazo após a resolução da doença crítica (BRUMMEL et al., 2011; GIRARD et al., 2010).

A relação entre a mortalidade e o delirium em doentes críticos não está bem estabelecida, mas se sabe que, em seis meses, as chances de morrer triplicam em indivíduos que apresentaram essa condição. Estima-se que a cada dia de delirium, há um aumento de 10% do risco de morte (PISANI et al., 2009).

Perante o contexto alarmante desse distúrbio, deve ser considerada uma patologia de importância epidemiológica que necessita ser mais investigada e tratada, visto a presente dificuldade no diagnóstico e a incerteza sobre intervenções eficazes na resolução do quadro (BRYCZKOWSKI et al., 2014).

Assim, devido à marcante presença do delirium no ambiente de terapia intensiva e à dificuldade de avaliação na população de pacientes críticos, um grupo de pesquisadores americanos desenvolveu o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU). Uma ferramenta capaz de avaliar de forma rápida e precisa a ocorrência de delirium em pacientes graves, intubados e sob ventilação mecânica (ELY et al., 2001).

O CAM-ICU, assim como o uso de outros instrumentos assistenciais, é útil na prática clínica da equipe de saúde, pois possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico. Esta ferramenta diagnóstica melhora a acurácia no estabelecimento do DE Confusão Aguda, já que fornece subsídios para a avaliação das reais necessidades dos pacientes, possibilitando assim, a determinação e implementação das intervenções mais efetivas encontradas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

A partir da avaliação clínica do paciente e CAM-ICU positivo, o DE Confusão Aguda relacionado ao delirium pode ser adequadamente estabelecido. De acordo com a NANDA-International (NANDA-I) (2015), o DE Confusão Aguda é definido como um distúrbio abrupto e reversível da consciência, causando alteração da atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo.

Na prática clínica, uma vez que o DE Confusão Aguda seja estabelecido de modo acurado, as intervenções de Enfermagem mais apropriadas para esse paciente podem ser instituídas e desenvolvidas (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009), a fim de obter os resultados esperados, ou seja, a melhora do quadro clínico do paciente.

A identificação de intervenções efetivas e padronizadas para Confusão Aguda relacionada ao delirium favorece a assistência prestada ao doente crítico, da mesma forma pode auxiliar o desenvolvimento de protocolos assistenciais.

Um ensaio clínico randomizado (ECR) com 126 pacientes de unidade cirúrgica. O grupo intervenção foi submetido aos seguintes cuidados: reorientação, protocolo não farmacológico de sono, mobilização precoce, remoção precoce de cateteres e restrições, uso de óculos, uso de aparelhos auditivos e correção de distúrbios hidroeletrólíticos. O resultado foi à diminuição significativa da incidência de delirium de 50% no grupo de cuidados usuais para 32% no grupo intervenção (MARCANTONIO et al., 2001).

Já em um estudo de coorte com 123 pacientes de uma UTI cirúrgica, assistidos com protocolo que preconizava a limitação de medicamentos associados ao desenvolvimento de delirium, intervenções para a melhora do sono, promoção de relaxamento e estratégias de educação em saúde para o paciente e a família. Os grupos pré e pós-intervenção, quando comparados, não mostraram redução significativa do delirium, entretanto com um protocolo simples e de baixo custo os pacientes do grupo pós-intervenção apresentaram menos tempo de ventilação mecânica, melhor nível de sedação com menos uso de benzodiazepínicos, menos tempo de delirium e diminuição nos dias de internação (BRYCZKOWSKI et al., 2014).

Tendo em vista a necessidade de uma assistência ampla ao paciente em delirium internado na UTI, uma equipe multiprofissional torna-se imprescindível para atender as

demandas multifatoriais desses pacientes. A proposta de trabalho em equipe deve ser priorizada no atendimento ao paciente crítico em delirium, onde o cuidado é desenvolvido a partir da articulação das ações e dos saberes entre os profissionais, contrapondo a verticalização dos conhecimentos (PEDUZZI, 2001).

Frente ao exposto, este estudo torna-se relevante considerando a alta incidência de delirium no ambiente de terapia intensiva, as consequências negativas desse distúrbio para o paciente a curto e a longo prazo, os altos custos institucionais, a falta de um consenso quanto os cuidados efetivos a serem implementados e a ausência de estudos que utilizem as linguagens padronizadas na assistência ao paciente crítico com Confusão Aguda. Assim, pretende-se desenvolver e validar um protocolo multiprofissional de cuidados para manejo de pacientes com o DE Confusão Aguda relacionado ao delirium, internados em UTI a partir das evidências encontradas na literatura e na NIC.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Desenvolver e validar um protocolo multiprofissional de cuidados para manejo de pacientes com o DE Confusão Aguda relacionado ao delirium, internados em UTI a partir das evidências encontradas na literatura e intervenções da NIC.

### **2.2 Objetivos específicos**

Realizar o mapeamento cruzado entre as intervenções da NIC e as evidências na literatura acerca dos cuidados para pacientes em delirium;

Realizar a validação de conteúdo do protocolo multiprofissional de cuidados para pacientes críticos com o DE Confusão Aguda relacionado ao delirium.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Unidade de Terapia Intensiva e paciente crítico

As UTIs começaram a surgir na metade do século XX devido à necessidade de assistir os pacientes graves em hospitais norte-americanos, nos quais foram criadas as chamadas salas de recuperação, ambiente para onde os pacientes de pós-operatório eram encaminhados para sua estabilização (GOMES, 2011).

No Brasil, a implantação das UTIs iniciou entre as décadas de 60 e 70, primeiramente, na cidade de São Paulo. O surgimento dessas unidades específicas constituiu um marco dentro dos progressos obtidos na assistência à saúde, visto que anteriormente os pacientes graves eram tratados nas enfermarias. Nessa perspectiva, as UTIs não possuíam área física específica, tampouco recursos materiais e humanos adequados para prestar um cuidado de qualidade aos pacientes críticos (GOMES, 2011).

Dessa forma, ao longo dos anos, houve a necessidade de aperfeiçoar o planejamento, a organização e o funcionamento das UTIs, a fim de proporcionar uma estrutura coerente com as reais necessidades dos pacientes graves que seriam assistidos (SILVA, 2008). A partir de então, chegou-se ao nível de complexidade existente, agregando tecnologia, conhecimento científico, competência técnica dos profissionais e moderna infraestrutura.

A UTI é definida como uma área crítica destinada à assistência de pacientes em estado grave, os quais necessitam de atenção contínua e especializada de profissionais capacitados, materiais específicos e tecnologias necessárias para diagnóstico, monitorização e terapia. Além disso, todo o paciente internado em uma UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar (ANVISA, 2010).

Neste contexto, o cuidado aos pacientes gravemente enfermos acaba sendo desenvolvido nas UTIs, pois é o ambiente que apresenta suporte terapêutico de ponta e profissionais intensivistas devidamente capacitados (RELF; KAPLOW, 2011).

O paciente grave deve ser entendido como aquele que possui um ou mais comprometimentos dos principais sistemas fisiológicos, apresentando perda da autorregulação e necessitando de assistência contínua (ANVISA, 2010).

Já a doença crítica não é apenas uma alteração fisiológica, mas também um processo psicossocial, espiritual e de desenvolvimento. À medida que o processo de cuidar dentro do ambiente de Terapia Intensiva torna-se cada vez mais tecnológico, as necessidades humanas

ficam mais evidenciadas e essenciais no desenvolvimento da assistência. A necessidade de promover intervenções eficazes, as quais sejam baseadas em evidências científicas em lugar de pautar-se apenas na tradição do cuidado reproduzido é compatível com um cuidado mais humanizado (RELF; KAPLOW, 2011).

### 3.2 Delirium e paciente crítico: definição, diagnóstico e tratamento

O delirium foi uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica. Alguns trabalhos desenvolvidos por Hipócrates (460-366 a.C.) descreveram um conjunto de sintomas que atualmente é definido como delirium. No entanto, apesar de ser uma patologia evidenciada há mais de 2.500 anos, ainda continua sendo pouco compreendida em seu aspecto fisiopatológico, é subdiagnosticada e não tratada adequadamente (LIPTZIN, 1991).

O termo delirium é derivado do latim “*delirare*”, que significa de forma literal “estar fora do lugar”. Porém, este termo também possui um sentido figurado, o qual significa “estar insano, confuso, fora de si”. Assim, até meados do século XIX, o delirium foi empregado de modo equivocado para determinar quadros caracterizados como loucura, da mesma forma que associado às doenças febris com perturbações mentais agudas (FRANCIS, 1992). Apenas no século XX, estudiosos conseguiram encontrar alguma relação entre dados clínicos, psicológicos e eletrencefalográficos de pacientes com delirium secundário a doenças sistêmicas (ENGEL; ROMANO, 2004).

Na literatura médica, existem diferentes sinônimos utilizados pelos profissionais de saúde para determinar o delirium, tais como confusão aguda, psicose de UTI, disfunção cerebral aguda e encefalopatia. No entanto, é relevante uniformizar e esclarecer a terminologia empregada de acordo com os critérios diagnósticos estabelecidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), o qual é amplamente reconhecido e utilizado para a determinação de distúrbios neurológicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980).

A definição de delirium no ambiente científico e clínico é entendida como uma síndrome neurocomportamental, determinada pelo comprometimento transitório do funcionamento cerebral, ocasionada por um distúrbio sistêmico. Compara-se a uma síndrome de insuficiência cerebral aguda, pois há quebra da homeostase do sistema nervoso central e desorganização da atividade sináptica (ENGEL; ROMANO, 2004; LIPTZIN, 1991).

Observam-se, em pacientes delirantes, alterações no nível de consciência e desatenção, déficits cognitivos (desorientação quanto a tempo e espaço, prejuízo da memória, do

pensamento e do julgamento), alterações da sensopercepção (alucinações visuais e auditivas), perturbações da psicomotricidade, do comportamento e do humor (agitação e apatia). O quadro clínico de delirium possui início agudo, apresentando variabilidade de algumas horas até poucos dias, o curso é flutuante ao longo do dia e há ainda alterações do ciclo sono-vigília. Caracteristicamente, o paciente encontra-se sonolento durante o dia e com agitação psicomotora à noite (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

De acordo com o quadro de agitação psicomotora, o delirium é classificado em três tipos. O delirium hiperativo apresenta um aumento da atividade psicomotora do paciente e comportamento agitado – esse é o quadro clínico mais fácil de ser diagnosticado. O hipoativo é o tipo mais tranquilo, no qual o paciente permanece com atividade psicomotora reduzida, apresenta-se letárgico, determinando assim alguns aspectos que dificultam seu diagnóstico. E, por fim, o delirium misto, o qual apresenta um quadro clínico que oscila entre o hiperativo e hipoativo ao longo do dia, ou ao longo de vários dias (PITROWSKY et al., 2010; SÁNCHEZ; GONZÁLEZ; GUTIÉRREZ, 2013).

Na fisiopatologia do delirium, existem alguns fatores predisponentes ao seu desenvolvimento, incluindo características intrínsecas do paciente, tais como deficiência cognitiva prévia e comorbidades. Além disso, há alguns fatores precipitantes do quadro clínico, tais como distúrbios hidroeletrólíticos, uso de medicações, infecções e eventos cerebrais agudos (FRANCIS; YOUNG, 2011; SPRUNG, 1991; HIPPEL; ELY, 2012).

Existem algumas teorias que tentam explicar o desenvolvimento do delirium, porém a patogênese ainda não está totalmente esclarecida. Muitos fatores predisponentes, falência de sistemas orgânicos, entre outros, podem acarretar esse distúrbio. A principal teoria sobre o delirium propõe que desequilíbrios nos neurotransmissores, excesso de dopamina e déficits colinérgicos contribuem de modo significativo para a ocorrência dessa disfunção neurológica (TRZEPACZ, 2000). Outra hipótese é a teoria inflamatória, a qual sugere que muitas situações clínicas, como sepse e condições pós-operatórias, estão associadas ao início da cascata inflamatória sistêmica. Essa condição estabelecida pela liberação de mediadores inflamatórios poderia causar prejuízo ao funcionamento cerebral, precipitando o desenvolvimento de delirium (CEREJEIRA et al., 2010). Algumas teorias abordam, também, a influência genética para a ocorrência do delirium (VAN MUNSTER; ROOIJ; KOREVAAR, 2009). Frente à presente heterogeneidade clínica e à natureza multifatorial do delirium, é provável que inúmeros mecanismos patogênicos associados contribuam para o desenvolvimento desse distúrbio neurológico (GOFTON, 2011).

Frente aos aspectos avaliados como relevantes para o desenvolvimento de delirium, os pacientes internados em UTIs devem ser considerados de risco, uma vez que possuem inúmeros quadros clínicos agudos, comorbidades, idade avançada e uso de drogas caracterizadas como indutoras para a ocorrência de delirium (ELY et al., 2001).

Nesse ambiente de Terapia Intensiva com inúmeros pacientes críticos, é imprescindível que o diagnóstico de delirium continue sendo um ato clínico, considerando os sinais e sintomas embasados na observação cautelosa e valorização dos dados fornecidos pelo paciente, família e equipe assistencial. Todos os profissionais de saúde, se atentos à possibilidade de desenvolvimento do delirium e empoderados de instrumentos adequados, podem realizar um diagnóstico acurado (LIPTZIN et al., 1991).

Alguns critérios diagnósticos para delirium foram revisados e estabelecidos no DSM-III-R, porém muito restritivos e ambíguos para os pacientes avaliados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987). Posteriormente, o DSM-IV apresenta esses critérios de forma menos restritiva, determinando que a perturbação da consciência fosse considerada o principal aspecto no delirium (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Em 2000, foi realizada a revisão do DSM-IV reconhecendo algumas condições subclínicas do delirium, ou seja, casos que não atendiam a todos os critérios diagnósticos, quadro clínico definido como delirium subsindrômico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). Entretanto, tais manuais são extremamente complexos, necessitando de profissionais com especialidade em Psiquiatria para a sua utilização, além de bastante extensos e não aplicáveis à população específica de pacientes críticos intubados.

Dessa forma, devido à presente dificuldade em se avaliar e diagnosticar esse distúrbio em pacientes graves e sob ventilação mecânica, já que até o momento a comunicação com esses pacientes ainda era um desafio para a avaliação de delirium, um grupo de pesquisadores do *Vanderbilt University Medical Center*, Estados Unidos (EUA), desenvolveu o *Confusion Assessment Method* (CAM). Tal instrumento foi construído baseado nas definições do DSM-III, associado a opiniões de especialistas, e é uma ferramenta capaz de avaliar e diagnosticar delirium em pacientes de unidades gerais (unidade de internação, unidade cirúrgica, etc) de maneira rápida, eficaz e confiável. Pode, ainda, ser utilizada por todos os profissionais, sem necessidade de ser especialista em Psiquiatria, nem de realizar longos treinamentos (ELY et al., 2001; MARCONTONIO et al., 2001; SÁNCHEZ; GONZÁLEZ; GUTIÉRREZ, 2013).

Em um primeiro momento, o CAM foi aplicado em pacientes na UTI; entretanto, pacientes sob ventilação mecânica ainda não conseguiam ser avaliados, pois a ferramenta não se prestava para avaliá-los (MARCONTONIO et al., 2001). Devido a tal necessidade, o

método foi aperfeiçoado para essa população, sendo desenvolvido o CAM-ICU, ferramenta capaz de avaliar pacientes graves e sob ventilação mecânica. Em 2001, o CAM-ICU foi validado nos EUA em um estudo de coorte, no qual a amostra incluía pacientes intubados e não-intubados, que foram acompanhados por 293 dias de avaliação. Destes, 87% desenvolveram delirium. O instrumento apresentou alta confiabilidade entre os avaliadores, elevada sensibilidade e especificidade. Esse estudo objetivou a validação de uma ferramenta que conseguisse de forma rápida diagnosticar o delirium nos pacientes críticos e ventilados mecanicamente, assim podendo estabelecer intervenções precoces na tentativa de minimizar possíveis complicações clínicas associadas ao delirium (ELY et al., 2001).

Os mesmos investigadores publicaram um segundo estudo, desta vez avaliando uma amostra que incluía somente pacientes intubados, sendo 111 sujeitos internados em UTI. Foram realizadas 471 avaliações diárias; 83,7% dos pacientes desenvolveram delirium, demonstrando excelentes resultados referentes à utilização da ferramenta, sensibilidade de 93 a 100% e especificidade de 98 a 100%, além de uma alta correlação entre os observadores (CI 0,99, 95%: 0,92 - 0,99) (ELY et al., 2001).

Em 2011, foi desenvolvido um estudo multicêntrico em quatro UTIs de diferentes regiões, para a validação do CAM-ICU no Brasil. Vale ressaltar que tal ferramenta já era amplamente utilizada na prática clínica para diagnosticar delirium, porém não havia sido validada. Nesta pesquisa, a amostra foi composta por 119 pacientes, os quais foram acompanhados por até 28 dias. Os resultados demonstraram alta especificidade (96,2%), boa sensibilidade (72,5%), além de bom poder preditivo quando a escala é utilizada de forma sistemática (GUSMÃO-FLORES et al., 2011).

O CAM-ICU é composto por quatro itens de avaliação clínica: 1 – início agudo, 2 – distúrbio de atenção, 3 – alteração do nível de consciência e 4 – pensamento desorganizado. Possui fácil aplicação, dispensa apenas dois ou três minutos para sua utilização à beira do leito e pode ser aplicado por qualquer membro da equipe multiprofissional. Nessa estratégia de avaliação e diagnóstico de delirium, as seguintes características são observadas (Figura 1):

- a) Perturbação da consciência com diminuição da concentração, caracterizado por desatenção;
- b) Alteração na cognição/percepção que não é explicada por uma demência;
- c) Distúrbio que se desenvolve em curto período de tempo e curso flutuante, sem evidência que a perturbação cognitiva seja causada por uma condição médica, intoxicação por substância ou por efeito de alguma medicação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRESS, 2011).

Figura 1 - *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU)*.



Fonte: Traduzido do referencial Ely et al, 2001.

O CAM-ICU é aplicado após avaliação do nível de sedação do paciente crítico com a *Richmond-Agitation Scale* (RASS) (NASSAR et al, 2008) (Figura 2), desenvolvendo uma avaliação inicial do nível de consciência e permitindo a execução do diagnóstico.

Figura 2 - *Richmond-Agitation Scale* (RASS).

Pontos	Termo	Descrição
+ 4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+ 3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+ 2	Agitado	Movimentos despropositados freqüentes, briga com o ventilador
+ 1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
- 1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
- 2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
- 3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
- 4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
- 5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Fonte: Nassar et al, 2008.

A monitorização do delirium por meio do uso de escalas diagnósticas não é relevante apenas como um indicador de disfunção orgânica, mas também para a prevenção de possíveis complicações, como lesões acidentais. Assim, promove-se a redução de eventos adversos e se permite o estabelecimento de medidas preventivas ou de cuidados que proporcionem uma adequada reabilitação e, possivelmente, a diminuição de perdas relacionadas à qualidade de vida a curto e a longo prazo (PITROWSKY et al., 2010) .

Da mesma forma, o delirium deve ser considerado uma questão importante no que diz respeito à assistência desenvolvida na UTI e à própria segurança do paciente. A redução da incidência de delirium precisa ser considerada um indicador de qualidade e um alvo a ser alcançado, pois representa a melhoria no cuidado prestado ao paciente. A vigilância neurológica dos pacientes críticos requer trabalho em equipe e conscientização por parte dos profissionais de saúde sobre a importância do tema, seja na prática clínica ou no prognóstico do paciente (FARIA; MORENO, 2013).

### 3.3 Protocolo assistencial incorporando o processo de Enfermagem ao cuidado multiprofissional

A prática clínica baseada em evidência é amplamente difundida e utilizada na tomada de decisão para assistir os pacientes críticos em UTI. É o processo utilizado para integrar a melhor e mais recente evidência científica com a expertise clínica, promovendo assim resultados positivos aos pacientes e excelência no cuidado. Da mesma forma, os protocolos assistenciais, que orientam e guiam o cuidado, devem ser construídos a partir de conhecimentos científicos com elevado nível de evidência, possibilitando o desenvolvimento da assistência à saúde que realmente promova a melhora do quadro clínico do paciente (RELF; KAPLOW, 2011).

Nessa perspectiva e com profissionais cientes da causalidade multifatorial do delirium, é necessária a determinação de uma assistência multiprofissional para atender às demandas desse paciente que se encontra em delirium na UTI. Portanto, os protocolos assistenciais de cuidados devem ser desenvolvidos com a intenção de incorporar todas as diferentes categorias profissionais presentes no ambiente de Terapia Intensiva.

O protocolo assistencial é um instrumento que determina as rotinas de um Serviço, elaboradas sob conhecimento atual e respaldadas por evidência científica, servindo para orientar fluxos, condutas e/ou procedimentos (WERNECK; FARIAS; CAMPOS, 2009).

Tanto no desenvolvimento da prática clínica, como no uso de protocolos assistenciais, o trabalho em equipe multiprofissional é entendido como uma modalidade de serviço coletivo que estabelece reciprocidade nas inúmeras intervenções técnicas desenvolvidas e, ainda, promove interação entre os diferentes profissionais que incorporam a equipe. A comunicação é a ferramenta utilizada para a articulação entre os profissionais de saúde e sua cooperação (PEDUZZI, 2001).

A equipe multiprofissional pode ser formada por diferentes profissionais: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, entre outros (COSTA; CASTRO, 2013). Esses membros que compõem a equipe serão determinados conforme a necessidade dos setores hospitalares e do próprio paciente.

No ambiente hospitalar, o trabalho em equipe ocorre em um contexto de situações objetivas, nas quais são mantidas relações hierárquicas entre os envolvidos com diferentes graus de subordinação, acompanhadas da divisão de trabalho e autonomia técnica. Logo, existe a possibilidade de trabalho em equipe multiprofissional com integração entre os partícipes, basta que as relações sejam construídas a partir de uma boa comunicação, da ética e do respeito (PEDUZZI, 2001). Isto se torna essencial em um ambiente de cuidados críticos, como as UTIs.

Os profissionais que trabalham em UTIs precisam ter experiência e conhecimento científico para assistir os pacientes críticos de forma segura, pois a detecção precoce de possíveis instabilidades, acompanhada de um controle clínico rigoroso, poderá implicar melhores resultados (JEVON; EWENS, 2009).

O enfermeiro, integrante da equipe multiprofissional, tem o foco do seu trabalho no atendimento assistencial por meio do cuidado e dos julgamentos clínicos. Ainda, possui o papel de diagnosticador de problemas relacionados ao paciente. Para isso, faz uso do pensamento crítico a fim de determinar os diagnósticos mais acurados, promover orientações e intervenções de Enfermagem com vistas a alcançar os melhores resultados para o paciente e a família (HERDMAN, 2015). Na assistência ao paciente crítico com Confusão Aguda relacionada ao delirium participa na promoção de todos os cuidados interagindo com as demais profissões. Da mesma forma, possui um papel central na gestão do cuidado, visto que o enfermeiro percebe o paciente de modo global e gerencia a unidade de terapia intensiva.

Esse processo de cuidar se desenvolve em uma perspectiva de assistência interativa e sistematizada, na qual o enfermeiro analisa o paciente como um todo, incorporando o estado biopsicossocioespiritual do indivíduo, devendo valorizar a promoção, proteção e restauração da saúde, compondo, assim, um conjunto de cuidados integrados.

O processo de enfermagem (PE) é considerado o principal método para o desempenho sistemático da prática profissional de Enfermagem e um recurso tecnológico que favorece o cuidado, organiza as condições necessárias à realização das ações e documenta a prática desenvolvida. Essa metodologia de trabalho é constituída por cinco fases, as quais se inter-relacionam de forma dinâmica: coleta de dados, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implantação e avaliação (LUCENA, 2006).

No desenvolvimento da segunda etapa do PE, a NANDA-I é o sistema de classificação diagnóstico mais utilizado mundialmente, foi traduzida para 15 idiomas e adotada em 32 países. O uso de uma linguagem padronizada de Enfermagem teve início em 1970, com um grupo de pesquisadores que desenvolveram a classificação dos diagnósticos da NANDA. Atualmente, apresenta 234 diagnósticos distribuídos em 13 domínios e 47 classes. Cada diagnóstico possui um título (nome do diagnóstico) e sua definição (descrição clara e precisa), características definidoras (sinais e sintomas observáveis que se agrupam como manifestações de um DE), fatores de risco (fatores que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo a um evento insalubre) e fatores relacionados (agentes etiológicos do DE). Os diagnósticos possibilitam a padronização da linguagem e dos dados obtidos na primeira fase do PE (NANDA, 2015; JOHNSON et al., 2012).

Os DEs são definidos como julgamentos clínicos sobre a resposta do indivíduo, da família ou da comunidade perante problemas de saúde reais ou potenciais, e, ainda, proporcionam embasamento para a seleção das intervenções de Enfermagem com o objetivo de obter os resultados esperados (NANDA, 2015).

Paralelamente à utilização da NANDA, a NIC foi desenvolvida em 1987. Publicada pela primeira vez em 1992, constitui-se de uma classificação abrangente e padronizada de intervenções de Enfermagem, as quais possuem como objetivo o comportamento desta categoria profissional, ou seja, as ações desenvolvidas para que o paciente apresente um resultado positivo e melhore sua condição de saúde (JOHNSON et al., 2012).

A NIC é composta por 554 intervenções de Enfermagem e aproximadamente 13 mil atividades, as quais são agrupadas em 30 classes e sete domínios. Nela, cada intervenção de Enfermagem possui um título e uma definição, além de uma série de atividades que descrevem as ações que devem ser desenvolvidas pelos profissionais, as quais podem ser escolhidas a partir dos DEs (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Uma intervenção de Enfermagem pode ser definida como qualquer cuidado desenvolvido com base no julgamento clínico e conhecimento científico realizado por enfermeiro, a fim de otimizar os resultados esperados para o paciente. Já as atividades estão

no nível concreto de ação, pois são as condutas ou ações específicas desenvolvidas a fim de implementar determinada intervenção (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Na NIC as intervenções de enfermagem estão apresentadas como Prioritárias, primeiro nível, são consideradas as mais prováveis para determinado DE, apresentam boa correspondência com a etiologia e/ou características definidoras do diagnóstico e possuem inúmeras atividades para resolução do problema. Na sequência, as intervenções Sugeridas, segundo nível, são propensas a resolver o DE, porém menos prováveis que as prioritárias, podendo abordar somente etiologias ou características especiais. Por fim, as intervenções Opcionais, terceiro nível, as quais podem ser aplicadas somente em alguns pacientes com determinado DE, permitindo que os profissionais de saúde personalizem o plano de cuidados (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Ainda, são apresentadas as Intervenções Essenciais para as Áreas de Especialidades de Enfermagem, as quais abrangem 49 áreas de especialidades. Essas intervenções são referentes a conjuntos limitados e centrais de atividades desenvolvidas para determinada área de conhecimento específico/especialidade (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Existem inúmeras metodologias/caminhos podem ser utilizados para selecionar as intervenções de Enfermagem desejadas: Por Ordem Alfabética, quando se sabe o nome da intervenção e deseja-se conhecer a lista de atividades; Pela Taxonomia da NIC, quando se almeja selecionar intervenções relacionadas a áreas específicas; Através das Ligações com os Diagnósticos NANDA-I, quando se tem um DE e pretende-se identificar a lista de intervenções/atividades específicas; Pelas Intervenções Essenciais por Especialidade, quando se planeja um curso ou sistema de informação para uma área de especialidade; Através das Ligações com Diagnósticos NANDA-I e Resultados NOC, quando se pretende estabelecer ligações entre NANDA-I, NOC e NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

As ligações estabelecidas entre os DEs da NANDA-I e as intervenções da NIC sugerem a relação existente entre os problemas apresentados pelos pacientes e as ações desenvolvidas pela Enfermagem, as quais possuem a finalidade de amenizar ou resolver esses problemas (JOHNSON et al., 2012).

A escolha de cada intervenção de enfermagem consiste na tomada de decisão clínica do enfermeiro a partir de cada paciente e alguns fatores devem ser considerados nessa seleção: os resultados desejados, as características do DE, a base da investigação para a intervenção, a base científica para a intervenção, a aceitabilidade do paciente e a capacidade do enfermeiro/equipe (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Ainda, a NIC pode ser incorporada a diversos ambientes, desde o atendimento domiciliar até o desenvolvido nas UTIs e em todas as especialidades. Da mesma forma, essa classificação pode ser utilizada por outros profissionais, que não o enfermeiro (JOHNSON et al., 2012), os quais participam do atendimento multiprofissional ao paciente.

Em um setor complexo como a UTI, o PE e o uso das taxonomias podem contribuir para a sistematização do cuidado e garantir a continuidade da assistência, além de favorecer a avaliação da eficácia e a modificação de condutas de acordo com os resultados obtidos (BARRA; SASSO, 2010).

A utilização das classificações NANDA-I e NIC para a construção e implantação de um protocolo assistencial podem facilitar ajustes clínicos pela equipe multiprofissional, favorecendo avaliações críticas do cuidado, qualificando o cuidado e melhorando a condição clínica do paciente (CURCIO; LIMA; TORRES, 2009).

## 4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, adequado para a obtenção, organização e análise de dados, com a intenção de elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisas, objetivando a construção de um instrumento confiável, preciso e utilizável (POLIT; BECK, 2011). A pesquisa foi composta por três etapas: a primeira consistiu na elaboração de uma revisão integrativa (RI) para a identificação das evidências no que tange aos cuidados para delirium. A seguir, foi realizado o mapeamento cruzado entre os cuidados e as intervenções propostas pela NIC para o DE Confusão Aguda relacionada ao delirium. Na segunda etapa, foi elaborado o protocolo com todos os cuidados identificados e, por fim, na última fase, foi desenvolvida a validação de conteúdo do protocolo.

### 4.1 Primeira etapa: revisão integrativa e mapeamento cruzado

#### 4.1.1 *Revisão integrativa*

A RI sintetiza os resultados das pesquisas realizadas, enfatizando as conclusões encontradas sobre determinado tema. Para isso, são considerados todos os estudos selecionados na busca realizada a partir da questão norteadora. O resumo e a comparação dos dados permitem que se obtenham conclusões gerais sobre o problema de pesquisa. Assim, o processo de análise da literatura, durante o desenvolvimento da RI, deve ser sistematizado, resumido e bem conduzido, a fim de qualificar os seus resultados para identificar as lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno estudado, entre outros (CROSSETTI, 2012).

Da mesma forma, a RI representa mais um recurso para a construção de conhecimento em Enfermagem e, ainda, pode fornecer subsídios para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática clínica e consequentes intervenções que tenham como resultado a melhora clínica do paciente (CROSSETTI, 2012).

Neste estudo, a RI foi desenvolvida a partir da adaptação do referencial teórico do modelo de Stetler (1998), o qual propõe o desenvolvimento de diretrizes para a prática assistencial baseada em evidências, esclarecendo questões controversas e implementando atividades que visem melhorar a qualidade do cuidado. Tal proposta é desenvolvida a partir da construção de um grupo de indivíduos (profissionais do serviço), que identificam o fenômeno de interesse e posteriormente desenvolvem estudos e análises da temática em questão. Ainda,

o método estabelece o detalhamento do processo operacional a fim de determinar contribuições significativas para a construção do conhecimento.

Assim, a proposta adaptada foi desenvolvida a partir de seis fases intensamente implicadas com a temática estudada, que foram executadas pelas autoras: estabelecimento dos propósitos da RI; análise crítica dos artigos; avaliação comparativa; decisão e implementação dos resultados na assistência; formulação de protocolos assistenciais e validação do instrumento construído (STETLER, 1998).

1º fase – Estabelecimento dos propósitos da RI: os propósitos foram determinados de acordo com a questão norteadora e as palavras-chave, que serviram de base para o levantamento de dados e identificação de estudos relevantes (SOARES et al., 2014; STETLER, 1998). A questão norteadora para a temática estudada foi: “Quais os cuidados a serem implementados frente ao paciente em delirium internado em UTI?”;

Para a busca dos estudos, foram utilizadas as seguintes bases de dados: *PubMed*, *Scopus*, *CINAHL*, e *Web of Science*; Os DECs utilizados foram: *delirium*, *critical care* e *Intensive Care Units*, associados com operador booleano “AND”. Em cada base de dados, foram realizadas duas buscas: *delirium AND critical care* e *delirium AND intensive care units*, nessa ordem e com os mesmos parâmetros de busca. Nas bases de dados que não ofereciam buscas por meio dos DECs, foram utilizadas aspas nos termos, com a finalidade de delimitar de forma mais adequada a pesquisa. O período de tempo estipulado foi de 2001 a 2016, pois a ferramenta diagnóstica para o delirium – CAM-ICU – foi desenvolvida e validada no ano de 2001 e, a partir de então, o delirium começou a ser amplamente rastreado na prática clínica e estudado no ambiente de Terapia Intensiva.

Os critérios de inclusão foram: ser artigo original; pesquisa realizada em adultos. Além dos artigos originais foram incluídos o *bundle Awaken the patient daily, Breathing, Coordination, Delirium monitoring, Exercise/Early mobility (ABCDE)* (VASILEVSKIS et al, 2010) e as diretrizes para dor, agitação e delirium (BARR et al, 2013) devido à relevância dessas publicações na assistência prestada ao paciente em delirium na UTI.

O período de realização das buscas nas bases de dados foi de fevereiro a junho de 2016. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos para análise. Nessa fase, as referências dos estudos selecionados foram organizadas em planilhas.

2º fase – Análise crítica dos artigos: desenvolvida com o objetivo de aceitar ou refutar os resultados encontrados. Os estudos que não responderam à questão de pesquisa foram excluídos. A determinação da força de evidência dos artigos foi estabelecida de acordo com a Classificação de Oxford (2009), que pode ser visualizada no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação de Oxford (2009)

1a	Revisões sistemáticas
1b	ECR com intervalo de confiança estreito
1c	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”
2a	Revisões sistemáticas de estudos de coorte
2b	Estudo de coorte ou ECR de menos qualidade
2c	Estudos de observação de resultados terapêuticos
3a	Revisões sistemáticas de estudo de caso-controle
3b	Estudo de caso-controle
4	Relatos de caso
5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas

Fonte: Centre for Evidence-Based Medicine. Oxford: 2009.

3º fase – Avaliação comparativa: foi desenvolvida a avaliação comparativa dos resultados em relação à aplicabilidade na prática clínica. Essa fase foi de extrema relevância a fim de alcançar o objetivo da revisão, necessitando de uma análise rigorosa (STETLER, 1998).

4º fase – Decisão e implementação dos resultados na assistência: foi determinada a possibilidade de utilizar o conhecimento. Essa decisão foi estabelecida pelas pesquisadoras de acordo com a correlação entre os estudos e a prática clínica (STETLER, 1998).

5º fase – Formulação de protocolos assistenciais: foi construído um documento contendo todos os passos do procedimento realizado de forma detalhada, o qual direcionou a seleção das intervenções com a finalidade de construir o protocolo assistencial (STETLER, 1998).

6º fase – Validação do instrumento construído: foi desenvolvida a validação do protocolo assistencial, verificando se ele atende ao objetivo que propõe – intervenções assistenciais embasadas em evidência científica e com aplicabilidade prática (STETLER, 1998).

#### 4.1.2 Mapeamento cruzado

O mapeamento cruzado foi utilizado para a comparação entre os cuidados identificados na literatura (linguagem não padronizada) e as intervenções padronizadas pela

NIC (LUCENA et al., 2010). Pode ser definido como o processo para explicar algo, por meio do uso de palavras semelhantes ou com o mesmo significado; compara as informações a fim de validar dados em diferentes contextos e realidades (MOORHEAD; DELANEY, 1997).

A investigação se desenvolveu em dois momentos: 1) a determinação dos cuidados aos pacientes críticos em delirium encontrados na RI; 2) a vinculação entre esses cuidados e as intervenções propostas pela NIC para o DE Confusão Aguda relacionado ao delirium.

Durante esse processo, foram estabelecidas regras que, segundo Moorhead e Dalaney (1997), podem ser delineadas durante seu desenvolvimento. Essas regras devem ser embasadas nas características dos dados obtidos e das classificações utilizadas.

Assim, este estudo foi desenvolvido a partir das seguintes regras adaptadas do referencial metodológico utilizado (MOORHEAD; DALANEY, 1997; LUCENA, 2006):

- 1) Selecionar uma intervenção/atividade da NIC para cada cuidado ao paciente crítico em delirium encontrado na RI.
- 2) Selecionar as intervenções da NIC e suas atividades com base na semelhança entre estas e o cuidado ao paciente crítico em delirium.
- 3) Determinar uma palavra-chave constante no cuidado ao paciente crítico em delirium, a qual auxiliará na identificação da intervenção/atividade mais apropriada da NIC.
- 4) Utilizar, preferencialmente, os verbos empregados no cuidado ao paciente crítico em delirium, para selecionar a intervenção/atividade da NIC.
- 5) Mapear o cuidado ao paciente crítico em delirium que utilizar dois verbos em duas diferentes intervenções da NIC, quando as ações forem diferentes.
- 6) Identificar o cuidado ao paciente crítico em delirium que, por qualquer motivo, não puder ser mapeado.

Ao final do processo de comparação, delimitado pelas regras estabelecidas, foram escolhidas as intervenções NIC – a partir das semelhanças encontradas entre essas e suas atividades com os cuidados aos pacientes críticos em delirium determinados na RI (LUCENA, 2006).

Durante o desenvolvimento do mapeamento cruzado, a seleção das intervenções NIC foi de responsabilidade das pesquisadoras deste estudo, pois possuem experiência na área de terapia intensiva, sendo que uma delas desenvolve várias pesquisas relacionadas ao PE.

Essas informações, posteriormente foram organizadas em planilhas eletrônicas, a fim de elencar todos os cuidados encontrados e realizar uma análise descritiva. Ao final desse processo, foram organizadas as intervenções padronizadas e não padronizadas que compuseram a segunda etapa desse estudo.

#### 4.2 Segunda etapa: construção do protocolo

Os cuidados encontrados a partir da RI e do mapeamento cruzado foram organizados em um protocolo assistencial para pacientes críticos com DE Confusão Aguda relacionado ao delirium/CAM-ICU positivo a ser aplicado pela equipe multiprofissional.

Nessa proposta de protocolo, foram descritas todas as intervenções/cuidados que à posteriori serão desenvolvidos durante a assistência aos pacientes críticos com DE Confusão Aguda relacionado ao delirium. Ainda, o protocolo foi submetido à fase de validação de conteúdo, o que certificou a qualidade e aplicabilidade de cada uma das intervenções, as quais foram avaliadas individualmente.

#### 4.3 Terceira etapa: processo de validação de conteúdo

O objetivo dessa etapa foi verificar, junto aos peritos, a adequação dos cuidados/intervenções presentes no protocolo elaborado para o paciente crítico em delirium, quanto à sua aplicabilidade pela equipe multiprofissional.

Para o processo de validação foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual é bastante utilizado na área da saúde e mede a proporção de peritos que estão em concordância sobre os elementos que constituem um instrumento/protocolo. Permite a análise de cada item individualmente e, também, o instrumento como um todo (SANTOS; OLIVEIRA; FEIJÃO, 2016; DEVON et al, 2007).

##### 4.3.1 Amostra e seleção dos peritos

O número de peritos recomendado é controverso na literatura. Entretanto, alguns autores sugerem um mínimo de cinco e máximo de 20 indivíduos participando do processo de validação (SANTOS; OLIVEIRA; FEIJÃO, 2016; DANTAS et al, 2013; AZZOLIN et al, 2012; PERROCA, 2011). Foram convidados a participar da pesquisa 60 profissionais.

Foi realizada a busca de profissionais de saúde de diferentes categorias: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, nutricionista e assistente social. Todos tinham experiência em Terapia Intensiva e possuíam afinidade com a temática estudada.

Para composição da amostra, foram utilizadas as seguintes estratégias:

- a) Convite pessoal aos profissionais de conhecimento das autoras.
- b) Estratégia de amostragem de rede – os membros iniciais da amostra indicam outros

indivíduos que atendam aos critérios de inclusão da pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

- c) Busca de profissionais na Plataforma Lattes, acessada pelo portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Para isso, foi realizada uma busca simples na opção “assunto”, utilizando as seguintes palavras: Unidade de Terapia Intensiva e delirium.
- d) Contato com autores de publicações científicas relacionados ao tema da pesquisa.

Os peritos foram selecionados seguindo pelo menos um dos seguintes critérios de inclusão:

- Experiência clínica com adulto crítico de pelo menos dois anos;
- Ser especialista em Terapia Intensiva;

Nessa pesquisa, não foram determinados critérios de exclusão para a seleção dos peritos.

Posteriormente, foi realizado o contato da pesquisadora, assim como o envio do instrumento de pesquisa (APÊNDICE A) e da carta convite/explicativa (APÊNDICE B) aos peritos através de endereço eletrônico. No primeiro documento, foi explicada a relevância do estudo e seu objetivo, a descrição do instrumento de pesquisa e a forma de avaliação das intervenções. Ainda, os endereços eletrônicos e telefones das pesquisadoras estavam presentes para esclarecimentos de quaisquer outras dúvidas que poderiam surgir durante o preenchimento do instrumento.

#### 4.3.2 Instrumento do estudo

Para a coleta de dados, foi construído um instrumento *online* por meio da utilização do formulário *doc/Google*, o qual contemplou variáveis que caracterizaram a amostra dos peritos: idade, sexo, estado civil, instituição de origem, área de atuação, formação profissional e complementar. Além do protocolo de cuidados para manejo de pacientes críticos com DE Confusão Aguda relacionado ao delirium/CAM-ICU positivo, composto pelas intervenções previamente selecionadas. Cada cuidado do protocolo poderia ser classificado pelos peritos como: recomendo, não recomendo e não tenho certeza. Também havia um campo para observações.

#### 4.3.3 Coleta de dados

O protocolo assistencial foi enviado para avaliação de 60 peritos por meio de endereço eletrônico. Também, uma carta explicativa sobre o objetivo do estudo e os métodos utilizados. Nos casos em que não houve retorno da resposta, em 15 e 30 dias após, a pesquisadora enviou um novo e-mail, com a finalidade de lembrar os peritos em relação à avaliação do protocolo. Ao final do processo de coleta de dados 43 peritos retornaram as suas avaliações.

#### 4.3.4 Análise de dados

Para a análise dos dados, as avaliações dos peritos foram organizadas em uma planilha eletrônica construída no programa *Microsoft Excel*®. Após, foram transcritos para o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* versão 20.0. As variáveis categóricas foram descritas por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas, as variáveis contínuas foram apresentadas com média e desvio padrão, se com distribuição normal. A avaliação dos cuidados do protocolo assistencial foi realizada inicialmente por meio de uma análise descritiva considerando a categoria profissional: enfermeiros (19), fisioterapeutas (oito), médicos (dez) e outros (dois nutricionistas e dois farmacêuticos e dois psicólogos). Foi considerado como recomendado pelas categorias profissionais percentuais  $\geq 70\%$  (AZZOLIN, 2012).

Para validação de conteúdo do protocolo foi utilizado o IVC emprega valores para as respostas dos peritos, e nesse estudo foi adaptado: 1 para a resposta de “não recomendo” e 4 para “recomendo”. Esse método é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram avaliados pelos peritos como recomendo, ou seja, pontuação 4, por meio da seguinte fórmula (DEVON et al., 2007).

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas 4}}{\text{número total de respostas}}$$

Para verificar a validade de novos instrumentos, o IVC de 0,9 ou mais é recomendado (SANTOS; OLIVEIRA; FEIJÃO, 2016; POLIT; BECK, 2006;).

#### 4.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida em consonância com as diretrizes e normas que regulamentam os estudos envolvendo seres humanos, garantindo os direitos dos participantes conforme as determinações dos órgãos que legislam sobre o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos no país, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O preenchimento e envio do instrumento de pesquisa foi considerado como aceite para participar da pesquisa e, sendo assim, foi garantida a confidencialidade dos sujeitos e de suas respostas, da mesma forma que o direito de deixar a pesquisa a qualquer momento. A todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa, foi garantido que as informações adquiridas seriam utilizadas apenas para elaboração desta pesquisa. Porém, existe mínimo risco de quebra da confidencialidade e exposição dos peritos. Para que tal situação não ocorresse, as pesquisadoras identificaram os sujeitos por códigos.

O projeto de pesquisa foi apresentado nos Seminários Integrados de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO A) e encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, tendo sido aprovado sob a numeração 1.526.221 (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS

Para melhor compreensão e organização dos resultados do estudo, esses foram divididos em etapas e apresentados como resultados da Revisão integrativa; Mapeamento cruzado e, posteriormente, Validação de conteúdo.

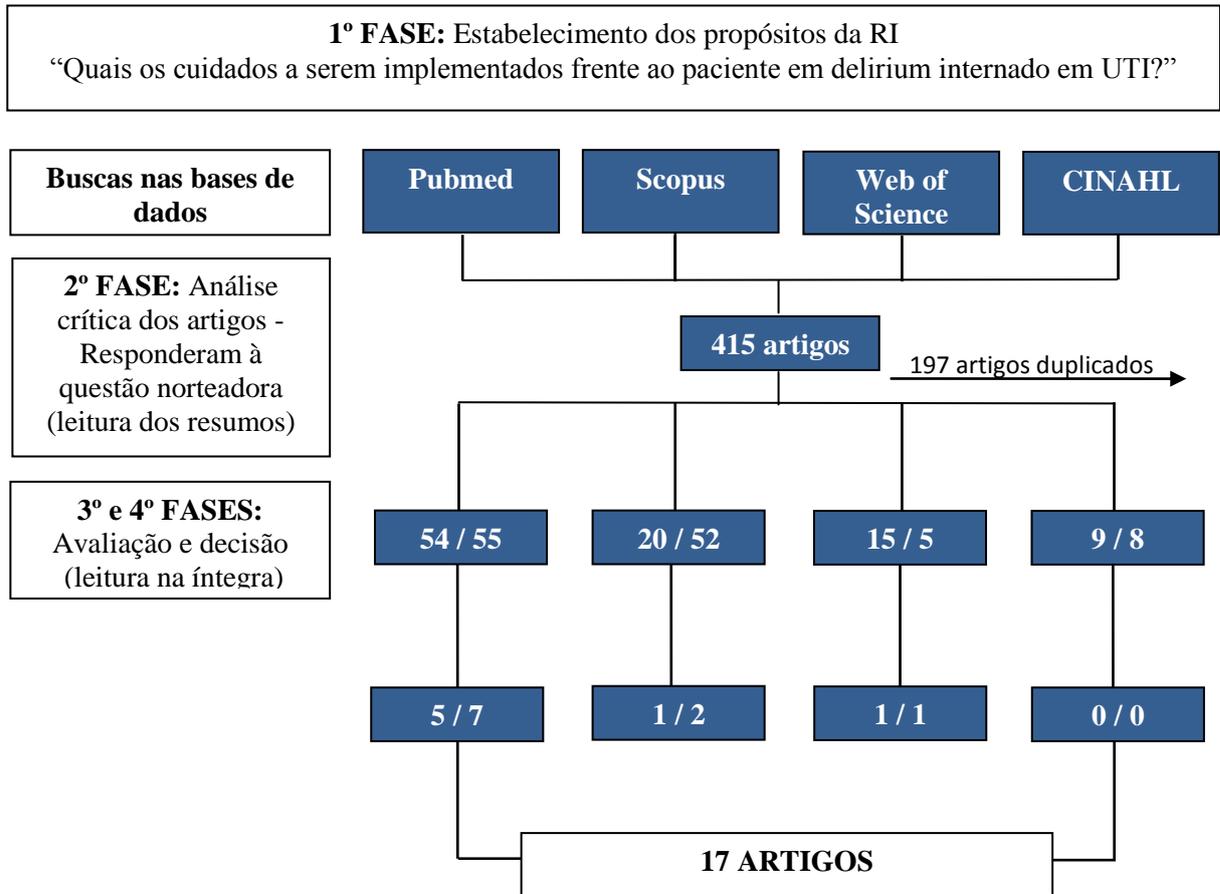
### 5.1 Revisão integrativa

Durante as buscas nas bases de dados, foram encontrados 415 artigos relacionados à temática delirium; destes, foram excluídos 197 devido à duplicação entre as bases, totalizando 218 artigos, os quais tiveram seus resumos avaliados quanto à questão norteadora. Após a leitura dos resumos, foram excluídos 201 artigos por tratar-se de editoriais, estudos desenvolvidos com outro tipo de amostra e estudos exclusivamente farmacológicos.

A leitura na íntegra dos artigos foi realizada para determinar quais seriam pertinentes à construção do protocolo assistencial. Uma ficha descritiva foi desenvolvida pelas autoras para cada estudo selecionado que continha o título, os autores, o periódico, o ano de publicação, o delineamento metodológico e os cuidados desenvolvidos aos pacientes críticos em delirium.

Foram realizadas duas buscas em cada base de dados com os DECs estabelecidos e ao final a amostra foi composta por 17 artigos (Fluxograma 1), sendo 12 artigos na *Pubmed* (*delirium AND critical care* = cinco artigos; *delirium AND intensive care units* = sete artigos), três artigos na *Scopus* (*delirium AND critical care* = um artigo; *delirium AND intensive care units* = dois artigos), dois artigos na *Web of Science* (*delirium AND critical care* = um artigo; *delirium AND intensive care units* = um artigo) e nenhum na *CINAHL*.

Fluxograma 1: Busca nas bases de dados.



Fonte: próprios autores

Nas buscas efetuadas para a elaboração da RI, foram selecionados: 15 artigos originais, o *bundle* ABCDE e a diretriz para dor, agitação e delirium, por se tratar de produções científicas relevantes para delirium.

O idioma predominante foi o inglês, apenas um artigo em espanhol e nenhum em português.

Dos artigos selecionados para a construção da RI e posterior elaboração do protocolo assistencial, foram encontradas duas revisões sistemáticas (evidência 1a) e quatro ensaios clínicos (evidência 1b e 2b), sendo dois randomizados, um em andamento e um não randomizado. Os demais estudos estão classificados no Quadro 1.

Quadro 1: Caracterização dos artigos selecionados na RI.

Ano/ Base de dados	Autores	Título do artigo	Desenho metodológico	Nível de evidência (Oxford)*
2016  <i>Web of Science</i>	LITTON et al.	<i>The Efficacy of Earplugs as a Sleep Hygiene Strategy for Reducing Delirium in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis.</i>	Revisão sistemática e metanálise	1a
2016  <i>Web of Science</i>	COLLINSWORTH et al.	<i>A Review of Multifaceted Care Approaches for the Prevention and Mitigation of Delirium in Intensive Care Units.</i>	Revisão sistemática	1a
2016  <i>Scopus</i>	TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ.	<i>Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. Enfermería Global.</i>	Estudo prospectivo, pré-experimental	2c
2015  <i>Scopus</i>	MOON; LEE.	<i>The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled Trial.</i>	ECR	1b
2015  <i>Scopus</i>	FRASER et al.	<i>Original research: Implementation of an early mobility program in an ICU.</i>	Estudo retrospectivo longitudinal	2c

continuação

Ano/ Base de dados	Autores	Título do artigo	Desenho metodológico	Nível de evidência (Oxford)*
2014 <i>PubMed</i>	BRYCZKOWSKI et al.	<i>Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults.</i>	Coorte prospectiva, pré e pós-intervenção	2b
2014 <i>PubMed</i>	PATEL et al.	<i>The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients.</i>	Estudo de coorte antes e depois	2b
2014 <i>PubMed</i>	HATA et al.	<i>Promoting sleep in the adult surgical intensive care unit patients to prevent delirium.</i>	Estudo prospectivo, pré e pós-intervenção	2c
2014 <i>PubMed</i>	WHEELER.; CRENSHAW; GUNN.	<i>Incidence and Prevention of Delirium in Critical Care Patients.</i>	Estudo de caso	4
2013 <i>PubMed</i>	FOSTER; KELLY.	<i>A pilot study to test the feasibility of a nonpharmacologic intervention for the prevention of delirium in the medical intensive care unit.</i>	Coorte prospectivo	2b
2013 <i>PubMed</i>	KAMDAR et al.	<i>The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU.</i>	Estudo observacional, pré e pós-intervenção	2c

continuação

Ano/ Base de dados	Título do artigo	Título do artigo	Desenho metodológico	Nível de evidência (Oxford)*
2013 <i>PubMed</i>	BARR et al.	<i>Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary.</i>	Diretrizes baseadas em evidências	Diretriz (Classificação GRADE)
2012 <i>PubMed</i>	VAN ROMPAEY et al.	<i>The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients.</i>	ECR	1b
2012 <i>PubMed</i>	COLOMBO et al.	<i>A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study.</i>	Estudo observacional prospectivo	2c
2011 <i>PubMed</i>	BLACK; BOORE; PARAHOO.	<i>The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient.</i>	Ensaio clínico não randomizado	2b
2011 <i>PubMed</i>	CAMPBELL et al.	<i>Improving delirium care in the intensive care unit: the design of a pragmatic study.</i>	ECR – em andamento	2b
2010 <i>PubMed</i>	VASILEVSKIS et al.	<i>Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness—crossing the quality chasm.</i>	bundle ABCDE baseado em evidências.	5

\* Classificação de Oxford (2009); Fonte: próprios autores

As UTIs pesquisadas eram exclusivamente clínicas (seis estudos), exclusivamente cirúrgicas (dois estudos) ou mistas (cinco estudos). Nas diretrizes e *bundle*, tal aspecto não foi determinado. Nas revisões sistemáticas, UTIs clínicas e cirúrgicas fizeram parte da amostra. As amostras dos estudos variaram de 31 a 428 pacientes nos diferentes desenhos metodológicos. A diversidade quanto ao tipo de unidade pode determinar que os cuidados elencados sirvam para pacientes críticos clínicos e cirúrgicos.

Dos artigos selecionados foram extraídos inúmeros cuidados desenvolvidos pela equipe multiprofissional na assistência ao paciente crítico em delirium (Quadro 2).

Quadro 2: Cuidados selecionados a partir dos artigos da RI.

Autores	Cuidados ao paciente crítico em delirium
LITTON et al.	Usar tampões de ouvido.
	Usar máscaras para os olhos.
	Reduzir ruídos no ambiente.
COLLINSWORTH et al.	Pausa diária de sedação e avaliar nível de sedação com escala validada (RASS).
	Avaliar diariamente o paciente para realização de teste de ventilação espontânea.
	Estratégias de reorientação.
	Desenvolver mobilização precoce e prática de exercícios.
	Desenvolver estímulos ambientais, visuais e acústicos: fornecer óculos e aparelho auditivo, etc.
	Monitorizar o delirium com a escala CAM-ICU.
	Promoção do sono.
TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ.	Chamar o paciente pelo nome.
	Informar ao paciente as características da unidade, horário de visitas, alimentação, assim como todos os procedimentos realizados.
	Explicar ao paciente qualquer ruído produzido por bombas de infusão, alarme dos monitores, ventilador e outros.
	Fornecer informações sobre tempo e espaço, o seu estado de saúde e prognóstico, se possível, e os tratamentos realizados.
	Permitir a entrada de itens pessoais, como óculos, revistas, livros de interesse pessoal e estimular com o auxílio de música.
	Durante a noite: Reduzir ao mínimo a quantidade de luz; Evitar falar em voz alta; Reduzir o volume dos alarmes dos monitores e ventiladores, assim como dos telefones;
	Não interromper o período de sono: evitar administração de medicamentos, reaprazar, se possível. Organizar os cuidados de enfermagem e atividades médicas, sem prejudicar a condição do paciente.

continuação

Autores	Cuidados ao paciente crítico em delirium
MOON; LEE.	Aplicar CAM – ICU pela equipe para diagnóstico de delirium.
	Orientar quanto a tempo e espaço usando relógios e calendários
	Explicar a razão de estar na UTI. Para os pacientes entubados ou com traqueostomia fornecer papel e caneta para a comunicação.
	Fornecer óculos e aparelhos auditivos de uso pessoal.
	Para melhorar o sono acender a luz indireta no leito durante a noite.
	Permitir aos familiares trazer itens pessoais do paciente.
	Retirar precocemente cateteres desnecessários.
FRASER et al.	Mobilização precoce dos pacientes críticos conforme estado clínico: mudança de decúbito no leito, sair do leito, deambulação, etc.
BRYCZKOWSKI et al.	Limitar o uso de medicamentos associados com delirium incluindo benzodiazepínicos e anticolinérgicos.
	Avaliar/reduzir diariamente a sedação e realizar ensaios de respiração espontânea para pacientes sob VM.
	Usar baixa dose de haloperidol, antipsicóticos atípicos e evitar benzodiazepínicos.
	Durante a noite, profissionais de enfermagem foram orientados a não dar banho de rotina nos pacientes.
	Cuidados de rotinas foram ajustados tanto quanto possível para permitir sono ininterrupto.
	Luzes e televisores foram desligados e monitores e máquinas foram colocados em modo de noite a fim de promover o sono.
	Duas vezes por dia, a tarde e à noite, os pacientes tiveram 90 min de tempo calmo, onde os visitantes foram convidados a sair e interrompido os cuidados, limitados para atividades essenciais. Música relaxante foi disponibilizada. Enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliares de enfermagem foram treinados em massagem terapêutica para demonstrar técnicas simples para familiares e visitantes.
	A equipe do estudo fez rondas diárias na UTI para oferecer educação sobre delírio aos familiares e pacientes em alerta.
	Disponibilizados folhetos informativos e familiares encorajados a participar na assistência ao paciente, como alimentar, reorientar, etc.
	PATEL et al.
Usar tampões de ouvido e máscara para os olhos em pacientes com pontuação de RASS superior a – 4.	
Medidas para reduzir a luz: executar atividades de cuidados noturnos com iluminação de cabeceira sempre que possível e escurecimento da tela dos monitores.	
Durante a noite: escurecer luzes do teto, desencorajar a equipe falar em torno da cama e incentivar agrupar atividades de assistência.	
Os enfermeiros estimulados a orientar os pacientes.	
Colocar relógios para orientar os pacientes quanto ao tempo.	

continuação

Autores	Cuidados ao paciente crítico em delirium
HATA et al.	Avaliar em equipe quais pacientes são estáveis para o protocolo do sono, pela manhã reavaliados - sono ininterrupto da meia-noite às 4h.
	Atividades, quando possível, realizadas durante o dia: fisioterapia, curativos, procedimentos, banho, etc.
	Não perturbar o paciente da meia-noite às 4h. Verificar ECG, FR e Sat O2 pelo monitor central e registrar.
	Verificar os limites de alarmes e individualizar em acordo/equipe.
	Verificar a preferência do paciente: desligar a luz, fechar a cortina e a porta e fornecer campainha para chamar a equipe.
	Informar ao paciente os benefícios do sono e explicar o protocolo.
	Profissionais de saúde devem falar baixo em torno do leito.
	Avaliar constantemente para risco de UP. Os pacientes com UP continuar a mudança de decúbito a cada 2 h durante o sono.
	O leito do paciente no programa deve ser identificado a fim de que as pessoas não entrem desnecessariamente.
	A enfermeira pode interromper este programa com as mudanças da condição do paciente.
WHEELER; CRENSHAW; GUNN.	Realizar contenção mecânica, desenvolver “luva de Box” sem prender na cama, não restringir a movimentação, apenas evitar que o paciente segure e puxe algum dispositivo.
	Usar haloperidol endovenoso para tratar agitação psicomotora.
	Minimizar ruídos e diminuir a luminosidade da unidade à noite a fim de proporcionar sono ininterrupto.
FOSTER; KELLY.	Pausa de sedação feita pela enfermeira as 7:30h.
	Período de sono das 22h às 4h : Escurecer as luzes, fechar as cortinas, minimizar ruídos, limitar uso de televisão, evitar procedimentos de enfermagem e médicos, raios-x quando possível, agrupar atividades, incluindo os cuidados das famílias.
	Disponibilizar relógios e calendários nos leitos para estimulação cognitiva.
	Fornecer dispositivos de visão e audição.
	Mobilização precoce – mobilizar pacientes na cama, sair do leito, sentar, caminhar de acordo com avaliação da equipe multiprofissional.
	Oferecer preferência musical aos pacientes ou a família quando o paciente estiver impossibilidade de referir. A música tocada das 6h às 20h.
KAMDAR et al.	Intervenção ambiental noturno: monitor modo noite, desligar televisores, escurecer luzes e agrupar atividades de cuidados.
	Intervenção diurna: evitar dormir durante o dia, incentivar a mobilização e evitar cafeína antes do sono.
	Realizar banho morno até as 22 hs.
	Oferecidos tampões de ouvido, máscaras de olhos e música suave.

continuação

Autores	Cuidados ao paciente crítico em delirium
	Evitar medicamentos sedativos conhecidos por alterar o sono e precipitar delirium – benzodiazepínicos, opiáceos, etc.
	Usar haloperidol ou um antipsicótico atípico.
BARR et al.	Avaliação rotineira da dor com utilização de escala – <i>Critical-Care Pain Observation Toll (CPOT)</i> .
	Medicar antes de intervenções dolorosas ou intervenções não farmacológicas de relaxamento.
	Administrar opióides endovenoso como a droga de escolha para tratar dor não neuropática em pacientes graves.
	Administrar analgésicos não opióide para diminuir a quantidade de opióides administrados e diminuir os efeitos secundários relacionados ao uso de opióides.
	Avaliar nível de sedação com a escala de RASS.
	Estratégias de sedação não benzodiazepínicas (propofol ou dexmedetomidina) são preferidas aos benzodiazepínicos.
	Monitorizar de rotina o delirium com o CAM-ICU.
	Usar benzodiazepínicos pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de delírium em pacientes adulto de UTI.
	Realizar mobilização precoce sempre que possível.
	Interrupção diária de sedação como rotina em pacientes mecanicamente ventilados de UTI adulto.
	Promover o sono: estratégias para controlar a luz e ruído, agrupamento atividades e diminuir estímulos à noite.
VAN ROMPAYE et al.	Fornecer protetor auricular para o paciente.
	Um profissional da equipe de enfermagem às 22h retira os tampões da caixa e posiciona no paciente, os mesmos devem ser retirados às 6h e mantidos no recipiente fechado.
COLOMBO et al.	Chamar pelo primeiro nome; Fornecer informações sobre o hospital (nome do hospital, tempo de permanência e progressão da doença).
	Estimulados com perguntas (em seus achados clínicos, por lembrar nomes de parentes, data e a hora do dia).
	Colocar um relógio no leito e estimular o paciente a leitura de jornais e livros, ouvir música ou rádio durante o dia.
	A noite reduzir às luzes e ruídos da UTI.
BLACK; BOORE; PARAHOO.	Fornecer folheto com informações sobre delirium para a família e orientações de interação/comunicação com o paciente.
	Promover/flexibilizar o acesso da família ao paciente através de um planejamento eficaz de cuidados de rotina
	Incentivar a interação da família, conversando e segurando a mão do paciente. Este encorajamento verbal deve ser dado apenas uma vez durante cada visita.
CAMPBEL et al.	Reduzir o uso de medicamentos anticolinérgicos e benzodiazepínicos.
	Identificar a presença de cateterismo vesical e sugerir a retirada.
	Identificar uma ordem de restrição física e sugerir alternativas farmacológicas usando uma baixa dose de haloperidol.

continuação

Autores	Cuidados ao paciente crítico em delirium
VASILEVSKIS et al.	Despertar o paciente diariamente: cessar sedação, escolher sedações que não são fator de risco para delirium.
	Respiração: realizar teste de ventilação espontânea diariamente a fim de avaliar a prontidão do paciente.
	Coordenação: diariamente despertar e realizar teste de ventilação espontânea.
	Monitor o delirium: utilizar o CAM-ICU

Ao final de leitura e análise dos artigos alguns cuidados para paciente crítico em delirium se repetiam em diferentes estudos. Assim, foram organizados 46 cuidados, ao quais na etapa subsequente foram submetidos ao processo de mapeamento cruzado com as intervenções da NIC para o DE Confusão Aguda.

## 5.2 Mapeamento cruzado

Nessa etapa do estudo, cada cuidado identificado na RI foi analisado quanto a sua semelhança às intervenções e às atividades propostas pela NIC por meio do mapeamento cruzado. Esse processo foi implementado com o intuito de identificar uma linguagem padronizada às evidências científicas.

Para realizar o mapeamento, inicialmente, teve-se como ponto de partida as ligações das intervenções da NIC com o DE Confusão Aguda da NANDA-I, a fim de selecionar as intervenções mais adequadas. Uma ligação pode ser entendida como a associação/relação entre o DE e uma intervenção de Enfermagem, ambos estabelecidos e desenvolvidos ao mesmo tempo, com a finalidade de resolver os problemas do paciente e obter os melhores resultados possíveis (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Durante o processo de mapeamento foram analisados os 46 cuidados identificados através da RI e estabelecido a similaridade com as intervenções da NIC propostas para o DE Confusão Aguda, sendo seis intervenções prioritárias, 15 intervenções sugeridas e oito opcionais. Ainda, foram incorporadas nessa etapa as intervenções essenciais para as áreas de especialidades de Enfermagem – Enfermagem de Cuidados Críticos, a qual agrupa 58 intervenções de enfermagem.

Os resultados foram organizados em quadros, de modo que as intervenções propostas pela NIC para resolução do DE Confusão Aguda estão dispostas na primeira coluna.

Posteriormente, encontram-se as definições e as atividades. As intervenções mapeadas apresentam-se na seguinte ordem: prioritárias, sugeridas e essenciais e, por fim, são apresentados os cuidados da RI que não foram mapeados.

Inicialmente, foram mapeadas duas intervenções prioritárias e quatro atividades (Quadro 3), sendo que as intervenções: *Abstinência*, *Abstinência de Álcool*, *Tratamento para o Uso de Drogas: Abstinência de Álcool* e *Tratamento para o Uso de Drogas: Abstinência* não foram mapeadas, pois não houve similaridade entre cuidados e as atividades das respectivas intervenções.

Quadro 3: Resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados e as intervenções/atividades prioritárias - NIC.

Cuidados mapeados nas intervenções prioritárias - NIC			
Intervenções NIC	Definição da Intervenção	Atividade NIC	Cuidados da RI
Controle do Delírio (6440)	Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.	Manter continuamente a vigilância com uma escala de avaliação de delírio universalmente compreendida pela equipe multiprofissional.	Monitorização de rotina do delirium – utilização do CAM-ICU (VASILEVSKIS et al., 2010; BARR et al, 2013; MOON; LEE, 2015).
		Administrar medicamentos prescritos para ansiedade/agitação, mas limitar àqueles com efeitos colaterais anticolinérgicos.	Limitar o uso de medicamentos associados com delirium, incluindo benzodiazepínicos e anticolinérgicos (CAMPBELL et al., 2011; BARR et al., 2013; KAMDAR et al., 2013; BRYCZKOWSKI et al., 2014).
		Ao iniciar a interação, chamar o paciente pelo nome.	Chamar o paciente pelo primeiro nome (TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016; COLOMBO et al., 2012).
Controle das Alucinações (6510)	Promoção de segurança, conforto e orientação para a realidade de um paciente vivenciando alucinações.	Fornecer medicações antipsicóticas e ansiolíticas na rotina e se necessário.	Administrar haloperidol endovenoso para tratar agitação psicomotora (CAMPBELL et al., 2011; KAMDAR et al., 2013; BRYCZKOWSKI et al., 2014; WHEELER; CRENSHAW; GUNN, 2014).

Na continuação do mapeamento, 10 intervenções sugeridas e suas 28 atividades (Quadro 4) apresentaram similaridades com as evidências dos estudos da RI, sendo que no *Controle da Dor* e na *Melhora do Sono*, uma mesma atividade de cada intervenção foi mapeada em diferentes cuidados. Tal situação ocorreu devido ao fato de que dois cuidados trouxeram diferentes manejos analgésicos que corresponderam à mesma atividade em questão. Igualmente, diferentes cuidados foram mapeados numa mesma atividade da intervenção *Melhora do Sono*, visto que dois cuidados encontrados na RI estabeleceram condutas para oportunizar um ambiente propício para a manutenção do sono.

As intervenções *Controle do Ambiente: Segurança, Controle de Medicamentos, Monitorização Neurológica, Reclusão e Tratamento para o Uso de Drogas* e suas respectivas atividades não foram mapeadas, pois não apresentaram semelhanças com os cuidados.

Da mesma forma, a intervenção *Prevenção Contra Quedas* e suas atividades não foram mapeadas, porém mantidas para a construção do protocolo por serem consideradas relevantes na assistência ao paciente crítico com Confusão Aguda relacionada ao delirium.

Quadro 4: Resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados e as intervenções/atividades sugeridas - NIC.

Cuidados mapeados nas intervenções sugeridas - NIC			
Intervenção NIC	Definição da Intervenção	Atividade NIC	Cuidados da RI
Administração de Medicamentos (2300)	Preparar, administrar e avaliar a eficácia dos medicamentos com prescrição e dos isentos de prescrição.	Recomendar/administrar medicamentos, conforme apropriado.	Usar baixa dose de antipsicótico, haloperidol. (BRYCZKOWSKI et al., 2014)
Contenção Física (6580)	Aplicação, monitoramento e remoção de contenção mecânica ou manual utilizada para limitar a mobilidade física do paciente.	Usar uma abordagem apropriada quando restringir manualmente o paciente.	Realizar contenção mecânica com o desenvolvimento de “luva de box” (WHEELER; CRENSHAW; GUNN, 2014).
		Evitar amarrar a restrição nos trilhos laterais no leito.	Não prender a contenção na cama, não restringir a movimentação, apenas evitar que o paciente segure e puxe algum dispositivo (WHEELER; CRENSHAW; GUNN, 2014).

continuação

Cuidados mapeados nas intervenções sugeridas - NIC			
Intervenção NIC	Definição da Intervenção	Atividade NIC	Cuidados da RI
Controle da Dor (1400)	Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente.	Fazer uma avaliação abrangente da dor, identificando intensidade e fatores precipitantes.	Avaliação rotineira da dor com utilização de escala – CPOT, escala validada (BARR et al., 2013).
		Determinar a frequência necessária de avaliação da dor e implementar um plano de monitoramento.	
		Proporcionar o alívio ideal da dor do paciente com o uso dos analgésicos prescritos.	Administrar opióides endovenosos como a droga de escolha para tratar dor não neuropática em pacientes graves (BARR et al., 2013).
		Assegurar uma analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não farmacológicas antes de procedimentos dolorosos.	Considerar analgésicos não opióides para diminuir a quantidade de opióides administrados e seus efeitos secundários (BARR et al., 2013). Medicar antes de intervenções dolorosas (BARR et al., 2013).
Controle de Ideias Delirantes (6450)	Promoção do conforto, segurança e orientação para a realidade do paciente com crenças falsas e arraigadas, com pouco ou nenhum embasamento na realidade.	Proporcionar conforto e tranquilidade.	Proporcionar duas vezes ao dia 90 minutos de tempo calmo, sem visitantes e interromper os cuidados prestados, limitar para atividades essenciais. Durante os momentos de silêncio, disponibilizar música relaxante, se possível (BRYCZKOWSKI et al., 2014).

continuação

Cuidados mapeados nas intervenções sugeridas - NIC			
Intervenção NIC	Definição da Intervenção	Atividade NIC	Cuidados da RI
		Educar a família e significantes sobre maneiras de lidar com o paciente com ideias delirantes.	Desenvolver folhetos educativos para as famílias encorajando sua participação na assistência ao paciente, na alimentação, realização de massagem e reorientação (BLACK; BOORE; PARAHOO, 2010; BRYCZKOWSKI et al., 2014)
Estimulação Cognitiva (4720)	Promoção da percepção e compreensão do ambiente por meio do uso de estímulos planejados.	Fornecer um calendário.	Orientar com o auxílio de relógios e calendários (COLOMBO et al., 2012; FOSTER; KELLY, 2013; PATEL et al., 2014; MOON; LEE, 2015).
		Orientar no tempo, espaço e pessoa.	Fornecer informações sobre o hospital: nome do hospital, tempo de UTI e progressão da doença; estimular o paciente em seus achados clínicos, por lembrar os nomes de parentes, data e hora (COLOMBO et al., 2012; MOON; LEE, 2015).
		Conversar com o paciente.	Orientação/conversa com o paciente: Quem é você? Quem é o enfermeiro/médico? O que aconteceu? Quando isso aconteceu e qual é a data? Onde está você/nós? Por que isso aconteceu? Como isso aconteceu? Qual é a evolução da doença? (COLOMBO et al., 2012).

continuação

Cuidados mapeados nas intervenções sugeridas - NIC			
Intervenção NIC	Definição da Intervenção	Atividade NIC	Cuidados da RI
		Usar televisão, rádio ou música como parte de programa de estímulos planejado.	Oferecer preferência musical ou uso de rádio pessoal aos pacientes, quando estiver impossibilitado de referir, perguntar à família. Período das 06 às 20h (COLOMBO et al., 2012; FOSTER; KELLY, 2013; TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016).
		Colocar objetos familiares e fotografias no ambiente do paciente.	Permitir que os familiares tragam itens pessoais do paciente, como revistas, livros de interesse pessoal (MOON; LEE, 2015; TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016).
		Fornecer orientações verbais e escritas.	Estimular os enfermeiros a orientarem os pacientes (PATEL et al., 2014).
Melhora do Sono (1850)	Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.	Fazer uma aproximação do ciclo de sono/vigília do paciente no planejamento dos cuidados.	Avaliar em equipe quais pacientes são estáveis para manter um período de sono ininterrupto da meia-noite às 4h / 22 às 4h, pela manhã reavaliados se podem permanecer (FOSTER; KELLY, 2013; HATA et al., 2014).
		Ajustar o ambiente (p. ex., luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono.	Implementar medidas para reduzir a luz, executar atividades de cuidados noturnos com iluminação de cabeceira sempre que possível, desligar televisão e escurecer tela dos ventiladores (BARR et al., 2013; BRYCZKOWSKI et al., 2014; PATEL et al., 2014; MOON; LEE, 2015).

continuação

Cuidados mapeados nas intervenções sugeridas - NIC			
Intervenção NIC	Definição da Intervenção	Atividade NIC	Cuidados da RI
		Ajustar o ambiente (p. ex., luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono.	Orientar/estimular equipe de profissionais a evitar falar em torno de espaços da cama do paciente. Otimizar temperatura do ambiente (KAMDAR et al., 2013; PATEL et al., 2014; HATA et al., 2014).
		Auxiliar o paciente a limitar o tempo de sono durante o dia fazendo atividades que promovam a vigília, quando apropriado.	Evitar que o paciente durma durante o dia, incentivar a mobilização e evitar cafeína antes do sono (KAMDAR et al., 2013).
		Agrupar as atividades terapêuticas para minimizar o número de vezes que acorda, favorecendo o ciclo de sono.	Agrupar cuidados de rotinas/procedimentos durante o dia, tanto quanto possível, para permitir períodos de sono ininterrupto. Durante a noite, não realizar banho de rotina. Banho morno até as 22h (KAMDAR et al., 2013; PATEL et al., 2014; BRYCZKOWSKI et al., 2014).
		Ajustar o esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono/vigília do paciente.	Não interromper os períodos de sono, evitar administração de medicamentos, reaprazar se possível, sem prejudicar a condição do paciente (TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016).
		Regular os estímulos ambientais para manter ciclos dia-noite normais.	Durante a noite – medidas de controle de ruído na UTI: fechar as portas, diminuir os volumes de alarme dos monitores, quando possível, e o volume dos telefones (COLOMBO et al., 2012; PATEL et al., 2014).

continuação

Cuidados mapeados nas intervenções sugeridas - NIC			
Intervenção NIC	Definição da Intervenção	Atividade NIC	Cuidados da RI
		Facilitar a manutenção das rotinas usuais para dormir, suporte pré-sono e objetos familiares conforme apropriado.	Fornecer tampões de ouvido e máscara para os olhos aos pacientes com RASS >-4 à noite (VAN ROMPAEY et al., 2012).
Monitorização de Sinais Vitais (6680)	Coleta e análise de dados cardiológicos, respiratórios e da temperatura para determinar e prevenir contra complicações.	Monitorar a pressão arterial, pulso, temperatura e estado respiratório, conforme apropriado.	Não perturbar o paciente das 0 às 4h, alterar a rotina de verificação dos sinais vitais – verificar frequência cardíaca, respiratória e saturação de O <sub>2</sub> no monitor central (HATA et al., 2014).
Orientação para a Realidade (4820)	Promoção da ciência do paciente sobre sua identidade pessoal, tempo e espaço.	Apresentar a realidade de modo a preservar a dignidade do paciente.	Informar ao paciente as características da unidade, horário de visitas e os procedimentos realizados (TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016).
		Encorajar o uso de acessórios que aumentem a percepção sensitiva, óculos, dentaduras e aparelhos auditivos.	Fornecer equipamentos de visão e audição de uso pessoal (FOSTER; KELLY, 2013; MOON; LEE, 2015).
Prevenção Contra Quedas (6490)	Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido à queda.	Usar as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama, conforme necessário.	Não mapeado
		Fornecer ao paciente um meio de chamar ajuda (p. ex., campainha ou luz) quando os cuidadores não estão presentes.	
Redução da Ansiedade (5820)	Redução da apreensão, do receio ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo previsto.	Fornecer informações factuais a respeito do diagnóstico, tratamento e prognóstico.	Fornecer informações ao paciente sobre o seu estado de saúde, prognóstico e tratamentos realizados (TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016).

Após a análise das intervenções prioritárias e sugeridas, as intervenções opcionais não possuíram semelhanças aos cuidados da RI.

A continuação do mapeamento cruzado foi então estabelecida com as intervenções essenciais para as áreas de especialidades de Enfermagem – Enfermagem de Cuidados Críticos – a fim de ampliar o mapeamento e conseguir estabelecer similaridade entre o maior número de cuidados da RI com as intervenções da NIC. Assim, quatro intervenções e suas oito atividades foram identificadas (Quadro 5).

O conjunto de intervenções essenciais não abrange todos os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde na atenção ao doente crítico, mas sim as intervenções que são desenvolvidas com maior frequência ou utilizadas de maneira predominante (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Quadro 5: Resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados e as intervenções/atividades essenciais para as áreas de especialidades de Enfermagem – Enfermagem de Cuidados Críticos.

<b>Cuidados mapeados em intervenções essenciais para as áreas de especialidades de Enfermagem – Enfermagem de Cuidados Críticos</b>			
<b>Intervenção NIC</b>	<b>Definição da Intervenção</b>	<b>Atividade NIC</b>	<b>Cuidados da RI</b>
Controle da Sedação (2260)	Administração de sedativos, monitoramento da resposta do e fornecimento do suporte fisiológico necessário nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.	Monitorar o nível de consciência do paciente conforme protocolo institucional.	Despertar o paciente diariamente: pausa de sedação (6h30min ou 7h30min) e avaliação do nível de sedação com a escala de RASS pela equipe de Enfermagem (VASILEVSKIS et al., 2010; FOSTER; KELLY, 2013; BARR et al., 2013).
		Administrar medicamentos sedativos conforme solicitação médica ou protocolo, titulando com cautela, de acordo com a resposta do paciente.	Escolher as sedações que podem prevenir fatores de risco para delirium; estratégias de sedação não benzodiazepínicas são preferidas aos benzodiazepínicos (VASILEVSKIS et al., 2010; BARR et al., 2013).

continuação

Cuidados mapeados em intervenções essenciais para as áreas de especialidades de Enfermagem – Enfermagem de Cuidados Críticos			
Intervenção NIC	Definição da Intervenção	Atividade NIC	Cuidados da RI
Desmame da Ventilação Mecânica (3310)	Ajuda ao paciente para respirar sem o auxílio de um ventilador mecânico.	Iniciar o desmame com períodos de avaliação.	Respiração: testes de ventilação espontânea diários, a fim de avaliar a prontidão do paciente (VASILEVSKIS et al., 2010).
Facilitação da Visita (7170)	Promoção de visitas benéficas da família e amigos.	Estabelecer políticas de visitas flexíveis e centralizadas no paciente, conforme apropriado.	Promover/flexibilizar o acesso da família ao paciente (BLACK; BOORE; PARAHOO, 2010).
		Discutir a compreensão da família sobre a condição do paciente.	Realizar rondas diárias na UTI para oferecer educação sobre delirium aos familiares e pacientes em alerta (BRYCZKOWSKI et al., 2014).
		Estabelecer horários ideais para visita de familiares/pessoas importantes.	Promover um planejamento eficaz de cuidados de rotina, a fim de facilitar o acesso da família (BLACK; BOORE; PARAHOO, 2010).
		Encorajar os membros familiares a utilizar o toque, bem como comunicações verbais, conforme apropriado.	Incentivar a interação da família, conversando e segurando a mão do paciente. Este encorajamento verbal deve ser dado apenas uma vez durante cada visita (BLACK; BOORE; PARAHOO, 2010).
Posicionamento (0840)	Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.	Virar o paciente imobilizado a cada duas horas, de acordo com uma rotina específica, do modo adequado.	Realizar mobilização precoce nos pacientes críticos conforme estado clínico: mudança de decúbito no leito, saída do leito, deambulação, etc (BARR et al., 2013; FOSTER; KELLY, 2013; FRASER et al., 2015).

Ao término do processo de mapeamento, alguns cuidados da RI não estabeleceram similaridade com as intervenções para o DE Confusão Aguda e com as intervenções essenciais para as áreas de especialidades de Enfermagem - Enfermagem de Cuidados Críticos da NIC (Quadro 6). Apesar de não mapeados, tais cuidados foram mantidos para a construção do protocolo, pois de relevância na temática explorada.

Quadro 6: Cuidados identificados na RI e não mapeados.

Cuidados identificados na RI e não mapeados	
Cuidados da RI	Autores
Uso de cateteres desnecessários – retirada precoce.	(MOON; LEE, 2015)
Verificar os limites de alarmes e individualizar.	(HATA et al., 2014)
Verificar a preferência do paciente: desligar a luz, fechar a cortina e a porta e fornecer campainha para chamar a equipe.	(HATA et al., 2014).
Avaliar constantemente para risco de úlcera por pressão (UP). Em pacientes com UP, continuar a mudança de decúbito a cada 2h durante a promoção do sono.	(HATA et al., 2014).
Os leitos dos pacientes no programa devem ser identificados, a fim de que as pessoas não entrem desnecessariamente no leito.	(HATA et al., 2014).
A enfermeira pode interromper o programa de promoção do sono devido a mudanças na condição do paciente.	(HATA et al., 2014).
Explicar ao paciente qualquer ruído que pode ouvir, produzido por bombas de infusão, monitor de alarme, ventilador e outros.	(TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016)

Ao final do processo de mapeamento cruzado dos cuidados da RI, foram selecionadas 16 intervenções e 40 atividades respectivas da NIC, sendo duas intervenções prioritárias e quatro atividades, 10 intervenções sugeridas e 28 atividades e quatro intervenções essenciais – Enfermagem em Cuidados Críticos e oito atividades. Houve duas atividades das intervenções sugeridas que foram mapeadas em diferentes cuidados, sete cuidados da RI não encontraram similaridade com as intervenções da NIC estabelecidas neste estudo e a intervenção *Prevenção contra quedas* e suas duas atividades foram mantidas mesmo não sendo possível mapeá-las aos cuidados da RI. Ainda, nenhuma intervenção opcional foi mapeada.

### 5.3 Validação de conteúdo

Para o processo de validação, foram selecionados 60 profissionais de diferentes categorias, oriundos dos estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Esses receberam o protocolo assistencial com 48 cuidados a serem avaliados sob os conceitos: recomendo, não recomendo e não tenho certeza. Tal processo foi desenvolvido junto aos peritos. Após duas semanas, foi enviado o primeiro lembrete reforçando a relevância do retorno das avaliações; após um mês, o segundo lembrete foi enviado, a fim de resgatar o maior número de avaliações para a validação do protocolo.

Houve retorno de 43 peritos (Tabela 1) – 19 (44,2%) enfermeiros, 10 (23,3%) médicos, oito (18,6%) fisioterapeutas, dois (4,7%) farmacêuticos, dois (4,7%) psicólogos e dois (4,7%) nutricionistas. A maioria do sexo feminino (62,8%) com média de idade de  $34,51 \pm 4,29$  e 7,5 anos de experiência em UTI. Quanto à formação acadêmica, 14 (32,6%) tinham residência em Terapia Intensiva, 13 (30,2%) concluíram mestrado, seis (14%) possuíam especialização em UTI e seis (14%) especialização em outra área, três (7%) possuíam doutorado e um (2,3%) pós-doutorado. A maioria dos peritos atua na área assistencial (81,4%), porém oito (18,6%) atuam como docentes e/ou pesquisadores concomitantemente.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais (n=43).

<b>Caracterização dos peritos</b>	
<b>Formação profissional</b>	<b>n (%)</b>
Enfermeiros	19 (44,2)
Médicos	10 (23,3)
Fisioterapeutas	8 (18,6)
Nutricionistas	2 (4,7)
Farmacêuticos	2 (4,7)
Psicólogos	2 (4,7)
<b>Sexo</b>	
Feminino	27 (62,8)
<b>Idade</b>	
Em anos	34,51 ± 4,29*
<b>Formação acadêmica</b>	
Residência em UTI	14 (32,6)
Mestrado	13 (30,2)
Especialização em UTI	6 (14,0)
Especialização em outra área	6 (14,0)
Doutorado	3 (7,0)
Pós-doutorado	1 (2,3)
<b>Área de atuação</b>	
Assistência	35 (81,4)
Assistência e docência	4 (9,3)
Assistência, docência e pesquisa	3 (7,0)
Assistência e pesquisa	1 (2,3)
<b>Instituição em que trabalha</b>	
Pública	38 (88,4)
Privada	5 (11,6)
<b>Tempo de experiência em UTI</b>	
Em anos	7,51 ± 3,6*

\*variável expressa como média e desvio padrão

Para o desenvolvimento do protocolo a ser validado os cuidados, elaborados a partir da RI e mapeamento cruzado, foram organizados nas seguintes categorias: Diagnóstico de delirium, pausa de sedação e mobilização precoce (*bundle* ABCDE); Diretrizes para dor, agitação e delirium; Agitação psicomotora; Orientação cognitiva; Promoção do sono; Ambiente e participação da família. Nas tabelas a seguir, são apresentados os cuidados sob avaliação dos peritos.

O estabelecimento do consenso e, conseqüente, inclusão do cuidado no protocolo assistencial foi realizado através do IVC, no qual foram consideradas apenas as respostas não recomendo (pontuação 1) e recomendo (pontuação 4). Os cuidados do protocolo assistencial foram avaliados individualmente e o IVC demonstrado na última coluna das tabelas apresentadas a seguir.

Tabela 2 – Cuidados do Protocolo Assistencial – Diagnóstico de delirium, pausa de sedação e mobilização precoce (*bundle* ABCDE).

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				<b>IVC</b>
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	
<b>Diagnóstico de delirium, pausa de sedação e mobilização precoce</b>					
Despertar o paciente diariamente.					0,97
Recomendo	18 (94,7)	8 (100)	9 (90)	2 (33,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (10,0)	3 (50,0)	
a) pausa de sedação às 6:30h	5 (27,8)	5 (62,5)	4 (40,0)	2 (50,0)	
b) pausa de sedação às 7:30h	13 (72,2)	3 (37,5)	6 (60,0)	2 (50,0)	
Realizar testes de ventilação espontânea diários.					0,81
Recomendo	13 (68,4)	6 (75,0)	7 (70,0)	1 (16,7)	
Não recomendo	2 (10,5)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (16,7)	
Não tenho certeza	4 (21,1)	2 (25,0)	2 (20,0)	4 (66,7)	
Despertar e realizar teste de ventilação espontânea diariamente.					0,91
Recomendo	15 (78,9)	7 (87,5)	9 (90,0)	1 (16,7)	
Não recomendo	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (16,7)	
Não tenho certeza	3 (15,8)	1 (12,5)	0 (0,0)	4 (66,7)	
Monitorar o delirium com CAM-ICU: aplicação uma vez ao turno por qualquer profissional capacitado.					0,97
Recomendo	18 (94,7)	7 (87,5)	8 (80,0)	4 (66,7)	
Não recomendo	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	0 (0,0)	2 (20,0)	2 (33,3)	
Realizar mobilização precoce nos pacientes conforme estado clínico.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

\*variáveis expressas em n(%)

Na análise dos peritos, evidenciada na tabela acima, a “mobilização precoce” dos pacientes foi o único cuidado com 100% de concordância nas categorias profissionais.

A “pausa de sedação” foi recomendada por 100% dos fisioterapeutas, 94,7% dos enfermeiros e 90% dos médicos, sendo que 50% da categoria profissional outros apresentaram dúvidas na avaliação desse cuidado. O horário para a realização da “pausa de sedação” não obteve consenso entre as categorias profissionais (< 50%), exceto entre os enfermeiros, que consideraram o horário das 7h30min o mais recomendado (72,2%).

O cuidado realizar “teste de ventilação espontânea” diariamente foi recomendado com relevância pelos fisioterapeutas (75%) e médicos (70%), enquanto as outras categorias profissionais apresentaram incertezas na avaliação desse cuidado. No entanto, quando coordenado “despertar e realizar testes de ventilação espontânea”, tal cuidado foi recomendado por três das quatro categorias profissionais.

Monitorar o delirium com a ferramenta CAM-ICU foi fortemente recomendado pelos enfermeiros (94,7%), consenso corroborado pelos fisioterapeutas (87,5%) e médicos (80%).

A seguir, na Tabela 3, são explanadas as avaliações dos peritos referentes aos cuidados para dor, agitação e delirium.

Tabela 3 – Cuidados do Protocolo Assistencial – Diretrizes para dor, agitação e delirium.

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				<b>IVC</b>
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	
<b>Diretrizes para dor, agitação e delirium</b>					
Avaliar a dor do paciente com a CPOT ou BPS uma vez ao turno e sempre que necessário.					0,97
Recomendo	17 (89,5)	7 (87,5)	10(100)	4 (66,7)	
Não recomendo	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (33,3)	
Administrar opióide endovenoso como a droga de escolha para tratar dor não neuropática em pacientes graves.					0,75
Recomendo	9 (50,0)	5 (62,5)	7 (70,0)	0 (0,0)	
Não recomendo	3 (16,7)	1 (12,5)	1 (10,0)	2 (33,3)	
Não tenho certeza	6 (33,3)	2 (25,0)	2 (20,0)	4 (66,7)	
Considerar a administração de analgésicos não opióides para diminuir a quantidade de opióides administrados.					1
Recomendo	18 (100)	7 (87,5)	9 (90,0)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (10,0)	1 (16,7)	

continuação

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	<b>IVC</b>
Medicar assegurando analgesia antes de intervenções dolorosas.					1
Recomendo	19 (100)	7 (87,5)	10(100)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Limitar o uso de medicamentos associados ao delirium.					1
Recomendo	18 (94,7)	7 (87,5)	9 (90,0)	4 (66,7)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	1 (12,5)	1 (10,0)	2 (33,3)	
Escolher sedações que não são fator de risco para delirium.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	8 (80,0)	4 (66,7)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	2 (33,3)	

\*variáveis expressas em n(%)

Os cuidados referentes à “administração de medicamentos não opióides” para diminuir a quantidade de opióides administrados e “medicar antes de intervenções dolorosas” foram recomendados por todas as categorias profissionais (83,3 a 100%).

Os cuidados “avaliação de dor com a *Critical-Care Pain Observation Toll* (CPOT) e *Behavioral Pain Scale* (BSP)”, “limitar o uso de medicamentos associados ao delirium” e “escolher sedações que não são consideradas fator de risco para delirium” não apresentaram consenso na categoria outros profissionais, enquanto nas demais as recomendações foram fortes (80 a 100%).

Já a “administração de opióide endovenoso” como droga para tratar dor não neuropática não apresentou concordância entre as categorias profissionais, pois apenas os médicos recomendaram esse cuidado (70%).

Na Tabela 4, é apresentado o cuidado farmacológico para tratar a agitação psicomotora em pacientes críticos em delirium.

Tabela 4 – Cuidados do Protocolo Assistencial – Agitação psicomotora.

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	<b>IVC</b>
Administrar haloperidol endovenoso para tratar agitação psicomotora.					0,93
Recomendo	9 (50,0)	6 (75,0)	10(100)	4 (66,7)	
Não recomendo	2 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	7 (38,9)	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	

\*variáveis expressas em n(%)

A “administração de haloperidol endovenoso” foi um cuidado recomendado por todos os médicos e por boa parte dos fisioterapeutas (75%), porém as demais categorias profissionais apresentaram muitas incertezas nas avaliações.

A seguir, são apresentados os cuidados referentes à orientação cognitiva dos pacientes.

Tabela 5 – Cuidados do Protocolo Assistencial – Orientação cognitiva.

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	<b>IVC</b>
Orientação cognitiva					
Estimular a equipe multiprofissional à prática de orientações verbais e/ou escritas aos pacientes.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Chamar o paciente pelo primeiro nome quando iniciar uma interação.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Estimular o paciente com perguntas predeterminadas (protocolo).					0,92
Recomendo	16 (84,2)	6 (75,0)	9 (90,0)	5 (83,3)	
Não recomendo	1 (5,3)	1 (12,5)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	2 (10,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Informar ao paciente as características da unidade, horário de visitas, alimentação e procedimentos a serem realizados.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

continuação

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				<b>IVC</b>
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	
<b>Orientação cognitiva</b>					
Explicar ao paciente qualquer ruído produzido por bombas de infusão, alarme e/ou ventilador, entre outros.					0,97
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Fornecer informações ao paciente sobre o seu estado de saúde, prognóstico e tratamentos realizados.					0,97
Recomendo	18 (94,7)	7 (87,5)	7 (70,0)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	1 (12,5)	2 (20,0)	0 (0,0)	
Oferecer meios de o paciente ouvir sua preferência musical. Oferecer televisão. No horário das 6 às 20h.					1
Recomendo	18 (94,7)	8 (100)	10(100)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Fornecer óculos e aparelho auditivo de uso pessoal, assim como prótese dentária, logo que possível.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	

\*variáveis expressas em n(%)

Todos os cuidados destinados à orientação cognitiva dos pacientes possuíram consenso entre todas as categorias profissionais, sendo recomendados para tratar os pacientes críticos em delirium.

As avaliações dos cuidados para a promoção do sono dão continuidade ao protocolo conforme a seguir (Tabela 6).

Tabela 6 – Cuidados do Protocolo Assistencial – Promoção do sono.

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				<b>IVC</b>
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	
Avaliar em equipe multiprofissional os pacientes estáveis para manter o período de sono noturno ininterrupto.					0,97
Recomendo	19 (100)	7 (87,5)	10(100)	4 (66,7)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (16,7)	
a)Período de sono 00:00 às 4h.	5 (26,3)	2 (25,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	
b)Período de sono 22:00 às 4h.	14 (73,7)	6 (75,0)	8 (88,8)	5 (100)	
Evitar que o paciente durma durante o dia, incentivar a mobilização e evitar cafeína antes do sono noturno.					1
Recomendo	18 (94,7)	8 (100)	8 (80,0)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	0 (0,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	
Agrupar cuidados de rotinas para permitir período de sono ininterrupto. Durante a noite, realizar banho de rotina até as 22h.					0,97
Recomendo	18 (94,7)	8 (100)	9 (90)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não interromper o período de sono, evitar administração de medicamentos à noite/madrugada, reaprazar sem prejudicar o tratamento.					0,97
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Verificar e registrar os sinais vitais por meio do monitor central durante o sono. Discutir em equipe se o paciente pode, nesse período, ficar sem verificação de pressão arterial não invasiva.					1
Recomendo	18 (94,7)	8 (100)	9 (90,0)	3 (50,0)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (10,0)	3 (50,0)	
Fornecer tampões de ouvidos e/ou máscara para os olhos aos pacientes com RASS > - 4 durante o sono.					0,90
Recomendo	13 (68,4)	6 (75,0)	6 (60,0)	2 (33,3)	
Não recomendo	1 (5,3)	1 (12,5)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	5 (26,3)	1 (12,5)	3 (30,0)	4 (66,7)	
Verificar os limites de alarmes e individualizar em acordo com a equipe.					1
Recomendo	18 (94,4)	8 (100)	10(100)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	

Continuação

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				<b>IVC</b>
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	
Verificar a preferência do paciente em relação ao ambiente para dormir: desligar a luz, fechar a cortina e a porta.					1
Recomendo	15 (83,3)	6 (75,0)	9 (90,0)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	3 (16,7)	2 (25,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Informar ao paciente os benefícios do ciclo sono-vigília e explicar o protocolo.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Avaliar constantemente para risco de UP. Se lesão, manter a mudança de decúbito a cada 2h, caso o paciente não tenha, avaliar se pode permanecer sem mudança de decúbito no período de sono.					1
Recomendo	17 (89,5)	7 (87,5)	9 (90,0)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	2 (10,5)	1 (12,5)	1 (10,0)	1 (16,7)	
Interromper o período de sono de acordo com as alterações clínicas/instabilidades do paciente.					1
Recomendo	19 (100)	7 (87,5)	9 (90,0)	4 (66,7)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (10,0)	2 (33,3)	

\*variáveis expressas em n(%)

A maioria dos cuidados referentes à promoção do sono foi recomendado por todas as categorias profissionais.

Em relação à “avaliação multiprofissional para a manutenção do sono noturno” dos pacientes críticos, em três categorias profissionais foram obtidos consensos: enfermeiros (100%), médicos (100%) e fisioterapeutas (87,5%). O período de sono recomendado por todas as categorias profissionais foi das 22 às 4h ( $\geq 73,7\%$ ).

Os outros cuidados relacionados apresentaram consenso entre todas as categorias profissionais, variando de 75 a 100%: “evitar que o paciente durma durante o dia”; “agrupar cuidados de rotina”; “evitar interromper o sono/administração de medicamentos”; “individualizar limites do alarme”; “verificar preferência em relação ao ambiente para dormir”; “informar benefícios do sono/explicar o protocolo”; “avaliação/cuidados para UP”.

Os cuidados “avaliação/verificação dos sinais vitais”, assim como “interromper o período de sono em caso de instabilidades” foram recomendados por três categorias profissionais ( $\geq 87,5\%$ ).

Não houve consenso na maioria das avaliações para o cuidado de “fornecer tampões de ouvido e/ou máscara para os olhos em pacientes com RASS $>-4$ ”: enfermeiros (68,4%), médicos (60%) e outros (33,3%).

Na sequência, estão apresentados os próximos cuidados avaliados pelos peritos, relacionados à família e/ou ambiente (Tabela 7).

Tabela 7 – Cuidados do Protocolo Assistencial – Ambiente e participação da família.

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>					
	<b>Ambiente e participação da família</b>	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	<b>IVC</b>
Orientar o paciente com o auxílio de relógios e calendários no leito.						1
Recomendo		19 (100)	8 (100)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Permitir que os familiares tragam itens pessoais do paciente, revistas, livros, fotografias, entre outros.						0,97
Recomendo		18 (94,7)	7 (87,5)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo		0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza		1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Reduzir a luz à noite. Executar atividades de cuidados noturnos com iluminação de cabeceira sempre que possível, desligar televisão e escurecer a tela dos ventiladores mecânicos.						1
Recomendo		19 (100)	8 (100)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Orientar/estimular a equipe de profissionais a evitar falar em torno de espaços da cama do paciente, a fim de diminuir o barulho durante a noite.						1
Recomendo		19 (100)	8 (100)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Controlar os ruídos: fechar as portas, diminuir o volume dos telefones, entre outros.						0,97
Recomendo		16 (84,2)	6 (75,0)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo		0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza		3 (15,8)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	

continuação

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				<b>IVC</b>
	<b>Ambiente e participação da família</b>	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	
Promover/flexibilizar o acesso da família ao paciente, por exemplo ampliando o horário de visita.					1
Recomendo	19 (100)	7 (87,5)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Promover um planejamento eficaz de cuidados de rotina, a fim de facilitar o acesso da família.					0,97
Recomendo	18 (100)	7 (87,5)	9 (90,0)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Realizar rondas diárias na UTI no horário de visitas para oferecer educação sobre delirium aos familiares e pacientes.					0,95
Recomendo	19 (100)	7 (87,5)	6 (60,0)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (20,0)	1 (16,7)	
Incentivar a interação da família, orientar o familiar a conversar com o paciente e segurar sua mão. Este encorajamento deve ser realizado uma vez durante cada visita.					1
Recomendo	14 (73,7)	8 (100)	8 (80,0)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	5 (26,3)	0 (0,0)	2 (20,0)	1 (16,7)	
Desenvolver folhetos educativos para as famílias, encorajando sua participação na assistência ao paciente.					0,95
Recomendo	18 (94,7)	7 (87,5)	9 (90,0)	6 (100)	
Não recomendo	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	

\*variáveis expressas em n(%)

Apenas um cuidado destinado à família e/ou ambiente não apresentou concordância entre todas as categorias profissionais: “realizar rondas durante o horário de visita”. O cuidado “fornecer educação sobre delirium para os pacientes e seus familiares” não obteve recomendação entre os médicos (60%), sendo que as demais categorias profissionais recomendaram esse cuidado – enfermeiros (100%), fisioterapeutas (87,5%) e outros (83,8%).

Por fim, os cuidados que encerraram o protocolo aparecem descritos na Tabela 8.

Tabela 8 – Cuidados do Protocolo Assistencial – Outros cuidados.

<b>Cuidados do Protocolo Assistencial</b>	<b>Profissionais</b>				<b>IVC</b>
	<b>Enfermeiro n=19</b>	<b>Fisioterapeuta n=8</b>	<b>Médico n=10</b>	<b>Outros n=6</b>	
Retirar precocemente dispositivos desnecessários: cateter venoso central, sonda vesical de demora, entre outros.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	10(100)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Realizar contenção mecânica nas mãos dos pacientes agitados, desenvolvendo “luva de box”.					0,93
Recomendo	15 (78,9)	5 (62,5)	6 (60,0)	4 (66,7)	
Não recomendo	1 (5,3)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	3 (15,8)	2 (25,0)	4 (40,0)	2 (33,3)	
Não prender a contenção na grade da cama, não restringir a movimentação do paciente, apenas evitar que segure e puxe algum dispositivo.					0,87
Recomendo	13 (68,4)	5 (62,5)	7 (70,0)	3 (50,0)	
Não recomendo	1 (5,3)	2 (25,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	5 (26,3)	1 (12,5)	2 (20,0)	3 (50,0)	
Manter elevadas as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama.					1
Recomendo	19 (100)	8 (100)	9 (90,0)	5 (83,3)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (16,7)	
Fornecer ao paciente um meio de chamar os profissionais de saúde, p.ex., campainha ou luz.					1
Recomendo	19 (100)	7 (100)	9 (90,0)	5 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Proporcionar duas vezes ao dia 90 minutos de período calmo, sem visitantes e com interrupção dos cuidados prestados, limitar para atividades essenciais. Durante esses momentos, disponibilizar música relaxante, se possível.					0,87
Recomendo	12 (63,2)	5 (62,5)	3 (30,0)	1 (16,7)	
Não recomendo	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	
Não tenho certeza	6 (31,6)	3 (37,5)	7 (70,0)	3 (50,0)	
Identificar o leito do paciente que estiver em delirium, a fim de que os profissionais de saúde mantenham os cuidados instituídos pelo protocolo.					0,97
Recomendo	18 (94,7)	8 (100)	6 (60,0)	6 (100)	
Não recomendo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Não tenho certeza	1 (5,3)	0 (0,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	

\*variáveis expressas em n(%)

A “retirada precoce de dispositivos” foi fortemente recomendada por todos os profissionais, com consenso de 100% entre as categorias.

Os cuidados “manter as grades de leito elevadas” e “fornecer meio de o paciente chamar os profissionais de saúde” apresentaram consenso entre todas as categorias profissionais (> 83,3%).

Houve inúmeras respostas incertas em relação à realização de “contenção mecânica” e “restrição de movimento ao prender a contenção do leito”, sendo o primeiro cuidado indicado apenas pelos enfermeiros (78,9%) e o segundo, apenas pelos médicos (70%).

O cuidado referente a “proporcionar um período calmo ao pacientes” não apresentou concordância em nenhuma categoria profissional.

A maioria dos cuidados submetidos à avaliação dos peritos para compor o protocolo assistencial para pacientes críticos em delirium apresentou consenso (Quadro 7). Dos 48 cuidados submetidos à validação, apenas quatro não alcançaram o consenso estabelecido através do IVC  $\geq 0,90$ , portanto, não recomendados para compor o protocolo. Os cuidados não validados foram: “realizar teste de ventilação espontânea”, “usar opióide como droga de escolha para tratamento da dor”, “não prender a contenção mecânica do paciente na grade do leito” e “proporcionar duas vezes um período calmo de 90 minutos”.

Quadro 7 – Cuidados validados

Cuidados Validados do Protocolo Assistencial
Despertar o paciente diariamente.
Despertar e realizar teste de ventilação espontânea diariamente.
Monitorar o delirium com CAM-ICU: aplicação uma vez ao turno por qualquer profissional capacitado.
Realizar mobilização precoce nos pacientes conforme estado clínico.
Avaliar a dor do paciente com a CPOT ou BPS uma vez ao turno e sempre que necessário.
Considerar a administração de analgésicos não opióides para diminuir a quantidade de opióides administrados.
Medicar assegurando analgesia antes de intervenções dolorosas.
Limitar o uso de medicamentos associados ao delirium.
Escolher sedações que não são fator de risco para delirium.
Administrar haloperidol endovenoso para tratar agitação psicomotora.
Estimular a equipe multiprofissional à prática de orientações verbais e/ou escritas aos pacientes.
Chamar o paciente pelo primeiro nome quando iniciar uma interação.
Estimular o paciente com perguntas predeterminadas (protocolo).
Informar ao paciente as características da unidade, horário de visitas, alimentação e procedimentos a serem realizados.

continuação

<b>Cuidados Validados do Protocolo Assistencial</b>
Explicar ao paciente qualquer ruído produzido por bombas de infusão, alarme e/ou ventilador, entre outros.
Fornecer informações ao paciente sobre o seu estado de saúde, prognóstico e tratamentos realizados.
Oferecer meios de o paciente ouvir sua preferência musical. Oferecer televisão. No horário das 6 às 20h.
Fornecer óculos e aparelho auditivo de uso pessoal, assim como prótese dentária, logo que possível.
Avaliar em equipe multiprofissional os pacientes estáveis para manter o período de sono noturno ininterrupto.
Evitar que o paciente durma durante o dia, incentivar a mobilização e evitar cafeína antes do sono noturno.
Agrupar cuidados de rotinas para permitir período de sono ininterrupto. Durante a noite, realizar banho de rotina até as 22h.
Não interromper o período de sono, evitar administração de medicamentos à noite/madrugada, reaprazar sem prejudicar o tratamento.
Verificar e registrar os sinais vitais por meio do monitor central durante o sono. Discutir em equipe se o paciente pode, nesse período, ficar sem verificação de pressão arterial não invasiva.
Fornecer tampões de ouvidos e/ou máscara para os olhos aos pacientes com RASS > - 4 durante o sono.
Verificar os limites de alarmes e individualizar em acordo com a equipe.
Verificar a preferência do paciente em relação ao ambiente para dormir: desligar a luz, fechar a cortina e a porta.
Informar ao paciente os benefícios do ciclo sono-vigília e explicar o protocolo
Avaliar constantemente para risco de UP. Se lesão, manter a mudança de decúbito a cada 2h, caso o paciente não tenha, avaliar se pode permanecer sem mudança de decúbito no período de sono.
Interromper o período de sono de acordo com as alterações clínicas/instabilidades do paciente.
Orientar o paciente com o auxílio de relógios e calendários no leito.
Orientar o paciente com o auxílio de relógios e calendários no leito.
Reduzir a luz à noite. Executar atividades de cuidados noturnos com iluminação de cabeceira sempre que possível, desligar televisão e escurecer a tela dos ventiladores mecânicos.
Orientar/estimular a equipe de profissionais a evitar falar em torno de espaços da cama do paciente, a fim de diminuir o barulho durante a noite.
Controlar os ruídos: fechar as portas, diminuir o volume dos telefones, entre outros.
Promover/flexibilizar o acesso da família ao paciente, por exemplo ampliando o horário de visita.
Promover um planejamento eficaz de cuidados de rotina, a fim de facilitar o acesso da família.
Promover um planejamento eficaz de cuidados de rotina, a fim de facilitar o acesso da família.

continuação

<b>Cuidados Validados do Protocolo Assistencial</b>
Incentivar a interação da família, orientar o familiar a conversar com o paciente e segurar sua mão. Este encorajamento deve ser realizado uma vez durante cada visita.
Desenvolver folhetos educativos para as famílias, encorajando sua participação na assistência ao paciente.
Retirar precocemente dispositivos desnecessários: cateter venoso central, sonda vesical de demora, entre outros.
Realizar contenção mecânica nas mãos dos pacientes agitados, desenvolvendo “luva de box”.
Manter elevadas as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama.
Fornecer ao paciente um meio de chamar os profissionais de saúde, p.ex., campainha ou luz.
Identificar o leito do paciente que estiver em delirium, a fim de que os profissionais de saúde mantenham os cuidados instituídos pelo protocolo.





## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados será realizada de acordo com as etapas do estudo: Revisão integrativa, Mapeamento cruzado e Validação de conteúdo.

### 6.1 Revisão integrativa

Essa revisão evidenciou que os cuidados para prevenção/tratamento de delirium são demasiadamente abrangentes e necessitam de engajamento multiprofissional, pois o delirium é uma doença multifatorial que exige uma assistência que corresponda às suas demandas. Assim, há necessidade de avaliações diárias do estado mental dos pacientes críticos e, posteriores intervenções multiprofissionais.

Para uma melhor discussão, os cuidados identificados nesta RI foram categorizados em: Diagnóstico de delirium, pausa de sedação e mobilização precoce (*bundle* ABCDE); Diretrizes para dor, agitação e delirium; Agitação psicomotora; Orientação cognitiva; Promoção do sono; Ambiente e participação da família.

Visando ao fortalecimento do atendimento multiprofissional ao paciente e aos benefícios para a resolução dos agravos clínicos, o conjunto de ações coordenadas do *bundle* ABCDE busca reforçar as bases assistenciais, possuindo grande relevância para a rotina do cuidado intensivo, motivo que justifica sua inclusão nessa revisão. O *bundle* ABCDE foi desenvolvido a partir de intensas revisões da literatura científica realizadas por um grupo de pesquisadores americanos vinculados ao *Vanderbilt University Medical Center*, os quais elencaram alguns cuidados de melhor evidência para a assistência ao paciente crítico. Seus componentes individuais objetivaram melhorar a cognição do paciente, otimizar os resultados funcionais, fortalecer o atendimento multiprofissional, auxiliar na padronização da comunicação, assim como reduzir a mortalidade (VASILEVSKIS et al., 2010).

Dentre as medidas, é fortemente recomendada a utilização do CAM-ICU ou do *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) para realizar o diagnóstico de delirium em pacientes críticos (VASILEVSKIS et al, 2010).

O rastreamento de delirium, na maioria dos estudos avaliados, foi realizado por meio do CAM-ICU. Dos 13 estudos clínicos, 11 utilizaram esse instrumento, um utilizou o ICDSC e outro o *NEECHAM Confusion Scale*, achado que pode ser justificado pela facilidade de compreensão e execução do CAM-ICU, que pode ser utilizado por diferentes categorias profissionais atuantes na UTI com o intuito de diagnosticar o delirium à beira do leito.

Apesar de o delirium ser estudado amplamente na literatura internacional, no Brasil, as pesquisas ainda são incipientes, principalmente, no que tange aos cuidados prestados ao paciente. Vale ressaltar que a ferramenta diagnóstica CAM-ICU foi validada no Brasil apenas em 2011 (GUSMÃO-FLORES et al., 2011), a despeito de ser vastamente utilizada na prática clínica anteriormente ao processo de validação.

Para a aplicação das ferramentas diagnósticas supracitadas, é necessária a avaliação do sensório por meio da pausa de sedação, ocasionando o despertar dos pacientes. Os estudos recomendam a escala de RASS para avaliar o nível de sedação, já que o estado de coma é um fator de risco para delirium (VASILEVSKIS et al., 2010; BARR et al., 2013; COLLINSWORTH et al., 2016).

Da mesma forma, a pausa de sedação possui a finalidade de despertar o paciente para realizar teste de ventilação espontânea e proceder à extubação quando possível, cuidados referentes ao ABC do *bundle*, realizados diariamente de acordo com as condições clínicas. Os estudos que desenvolveram a pausa de sedação determinaram o momento da pausa às 6h30min ou às 7h30min, realizada diariamente pela enfermeira, juntamente à escala de RASS, utilizada para avaliar o nível de sedação dos pacientes. No entanto, os estudos não trazem quanto tempo após a pausa de sedação foi aplicada a escala de RASS (VASILEVSKIS et al., 2010; BARR et al., 2013; FOSTER; KELLY, 2013; COLLINSWORTH et al., 2016).

Em uma revisão sistemática que analisou estudos de eficácia, implementação e custos de abordagens multifacetadas para prevenção e tratamento de delirium, na maioria dos estudos foram desenvolvidos pausa e gerenciamento de sedação, o que resultou em redução nos dias em coma ( $P < 0,02$ ). Entre os estudos, a pausa de sedação foi associada a diferentes cuidados, tais como: teste de ventilação espontânea, estratégias de reorientação, mobilização precoce, estímulos ambientais, avaliação da dor e diagnóstico de delirium (COLLINSWORTH et al., 2016).

A pausa de sedação com o intuito de avaliar o sensório dos pacientes críticos e proceder ao teste de ventilação espontânea foram cuidados trazidos em diferentes estudos, (evidências 1a e 2b). A interrupção da sedação nos pacientes críticos é essencial para que o CAM-ICU possa ser aplicado. Porém, na prática assistencial, a execução da pausa de sedação deve vir instituída como protocolo, pois, de modo contrário, pode ficar vinculada a condutas profissionais individualizadas.

Outro cuidado fortemente recomendado nos estudos refere-se à mobilização precoce, entendida como a provisão proativa de fisioterapia em pacientes críticos (FRASER et al., 2015). Tal conduta demonstrou melhora no quadro de delirium, além de outros desfechos

positivos: diminuição do tempo de ventilação mecânica, de internação hospitalar e da morbimortalidade, otimizando as condições clínicas do paciente e favorecendo a sua recuperação (VASILEVSKIS et al., 2010; BARR et al., 2013; FOSTER; KELLY, 2013; FRASER et al., 2015; COLLINSWORTH et al., 2016).

O paciente crítico deve ser mobilizado no leito e fora dele o mais precocemente possível, considerando e avaliando as condições clínicas, na tentativa de melhorar as demandas do paciente, dentre elas o delirium (VASILEVSKIS et al., 2010; BARR et al., 2013; COLLINSWORTH et al., 2016).

Corroborando os achados que demonstraram os benefícios da mobilização precoce na resolução do quadro de delirium, um estudo longitudinal com 132 pacientes implementou um protocolo que incluía exercícios passivos no leito, reposicionamento a cada duas horas realizado pelos profissionais de saúde ou familiares e, em uma fase seguinte, sentar o paciente na beira do leito, levantar, transferir do leito para a cadeira e deambular. Durante o “round” multiprofissional, era decidido quais pacientes seriam mobilizados e todos os profissionais eram envolvidos no momento da mobilização. O grupo mobilidade apresentou significativamente menos dias de delirium em relação ao grupo de cuidados de rotina (5,0 vs 3,6 dias,  $P = 0,05$ ), além de menos reinternações ( $P < 0,001$ ) e menor mortalidade ( $P < 0,001$ ) (FRASER et al., 2015).

Entretanto, uma coorte piloto com 32 pacientes submetidos a um protocolo assistencial incluindo mobilização precoce, pausa de sedação, promoção do sono, estimulação sensorial e preferência musical por dois meses mostrou que houve pouca diferença na proporção de delirium antes e depois da intervenção (28% vs 31%). Contudo, 24% das avaliações mostraram falta de dados, o que interfere na validade da comparação (FOSTER; KELLY, 2013). Por se tratar de um estudo piloto, os resultados ainda não podem ser considerados de forma definitiva. Além disso, os achados do estudo de Fraser et al. (2015) são considerados mais robustos no que tange à mobilização precoce para tratamento de delirium. Os estudos que implementaram a mobilização precoce na assistência ao doente crítico em delirium mostraram força de evidência 1a, 2b e 2c e demonstraram melhora no quadro clínico de delirium, sendo assim um cuidado recomendado para a prática clínica.

Também com a finalidade de direcionar condutas assistenciais para melhores resultados, foram elaboradas as diretrizes para gestão da dor, agitação e delirium em pacientes críticos por meio de uma força-tarefa multidisciplinar e multi-institucional do *American College of Critical Care Medicine* em 2013. Foram realizadas revisões e as recomendações

tiveram a força de evidência estabelecida de acordo com a classificação GRADE (BARR et al., 2013).

No tratamento da dor, as diretrizes ressaltaram a necessidade de avaliações rotineiras por meio de instrumentos validados – CPOT e BSP – sendo o primeiro uma escala observacional de fácil execução em pacientes intubados ou não, e a segunda aplicada apenas a pacientes sob ventilação mecânica. Também, trazem recomendações de diferentes condutas analgésicas (GÉLIDAS et al., 2006; BARR et al., 2013; BATALHA et al., 2013).

A CPOT ainda não foi validada no Brasil, porém é bastante utilizada na prática clínica. Sua aplicação envolve a avaliação da expressão facial, movimentos corporais, complacência com a ventilação mecânica ou verbalização em pacientes não intubados e tensão muscular (GÉLIDAS et al., 2006). Já a BSP, validada para o português do Brasil, também avalia a expressão facial, movimentos de membros superiores e adaptação à ventilação mecânica (BATALHA et al., 2013). Destas duas escalas, a CPOT parece ser a mais conhecida e utilizada no ambiente de Terapia Intensiva, provavelmente pela possibilidade de aplicação em pacientes intubados ou não, visto que as duas são de fácil execução.

O benefício da utilização das escalas como ferramentas diagnósticas (CAM-ICU, RASS, CPOT e/ou BSP) está na instrumentalização dos diferentes profissionais de Terapia Intensiva com a finalidade de identificar esses fenômenos e tratá-los de forma farmacológica e não farmacológica. Por isso, torna-se necessário elaborar protocolos assistenciais, a fim de determinar a rotina/sistematização desses diagnósticos e avaliações.

Na assistência ao doente crítico, torna-se relevante considerar que estímulos algícos podem ser disparadores de agitação psicomotora, potencializando quadros de delirium. Assim, a avaliação e o manejo da dor conferem cuidados essenciais no ambiente de Terapia Intensiva.

As diretrizes para dor, agitação e delirium não recomendam a utilização de protocolo farmacológico para tratamento e prevenção de delirium, já que evidências farmacológicas na redução da incidência desse agravo neurológico ainda não apresentaram resultados definitivos. Os autores esclarecem que o uso de benzodiazepínicos pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de delirium, visto que os pacientes que recebem esse tipo de sedação apresentam mais eventos quando comparados àqueles que não recebem (CAMPBELL et al., 2011; KAMDAR et al., 2013; BARR et al., 2013; BRYCZKOWSKI et al., 2014).

Contrapondo as diretrizes, cinco estudos (evidências 2b, 2c e 4) desenvolveram intervenções associadas à utilização de antipsicótico. Todos utilizaram o haloperidol, três associaram um antipsicótico atípico (olanzapina, risperidona ou quetiapina) na presença de QT alongado nos pacientes. Destes, apenas um estudo descreveu a dose de haloperidol

utilizada: 0,5 a 1mg a cada oito horas por via oral ou parenteral (CAMPBELL et al., 2011); os demais referiram apenas o uso de “dose baixa” (COLOMBO et al., 2012; KAMDAR et al., 2013; BRYCZKOWSKI et al., 2014; WHEELER; CRENSHAW; GUNN, 2014).

Destes estudos com intervenção farmacológica associada às não farmacológicas, três comprovaram desfechos satisfatórios na redução de delirium, sendo as evidências classificadas como 2b e 2c (COLOMBO et al., 2012; KAMDAR et al., 2013; BRYCZKOWSKI et al., 2014). Mesmo não apresentando fortes recomendações, o uso de antipsicótico parece otimizar o tratamento de delirium em pacientes críticos, pois favorece o controle dos sinais e sintomas e viabiliza a implementação de outras intervenções não farmacológicas.

Os efeitos colaterais desse medicamento são descritos na literatura: a utilização de haloperidol endovenoso resulta em um risco maior de eventos cardiovasculares, especificamente prolongamento do intervalo QT e *Torsades de Pointes* (CAMPBELL et al., 2011), que podem ser identificados e controlados de forma adequada pela monitorização e assistência contínuas nas UTIs. Dessa forma, os riscos podem ser minimizados e os benefícios para o paciente potencializados, evitando eventos adversos e, possivelmente, melhorando o quadro de agitação psicomotora e de delirium.

Uma coorte com 123 pacientes de UTI teve por objetivo avaliar a eficácia de um protocolo com intervenções não farmacológicas e farmacológicas para pacientes críticos em delirium. As recomendações farmacológicas foram evitar o uso de medicamentos associados ao desenvolvimento de delirium (benzodiazepínicos, anticolinérgicos, anti-histamínicos, antagonista do receptor da dopamina e corticosteróides), pausa de sedação coordenada com teste de ventilação espontânea e uso de baixa dose de haloperidol. Medidas para promoção do sono e educação em saúde para os pacientes e a família foram desenvolvidas. O grupo pós-intervenção experimentou delirium na mesma proporção que o grupo pré-intervenção (P=0,26). No entanto, houve uma redução significativa na duração de tempo de delirium, indicada pelo aumento dos dias livre de delirium (pré 24 dias vs pós 27 dias, P=0,002) (BRYCZKOWSKI et al., 2014).

Embora a resolução do agravo neurológico não tenha sido evidenciada, o fato de reduzir os dias em delirium já confere benefícios aos pacientes. Ainda, o estudo não cita a dose de haloperidol utilizada no protocolo, deixando esse cuidado pouco preciso quanto à dose e à frequência.

Apesar de o manejo farmacológico para tratar delirium não ser indicado pelas diretrizes e *bundle* avaliados nesta revisão, ainda é amplamente estudado, visto que a

associação de medicação e cuidados não farmacológicos apresenta resultados positivos em relação ao delirium.

Na prática clínica, o momento de agitação psicomotora torna difícil o manejo do paciente de outra forma que não medicamentosa, pelo risco de ocorrência de eventos adversos, tais como tração de dispositivos, extubação ou até mesmo queda do paciente, os quais, certamente, podem acrescer malefícios à evolução clínica. Ainda, em um quadro de agitação, dificilmente outras medidas para tratamento de delirium podem ser instituídas, já que o paciente neste momento não consegue interagir de maneira adequada. A equipe multiprofissional necessita de um paciente tranquilo, desperto e colaborativo para desenvolver todas as intervenções pertinentes, tais como mobilização precoce, interação com a família e orientação.

As intervenções desenvolvidas para reorientação cognitiva com modificações ambientais também foram fortemente exploradas nos estudos e diretrizes. Foram desenvolvidas por meio do envolvimento da equipe multidisciplinar, a fim de promover a orientação do paciente em relação a tempo e espaço, assim como o fornecimento de informações sobre a realidade e com a utilização de objetos pessoais.

Um estudo de coorte com 314 pacientes implementou estratégias de reorientação, como chamar o paciente pelo nome, fornecer informações sobre o hospital, sobre sua doença e tempo de internação, estimulados a lembrar o nome de familiares, assim como a data e o horário. Da mesma forma, os pacientes foram submetidos à estimulação ambiental, visual e acústica por meio do uso de relógios, livros e jornais disponibilizados dentro do leito e a ouvir sua preferência musical durante o dia. O uso de antipsicótico foi associado. Os resultados demonstraram que a estratégia de reorientação oportuna foi relacionada à menor ocorrência de delirium na UTI, fato evidenciado por uma diferença significativa na ocorrência de delirium entre a fase observacional e intervencionista (35,5% vs 22,5%,  $P < 0,02$ ) (COLOMBO et al., 2012).

Desfechos igualmente satisfatórios foram observados em um estudo pré-experimental com 49 pacientes, no qual foi realizado um pré-teste para determinar a percepção dos pacientes sobre os estressores do ambiente na UTI. Após, foram instituídos os cuidados de Enfermagem por cinco dias, aplicada a escala de RASS e o CAM-ICU e, por fim, o pós-teste. O protocolo objetivou reduzir os estressores ambientais que poderiam ocasionar delirium: foram minimizados ruídos e luz artificial para a manutenção do sono, foi realizada a reorientação do paciente, chamando-o pelo nome, explicando rotinas da unidade, equipamentos e procedimentos, orientando quanto a tempo e espaço, utilizando itens pessoais,

jornais, revistas, música, entre outros. Ao final, foi observado que o delirium foi prevenido em 94% dos pacientes e somente três apresentaram o evento, representando uma incidência acumulada de 6.12 casos X 100 pacientes intervistos (IC 95%: 1,67 – 16,1) (TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016).

Divergindo desses dados, um ECR com 134 pacientes críticos divididos em grupo intervenção e controle testou a eficácia de intervenções ambientais, orientação cognitiva e terapêutica precoce: monitoramento dos fatores de risco para delirium. As intervenções consistiam em cuidados de reorientação, quanto a tempo e espaço com uso de relógios e calendários junto ao leito. Ainda, foram fornecidos óculos e aparelho auditivo, a fim de garantir a capacidade sensorial; a luz indireta foi promovida para melhorar o sono durante a noite e foi autorizado aos familiares trazerem itens pessoais dos pacientes. No entanto, neste caso, os resultados não mostraram diferença significativa entre os grupos controle e intervenção quanto à incidência de delirium nas análises univariada (OR: 0,5 (IC: 0,22-1,14, P=0,1)) e multivariada (OR: 0,52 ( IC: 0,23-1,21, P=0,13)) (MOON; LEE, 2015).

A associação de uma intervenção farmacológica aos cuidados não farmacológicos mais uma vez parece auxiliar na melhora dos desfechos, pois o estudo que abordou entre suas intervenções o uso de antipsicótico apresentou resultados mais favoráveis para tratar o delirium. Vale ressaltar que os delineamentos metodológicos são díspares – evidências 1b e 2c – assim como o tamanho das amostras. Os achados não podem ser desconsiderados, mas sim utilizados com cautela na tentativa de resolver ou amenizar os sinais e sintomas do quadro clínico de delirium na UTI.

O ambiente de Terapia Intensiva acaba sendo muito distante da realidade dos pacientes, bem como as rotinas hospitalares, muitas vezes estabelecidas para manter a organização da equipe e da unidade. Assim, é fundamental a implementação de medidas que tornem o ambiente mais acolhedor para o paciente, favorecendo a reorientação e estimulação cognitiva.

Da mesma forma, a promoção do sono dos pacientes críticos deveria ser mais bem compreendida na UTI, visto que, durante a hospitalização, a manutenção do sono noturno é prejudicada em virtude da estrutura física e organização hospitalar, desregulando o ciclo circadiano e, possivelmente, prejudicando a atenção e a orientação do paciente.

O prejuízo do sono foi abordado como disparador das disfunções neurológicas, as quais podem potencializar o desenvolvimento de delirium. Entretanto, a relação existente entre sono, som e delirium ainda não foi adequadamente estabelecida (VAN ROMPAEY et al., 2012; BRYCZKOWSKI et al., 2014; TOVAR; SUAREZ; MUÑOZ, 2016).

Os estudos que abordaram intervenções para a manutenção do sono estabeleceram um período para o paciente dormir que variou de quatro a oito horas, no qual os procedimentos, atividades de rotinas, exames e administração de medicações foram reorganizados tanto quanto possível, exceto cuidados urgentes (VAN ROMPAEY et al., 2012; FOSTER; KELLY, 2013; HATA et al., 2014).

Um ECR com 136 pacientes utilizou protetores auriculares e máscaras para os olhos, no período das 22 às 6h, a fim de diminuir ruídos e luminosidade na UTI e otimizar o sono noturno. O grupo intervenção apresentou 19% de delirium e o grupo controle 20%, o que não conferiu diferença estatisticamente significativa ( $P=0,006$ ). Não obstante, no grupo intervenção, os pacientes apresentaram menos perturbações cognitivas ( $P=0,006$ ) referente à categoria confusão leve, demonstrada pela escala NEECHAM (VAN ROMPAEY et al., 2012).

Outro estudo, quase-experimental com 300 pacientes, desenvolveu um protocolo para a promoção do sono com a utilização de protetor auricular e máscara para os olhos, associados a modificações ambientais, como escurecer o quarto, diminuir barulho e disponibilizar música suave. Também incluiu o uso de haloperidol ou antipsicótico atípico. Os resultados demonstraram uma melhoria significativa quanto à incidência de delirium, quando comparados pré e pós-intervenção (69% vs 49%,  $P=0,02$ ) e dias livres de delirium (272 dias, 43% vs 399 dias, 48%,  $P = 0,03$ ) (KAMDAR et al., 2013).

Múltiplas intervenções foram desenvolvidas em uma coorte de 171 pacientes críticos, com o objetivo de diminuir perturbações iatrogênicas do sono e modificar fatores de risco para delirium. Medidas de controle de ruídos incluíram fechar as portas, diminuir níveis de alarmes dos monitores e volume dos telefones; protetores auriculares e máscaras para os olhos foram disponibilizadas, iluminação diminuída e rotinas ajustadas, como agrupamento de atividades. Houve redução na incidência de delirium (33% vs 14%,  $P<0,001$ ), e diminuição do número de dias em delirium (3 dias antes vs 1 dia depois,  $P = 0,021$ ) (PATEL et al., 2014).

Os estudos que abordaram cuidados para a promoção do sono ainda são incipientes e seus resultados pouco convergem. Contudo, é relevante observar que a associação de múltiplas intervenções, incluindo administração de antipsicótico, parece favorecer a resolução do delirium, porém estudos clínicos com delineamentos mais robustos ainda são necessários.

Corroborando os resultados positivos, uma revisão sistemática com nove estudos avaliou a eficácia do uso de protetor auricular, máscara para os olhos e redução de ruídos como estratégias para tratamento de delirium em UTI. Destes, apenas dois estudos avaliaram o impacto do uso desses dispositivos à carga de delirium e os resultados apresentaram uma

melhoria significativa na redução desse distúrbio ( $P \leq 0,04$ ). Os autores concluíram que a colocação de protetor auricular de forma isolada ou como parte de um pacote de cuidados melhorou a manutenção do sono e foi associada à redução significativa do delirium. Porém, as estratégias ideais para a manutenção ainda não foram suficientemente estudadas (LITTON et al., 2016).

Todos os estudos que abordaram a promoção do sono (evidências 1a e 1b) apresentaram resultados de redução na incidência e/ou duração de delirium e melhora das condições clínicas dos pacientes. Talvez esse cuidado deva ser priorizado e amplamente estudado no ambiente de Terapia Intensiva, a fim de alcançar evidências mais robustas.

Assim, os cuidados para a promoção e manutenção do sono na UTI, mesmo incipientes, podem ser incorporados à prática clínica, pois são de fácil execução, baixo custo e não acrescem nenhum prejuízo ou risco ao paciente.

Ainda, na busca da melhor forma de assistir os pacientes críticos em delirium, a participação dos familiares parece ter um papel relevante no desenvolvimento do cuidado. Nessa perspectiva, a família deve ser inserida no ambiente de Terapia Intensiva de forma gradual e devidamente orientada pela equipe multiprofissional.

Um ensaio clínico com 138 pacientes reforçou a necessidade de orientação prévia da família. Foi confeccionado um folheto contendo informações sobre delirium e formas de orientar e fornecer atendimento aos pacientes, o qual foi entregue às famílias e, ainda, foram fornecidas informações verbais. Os cuidados desenvolvidos foram: flexibilizar o horário de visitas, atendendo às necessidades da família e paciente; incentivar a interação verbal e física, a fim de proporcionar segurança e orientação; organizar as demandas da unidade. O protocolo foi implementado durante 14 dias. O ICDSC foi aplicado todos os dias e a recuperação psicológica foi mensurada por meio do *The Sickness Impact Profile*, avaliando atividades físicas, psicossociais e emocionais após a alta para a enfermagem. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos para incidência de delirium ( $P=0,176$ ). Porém, foi observado que investir na intervenção com os familiares durante o momento crítico proporcionou benefícios a longo prazo ao paciente, pois a família foi capaz de realizar a manutenção do cuidado após a fase aguda (BLACK; BOORE; PARAHOO, 2011).

Outro estudo que desenvolveu um programa de cuidados também associou a educação em saúde para o paciente e a família e encontrou desfechos positivos relacionados à incidência de delirium. A equipe do estudo fez rondas diárias na UTI para oferecer informações sobre o delirium, por meio de folhetos informativos e encorajamento aos

familiares para participação na assistência ao paciente, auxiliando especialmente na alimentação e reorientação (BRYCZKOWSKI et al., 2014).

Desenvolver a assistência ao paciente crítico em delirium incorporando a família aos cuidados sem associar outras estratégias parece não ser uma abordagem eficaz para a resolução do quadro. Já, quando os cuidados desenvolvidos por familiares foram associados a outras intervenções, os resultados encontrados foram mais favoráveis. O estudo possui evidência 2b e, apesar de não ter resultados robustos, talvez incorporar a família à assistência prestada pela equipe multiprofissional seja um caminho adequado.

Por fim, achados de outra revisão sistemática corroboram a relação entre pacotes de cuidados e redução de delirium. Apesar da grande variação encontrada nas intervenções, os resultados evidenciaram que a utilização de diferentes cuidados para prevenção e tratamento de delirium na UTI pode melhorar os desfechos dos pacientes, incluindo incidência e duração do delirium. Dos oito estudos que analisaram os resultados das intervenções, cinco encontraram reduções significativas na incidência de delirium, na duração do delirium ou dias livres de delirium. Os cuidados desenvolvidos foram de reorientação, pausa de sedação e testes de ventilação espontânea, rastreamento e gestão de delirium, mobilização precoce, entre outros (COLLINSWORTH et al., 2016).

Além da melhora em relação ao delirium, outros desfechos clínicos de igual relevância foram demonstrados, como redução no tempo de internação na UTI de um a quatro dias ( $P < 0,001$ ), redução nos dias em ventilação mecânica ( $P < 0,04$ ) e redução na mortalidade ( $P = 0,009$ ). Somado a isso, a relação custo-benefício do impacto na implementação de abordagens multifacetadas, demonstrando uma redução significativa nos custos totais durante a internação do paciente ( $P = 0,002$ ) (COLLINSWORTH et al., 2016).

A padronização de medidas a partir da construção de protocolos e/ou diretrizes tende a qualificar a prática assistencial, visto o embasamento em evidências científicas, saindo do limbo do empirismo. Além disso, a uniformização dos cuidados tende a minimizar avaliações subjetivas por parte dos profissionais de saúde e otimizar os resultados terapêuticos dos pacientes críticos em delirium.

Os cuidados implementados para tratamento do delirium são pouco específicos, uma vez que as causas desse agravo neurológico ainda não são inteiramente conhecidas, determinando seu aspecto multifatorial. As intervenções desenvolvidas com o objetivo de manejar o quadro clínico de delirium servem tanto para prevenção quanto para tratamento. Da mesma forma, são cuidados indicados para assistir outras complicações clínicas e quando

desenvolvidos amenizam os sinais e sintomas de delirium, além de melhorar o contexto global do paciente.

Essa RI apresentou algumas limitações, já que estudos exclusivamente farmacológicos não a compuseram, pois o objetivo foi compreender, principalmente, intervenções não farmacológicas. Vale ressaltar também, que o uso de medicamentos na assistência ao delirium ainda não apresenta benefícios comprovados.

## 6.2 Mapeamento cruzado

A proposta do mapeamento cruzado se deve ao fato de o delirium ser um fator relacionado do DE Confusão Aguda, necessitando, portanto, de intervenções da NIC para tratar esse fator causal (HERDMAN, 2013). Esse processo foi iniciado a partir do DE Confusão Aguda e, posteriormente, foram avaliadas todas as intervenções e atividades propostas na NIC para assistir os pacientes com este diagnóstico. Assim, se justifica a etapa na qual foi estabelecida a similaridade entre os cuidados encontrados na RI e as intervenções NIC.

Durante a realização do mapeamento, os cuidados encontrados na RI foram relacionados às atividades de cinco domínios e nove classes, demonstrando a diversidade das intervenções selecionadas nos diferentes domínios para tratar Confusão Aguda relacionada ao delirium – quadro clínico que apresenta sinais e sintomas que demandam cuidados de múltiplos profissionais.

No domínio 1, *Fisiológico Básico*, foram mapeadas três intervenções nas seguintes classes: Controle da Imobilidade, Promoção do Conforto Físico e Facilitação do Autocuidado. No domínio 2, *Fisiológico Complexo*, foram mapeadas duas intervenções na classe Controle de Medicamentos. No domínio 3, *Comportamental*, foram mapeadas quatro intervenções em três classes: Terapia cognitiva, Promoção do Conforto Psicológico e Controle Respiratório. No domínio 4, *Segurança*, foram mapeadas seis intervenções diferentes em uma única classe: Controle de Riscos. Por fim, no domínio 5, *Família*, foi mapeada uma intervenção na classe Cuidados ao Longo da Vida. Apenas a intervenção *Facilitação da Visita* apresentou duas classes distintas: Cuidados ao Longo da Vida e Controle de Crises, uma vez que essa intervenção é considerada relevante para ambas. Nos domínios *Comportamental* e *Segurança*, foi mapeado o maior número de cuidados, possivelmente porque as intervenções e as atividades presentes nesses domínios sejam mais propícias para tratar alterações decorrentes do delirium, ou seja, avaliar e manejar alterações agudas do estado mental.

Além dos domínios, o mapeamento buscou similaridades nas atividades das intervenções consideradas prioritárias, sugeridas e opcionais para o DE Confusão Aguda e, ainda, nas atividades essenciais para Enfermagem de Cuidados Críticos.

Durante o processo de mapeamento das seis intervenções prioritárias da NIC, duas foram correlacionadas aos cuidados da RI: *Controle do Delírio* e *Controle das Alucinações*. As intervenções prioritárias são consideradas as mais prováveis para resolver determinado DE (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). No entanto, neste estudo, as intervenções prioritárias para o DE Confusão Aguda relacionado ao delirium não mostraram similaridade representativa com os cuidados da RI, já que apenas duas intervenções e suas respectivas atividades foram selecionadas durante o mapeamento cruzado.

As intervenções prioritárias *Abstinência*, *Abstinência de Álcool*, *Tratamento para Uso de Drogas: Abstinência de Álcool* e *Tratamento para Uso de Drogas: Abstinência* não foram mapeadas neste estudo. Essas atividades são indicadas para manejo em casos de desintoxicação de álcool e outras drogas, assim como assistir o paciente em períodos de abstinência, conforme descrito no enunciado da intervenção (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016), situações muito específicas que não foram relacionadas aos sinais e sintomas de delirium em adulto crítico. Ainda, sabe-se que a etiologia e fisiopatologia do delirium possuem aspectos díspares do quadro clínico de *delirium tremens*, transtorno causado pelo alcoolismo e desencadeado pela ausência de substância química abusiva (CARVALHO, 2014).

Já dentre as 15 intervenções sugeridas, dez apresentaram correspondências aos cuidados estabelecidos na RI: *Administração de Medicamentos*, *Contenção Física*, *Controle da Dor*, *Controle de Ideias Delirantes*, *Estimulação Cognitiva*, *Melhora do Sono*, *Monitorização dos Sinais Vitais*, *Orientação para a Realidade*, *Prevenção Contra Quedas* e *Redução da Ansiedade*.

Na relação construída neste estudo, as intervenções sugeridas e suas atividades demonstraram uma predisposição para atender às demandas do quadro clínico do delirium, sendo relacionadas aos cuidados elencados na RI. Da mesma forma, propõem o controle de alguns fatores de risco associados ao desenvolvimento de delirium, alguns destes demonstrados em uma coorte prospectiva com 149 pacientes de UTI. Nesse estudo, 69 (46,3%) apresentaram delirium, sendo os fatores que se relacionaram à presença desse distúrbio: idade ( $P=0,004$ ), restrição física ( $P<0,001$ ) e uso de medicamento: midazolam ( $P<0,001$ ), morfina ( $P=0,036$ ) e propofol ( $P=0,007$ ) (MORI et al., 2016). As atividades propostas nas intervenções *Controle de Ideias Delirantes* e *Estimulação Cognitiva* estão

intimamente implicadas com a idade avançada dos pacientes, já o uso ou a restrição de fármacos associados ao desenvolvimento de delirium estão presentes nas atividades da intervenção *Administração de Medicamentos*.

Na intervenção sugerida *O Controle do Ambiente: Segurança* não houve similaridade com os cuidados da RI, pois suas atividades são mais direcionadas para outros ambientes que diferem da UTI. Além disso, alguns cuidados referentes à segurança do paciente foram mapeados em outras atividades.

Da mesma forma, as atividades da intervenção *Controle de Medicamentos* não foram mapeadas, visto que os cuidados referentes à avaliação e administração de medicamentos foram relacionados, anteriormente, com a intervenção *Controle da Dor*. Seguindo as regras estabelecidas para o processo de mapeamento, tais cuidados apresentaram maior similaridade com as atividades dessa intervenção.

Já a *Monitorização Neurológica* não foi selecionada, pois tem a finalidade de monitorar outras complicações neurológicas, como edema cerebral, hemorragia cerebral, trauma cranioencefálico, entre outros. Assim, as atividades dessa intervenção são direcionadas para avaliar alterações fisiológicas e anatômicas do sistema nervoso central, enquanto o quadro clínico de delirium é caracterizado por alterações agudas ou flutuações do estado mental, alteração do nível de consciência, desatenção e pensamento desorganizado, os quais podem ser precipitados por distúrbios hidroeletrólíticos, uso de sedação e analgesia, infecções e/ou eventos cerebrais agudos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRESS, 2011; FRANCIS; YOUNG, 2011).

A *Reclusão* e o *Tratamento para o Uso de Drogas* não foram intervenções mapeadas. A primeira porque suas atividades têm a finalidade manter o isolamento do paciente em caso de agitação e agressividade sendo que, em casos de delirium, a recomendação é contrária, visto que o paciente deve ser constantemente reorientado e estimulado a interagir com a família, assim como manter o ambiente tranquilo (TOVAR; MAIRA; MUÑOZ, 2016; MOON; LEE, 2015; BRYCZKOWSKI et al., 2014). Já a segunda intervenção não foi mapeada porque suas atividades são direcionadas para atender às disfunções ocasionadas por abuso ou dependência de drogas, sendo, portanto, outro fator causal do DE Confusão Aguda (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Ainda, para a intervenção *Prevenção Contra Quedas*, não foi encontrado cuidado correspondente no mapeamento, porém essa intervenção e suas atividades demonstraram grande relevância para o manejo do paciente crítico em delirium, sendo incorporadas à construção do protocolo, acrescentando segurança e qualidade assistencial. Vale ressaltar que o

paciente em delirium apresenta com frequência momentos de agitação psicomotora, podendo ocasionar quedas do leito ou poltrona, sendo a prevenção de queda um indicador de qualidade assistencial.

Um estudo objetivou identificar os cuidados de Enfermagem prescritos para pacientes clínicos e cirúrgicos com Risco de queda e compará-los com as intervenções da NIC. Entre os cuidados mais prevalentes estavam manter as grades do leito elevadas e a campanha ao alcance do paciente (LUIZA; ALMEIDA; LUCENA, 2014). Vale salientar que a ocorrência de uma queda pode acarretar evento adverso grave, o qual deve ser evitado no ambiente hospitalar.

Esses resultados corroboram a decisão de manter no protocolo assistencial as atividades da intervenção *Prevenção Contra Quedas*. Embora a ocorrência de queda não seja prevalente em Terapia Intensiva, quando ocorre pode resultar em consequências graves aos pacientes, prejudicando sua evolução clínica.

Na continuação do processo de mapeamento, as intervenções opcionais não se correlacionaram aos cuidados da RI. Essas intervenções podem ser aplicadas somente em alguns pacientes com determinado DE (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). Talvez as intervenções como *Controle Acidobásico*, *Promoção da Perfusão Cerebral* e *Assistência no Autocuidado*, entre outras, não foram mapeadas devido a suas especificidades, pois as particularidades das atividades não foram identificadas nos cuidados da RI.

A maioria dos cuidados evidenciados nos estudos avaliados apresentou similaridade com as intervenções da NIC. Dos 47 cuidados, 40 foram mapeados na taxonomia, demonstrando uma relação importante entre a NIC e as evidências científicas disponíveis. Isso reforça a utilização da taxonomia na prática clínica pelas diferentes categorias profissionais que atuam no ambiente de Terapia Intensiva, como forma de auxiliar o manejo do paciente crítico com Confusão Aguda relacionada ao delirium.

A proximidade da NIC com a prática clínica já foi demonstrada em outros estudos. Foram analisados 44 registros de prontuários de pacientes em UTI e realizado o mapeamento cruzado das ações de Enfermagem com as intervenções da NIC. As 124 ações de Enfermagem possuíam similaridades com as intervenções da NIC, possibilitando o mapeamento em 100% das correlações estabelecidas (SALGADO; CHIANCA, 2011). Os resultados reforçam os achados deste estudo demonstrando a relevância do uso das linguagens padronizadas na prática clínica.

Algumas intervenções essenciais de Enfermagem de Cuidados Críticos também possuíam similaridades com os cuidados da RI. As intervenções *Controle de Sedação*,

*Desmame da Ventilação Mecânica, Facilitação da Visita e Posicionamento* foram relacionadas aos cuidados identificados. Tais intervenções apresentaram relação com os cuidados da RI, os quais demonstraram bons resultados para pacientes críticos em delirium, com diminuição da incidência e melhoria de outros desfechos clínicos. Isso evidencia que as intervenções da NIC direcionadas à Terapia Intensiva estão de acordo com os melhores resultados clínicos conhecidos até o momento.

As linguagens padronizadas podem trazer contribuições importantes à assistência prestada caso sejam utilizadas de forma crítica, adotadas como instrumentos auxiliares do raciocínio clínico para estabelecer avaliações do paciente, determinar uma comunicação mais eficaz e, também, acrescentar melhorias ao gerenciamento clínico (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013). Assim, justificando a importância do mapeamento destes cuidados oriundos de estudo clínicos com populações específicas.

Ainda há a necessidade de mais estudos voltados aos fatores relacionados do DE Confusão Aguda, principalmente referente ao fator relacionado delirium, na tentativa de ampliar os aspectos fisiológicos e psicológicos tratados pelas intervenções e atividades da NIC.

O delirium deve ser entendido como uma condição clínica que necessita de assistência logo que diagnosticado, a fim de minimizar os efeitos deletérios ao paciente. Ainda, o uso das taxonomias qualifica o processo de enfermagem na UTI.

### 6.3 Validação de conteúdo

Com base nas evidências científicas identificadas nos estudos e nas intervenções mapeadas ou recomendadas pela NIC, foi proposto um protocolo multidisciplinar a ser validado por peritos das diversas especialidades que assistem o paciente crítico em delirium. A maioria dos cuidados propostos no protocolo assistencial foi validado por consenso dos peritos. No entanto, alguns cuidados geraram dúvidas durante as avaliações, o que pode ter ocorrido devido a incertezas que ainda existem em relação à assistência ao delirium conforme será discutido a seguir.

O protocolo parte do adequado “diagnóstico de delirium”, realizado a partir da aplicação do CAM-ICU por qualquer profissional devidamente capacitado. Houve concordância entre enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. Entretanto, apesar de ser uma ferramenta diagnóstica validada e desenvolvida há mais de 15 anos (ELY et al., 2001; GUSMÃO-FLORES et al., 2011), ainda é subutilizada e pouco conhecida por alguns

profissionais que atuam em Terapia Intensiva, gerando dúvidas quanto à sua utilização, conforme observado nas avaliações dos farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos.

Semelhante a estes achados, um estudo questionou a avaliação sistemática de delirium entre profissionais médicos, fisioterapeutas e enfermeiros da América Latina e Europa, e demonstrou que a ferramenta diagnóstica comumente utilizada foi o CAM-ICU (66,9%). A avaliação do delirium foi analisada entre o Brasil (61,9% da amostra) e os outros países, sendo o CAM-ICU significativamente mais utilizado no Brasil quando comparado aos demais (83% vs 43,5%,  $P < 0,001$ ) (TANAKA et al., 2015).

Os resultados supracitados convergem com as evidências deste estudo em relação ao uso do CAM-ICU para “diagnóstico de delirium”, recomendando e reforçando sua importância na prática clínica. No entanto, o conhecimento e a utilização dessa ferramenta diagnóstica não parecem lineares entre todas as categorias profissionais da Terapia Intensiva.

O conhecimento sobre delirium foi analisado em um estudo brasileiro com 14 enfermeiros intensivistas. Os resultados evidenciaram conhecimento insuficiente sobre as escalas diagnósticas e a importância da avaliação à beira do leito. Os autores discutem que o subdiagnóstico está intimamente ligado à falta de conhecimento e alinhado a condutas equivocadas, como uso excessivo de sedação, contenção física mal executada, entre outros. Ainda, os profissionais entrevistados perceberam a necessidade de melhor esclarecimento sobre delirium por meio de capacitações (RIBEIRO et al., 2015).

A estratégia de “contenção mecânica” obteve concordância neste estudo apenas entre os enfermeiros, porém houve consenso estabelecido (IVC=0,93). Já o cuidado “manter a contenção presa às grades do leito” não obteve consenso entre os peritos (IVC=0,87). Tal resultado demonstra como os profissionais da Enfermagem consideram necessária a restrição física, principalmente quando o paciente encontra-se agitado e desorientado na UTI. Da mesma forma, esse cuidado ainda apresenta inúmeras dúvidas quanto à melhor forma de realização da contenção e aos casos indicados, visto que a equipe multiprofissional apresenta algumas dificuldades em lidar com o paciente agitado (RIBEIRO et al., 2015). Talvez as outras categorias profissionais não tenham recomendado os cuidados de restrição física, pois não estão vinculados ao cuidado constante do paciente crítico à beira do leito como a Enfermagem.

Além do “diagnóstico de delirium”, outros cuidados como “pausa de sedação” coordenada com “teste de ventilação espontânea” e “mobilização precoce” (segundo o *bundle* ABCDE) foram considerados relevantes na avaliação dos enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, com consenso estabelecido por meio do IVC. Entretanto, a categoria outros –

composta por farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos – evidenciou dúvidas quanto à recomendação destes cuidados.

Um estudo desenvolvido em duas fases demonstrou os benefícios dos cuidados supracitados e diverge, em parte, das avaliações realizadas, visto que o profissional farmacêutico foi incorporado à equipe assistencial. O intuito desse trabalho multiprofissional foi de auxiliar a implementação dos cuidados de acordo com as diretrizes para dor, agitação e delirium em uma coorte piloto de 70 pacientes de UTI. Em uma segunda fase, foram incorporados os cuidados segundo o *bundle* ABCDE e acompanhados 436 pacientes. Os resultados da primeira fase apresentaram redução de 54,3% no uso de medicações sedativas e analgésicas ( $P=0,001$ ), menos administração de benzodiazepínicos ( $P=0,002$ ), menos dias de internação na UTI ( $P=0,01$ ), conferindo menos fatores de risco para o desenvolvimento de delirium. Após a implementação da segunda fase, foi observado redução nos dias de ventilação mecânica ( $P=0,03$ ) e de mortalidade ( $P=0,01$ ) (LOUZON et al., 2017).

Ainda, um estudo retrospectivo demonstrou os benefícios de incorporar o *bundle* ABCDE na assistência prestada. Foram analisados 159 registros de pacientes em UTI, sendo observado que a prevalência de delirium diminuiu significativamente (38% vs 23%,  $P=0,01$ ) e os pacientes apresentaram uma redução na média de dias em delirium (3,8 para 1,72 dias,  $P<0,001$ ) (BOUNDS et al., 2016). Dessa forma, os resultados corroboram o consenso estabelecido, uma vez que parecem ser eficazes no manejo de delirium, além de melhorar outros desfechos clínicos.

A “mobilização precoce” foi recomendada pelas diferentes categorias profissionais, o que demonstra o quanto a equipe multiprofissional considera o cuidado relevante para o doente crítico acometido por delirium – consenso estabelecido (IVC=1). É importante considerar que a mobilização necessita da participação de todos os profissionais que atuam na UTI, desde o momento da avaliação das condições clínicas do paciente até a execução da atividade.

Um ECR multicêntrico envolvendo 200 pacientes desenvolveu um protocolo de mobilização precoce em duas etapas: inicialmente, o nível de mobilização foi definido; após, foram implementadas medidas com auxílio do profissional facilitador (enfermeiro, fisioterapeuta ou médico), o qual foi responsável pela implementação e definição da meta de mobilização para alcançar o objetivo proposto. As metas foram: nível 0 = sem mobilização, nível 1 = movimentos passivos no leito, nível 3 = colocar o paciente em pé e nível 4 = deambulação. No grupo intervenção, os pacientes apresentaram mais dias livres de delirium em comparação ao grupo controle (25 vs 22 dias,  $P=0,01$ ). Então, além de diminuir o tempo

de permanência na UTI e melhorar a mobilidade funcional na alta hospitalar, a “mobilização precoce” demonstrou ser eficiente para o manejo de delirium (SCHALLER et al., 2016).

Essas evidências respaldam e direcionam o desenvolvimento de protocolos assistenciais. No entanto, vale ressaltar que a equipe multiprofissional precisa estar engajada para a execução da “mobilização precoce”, a fim de proporcionar todos os benefícios ao paciente de maneira segura.

Do mesmo modo, a fim de acrescer qualidade assistencial, as diretrizes para manejo da dor, agitação e delirium (BARR et al., 2013) obtiveram consenso na maioria dos cuidados propostos, exceto quanto à “utilização de opióides” como droga de escolha para manejo da dor (IVC=0,75), visto que outras drogas com menos efeitos colaterais podem ser escolhidas para condutas analgésicas.

Os cuidados referentes à “avaliação da dor” com o uso de escalas validadas, “administração de analgésico não opióide”, “analgesia antes de procedimentos dolorosos” e “limitação do uso de medicamentos associados ao delirium” obtiveram consenso (IVC > 0,97). Entretanto, vale ressaltar que os profissionais farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos parecem apresentar dúvidas em relação às escalas CPOT e BSP para mensurar a dor, visto as incertezas quanto à recomendação deste cuidado.

A avaliação e gestão da dor com o auxílio da escala CPOT foi demonstrada em um estudo desenvolvido em três fases: pré-implementação (observação do manejo da dor junto aos enfermeiros), implementação (desenvolvimento de capacitações em relação ao uso da CPOT) e pós-implementação (avaliação do desempenho dos profissionais). A amostra foi composta por 106 enfermeiros intensivistas e os resultados demonstraram que, após uma intervenção educativa, os profissionais mostraram-se mais favoráveis ao uso da CPOT (22,6% vs 53,8%), além de desenvolver manejos analgésicos mais adequados (ASADI-NOGHABI et al, 2015).

Dessa forma, intervenções educativas podem minimizar o desconhecimento relacionado à CPOT, o qual foi evidenciado em algumas avaliações dos peritos neste estudo, e instrumentalizar os profissionais da Terapia Intensiva quanto ao seu uso. O objetivo de utilizar tal escala é otimizar a gestão da dor e, possivelmente, deixar o paciente mais tranquilo, buscando resolver o quadro clínico de delirium.

As avaliações dos peritos foram divergentes em relação à “administração de haloperidol” para tratamento da agitação psicomotora e delirium no paciente crítico, pois até o momento o benefício desse medicamento ainda não está completamente elucidado. Todavia,

vale ressaltar que todos os peritos médicos recomendaram o uso deste antipsicótico e, apesar das discordâncias, houve consenso (IVC=0,93).

Isto também foi demonstrado em um inquérito multiprofissional com médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, no qual o haloperidol foi o fármaco mais frequentemente escolhido (65,5%) para controle dos sinais e sintomas do quadro clínico de delirium (TANAKA et al., 2015).

Na busca de corroborar a recomendação do manejo farmacológico com uso de haloperidol no paciente crítico em delirium, uma revisão sistemática está sendo desenvolvida. No entanto, seus resultados preliminares são conflitantes em relação ao uso de antipsicótico. Dos estudos que a compuseram, alguns sugerem que o uso de haloperidol é seguro e eficaz, enquanto outros não encontraram associação entre manejo farmacológico e incidência/duração de delirium. Os autores afirmam que, mesmo sem evidência forte, o haloperidol permanece como droga de escolha para tratamento do delirium (BARBATESKOVIC et al., 2016). Assim, condutas farmacológicas com o uso de haloperidol continuam sendo desenvolvidas na Terapia Intensiva a fim de prevenir e/ou tratar o delirium.

Quanto às intervenções referentes à orientação cognitiva, todas foram recomendadas pelas diferentes categorias profissionais e obtiveram consenso (IVC > 0,92), não havendo dúvidas quanto à sua indicação e execução, pois são facilmente desenvolvidas, não acrescentam custos à prática assistencial e nem prejuízos aos pacientes. A maioria dos cuidados de reorientação já é realizado no ambiente de Terapia Intensiva pelos profissionais de saúde de maneira aleatória. No entanto, quando vinculados a um protocolo assistencial, poderão ser instituídos como rotina para todos os pacientes críticos em delirium.

Já os cuidados de “disponibilizar protetor auricular e máscaras para os olhos” demonstraram incertezas nas avaliações das diferentes categorias profissionais, talvez por não se adequarem à realidade das rotinas vigentes nas UTIs brasileiras, o que poderia ocasionar certa resistência para a incorporação dos dispositivos à prática clínica. Contudo, esses cuidados apresentaram consenso (IVC=0,90), assim considerados importantes para compor o protocolo assistencial, uma vez que a interrupção do sono é um fator de risco para o desenvolvimento de delirium (FRANCIS; YOUNG, 2011; HIPPEL; ELY, 2012).

Um estudo intervencionista corrobora o consenso estabelecido neste estudo referente a diversos cuidados que compuseram o protocolo assistencial. Foram implementadas medidas para a promoção do sono; pausa de sedação realizada pelo enfermeiro com aplicação da escala de RASS e associado teste de ventilação espontânea; manejo da dor com utilização de escala numérica para avaliação, administração de analgesia e uma hora após nova avaliação;

estimulação sensorial com uso de relógios/calendários e orientação quanto a tempo e espaço; mobilização precoce com movimentos passivos e ativos. O CAM-ICU foi aplicado pelo enfermeiro uma vez por turno. Os resultados evidenciaram que o grupo intervenção apresentou menor incidência de delirium quando comparado ao grupo controle ( $P=0,001$ ), demonstrando a eficácia dos cuidados estabelecidos (SMITH; GRAMI, 2017).

Houve consenso estabelecido nos diferentes cuidados com modificações ambientais ( $IVC>0,97$ ), a fim de orientar e aproximar o paciente de sua realidade, por meio do uso de objetos pessoais, mudança de rotina de cuidados e presença da família. No entanto, para que esses cuidados assistenciais possam ser implementados, algumas mudanças nas rotinas hospitalares e nas posturas profissionais são necessárias.

Um estudo desenvolveu uma intervenção educativa com os profissionais de Enfermagem. Primeiramente, foram identificados alguns problemas relacionados à prevenção e à monitorização de delirium na UTI, como falta de orientação ao paciente, comunicação insuficiente entre família e profissionais, dificuldade de visualização de relógios, ausência de rotinas para uso de aparelhos auditivos e prótese dentária, luminosidade e ruídos excessivos, falta do uso de ferramenta diagnóstica e interrupção do sono. Foi observado que o desenvolvimento de processos educativos favoreceu o esclarecimento, a atualização e a sensibilização dos profissionais em relação ao delirium. Além disso, contribuiu para melhorias da prática assistencial e formação de consciência crítica acerca da problemática (FAUSTINO et al., 2016).

O engajamento e a sensibilização da equipe multiprofissional são fundamentais para o reconhecimento do delirium e o desenvolvimento dos cuidados necessários para prevenção e tratamento desse agravo neurológico. Tal envolvimento pode ser evidenciado pelas respostas dos peritos, os quais recomendaram os cuidados de modificações ambientais a fim de auxiliar na orientação. Dessa forma, desenvolver processos educativos para os profissionais intensivistas pode ser um caminho viável e promissor para qualificar a prática clínica, instrumentalizando as condutas terapêuticas com o intuito de atender às demandas multifatoriais do paciente crítico em delirium.

Os cuidados relacionados à presença da família para auxiliar na assistência ao paciente em delirium foram recomendados por todas as categorias profissionais; da mesma forma, o consenso foi estabelecido ( $IVC > 0,95$ ). Os familiares, quando devidamente orientados quanto aos sinais e sintomas do quadro clínico de delirium e cientes das formas de manejo, podem contribuir de forma significativa.

Incorporar a família no cuidado assistencial implica mudanças nas rotinas hospitalares e na postura dos profissionais de saúde. Da mesma forma, os familiares devem estar preparados psicologicamente para a realidade encontrada na UTI e auxiliar nos cuidados do seu ente querido; caso contrário, devido ao estresse, a presença da família pode ser improdutiva.

Fatores considerados estressantes por familiares de pacientes na UTI foram identificados em um estudo por meio da Escala de Estressores em Terapia Intensiva, a qual foi adaptada em um questionário respondido por 69 familiares. Os estressores foram classificados em: ambientais (relacionados ao paciente), relativos à interação equipe/família e referentes à visita ou rotinas administrativas. Os aspectos estressantes evidenciados pela família foram: motivo da internação ( $P=0,017$ ), o paciente não conseguir falar ( $P=0,038$ ), ver o paciente na UTI ( $P=0,006$ ), tempo de internação ( $P=0,032$ ), ver o paciente entubado ( $P=0,001$ ), descoberto ( $P=0,04$ ), barulhos de aparelhos ( $P=0,003$ ) e aparelhos ao redor ( $P=0,014$ ), os quais prejudicavam a interação da família com o ente querido. Estratégias individualizadas e ações de acolhimento podem minimizar ou prevenir o impacto dos fatores estressores da UTI, assim favorecendo a presença da família e incorporando-a ao cuidado (BARTH et al., 2016).

Uma abordagem baseada em evidências determina a medida mais acurada para prevenir e tratar o delirium na UTI colaborando para melhores resultados clínicos. Da mesma forma, é imprescindível que a assistência dispensada seja multiprofissional, visto que as demandas do paciente em delirium são dos mais diversos contextos, psicológicos, sociais e fisiológicos.

As intervenções para tratamento desse distúrbio neurológico ainda não estão completamente esclarecidas quanto à indicação e à eficácia. No entanto, a maioria dos cuidados recomendados nesse estudo apresentou resultados que favoreceram a resolução de delirium e melhoraram outros desfechos clínicos podendo, assim, ser desenvolvido na prática clínica de forma sistematizada.

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo desenvolveu e validou o protocolo multiprofissional de cuidados para pacientes críticos em delirium a partir das evidências de estudos científicos e do mapeamento cruzado com as intervenções da NIC propostas para pacientes com o DE Confusão Aguda relacionado ao delirium.

Como o delirium é uma doença multifatorial, os cuidados direcionados para prevenir e tratar esse evento neurológico são abrangentes. Conforme os resultados da RI seguidos do mapeamento cruzado e validação de conteúdo, o protocolo assistencial foi constituído por intervenções que atendiam aos aspectos fisiológicos, de acordo com os cuidados propostos no *bundle* ABCDE; aspectos farmacológicos, a partir dos cuidados embasados nas diretrizes para dor, agitação e delirium, assim como uso de haloperidol; aspectos psicológicos encontrados nos cuidados de reorientação cognitiva, promoção do sono e participação da família à assistência prestada ao doente crítico, entre outros.

Durante o processo de mapeamento cruzado, evidenciou-se que as intervenções da NIC apresentaram similaridade com os cuidados encontrados na RI. Isso corrobora a importância das linguagens padronizadas na prática clínica, já que estão de acordo com a maioria das evidências encontradas para prevenir e tratar o delirium.

Na validação de conteúdo, o consenso foi estabelecido em quase todos os cuidados – apenas quatro não foram recomendados. O uso de haloperidol gerou divergências entre os peritos, porém foi considerado relevante na assistência ao paciente crítico em delirium. Esse achado condiz com os resultados conflitantes dos estudos científicos desenvolvidos até o momento.

Da mesma forma, o diagnóstico de delirium através do CAM-ICU foi considerado como essencial para avaliação sistemática. A partir da implementação da rotina de monitorização do delirium, o subdiagnóstico nas UTIs pode ser minimizado.

Ainda, vale ressaltar que a mobilização precoce foi fortemente recomendada para o protocolo assistencial com o engajamento da equipe multiprofissional. Esse cuidado é intensamente estudado e determina uma melhora global do paciente crítico, não acrescentando custos elevados à assistência, mas necessitando de uma equipe capacitada.

Na prática assistencial, o uso das linguagens padronizadas pode favorecer o desenvolvimento de protocolos de cuidados para pacientes críticos, visando qualificar a assistência prestada pela equipe multiprofissional. Da mesma forma, incentiva o raciocínio clínico por parte dos profissionais a desenvolverem uma assistência pautada na criticidade,

além de proporcionar melhor gerenciamento e alocação dos recursos humanos e financeiros das instituições. Ademais, possibilita determinar condutas terapêuticas mais seguras e baseadas em evidências científicas e, com isso, melhorar os desfechos clínicos dos pacientes críticos em delirium.

Ainda são necessários mais estudos que desenvolvam cuidados – tanto não farmacológicos quanto farmacológicos – para prevenção e tratamento de delirium na UTI, pois os resultados ainda não apresentam evidências robustas. Além disso, sugere-se a validação clínica deste protocolo assistencial para posterior implementação na prática.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Washington). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-III)**. 3. ed. 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Washington). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM IIIR) Revised**. 3. ed. 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Washington). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM IV)**. 4. ed. Dc: 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Washington). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM IV) Revised**. 4. ed. 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS. **Diagnostic and Statistical Manual-5: proposed revision**. 2011. Disponível em:  
<<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=32>>. Acesso em: 6 June 2014.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2010. Nº 37 – DOU de 25/02/10 – seção 1 – p. 48.

ASADI-NOGHABI A. A. et al. Nurses use of critical care pain observational tool in patients with low consciousness. **Oman Medical Journal**, v. 30, no. 4, p. 276-282, July 2015.

AZZOLIN, K. et al. Consenso de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, dez. 2012;

BARBATESKOVIC, M. et al. Pharmacological interventions for delirium in intensive care patients: a protocol for an overview of reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, no. 1, p. 211, dec. 2016.

BARRA, D. C.; SASSO, G. T. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em Terapia Intensiva a partir do CIPE 1.0. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 19, p.54-63, mar. 2010.

BARR, J. et al. Clinical practice guidelines for the management of Pain, Agitation and Delirium in adult patients in the Intensive Care Unit. **Critical Care Medicine**, v. 41, no.1, p.263-306, Jan. 2013.

BARTH, A. A. et al. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 323-329, June 2016.

BATALHA, L. M. et al. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). **Revista de Enfermagem Referência**, v. 9, n. 3, p. 7-16, mar. 2013.

BLACK, P., BOORE, J. R.; PARAHOO, K. The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. **American Journal of Nursing**, v. 67, no. 5, p. 1091-1101, may 2011.

BOUNDS, R. N. et al. Effect of abcde bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients. **American Journal of Critical Care**, v. 25, no. 6, p. 535-544, nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62. 2013b.

BRYCZKOWSKI, S. B. et al. Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. **The Journal of Surgical Research**. New Jersey, v. 190, no. 1, p. 280-288, July 2014.

BRUMMEL, N. E. et al. Does Duration of ICU Delirium Predict Long-Term Functional Impairment? **American Journal Respiratory Critical Care Medicine**, v. 183, 2011.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CAMPBELL, N. L. et al. Improving delirium care in the intensive care unit: the design of a pragmatic study. **Trials**, v. 12, no. 139, June 2011.

CARVALHO, S. G. **Síndrome de Abstinência Alcoólica**. 2014. 28 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168587>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

CARVALHO E. C.; CRUZ, D.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 134-141, set. 2013.

CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE (CEBM) (UK). Oxford:2009. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CEREJEIRA, J. et al. The neuroinflammatory hypothesis of delirium. **Acta Neuropathologica**, v. 119, no. 6, p.737-754, June 2010.

COLLINSWORTH, A.W. et al. A Review of Multifaceted Care Approaches for the Prevention and Mitigation of Delirium in Intensive Care Units. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 31, no. 3, p. 127-141, Feb. 2016.

COLOMBO, R. et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. **Minerva Anestesiologica**, v. 78, no. 9, p. 1026-1033, Sep. 2012.

COSTA, M. B.; CASTRO, A. P. A. Abordagem interdisciplinar no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: da teoria à prática. **Revista de Extensão da Univasf**, Petrolina, v. 1, n. 2, p. 30-37, dez. 2013.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. **Revista gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 8-9, june 2012.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; TORRES, H. C. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes melittus tipo 2 em insulino terapia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 552-557, set. 2009.

DANTAS, D. V. et al. Protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: validação de conteúdo. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 3, p. 588-599, 2013.

DEVON, H. A. et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing scholarship**, v. 39, no. 2, p. 155-164, 2007.

ELY, E. W. 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, no. 7, p. 1481-3, july 2001.

ELY, E. W. et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). **JAMA**, v. 286, no. 21, p. 2703-2710, dec. 2001.

ENGEL, G. L.; ROMANO, J. Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency. **Journal of chronic diseases**, v. 16, no. 4, p. 526-538, nov. 2004.

FAN, E. et al. Informed consent in the critically ill: a two-step approach incorporating delirium screening. **Critical Care Medicine**, v. 36, no. 1, p. 94-99, jan. 2008.

FARIA, R. S. B.; MORENO, R. P. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 25, n. 2, p. 137-147, 2013.

FAUSTINO, T. N. et al. Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 725-732, july-ago. 2016.

FOSTER, J.; KELLY, M. A pilot study to test the feasibility of a nonpharmacologic intervention for the prevention of delirium in the medical intensive care unit. **Clinical Nurse Specialist CNS**, v. 27, no. 5, p. 231-238, sep. 2013.

FRANCIS, J. Delirium in older patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 40, no. 8, p. 829-838, aug, 1992.

FRANCIS, J.; YOUNG, G. B. Diagnosis of delirium and confusional states. **UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA**, 2011. Disponível em <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states>> Acesso em: 17 july 2015.

FRASER, D. et al. Original research: Implementation of an early mobility program in an ICU. **The American Journal of Nursing**, v. 115, no. 12, p. 49-58, dec. 2015.

GÉLINAS, C. et al. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. **American Journal of Critical Care**, v. 15, no. 4, p. 420-427, july 2006.

GIRARD, T. D. et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. **Critical Care Medicine**, v. 38, no. 7, p. 1513-20, july 2010.

GOMES, A. M. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, R. A. P. P. et al. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, p. 21-26, 2011.

GOFTON, T. E. Delirium: a review. **The Canadian Journal of Neurological Sciences/Le Journal Canadien des Sciences Neurologiques**, v. 38, no. 5, p. 673-680, sep. 2011.

GUENTHER, U. et al. Validity and reliability of the CAM-ICU Flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. **Journal of Critical Care**, v. 25, no. 1, p. 144-151, mar. 2010.

GUSMÃO-FLORES, D. G. et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. **Clinics Science**, v. 66, no. 11, p. 1917-1922, July 2011.

HATA, R. K. et al. Promoting sleep in the adult surgical intensive care unit patients to prevent delirium. **The Nursing Clinics of North America**, v. 49, no. 3, p. 383-397, sep. 2014.

HERDMAN, T. H. Processo de Enfermagem: um momento para relembrar seu propósito. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n.3, p. 458-459, 2013.

HSIEH, S. J. et al. The association between acute respiratory distress syndrome, delirium, and in-hospital mortality in intensive care unit patients. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 191, no. 1, p. 71-78, jan. 2015.

HIPP, D. M.; ELY, E. W. Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients. **Neurotherapeutics**, v. 9, no. 1, p. 158-175, jan. 2012

INOUYE, S. K. et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. **Annals of Internal Medicine**, v. 113, no. 12, p. 941-948, dec. 1990.

JEVON, P.; EWENS, B. **Monitoramento do paciente crítico**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 704, 2009.

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

KAMDAR, B. B. et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. **Critical Care Medicine**, v. 41, no. 3, p. 800-809, mar. 2013.

LIPTZIN, B. et al. An empirical study of diagnostic criteria for delirium. **The American journal of psychiatry**, v.148, no. 4, p. 454-457, apr. 1991.

LITTON, E. et al. The Efficacy of Earplugs as a Sleep Hygiene Strategy for Reducing Delirium in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Critical Care Medicine**, v. 44, no. 5, p. 992-999, may 2016.

LOUZON, P. et al. Impact of pharmacist management of pain, agitation, and delirium in the intensive care unit through participation in multidisciplinary bundle rounds. **American journal of health-system pharmacy**, v. 74, no. 4, fev. 2017.

LUIZA M. F.; ALMEIDA M. A.; LUCENA A. F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na *Nursing Interventions Classification*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 632-639, ago. 2014.

LUCENA, A. F. **Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. 2006. 210 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

LUCENA, A. F. et al. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 873-80, set-out. 2010.

MARCOANTONIO, E. R. et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 49, no. 5, p. 516-522, may. 2001.

MOON, K. J.; LEE, S. M. The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled Trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, no. 9, p. 1423-1432, sep. 2015.

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. **Nursing Diagnosis**, v. 8, no. 4, p. 137-144, oct-dec. 1997.

MORI S. et al. Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola da Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 585-591, 2016.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NASSAR, A. P. et al. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 126, no. 4, p. 215-219, july 2008.

PATEL, J. et al. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. **Anaesthesia**, v. 69, no. 6, p. 540-549, june 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERROCA, M. G. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 58-66, jan-fev. 2011.

PISANI, M. A. et al. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. **American Journal Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 180, no. 11, p. 1092-7, dec. 2009.

PITROWSKY, M. T. et al. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 274-279, set. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática de Enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed: 2011.

POLIT, D. F.; BECK C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing Health**, v. 29, p.489-497, may. 2006.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Publicações Paulistas de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009.

REL, M.; KAPLOW, R. Prática de enfermagem de cuidados críticos: Integração entre cuidado, competência e compromisso com a excelência. In: MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma abordagem Holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 4-11, 2011.

RIBEIRO, S. C. et al. Conhecimento de enfermeiros sobre *delirium* no paciente Crítico: discurso do sujeito coletivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 513-520, abr-june 2015.

SALGADO P. O.; CHIANCA T. C. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, july-ago. 2011.

SALLUH, J. I. et al. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. **Critical Care**, v. 14, no. 6, 2010. Disponível em: <<http://ccforum.com/content/14/6/R210>> Acesso em: 10 june 2015.

SÁNCHEZ, J. C.; GONZÁLEZ, M. I.; GUTIÉRREZ, J.C. Delírium en pacientes mayores de 60 años en un hospital público de tercer nivel en la ciudad de Pereira (Colombia): subdiagnóstico y subregistro. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 42, n. 2, p. 191-197, 2013.

SANTOS, E. C.; OLIVEIRA, I. C. M.; FEIJÃO, A. R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 363-373, 2016.

SCHALLER, S. J. et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. **Lancet**, v. 388, no. 10052, p. 1377-1388, out. 2016.

SHEHABI, Y. et al. Delirium duration and mortality in lightly sedated, mechanically ventilated intensive care unit patients. **Critical Care Medicine**, v. 38, no. 12, p. 2311-8, dec. 2010.

SILVA, M. J. P. Humanização em unidade de terapia intensiva. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. São Paulo: Atheneu, p. 1-12, 2008.

SMITH, C.D.; GRAMI, P. Feasibility and effectiveness of a delirium prevention bundle in critically ill patients. **American Journal of Critical Care**, v. 26, no. 1, jan. 2017.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-45, abr. 2014.

SPRUNG, C. L. et al. Amino acid alterations and encephalopathy in the sepsis syndrome. **Critical Care Medicine**, v. 19, no. 6, p. 753-7, june 1991.

STETLER, B. C. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, no. 4, p. 195-206, nov. 1998.

TANAKA, L. M. et al. *Delirium* em pacientes na unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação não invasiva: um inquérito multinacional. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 4, p. 360-368, 2015.

TOVAR, L. O. G.; SUAREZ, L. D.; MUÑOZ, F. C. Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. **Enfermería Global**, v. 15, n. 1, p. 49-63, 2016.

TROPEA, J. et al. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. **Australasian Journal on Ageing**, v. 27, no. 3, p.150-156, sep. 2008.

TRZEPACZ, P. T. Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. **Seminars in Clinical Neuropsychiatry**, v. 5, no. 2, p. 132-48, apr. 2000.

VAN MUNSTER, B. C.; DE ROOIJ, S. E.; KOREVAAR, J. C. The role of genetics in delirium in the elderly patient. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 28, no. 3, p. 187-195, aug. 2009.

VAN ROMPAEY, B. et al. The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. **Critical Care**, v. 16, no. 3, may 2012.

VASILEVSKIS, E. E. et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness—crossing the quality chasm. **Chest**, v. 138, no. 5, p. 1224-1233, nov. 2010.

WERNECK, M. A.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coomed, 2009.

WHEELER, M.; CRENSHAW, C.; GUNN, S. Incidence and Prevention of Delirium in Critical Care Patients. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 26, no. 4, p. 461-468, dec. 2014.

ZALL, I. J. et al. Intensive care unit environment may affect the course of delirium. **Intensive care Medicine**, v. 39, no. 3, p. 481-8, mar. 2013.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

### Validação de Protocolo Assistencial de Cuidados para Pacientes Críticos em Delirium

Este protocolo deve ser avaliado quanto a adequação das intervenções sob sua efetividade e aplicabilidade. O instrumento de pesquisa contempla variáveis que caracterizam a amostra dos peritos e, após, as intervenções que constituem o protocolo assistencial para manejo de pacientes críticos com Diagnóstico de Enfermagem Confusão Aguda relacionado ao delirium e/ou CAM-ICU positivo.

Cada intervenção presente no protocolo deve ser classificada pelo perito como: recomendo, não recomendo e não tenho certeza. No caso das alternativas não recomendo e não tenho certeza há um campo de observação para justificar a avaliação. O nível de evidência científica dos estudos foi determinado de acordo com a Classificação de Oxford (23): 1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4 e 5. Exceto as diretrizes para dor, agitação e delirium que originalmente foram classificadas com o GRADE.

#### Perfil dos peritos:

1. Nome:

2. Idade:

3. Sexo:

Feminino

Masculino

4. Estado civil:

casado

solteiro

outro

5. Categoria profissional:

Enfermeiro

Fisioterapeuta

Médico

Farmacêutico

Assistente social

Psicóloga

Nutricionista

## 6. Formação acadêmica:

- Especialização em UTI
- Residência em UTI/Paciente crític
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Especialização em outra área.

## 7. Área de atuação:

- Assistência
- Docência
- Pesquisa

8. Tempo de experiência em Terapia Intensiva (em anos): \_\_\_\_\_

## 9. Tipo de instituição que trabalha:

- Privada
- Pública

**Instrumento de Pesquisa:**

Pacote ABCDE (Awaken the patient daily, Breathing, Coordination, Delirium monitoring, Exercise/Early mobility)

1. Despertar o paciente diariamente: pausa de sedação diária e avaliação do nível de sedação com a Richmond Agitation-Sedation Scale (escala de RASS) realizadas pela equipe de enfermagem \_ 1a (1,7, 9,18, 21).
- Pausa de sedação às 6:30 hs.
- Pausa de sedação às 7:30 hs.
- Recomendo
- Não recomendo
- Não tenho certeza
2. Realizar testes de ventilação espontânea diários \_ 1a (7, 21).
- Recomendo
- Não recomendo
- Não tenho certeza
3. Despertar e realizar teste de ventilação espontânea diariamente nos pacientes \_ 1a (7, 21)
- Recomendo
- Não recomendo
- Não tenho certeza
4. Monitorar o delirium com o Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU): aplicação uma vez ao turno por qualquer profissional capacitado \_ 1a (1, 7,13, 17, 21).
- Recomendo
- Não recomendo
- Não tenho certeza

5. Realizar mobilização precoce nos pacientes conforme estado clínico/protocolo: mudança de decúbito no leito, sair do leito, deambulação, etc \_ 1a (1, 7, 9, 10, 21).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

Diretrizes para dor, agitação e delirium(Pain,AgainandDelirium)

6. Avaliar a dor do paciente com a Critical Care Pain Observation Tool Critical (CPOT) ou Behavioral Pain Scale (BPS), escalas validadas, uma vez ao turno e sempre que necessário \_ B (1, 2, 11).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

7. Administrar opióide endovenoso como a droga de escolha para tratar dor não neuropática em pacientes graves \_ +1C (1).


Recomendo  
 Não Recomendo  
 Não tenho certeza

8. Considerar a administração de analgésicos não opióides para diminuir a quantidade de opióides administrados e seus efeitos secundários \_ +2C (1).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

9. Mediar assegurando analgesia antes de intervenções dolorosas \_ +1C (1).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

10. Limitar o uso de medicamentos associados com o desenvolvimento delirium, incluindo benzodiazepínicos e anticolinérgicos \_ B (1, 4, 6, 15).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

11. Escolher sedações que não são consideradas fator de risco para delirium; Dar preferência às estratégias de sedações não benzodiazepínicas - propofol ou dexmedetomidina - aos benzodiazepínicos \_ +2B (1, 21).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

Agitação psicomotora

12. Administrar haldol endovenoso como antipsicótico de escolha para tratar agitação psicomotora \_ 2b (4, 6, 15, 22).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

13. Estimular a equipe multiprofissional à prática de orientações verbais e/ou escritas aos pacientes \_ 2b (19).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza.

14. Chamar o paciente pelo primeiro nome quando iniciar uma interação \_ 2c (8, 12).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
15. Estimular o paciente com as seguintes perguntas: Quem é Você? Quem é o enfermeiro/médico? O que aconteceu? Quando isso aconteceu e qual é a data? Onde está você/nós? Por que isso aconteceu? Como isso aconteceu? Qual é a evolução da doença? \_ 2c (8).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
16. Informar ao paciente as características da unidade, horário de visitas, alimentação e procedimentos a serem realizados \_ 1b (8, 12, 17)
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
17. Explicar ao paciente qualquer ruído produzido por bombas de infusão, alarme e/ou ventilador, entre outros \_ 2c (12).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
18. Fornecer informações ao paciente sobre o seu estado de saúde, prognóstico e tratamentos realizados \_ 2c (12).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
19. Oferecer meios do paciente ouvir sua preferência musical, sistema de som existente na UTI ou uso de rádio pessoal, quando o paciente estiver impossibilitado de referir sua preferência, perguntar a família; Oferecer televisão. No horário das 06:00 às 20:00 hs \_ 2b (8, 9, 12).
- Recomendo  
 Não Recomendo  
 Não tenho certeza
20. Fornecer óculos e aparelho auditivo de uso pessoal, assim como prótese dentária, logo que possível \_ 1b (9, 17).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

Promoção do sono

21. Avaliar em equipe multiprofissional quais pacientes são estáveis para manter um período de sono noturno ininterrupto, na manhã seguinte reavaliados para determinar quais podem permanecer no protocolo \_ 2b (9, 14).
- Período de sono das 00:00 às 04:00  
 Período de sono das 22:00 às 04:00
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

22. Evitar que o paciente durma durante o dia, incentivar a mobilização e evitar cafeína antes do sono noturno \_ 2c (15).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
23. Agrupar cuidados de rotinas/procedimentos/exames durante o dia, tanto quanto possível, para permitir período de sono ininterrupto. Durante a noite realizar banho de rotina nos pacientes até as 22 hs \_ 2b (4, 14, 15, 19).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
24. Não interromper o período de sono, evitar administração de medicamentos à noite/madrugada, reaprazar sem prejudicar o tratamento do paciente \_ 2c (12).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
25. Verificar e registrar os sinais vitais de rotina através do monitor central durante o período de sono: ECG, FR e Sat O2. Discutir em equipe se o paciente pode permanecer esse período sem verificação de pressão arterial não invasiva \_ 2c (14).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
26. Fornecer tampões de ouvidos e/ou máscara para os olhos aos pacientes com RASS > - 4 durante o período de sono noturno \_ 1b (15, 19, 20).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
27. Verificar os limites de alarmes e individualizar em acordo com a equipe \_2c (14).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
28. Verificar a preferência do paciente em relação ao ambiente para dormir: desligar a luz, fechar a cortina e a porta \_ 2c (14).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
29. Informar ao paciente os benefícios do ciclo sono-vigília e explicar o protocolo \_ 2b (4, 12,19).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza
30. Avaliar constantemente para risco de UP. Os pacientes com UP continuar a mudança de decúbito a cada 2 hs durante o período de sono, caso o paciente não tenha avaliar se pode permanecer sem mudança de decúbito pela equipe de enfermagem durante o período de sono \_ 2c (14).
- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

31. Interromper o período de sono de acordo com as alterações clínicas do paciente/instabilidades \_ 2c (14).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

Ambiente e Família

32. Orientar o paciente com o auxílio de relógios e calendários disponibilizados no leito \_ 1b (8, 9, 17, 19).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

33. Permitir que os familiares tragam itens pessoais do paciente, tais como revistas, livros, fotografias, entre outros que não interfiram na dinâmica da unidade \_ 1b (12, 17).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

34. Reduzir a luz à noite. Executar atividades de cuidados noturnos com iluminação de cabeceira sempre que possível, desligar TV e escurecer a tela dos ventiladores - modo noite \_ 1b (1, 4, 12, 15, 17, 22).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

35. Orientar/estimular a equipe de profissionais evitar falar em torno de espaços da cama do paciente a fim de diminuir o barulho durante a noite \_ 2b (12, 14, 15, 19).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

36. Controlar os ruídos: Fechar as portas, diminuir o volume dos telefones, entre outros \_ 2b (8, 19).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

37. Promover/flexibilizar o acesso da família ao paciente, por exemplo ampliando o horário de visita \_ 2b (3).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

38. Promover um planejamento eficaz de cuidados de rotina a fim de facilitar o acesso da família \_ 2b (3).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

39. Realizar rondas diárias na UTI durante o horário de visitas para oferecer educação sobre delirium aos familiares e pacientes \_ 2b (4).


- Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

40. Incentivar a interação da família, orientar que o familiar pode conversar com o paciente e segurar sua mão. Este encorajamento verbal feito pela equipe aos familiares deve ser dado apenas uma vez durante cada visita \_ 2b (3).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

41. Desenvolver folhetos educativos para as famílias encorajando sua participação na assistência ao paciente, na alimentação, realização de massagem e reorientação, entre outros \_ 2b (3, 4).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

#### Outros cuidados

42. Retirar precocemente dispositivos desnecessários (discutir em equipe multiprofissional): cateter venoso central, sonda vesical de demora, entre outros \_ 1b (6, 17).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

43. Realizar contenção mecânica nas mãos dos pacientes agitado com uma abordagem adequada, desenvolvendo “luva de box” \_ 4 (22).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

44. Não prender a contenção na grade cama, não restringir a movimentação do paciente, apenas evitar que segure e puxe algum dispositivo \_ 4 (22).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

45. Usar/manter elevadas as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama \_ 5 (5).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

46. Fornecer ao paciente um meio de chamar os profissionais de saúde, p. ex.: campainha ou luz \_ 2c (5, 14).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

47. Proporcionar 2 vezes ao dia 90 min de período calmo, sem visitantes e com interrupção dos cuidados prestados, limitar para atividades essenciais. Durante esses momentos, disponibilizar música relaxante, se possível \_ 2b (4).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

48. Identificar o leito do paciente que estiver em delirium a fim de que os profissionais de saúde (UTI, laboratório, RX, etc) mantenham os cuidados instituídos pelo protocolo \_ 2c (14).


Recomendo  
 Não recomendo  
 Não tenho certeza

## **APÊNDICE B – CARTA EXPLICATIVA**

### **CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA AO DELIRIUM: PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE CUIDADOS PARA PACIENTE CRÍTICO**

Prezado colega,

Estamos convidando profissionais da área da saúde peritos em assistência a pacientes críticos, para validar um protocolo assistencial para pacientes em delirium na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por meio da avaliação de intervenções quanto a sua efetividade e aplicabilidade.

Este estudo torna-se relevante tendo em vista a alta incidência de delirium em terapia intensiva, as consequências negativas desse distúrbio para o paciente a curto e a longo prazo, os altos custos institucionais e a falta de um consenso quanto as intervenções efetivas a serem implementadas.

O estudo é desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa foi realizado uma revisão integrativa e mapeamento cruzado para selecionar as intervenções pertinentes ao atendimento de pacientes críticos em delirium. A segunda etapa foi constituída da elaboração do protocolo assistencial. Por fim, está sendo desenvolvida a validação de conteúdo através da Técnica Delphi, a qual objetiva um consenso a partir da opinião de peritos a cerca de determinado assunto.

O instrumento de pesquisa contempla variáveis que caracterizam a amostra de peritos e, após, as intervenções que constituem o protocolo assistencial para manejo de pacientes críticos com DE Confusão Aguda relacionado ao delirium/CAM-ICU positivo. Cada intervenção presente no protocolo deverá ser classificada pelo perito como: recomendo, não recomendo e não tenho certeza. No caso das alternativas não recomendo e não tenho certeza há um campo de observação para o perito justificar sua avaliação.

Salientamos que os pesquisadores garantem a confidencialidade dos sujeitos e das respostas enviadas, sendo que sua concordância em participar da pesquisa será manifestada pelo retorno do questionário preenchido por meio eletrônico.

A sua participação como perito é fundamental para os resultados da pesquisa. Caso concorde em participar, seremos muito gratas pela sua valiosa colaboração.

Em caso de dúvida, favor entrar em contato através dos seguintes contatos:

Enf<sup>a</sup>. Thieli Lemos de Souza

Pesquisadora responsável

Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

[thielils@gmail.com](mailto:thielils@gmail.com)

Fone: (51) 85476448

Prof<sup>a</sup>. Dra. Karina Azzolin

Professora orientadora

Docente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

[karina.azzolin@gmail.com](mailto:karina.azzolin@gmail.com)

Fone: (51) 91494521

**ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO NOS SEMINÁRIOS INTEGRADOS DE  
PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS**



**PARECER CONSUBSTANCIADO  
SEMINÁRIOS INTEGRADOS DE PESQUISA  
LINHA DE PESQUISA: TECNOLOGIAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E  
SAÚDE**

**TÍTULO: CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA AO DELIRIUM: PROPOSTA DE  
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE  
CUIDADOS PARA PACIENTE CRÍTICO**

**Autor/Aluno:** . Thiéli Souza

**Orientador:** Karina de Oliveira Azzolin

**Instituição de origem:** Escola de Enfermagem da UFRGS - PPG

**Local de realização:** Escola de Enfermagem, sala 108

O projeto em análise trata-se de uma proposta de dissertação de Mestrado.

**Título:** Realizado sugestões:

- Devido a protocolo (amplo, pode ser de manejo, de medicamento, de exames, etc)  
CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA AO DELIRIUM: PROPOSTA DE  
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE  
CUIDADOS PARA PACIENTE CRÍTICO

- Adequar aos objetivos do estudo; Deverá compreender os conceitos centrais, objetivos de pesquisa.

**Introdução: Revisão bibliográfica:** sugerido incluir este item

Está ampla, com pouco encadeamento entre a contextualização, estado da arte sobre o tema, os pontos polêmicos e a lacuna do conhecimento. Tem muitos aspectos conceituais, de instrumento que não deveriam estar neste item.

Os estudos estão apresentados sem encadeamento, mas principalmente, em vários parágrafos ocorre a apresentação do estudo, sem dizer que tipo de paciente, e detalhes importantes do método ou resultado. Comentários no projeto.

**Objetivos:**

Realizado sugestões, deixar mais alinhado com o título.

**Metodologia:**

Adequar ao propósito do estudo. Rever o referencial de RI de Stetler, pois a metodologia que ele propõe não é na íntegra o que está proposto no estudo.  
Merece melhor delimitação das etapas, definição de referencial, para que profissionais será o protocolo, quem irá desenvolvê-lo, quem irá validá-lo, etc.  
Demais comentário no projeto.

**Cronograma:** adequado

---

**Orçamento:**  
adequado

---

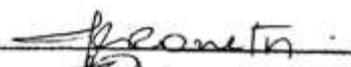
**Referências** revisar algumas, no método tem uma muito antiga

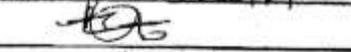
---

**Apêndices :** faltou o essencial, o instrumento contento as intervenções da NIC

---

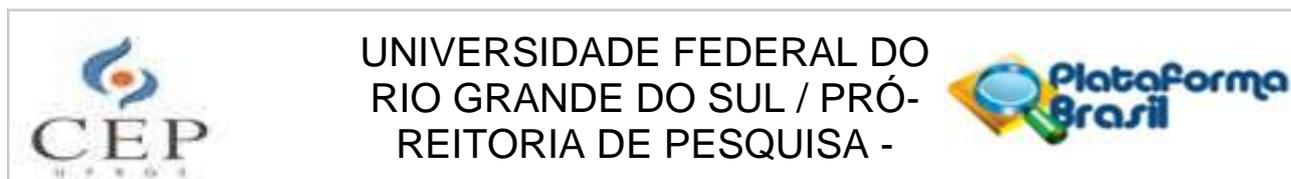
Porto Alegre, 12 de junho de 2015.

Profa. Dra. 

Profa. Dra. 

Doutorando Muciana Nabinger Henna Barreto

## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA AO DELIRIUM: PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE CUIDADOS PARA PACIENTE CRÍTICO

**Pesquisador:** Karina de Oliveira Azzolin

**Área Temática:** Versão:3

**CAAE:** 52558016.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.526.221

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se retorno de diligência. Estudo metodológico com intuito de elaborar, validar e avaliar instrumento e técnica de pesquisa, objetivando a construção de um instrumento confiável, preciso e utilizável, ancorando-se na proposição de Polit e Beck (2011). A pesquisa será composta por três etapas: a primeira consistirá na elaboração de uma revisão integrativa (RI) para a identificação das evidências no que tange aos cuidados para delirium, a seguir será realizado o mapeamento cruzado entre estas e as intervenções propostas pela NIC. A segunda etapa será a elaboração do protocolo com todos os cuidados identificados e a terceira etapa será a validação de conteúdo do protocolo.

**JUSTIFICATIVA:** O delirium é um distúrbio que desencadeia importante declínio funcional, maior morbidade, mortalidade, período de internação, tempo de ventilação mecânica e custos em doentes críticos (BRUMMEL et al, 2011; HSIEH et al, 2015; SHEHABI et al, 2010). O aumento no período de internação é de um a 10 dias quando comparados com pacientes que não desenvolveram o delirium (FAN et al, 2008). Além disso, a maior duração da disfunção é associada a comprometimento cognitivo a longo prazo após a resolução da doença crítica (BRUMMEL et al, 2011; GIRARD et al, 2010). A relação entre a mortalidade e o delirium em doentes críticos não está bem estabelecida, mas em seis meses as

<b>Bairro:</b> Farroupilha	<b>CEP:</b> 90.040-060
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE
<b>Telefone:</b> (51)3308-3738	<b>Fax:</b> (51)3308-4085
<b>E-mail:</b> etica@propesq.ufrgs.br	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.526.221

chances de morrer triplicam em indivíduos que apresentaram essa condição. A cada dia desse agravo neurológico vigente, é associado um aumento de 10% de risco de morte (PISANI et al, 2009). Perante o contexto catastrófico do delirium para os pacientes, tal distúrbio deve ser considerado uma patologia de importância epidemiológica que necessita ser melhor investigada e tratada, visto a presente dificuldade na sua identificação e a incerteza sobre as intervenções que sejam realmente eficazes na resolução do quadro (BRYCZKOWSKI et al, 2014). Assim, devido à marcante presença do delirium no ambiente de terapia intensiva e a dificuldade de avaliação na população de pacientes críticos, um grupo de pesquisadores americanos desenvolveu o Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU).

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO**

- Desenvolver e validar um protocolo assistencial de cuidados para manejo de pacientes com o de Confusão Aguda, relacionado ao delirium internados em UTI, a partir das intervenções NIC e evidências encontradas na literatura.

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Realizar o mapeamento cruzado entre as intervenções NIC e as evidências na literatura acerca dos cuidados para pacientes em delirium;
- Realizar a validação de conteúdo do protocolo assistencial de cuidados para acidentados críticos com o de Confusão Aguda relacionado ao delirium.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**BENEFÍCIOS:** A pesquisa beneficiará os sujeitos peritos visto que pretende uniformizar os cuidados prestados aos pacientes críticos em delirium.

**RISCOS:** Adequou informações relativas aos riscos da pesquisa,

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**1º ETAPA: REVISÃO INTEGRATIVA (RI) E MAPEAMENTO CRUZADO**

A RI será desenvolvida a partir da adaptação do referencial teórico do modelo de Stetler (1998), o qual propõe o desenvolvimento de diretrizes para a prática assistencial baseada em evidências, esclarecendo questões controversas e implementando atividades que visem melhorar a qualidade do cuidado. Tal proposta é desenvolvida a partir da construção de um grupo de indivíduos (profissionais do serviço), que identificam o fenômeno de interesse, posteriormente desenvolvem

<b>Bairro:</b> Farroupilha	<b>CEP:</b> 90.040-060
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE
<b>Telefone:</b> (51)3308-3738	<b>Fax:</b> (51)3308-4085
	<b>E-mail:</b> etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.526.221

estudos e análises datemática em questão. Ainda, o método estabelece o detalhando do processo operacional a fim de determinar contribuições significativas para a construção do conhecimento. O mapeamento cruzado será utilizado para a comparação entre os cuidados identificados na literatura (linguagem não padronizada) e as intervenções padronizadas pela NIC (LUCENA et al, 2010). É definido

como o processo para explicar algo, através do uso de palavras semelhantes ou com o mesmo significado; compara as informações a fim de validar dados em diferentes contextos e realidades (MOORHEAD; DELANEY, 1997).

### 2º ETAPA: CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

As intervenções encontradas a partir da RI e do mapeamento cruzado comporão a proposta de um protocolo assistencial de cuidados para pacientes na UTI com DE Confusão Aguda relacionado ao delirium/CAM-ICU positivo e aplicado pela equipe multiprofissional.

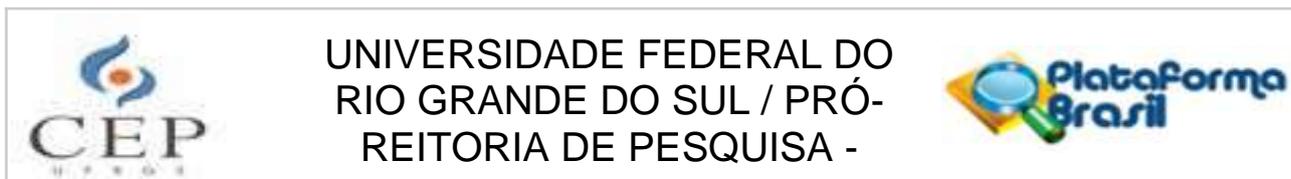
### 3º ETAPA: PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Com o intuito de verificar junto a peritos a adequação dos cuidados/intervenções presentes no protocolo elaborado para o paciente em delirium, quanto a sua aplicabilidade pela equipe multiprofissional. Para o processo de validação será utilizada a técnica Delphi, método destinado a obter, comparar e direcionar as opiniões de indivíduos peritos acerca de determinado assunto.

CONTATO/CAPTAÇÃO DE PERITOS: O convite aos peritos ocorrerá via correio eletrônico. O retorno do instrumento (SurveyMonkey) preenchido pelo profissional será considerado o aceite para participar do estudo. Sendo mantida a confidencialidade dos sujeitos e das respostas enviadas, de acordo com o descrito em carta convite. Serão convidados a participar da pesquisa no mínimo 26 profissionais considerando 20% de perdas, a fim de alcançar pelo menos 20 peritos para o processo de validação. Será realizada a busca de profissionais de saúde de diferentes categorias (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e farmacêuticos) que tenham experiência em terapia intensiva e possuam afinidade com a temática estudada. Para composição da amostra, serão utilizadas as seguintes estratégias:

- a)Convite pessoal aos profissionais de conhecimento das autoras.
- b)Será utilizada a estratégia de amostragem de rede. Os membros iniciais da amostra indicam outros indivíduos que atendam aos critérios de inclusão da pesquisa (POLIT; BECK, 2011).
- c)Busca de profissionais na Plataforma Lattes, acessada pelo portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Para isso, será realizado uma busca simples na opção “assunto”, utilizando as seguintes palavras: Unidade de Terapia Intensiva e paciente em delirium.

<b>Bairro:</b> Farroupilha	<b>CEP:</b> 90.040-060
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE
<b>Telefone:</b> (51)3308-3738	<b>Fax:</b> (51)3308-4085
	<b>E-mail:</b> etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.526.221

d) Contato com autores de publicações científicas relacionados ao tema da pesquisa. ANÁLISE/TRATAMENTO DOS DADOS: Devidamente descrito.  
 ORÇAMENTO: Detalhado, custeio próprio, tendo assinalado que a responsabilidade pelo custeio é da Pesquisadora Responsável (Orientadora do estudo), conforme recomendado em parecer anterior. CRONOGRAMA: Informado e atualizado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Anexou parecer consubstanciado da COMPESQ- ENF-UFRGS.  
 Anexou declaração de concordância da Instituição proponente - UFRGS.

**Recomendações:**

Pesquisadora atendeu as recomendações do CEP.  
 Projeto apto à aprovação

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovação

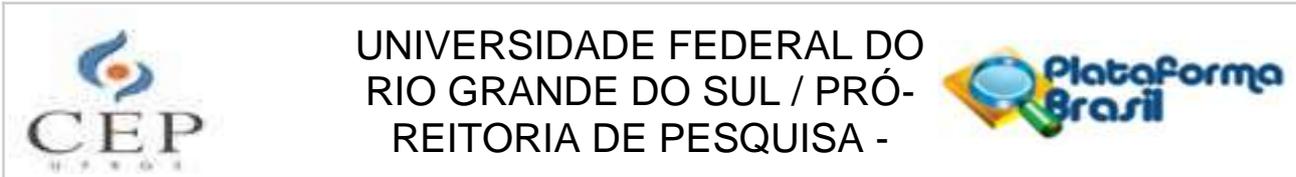
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_636755.pdf	20/04/2016 17:39:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_THIELI_2004.pdf	20/04/2016 17:37:17	Karina de Oliveira Azzolin	Aceito
Outros	cartaCEP050416.pdf	05/04/2016 14:46:06	Karina de Oliveira Azzolin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_THIELI_210316.pdf	21/03/2016 11:53:11	Karina de Oliveira Azzolin	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	18/01/2016 18:38:29	Karina de Oliveira Azzolin	Aceito
Outros	Parecer_Compesq.pdf	01/12/2015 16:49:06	Karina de Oliveira Azzolin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_THIELI.pdf	01/12/2015 16:43:33	Karina de Oliveira Azzolin	Aceito

<b>Bairro:</b> Farroupilha	<b>CEP:</b> 90.040-060
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE
<b>Telefone:</b> (51)3308-3738	<b>Fax:</b> (51)3308-4085
	<b>E-mail:</b> etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.526.221

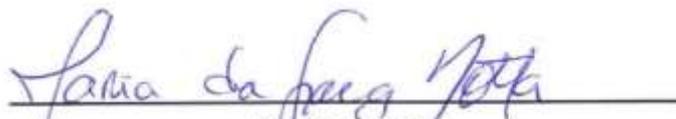
Investigador	projeto_THIELI.pdf	01/12/2015 16:43:33	Karina de Oliveira Azzolin	Aceito
--------------	--------------------	------------------------	-------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

  
 Assinado por:  
 MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA  
 (Coordenador)

<b>Bairro:</b> Farroupilha	<b>CEP:</b> 90.040-060
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE
<b>Telefone:</b> (51)3308-3738	<b>Fax:</b> (51)3308-4085
<b>E-mail:</b> etica@propesq.ufrgs.br	