



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL

MANEJO DE DELIRIUM NO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA ONCOLÓGICA: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE
DIRETRIZES DE CUIDADOS

Autor: Bárbara Rocha Gouveia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina de Oliveira Valente

RIO DE JANEIRO

2017

BÁRBARA ROCHA GOUVEIA

**MANEJO DE DELIRIUM NO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA ONCOLÓGICA: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE
DIRETRIZES DE CUIDADOS**

Relatório final de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do Título como Exame de Defesa do Mestrado Profissional.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina de Oliveira Valente
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar
(Presidente)

Prof.^a Dr.^a RENATA FLÁVIA ABREU DA SILVA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(1^a Examinadora interno)

Prof.^a Dr.^a KARLA BIANCHA SILVA DE ANDRADE
Instituto Nacional do Câncer / Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(1^a Examinadora externa)

RIO DE JANEIRO

2017

FICHA CARTOGRÁFICA

Gouveia, Bárbara Rocha.

G719 Manejo de delirium no paciente em unidade de terapia intensiva oncológica: elaboração de protocolos de diretrizes de cuidados / Bárbara Rocha Gouveia, 2017.

152 f.; 30 cm

Orientadora: Tânia Cristina de Oliveira Valente.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

1. Cuidados críticos. 2. Oncologia. 3. Dor Crônica. 4. Delírio. 5. Analgesia.

I. Valente, Tânia Cristina de Oliveira. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. III. Título.

CDD – 616.028

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é o resultado de muitas horas de trabalho e é importante exprimir os meus sinceros agradecimentos a algumas pessoas que me ajudaram em mais essa etapa da minha vida.

Primeiramente a **DEUS**. “Porque dele, por ele e para ele são todas as coisas; Glória, pois, a ele eternamente. Amém.” (Romanos 11:36)

À minha família:

Aos meus pais, José Roberto Gouveia e em especial a minha MÃE Rogéria Rodrigues Pinheiro Rocha pelas minhas bases, simplesmente por terem me feito existir, por tanto amor, por tudo o que sou, por cada oração, por terem me proporcionado educação, valores e amor pelos estudos, e, apesar das inúmeras dificuldades, por sempre me estimularem a continuar.

Aos meus irmãos: Karem, Karoline e Roberto pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional. Que sempre me impulsiona em direção às vitórias dos meus desafios. Karol o que faria da minha vida sem você!!! Eu lhe dei o umbigo e ele está quase pago.

Ao Heitor obrigada por me amar infinito. Titia é apaixonada por você.

Á minha tia Luiza obrigada pelo carinho

Ao meu cunhado preferido e ÚNICO Tiago.

Aos irmãos que Deus colocou em minha vida e escolhi para conviver:

A Débora por todo o carinho, pelos conselhos, pelos e-mails trocados a qualquer hora do dia, por toda paciência, amizade, motivação e desculpa e obrigada para o Alexandre por eu perturba-la.

A minha querida equipe INCA: Débora, Joice e Raquel Fuly aos poucos nos tornamos mais que amigas, quase irmãs... e tornaram mais leve meu trabalho, obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias. É muito bom poder contar com vocês!

As queridas ENFERMEIRAS Viviane Rocha, Verônica Malagutti e Raquel Soares, pelo carinho, conselhos, trocas de plantão e ajuda na coleta de dados.

A minha querida equipe POLIDUQUE, em especial a Lizandria, Elisangela, Rita e Enfermeira Cátia Dutra pelas trocas de plantões, disponibilidade e amizade e Enfermeira Larissa Nascimento pelo carinho, conselhos, amizade e muita ajuda.

Rafael Jomar, tão brilhante quanto e, não menos querido, aqui está meu profundo agradecimento.

A meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente a Vera Abelenda, amiga da sofrência.

Um último agradecimento afetivo fica reservado aos amigos. Simplesmente, por existirem na minha vida. Por me aceitarem como eu sou, por compreenderem minhas ausências, por toda a ajuda, companheirismo, compreensão, carinho e amizade. Valeu mesmo!

A Professora Dr^a Tânia Valente minha orientadora pelos ensinamentos, serenidade e pela paciência.

A Professora Dr^a Gloria Mesquita, por me ter sugerido modificações no projeto que foram um pilar essencial para que este trabalho fosse possível.

A Professora Dr^a Renata Flávia muito obrigada pela ajuda, ensinamentos, orientações e contribuições. Respondendo minhas dúvidas e me incentivando a acreditar que tudo daria certo. Realmente, deu certo, e você é parte essencial desse trabalho.

A Professora Dr^a Karla Biancha pelas contribuições realizadas a esse trabalho durante o exame de qualificação, aceitando compor minha banca de qualificação e de defesa, pelas sugestões e análises significativas.

A Dr^a Cássia Shinotsuka pela aceitação em participar da banca, pela simplicidade e por ser uma querida.

A UNIRIO e aos coordenadores Dr^a Karine e Dr Osnir, a ao secretário Felipe que sempre manifestaram palavras e gestos de apoio.

Ao INCA e a Equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva do INCA, pela colaboração, pela disponibilidade, por aceitaram responder o formulário e contribuíram fundamentalmente para esta pesquisa.

MUITO OBRIGADA.

“E a tua paz repousou aqui no meu peito
E eu então abracei
E me lembrei que sempre fazes tudo perfeito

E o coração descansei

Tu sabes, Tu podes

E eu descanso"

(Samuel Mizrahy)

GOUVEIA, Bárbara Rocha. **Manejo de delirium no paciente em unidade de terapia intensiva oncológica: elaboração de protocolo de diretrizes de cuidado.** 2017. p. 152

Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Tânia Cristina de Oliveira Valente

Linha de Pesquisa: Cuidado de Saúde no Espaço Hospitalar

RESUMO

Objetivo: propor diretrizes de cuidado de manejo de delirium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do *Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium* (PAD). **Método:** estudo transversal para avaliar a frequência de delirium no período de três meses e para avaliar e validar diretrizes a partir do PAD em prontuários. Foi realizado com 43 profissionais na unidade de cuidados intensivos oncológica de um hospital especializado em oncologia da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, que é um roteiro para o desenvolvimento integrado, com base em evidências, e para a prevenção e tratamento da dor, agitação e delirium em pacientes críticos. O instrumento preliminar proposto foi avaliado/validado através da metodologia Delphi, obedecendo consenso de 80% e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para análise do grau de importância de 0.78. Durante os meses de outubro a dezembro de 2016. **Resultados:** Cento e trinta e cinco prontuários de pacientes internados na UTI/UPO foram incluídos no estudo. A média de dias que precedeu a internação destes pacientes na unidade de cuidados intensivos oncológica foi de 10,3 dias. Encontrou-se uma frequência de 39,3% de pacientes com delirium no período pesquisado. Considerando apenas os pacientes sob ventilação mecânica, a frequência de delirium foi de 64,6%. O resultado do teste U indicou diferença significativa entre os grupos conforme o tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos oncológica ($p < 0,01$). Pacientes internados por até sete dias tiveram tempo médio ($M = 0,36$; $DP = 0,89$) de duração de delirium (em dias) significativamente inferior aos de pacientes internados por oito dias ou mais ($M = 4,58$; $DP = 4,80$). Na análise ajustada foi identificado que os pacientes submetidos a traqueostomia ($OR = 4,15$; $IC95\% 1,33 - 12,94$; $p = 0,01$) e ventilação mecânica ($OR = 7,64$; $IC95\% 2,41 - 24,25$; $p < 0,01$) apresentaram maiores chances de delirium do que os

pacientes que não foram submetidos a tais procedimentos. Sobre as diretrizes todos os 19 itens avaliados obtiveram a concordância maior de 80% e IVC maior de 0,78, a validação dos juízes na etapa Delphi 1, com consenso de 19 itens, foi um resultado considerado positivo, em especial, pela extensão do protocolo e diversidades de temáticas envolvidas com o manejo de delirium com pacientes oncológicos em UTI, o que poderia ter aumentado as chances de inadequações, apesar da análise dos resultados obtidos na 1ª de rodada da Técnica Delphi obterem índice de concordância mínimo de 80%, a análise dos comentários e das sugestões realizados pelos juízes determinou a realização de alterações no conteúdo dos itens, que foram submetidas à nova avaliação do grupo, no Delphi 2 utilizando Método de Pascali com valores percentuais superiores a 90%. Isso atesta que as diretrizes se encontram competente, quanto ao seu conteúdo, para avaliar o que se propõem: o manejo do delirium em paciente oncológico na UTI. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** a elaboração e validação das diretrizes revelou-se pertinente pela alta concordância dos pares visando uma melhor gestão do delirium para qualidade em cuidado e melhores desfechos, manejos e incidência do delirium.

PALAVRAS-CHAVE: Delírio, Unidades de terapia intensiva, Sepsis, Oncologia, Protocolos, Sedação

LISTA DE ABREVIATURAS

ACCM *American College of Critical Care Medicine*

AVC Acidente Vascular Cerebral

BPS *Behavioral Pain Scale*

CACON Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CAM *Confusion Assessment Method*

CAM ICU *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit*

CEMO Centro de Transplante de Medula Óssea

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CNS Conselho Nacional de Saúde

DSM-5 Manual diagnóstico e estatístico da Associação de Psiquiatria Americana de transtornos mentais 5ª edição

EVA Escala de visualização Analógica

EGDS *Early Goal-Directed Sedation*

GRADE *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*

ICDSC *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IVC Índice de Validade de Conteúdo

HC-I Hospital do Câncer – Unidade I

MeSH *Medical Subject Heading*

OS *Observational Study*

PAD *Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium*

RASS *Richmond Agitation- Sedation Scale*

RCT *Randomized Controlled Trial*

SAS *Sedation-Agitation Scale*

UPO Unidade de Pós-operatório

UNIRIO Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UTI Unidades de Terapia Intensiva

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNC Transtorno Neurocognitivo

TOT Tubo oro traqueal

VM Ventilação Mecânica

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 Etiologia do Delirium

Quadro 1 Fatores predisponentes para delirium

Quadro 2 Fatores precipitantes de delirium

Quadro 3 Manual CAM-ICU para Diagnóstico de Delirium

Quadro 4 Método de Avaliação de Confusão Mental na UTI

Quadro 5 The Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS

Quadro 6 Fatores que afetam a Qualidade da Evidência

Quadro 7 Fatores que afetam a força da recomendação

Quadro 8 Sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* como forma de avaliação da qualidade da evidência e da força da recomendação)

Quadro 9 Pontuação Psicométrica para Escalas de Dor

Quadro 10: Classificação Psicométrica de Ferramentas de Monitoramento de Delirium

Quadro 11: Elementos considerados importantes para elaboração do instrumento, conforme análise crítica do PAD

Quadro 11 Elementos considerados importantes para elaboração do instrumento, conforme análise crítica do PAD

Quadro 12 Referências de revisão integrativa sobre os itens do Instrumento Preliminar

Figura 2 Diagrama do estudo

Figura 3 Modelo explicativo para técnica Delphi

Quadro 13 Recomendações de Pasquali (1989)

Quadro 1 (Artigo 2) Justificativas do Instrumento Preliminar utilizando o PAD

Quadro 2 (Artigo 2) Itens que compuseram a versão inicial do Instrumento, e sobre a qual os Juízes opinaram nessa etapa do estudo

Quadro 3 (Artigo 2) Produto após Validação e modificação dos itens do Instrumento pelos Juízes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 (Artigo 1) Distribuição da amostra em relação às características demográficas, variáveis relacionadas ao câncer, comorbidades e internação, de acordo com a Presença de Delirium (N=135)

Tabela 2 (Artigo 1) Distribuição dos Pacientes com Delirium, por Sexo e Idade, conforme a utilização dos sedativos: Midazolam, Fentanil e Dexmedetomidina (N= 53)

Tabela 3 (Artigo 1) Distribuição da amostra em relação às variáveis associadas a gravidade durante a permanência no CTI, de acordo com a presença de delirium (N=135)

Tabela 4 (Artigo 1) Análise bruta e ajustada, das variáveis associadas à gravidade durante a permanência no CTI em relação ao desfecho presença de delirium (N=135)

Tabela 5 (Artigo 1) Distribuição de variáveis demográficas, de status de câncer, performance e variáveis referentes a internação entre pacientes, sob ventilação mecânica, com e sem delirium (N= 65)

Tabela 6 (Artigo 1) Comparação de características demográficas, de status de câncer, performance, presença de delirium e características da internação dos pacientes com e sem sepse (N = 135)

Tabela 1 (Artigo 2) Características dos juízes que compuseram a amostra do estudo Etapa C segundo o sexo, atuação profissional e título

Tabela 2 (Artigo 2) Concordância e IVC dos itens das Diretrizes de Manejo de Delirium em uma unidade de Cuidados Intensivos Oncológica

Tabela 3 (Artigo 2) Concordância da etapa recomendações de Pascali

SUMÁRIO

CAPITULO I	16
1.1 Introdução	16
1.2 Câncer e Terapia Intensiva	18
1.3 Sedação	20
1.4 Protocolos	21
1.5 Justificativa	22
CAPITULO II	23
2.1. Conceito de Delirium.....	23
2.2 Tipos de Delirium	23
2.3 Etiologia do Delirium	24
2.4 Quadro Clínico	27
2.5 Tratamento do Delirium	27
2.6 Métodos para o Diagnóstico do Delirium.....	28
2.7 <i>Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium</i>	31
2.8 Avaliação do PAD.....	34
2.9 Dor e Analgesia.....	36
2.10 Agitação e Sedação.....	38
2.11 Delirium.....	40
2.12 Estratégias para Gestão da Dor, Agitação e Delirium Visando Melhorar as Respostas de Pacientes Internados em UTIs.....	42
2.13 Elaboração do Instrumento Preliminar a Partir do PAD.....	43
2.14 Referências de Revisão Integrativa Sobre os Itens do Instrumento Preliminar.....	49
CAPITULO III	57
3.1 Artigo 1: Delirium em unidade oncológica de cuidados intensivos adulto: frequência e principais características.....	59

CAPÍTULO IV	73
4.1 Artigo 2: Manejo de delirium numa unidade de cuidados intensivos oncológica: elaboração de protocolo de diretrizes de cuidado.....	79
CAPÍTULO V	104
5.1 Considerações Finais.....	104
CAPÍTULO VI	105
6.1 Produto Final após Validação e Modificação dos Itens do Instrumento pelos Juízes.....	105
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICE A Ficha para Coleta de Dados.....	128
APÊNDICE B Parecer Consubstanciado do CEP.....	131
APÊNDICE C Instrumento Preliminar Via Google Drive	136
APÊNDICE D Instrumento Preliminar Via Google Drive, etapa Pascali.....	148

CAPÍTULO I

1.1- INTRODUÇÃO

Delirium é uma síndrome clínica caracterizada por início agudo de alteração flutuante de consciência, falta de atenção e disfunção cognitiva (BARR et al, 2013). É conceituado como uma disfunção orgânica prevalente nas unidades de terapia intensiva (UTI), com incidência variando entre 5 % e 92%, com base com nas características da população (GUENTHER, 2010). Delirium é descrito no manual diagnóstico e estatístico da Associação de Psiquiatria Americana de Transtornos Mentais (DSM-5) como um transtorno neurocognitivo (TNC).

O delirium costuma estar associado à perturbação no sono-vigília. Essa perturbação pode incluir sonolência diurna, agitação noturna, dificuldade para adormecer, sono excessivo durante o dia ou vigília durante a noite. Em alguns casos, pode ocorrer inversão total do sono-vigília noite-dia. Perturbações no sono-vigília são muito comuns no delirium, tendo sido propostas como um critério central para o diagnóstico. O indivíduo com delirium pode mostrar perturbações emocionais, como ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, raiva, euforia e apatia. Podendo haver mudanças rápidas e imprevisíveis de um estado emocional a outro. O estado emocional perturbado pode, ainda, ficar evidente ao chamar, gritar, amaldiçoar, murmurar, queixar-se ou produzir outros sons. Esses comportamentos são especialmente prevalentes à noite e sob condições em que faltam estímulos ambientais (DSM-5, 2013).

Os Critérios Diagnósticos de Delirium segundo o DSM-5 incluem:

A. Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).

B. A perturbação se desenvolve em um período breve de tempo (normalmente de horas a poucos dias), representando uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.

C. Perturbação adicional na cognição (p. ex., déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visoespacial ou percepção).

D. As perturbações dos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.

E. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (i.e., devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

Em relação ao curso, em hospitais, o delirium costuma durar cerca de uma semana, embora alguns sintomas normalmente persistam mesmo depois que as pessoas recebem alta. Indivíduos com delirium podem rapidamente mudar entre os estados hiperativo e hipoativo. O estado hiperativo pode ser mais comum ou mais frequentemente reconhecido, em geral associado a efeitos colaterais de medicamentos e a abstinência de substância. O estado hipoativo pode ser mais frequente em idosos. Apesar das várias hipóteses sobre mecanismos patofisiológicos envolvidos no desenvolvimento de delirium a maioria correlaciona tal ocorrência com os desequilíbrios nos neurotransmissores que modulam a cognição, o comportamento e o humor (PUN et al., 2007).

Ao mesmo tempo que a maioria dos indivíduos com delirium tem recuperação completa com ou sem tratamento, o reconhecimento e a intervenção precoces costumam reduzir sua duração. A condição pode progredir até estupor, coma, convulsões ou morte, em especial quando a causa subjacente continua sem tratamento. A mortalidade entre pessoas hospitalizadas com delirium é alta, e até 40% dos indivíduos com essa condição, sobretudo os com malignidades e outras doenças médicas subjacentes e significativas, morrem dentro de um ano após o diagnóstico. O delirium pode aumentar em contexto de prejuízo funcional, imobilidade, história de quedas, baixos níveis de atividade e uso de fármacos e medicamentos com propriedades psicoativas (especialmente álcool e anticolinérgicos) (DSM-5, 2013).

Mori et al realizaram uma revisão de literatura para verificar aspectos estudados sobre o tema utilizando o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU)*, relatando que a disfunção neurológica hoje nomeada delirium, que no passado foi denominada como síndrome ou psicose da UTI, e que somente após longo período é que se compreendeu o distúrbio. (MORI et al., 2009).

As análises sobre as intervenções do cuidado permitem certificar que o reconhecimento do delirium, aliado à intervenção precoce, podem ter sério impacto no sucesso do paciente crítico, por isso a importância do relacionamento dos profissionais sobre

esse tema, de saberem reconhecer e prevenir o mesmo. Esses aspectos suscitaram o aprofundamento no assunto, e a realização desse projeto, aliado ao fato da vivência de seis anos no cuidado ao paciente em UTI oncológica, o uso excessivo de restrições físicas bem como a forma como as mesmas são feitas, muitas vezes sem a supervisão do enfermeiro e de maneira aleatória. Aliados a isso, o ambiente demasiadamente ruidoso e pouco acolhedor, a preocupação acerca do uso das sedações, ativam o saber pelo conhecimento no desafio de conhecer sobre o delirium, oferecendo melhores cuidados ao paciente em conjunto com a equipe multiprofissional.

1.2 CÂNCER E TERAPIA INTENSIVA

Há uma escassez de estudos sobre delirium em pacientes com câncer, com exceção de cuidados paliativos, associada à intensa morbidade, assim como classificações e ferramentas validadas que ajudam na identificação da incidência e prevalência dos episódios de delirium na população. A sua subnotificação e a sua alta incidência em pacientes paliativos merecem maior atenção, pois através da identificação do delirium e conseqüentemente seu tratamento e cuidados, há melhora na qualidade de vida, diminuição do tempo de hospitalização e o número de reintegrações. Além disso, vários estudos demonstram que instrumentos como os questionários são largamente usados para facilitar e auxiliar a equipe multiprofissional no cuidado e tratamento do paciente (ALMEIDA et al., 2014).

Irwin et al. Propõem uma abordagem prática do delirium com base em revisão de literatura. Existem três tipos subtipos de delirium: hiperativo, hipoativo e misto. Conforme a doença de base do paciente comorbidades, prognóstico e avaliação funcional, é possível inferir se o delirium é reversível ou não. No contexto de um paciente que já apresenta falência orgânica ou paciente paliativo/em situação de terminalidade, o delirium é irreversível e seu tratamento deve-se focar no controle de sintomas e no apoio a familiares, cuidadores e equipes. (IRWIN et al., 2013)

A identificação do delirium é de extrema importância, já que 50% dos casos são reversíveis. O delirium hiperativo está mais comumente associado à indução por medicamento e o delirium hipoativo à desidratação e as encefalopatias (BRUERA, 2009)

A identificação precoce do delirium pela equipe, especialmente enfermeiros, auxilia na reversão desta situação, melhorando o bem-estar do paciente e seus cuidadores. Estudos e

guias dedicados ao tema sugerem a gestão do delirium inicialmente com a educação da equipe multidisciplinar até mesmo para gestão preventiva (BRUERA, 2009)

O surgimento do termo cuidado intensivo se deu em entre os anos 1853 a 1856 no conflito da Criméia, quando Florence Nightingale, junto com outras 38 enfermeiras, cuidaram de soldados britânicos seriamente feridos, agrupados e isolados em áreas com medidas preventivas para evitar infecções e epidemias, como disenteria e tétano, resultando assim em grande redução de mortalidade. O objetivo principal da UTI não mudou. Continua sendo manter estrutura capaz de fornecer suporte para pacientes graves, com potencial risco de morte (FERNANDES et al., 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a UTI é um setor de grande especialização e concentração de tecnologia, identificada como espaço laboral destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, possuidores de grande aporte de conhecimentos e habilidades para a realização de procedimentos.

O câncer é uma doença com significativas implicações para a saúde pública no Brasil e no mundo. Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o câncer no ano de 2015 alcançará a média de quinze milhões de novas incidências. Prevê-se ainda que 9 milhões dos casos evoluam para óbito, e que aproximadamente 6 milhões destes ocorram nos países em desenvolvimento. (FERREIRA et al., 2008)

No Brasil, a estimativa para o ano de 2016, válida também para o 2017, aponta para a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de câncer pele não melanoma. O câncer de pele do tipo não melanoma (180 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (61 mil) e mama feminina (58 mil), reforçando a magnitude do problema do câncer no país (INCA, 2016).

A incidência de delirium é elevada em pacientes oncológicos, podendo chegar a 80% em fases mais avançadas da doença e está relacionada com pior controle da dor e diminuição da sobrevida (BRUERA, 2009; SANTOS, 2010)

Noguera et al. (2014) relatam que 50% dos pacientes desenvolvem delirium, 66% nos casos avançados e 80% no final de vida, estando o mesmo associado com pior prognóstico, precedendo o óbito na maioria dos casos e muitas vezes como prognóstico da sedação paliativa. Este sintoma tem reflexos na diminuição da expectativa de vida, no aumento de

custos e tempo de cuidado profissional especializado, pois são necessários muitas das vezes procedimentos desnecessários como prolongamento e repetidas internações hospitalares culminando assim em declínio funcional, e aumento na mortalidade (IRWIN et al., 2013; HOSIE et al., 2013; TRZEPACZA et al., 2008).

Um estudo prospectivo observacional de coorte nas UTIs clínica e cirúrgica do Hospital do Câncer – Unidade I (HC-I) do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2011, constatou que a frequência de disfunção cerebral aguda (delirium e coma) é elevada em pacientes críticos com câncer sob VM, 95%, sendo superior à descrita na literatura para grupos gravemente enfermos de pacientes sem câncer (ALMEIDA et al., 2014).

Porém em decorrência do desenvolvimento de novas tecnologias para a prevenção e terapia do câncer, observou-se um aumento na expectativa de vida dessa população versus uma maior taxa de risco de complicações resultante de tratamento oncológico de doentes sobreviventes, antes incuráveis, que devido à complexidade da doença, virão a necessitar de assistência em UTI (ESTEBAN et al., 2004).

Ferreira et al. (2010) relatam que diversos fatores podem influenciar na admissão e/ou permanência de pacientes com câncer avançado e/ou em fase terminal na UTI. Entre esses fatores podemos citar : utilização de escores prognósticos não específicos para a avaliação dos pacientes oncológicos à admissão, subestimando o risco de morte nos mesmos; alteração de prognóstico após a hospitalização na UTI; falta de espaço físico para alocar pessoas com neoplasia avançada, em detrimento do número reduzido de serviços de cuidados paliativos; questões socioculturais; e abordagem inadequada acerca da temática da finitude humana e de cuidados paliativos junto aos profissionais de saúde em processo de formação, além daqueles que estão exercendo suas atividades profissionais no campo prático.

1.3 SEDAÇÃO

A sedação consciente é uma meta importante no cuidado de pacientes críticos com necessidade de ventilação mecânica. Pois vários estudos indicam que níveis profundos de sedação estão associados a diversas consequências e desfechos negativos, como duração aumentada da ventilação mecânica, incluindo o delirium e maior mortalidade. (OUIOMET et al., 2007; BALZER, 2015). Nos últimos anos, precisamente na última década, os métodos para um melhor resultado de controle de sedação nas UTI mudaram, pela utilização de protocolos

de despertar diário, menor sedação e até nenhuma sedação, sempre na busca da sedação alvo e consciente (KRESS et al., 2000; STROM et al., 2010).

1.4 PROTOCOLOS

O Ministério da Saúde com a intenção de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, de protocolos clínicos e assistenciais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), publicou, em 31/05/05, a Portaria nº. 816, instituindo o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde (BRASIL, 2005).

Um protocolo pode ser definido como conjunto de ações em uma determinada circunstância e sintetiza informações em uma estrutura concisa que promova a tradução do conhecimento em ações para proporcionar melhores resultados na prática assistencial. (SPRINGHOUSE, 2010). Estes são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A literatura recente mostra, em relação aos protocolos, número mais alto de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Em sua maioria, protocolos clínicos estão baseados em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos (PAIM, 2004).

Sendo assim, apresenta-se o seguinte **objeto de estudo**: Cuidados aos pacientes com delirium em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidades de Pós-Operatório Intensivos (UPO) oncológica, utilizando as recomendações do *Clinical Practice Guidelines For Pain, Agitation, and Delirium* (PAD).

O **objetivo principal** deste trabalho é:

- Elaborar e validar um protocolo de cuidados a pacientes com delirium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do *Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD)*.

Tendo como **objetivo secundário**:

- Identificar a frequência de delirium em pacientes em uma unidade de cuidados intensivos oncológica.

1.5 JUSTIFICATIVA

Pensar em qualidade na Enfermagem é pensar no cuidado de excelência, o qual tem por finalidade a maximização do bem-estar do paciente, com o balanço de perdas e ganhos durante as etapas do cuidar (DONABEDIAN, 1992). O conceito é intimamente relacionado com o processo de trabalho da enfermagem, principalmente ao que concerne ao gerenciamento e planejamento do cuidado, não eximindo os resultados de serem avaliados e mensurados.

No campo da saúde, o termo qualidade é frequentemente associado à redução de custos e à satisfação do cliente interno (profissionais envolvidos no processo) e externo (aquele que recebe o serviço) (SILVA e PINHEIRO, 2001); MILBRANDT et al., 2004) nos relata em sua pesquisa que pacientes com manifestação de ao menos um episódio de *delirium* apresentaram maiores gastos hospitalares. O custo hospitalar em pacientes que o desenvolveram foi 31% maior e o custo especificamente em UTI foi 39% maior do que naqueles sem delirium. Existem diversos conceitos de qualidade, cada qual de acordo com o contexto social de cada população e a cultura organizacional de cada instituição. Contudo, dentre todos os conceitos, evidencia-se que há um consenso quando se considera qualidade como efetivação de processos que tenham como objetivo a melhoria contínua das condições objetivas e subjetivas dos serviços, visando o atendimento das necessidades, desejos e expectativas das pessoas” (RÊGO e PORTO, 2005).

Nesse contexto, as imagens das instituições hospitalares estão profundamente atreladas à equipe de enfermagem, sendo esta, o foco para avaliação da qualidade, pois em uma internação o paciente é assistido nas 24 horas do dia pela equipe de enfermagem, além disso, esta organiza o cuidado e, muitas vezes, é o elo de comunicação entre outros membros da equipe multiprofissional.

A relevância do delirium se deve não somente a sua elevada prevalência como às suas consequências. Em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, o delirium tem como consequência maior tempo de internação e a disfunção cognitiva após a alta (FERRAZ et al., 2006) e ao aumento da mortalidade (ELY et al., 2004). Pitrowsky et al. (2010) afirmam que baixas incidências de delirium devem ser objetivo frequente para a melhoria da qualidade em UTI e podem representar um melhor processo de cuidado e otimização dos desfechos centrados no paciente. As experiências acumuladas realizadas sobre esse tema permitem afirmar que o reconhecimento do delirium, aliado à intervenção precoce, pode ter sério impacto no desfecho do paciente crítico, daí a importância de reconhecer e usar melhores medidas de manejo do mesmo.

CAPÍTULO II

2.1. CONCEITO DE DELIRIUM

De acordo como DSM 5, delirium é uma perturbação da atenção ou da consciência, acompanhada de uma mudança na cognição basal, que não pode ser mais bem explicada por algum transtorno neurocognitivo preexistente ou em desenvolvimento. A perturbação da atenção (Critério A) é manifestada por capacidade reduzida de direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção. As perguntas têm de ser repetidas, uma vez que a atenção do indivíduo é vaga, ou a pessoa pode perseverar em uma resposta a uma pergunta anterior e não mudar a atenção de forma adequada. O indivíduo é facilmente distraído por estímulos irrelevantes. A perturbação na consciência é manifestada por uma orientação reduzida ao ambiente ou, por vezes, até para si mesmo. A perturbação aparece durante curto período, em geral de horas a alguns dias, com tendência a oscilar ao longo do dia, com piora ao entardecer e à noite, quando diminuem os estímulos externos de orientação (Critério B). Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica de alguma condição médica subjacente, intoxicação ou abstinência de substância, uso de medicamento ou exposição a toxina ou de que é uma combinação desses fatores (Critério E).

2.2 TIPOS DE DELIRIUM

Pode ser categorizado em hipoativo, hiperativo e a associação de ambos. Delirium hipoativo é caracterizado por apatia, letargia, afastamento e diminuição da resposta ao examinador, é mais comum de ser encontrado e se caracteriza por ser mais prejudicial para o paciente a longo prazo. Delirium hiperativo, por sua vez, é caracterizado por agitação, inquietação, tentativas de retirada de cateteres e extubação pelo paciente e labilidade emocional. Nível misto de atividade: O indivíduo tem um nível normal de atividade psicomotora mesmo com perturbação da atenção e da percepção. Inclui ainda pessoas cujo nível de atividade oscila rapidamente. (PUN et al., 2007; DSM-5, 2013)

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais nos relata que muitos pacientes não comatosos têm nível de excitação diminuído. Os que mostram apenas reações mínimas a estímulos verbais são incapazes de colaborar em tentativas em testes padronizados ou mesmo em entrevistas. Essa incapacidade de colaboração deve ser classificada como desatenção grave. Estados de baixo nível de excitação (de início agudo) devem ser reconhecidos como indicadores de desatenção grave e mudança cognitiva e, conseqüentemente, delirium.

Ely et al., 2004 e Pun et al., 2007, nos relatam que a apresentação sem modificações é muito rara. Apesar do delirium possuir uma elevada prevalência ainda é consideravelmente subdiagnosticado (SALLUH et al., 2009).

A prevalência de delirium quando as pessoas são admitidas em hospitais varia de 14% a 24%, com estimativas da incidência de aparecimento dessa condição durante a hospitalização variando de 6% a 56% em populações hospitalares em geral. Ocorre delirium em 15% a 53% dos idosos no pós-operatório e em 70% a 87% daqueles em unidades intensivas; em até 60% das pessoas em instituições para idosos ou em locais de atendimento pós-agudo; e em até 83% de indivíduos em cuidados paliativos. A prevalência de delirium é muito alta entre idosos, variando conforme as características individuais, o local de atendimento e a sensibilidade do método de detecção. Sua prevalência na comunidade como um todo é baixa (1% a 2%), mas aumenta com a idade, chegando a 14% entre pessoas com mais de 85 anos. Atinge entre 10% e 30% das pessoas idosas que vão a setores de emergência, onde o delirium costuma indicar uma doença médica (DSM-5, 2013).

2.3 ETIOLOGIA DO DELIRIUM

É descrito no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais que a etiologia deve ser codificada conforme o subtipo etiologicamente apropriado (i.e., intoxicação devido a substância ou medicamento, abstinência de substância, outra condição médica ou múltiplas etiologias). Costuma ocorrer delirium no contexto de um TNC subjacente. A função cerebral prejudicada de pessoas com TNC leve e maior torna-as vulneráveis a delirium. Há uma mudança adicional em, no mínimo, outra área que pode incluir memória e aprendizagem (em especial memória recente), desorientação (em especial para tempo e lugar), alteração na linguagem, distorção da percepção ou uma perturbação perceptomotora (Critério C). As perturbações perceptivas que acompanham o delirium incluem interpretações errôneas, ilusões ou alucinações; são perturbações comumente visuais, embora possam também ocorrer em outras modalidades, variando de simples e uniformes a altamente complexas. Atenção/excitação normais, delirium e coma situam-se em um *continuum*, com o coma definido como ausência de qualquer resposta a estímulos verbais. A capacidade de avaliar a cognição para o diagnóstico de delirium depende de existir um nível de excitação suficiente para a resposta à estimulação verbal; assim, o delirium não deve ser diagnosticado no contexto de coma (Critério D).

A etiologia do delirium é geralmente multifatorial, acredita-se que a maioria dos casos de delirium é resultado da associação de diferentes fatores, o que dificulta saber exatamente a etiologia do distúrbio, porém a identificação desses fatores facilita a intervenção multiprofissional na prevenção dos sintomas (Bush e Bruera, 2009).

Segundo Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer, as principais causas do delirium são: déficit cognitivo prévio; doença clínica grave ou múltiplas doenças sobrepostas à neoplasia, uremia, déficit sensorial visual ou auditivo, depressão e história de alcoolismo (UNATI/UERJ, 2009)

Podemos ver a representação da etiologia do delirium na Figura 1.



Figura 1: Etiologia do Delirium (Fonte: Bush e Bruera, 2009)

Os fatores de risco podem ser divididos em predisponentes, que tornam o indivíduo mais vulnerável ao delirium, e precipitantes, que correspondem ao fator etiológico propriamente dito. A somatória desses fatores aumenta a chance de ocorrência de delirium. (SANTOS, 2008). Abaixo a representação dos fatores predisponentes e precipitantes, respectivamente apresentados nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1: Fatores predisponentes para delirium

- | | |
|-------------------------------|---|
| ● Idade = 65 anos | ● Desnutrição |
| ● Sexo masculino | ● Tratamento com muitas medicações |
| ● Demência | ● Abuso de álcool |
| ● Declínio cognitivo | ● Doença grave |
| ● História de <i>delirium</i> | ● Múltiplas condições clínicas coexistentes |
| ● Depressão | ● Doença hepática ou renal crônicas |
| ● Dependência funcional | ● Acidente Vascular Cerebral (AVC) |
| ● Imobilidade | ● Doença neurológica |
| ● Nível de atividade baixo | ● Distúrbios metabólicos |

- | | |
|----------------------|---|
| ● História de quedas | ● Fratura ou trauma |
| ● Déficit visual | ● Doença terminal |
| ● Déficit auditivo | ● Infecção pelo HIV |
| ● Desidratação | ● Tratamento com múltiplas drogas psicoativas |

Fonte: Santos, 2008

Quadro 2: Fatores precipitantes de delirium

- | | |
|--|--|
| ● Infecções | ● Desidratação |
| ● Hipnóticos | ● Mau estado nutricional |
| ● Narcóticos | ● Hipoalbuminemia |
| ● Drogas anticolinérgicas | ● Distúrbios hidroeletrólíticos |
| ● Tratamento com múltiplas drogas | ● Cirurgias ortopédicas |
| ● Abstinência de álcool ou drogas | ● Cirurgias cardíacas |
| ● Sangramento intracraniano | ● Circulação extracorpórea prolongada |
| ● Meningite e encefalite | ● Cirurgia não cardíaca |
| ● Complicações iatrogênicas | ● Admissão em UTI |
| ● Doença aguda grave | ● Uso de restrição física |
| ● Hipóxia | ● Cateterismo vesical |
| ● Choque | ● Múltiplos procedimentos hospitalares |
| ● Febre ou hipotermia | ● Dor |
| ● Anemia | ● Estresse emocional |
| ● AVC (principalmente em hemisfério não dominante) | ● Privação prolongada de sono |

Fonte: Santos, 2008

2.4 QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico inclui: a) comprometimento do nível de consciência (da distraibilidade ao coma) e atenção (capacidade reduzida para direcionar, focar, manter e mudar o foco de atenção); b) comprometimento generalizado do funcionamento cognitivo (distúrbios da percepção, redução da capacidade de abstração e compreensão, dificuldade para aprender informações novas, desorientação no tempo); c) aumento ou redução da atividade psicomotora; d) comprometimento do ciclo sono-vigília; e e) transtornos emocionais

(depressão, ansiedade, medo, irritabilidade, euforia, apatia, perplexidade). As manifestações clínicas têm início abrupto, apresentam flutuação em intensidade durante o dia e de um dia para outro e duração limitada (Girard et al., 2010).

2.5 TRATAMENTO DO DELIRIUM

Para resolução do quadro de delirium, quando possível são fundamentais a identificação e tratamento da causa principal. O tratamento se divide em não-farmacológico e farmacológico.

Para o tratamento Não-Farmacológico é indicado o uso de estratégias de reorientação e intervenção comportamental como permitir a presença de familiares como acompanhantes, gerenciamento do ruído, e suporte. Contato pessoal e comunicação são fundamentais, utilizando-se instruções verbais simples, orientações e contato ao olhar. E o estímulo ao uso de acessórios para audição, visão, mobilidade, o autocuidado e a independência para atividades são primordiais, evitar o uso restrição física como contenção no leito, pois piora a agitação e é causa potencial de trauma. Uso de calendários, relógios e esquema de horários deve ser disponibilizado para auxiliar na orientação do paciente. Evitar a mudança no ambiente. Permitir sono tranquilo com redução de ruído e ajuste de horários das medicações para evitar horários noturnos e terapias de relaxamento como musicoterapia e técnicas de massagem podem ser efetivas. (INOUYE et al., 2009).

Para o tratamento Farmacológico segundo o *Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium* (PAD), não há nenhuma evidência de que o tratamento com haloperidol reduz a duração do delirium em pacientes adultos internados em UTIs.

As evidências científicas são baixas em relação ao uso de antipsicóticos atípicos para reduzir a duração dos episódios de delirium em pacientes adultos internados em UTI.

Não há recomendação para administração de rivastigmina para reduzir a duração do delirium em pacientes internados em UTI e não há recomendação para o uso de antipsicóticos em pacientes com risco significativo para torsades de pointes (isto é, os pacientes com prolongamento da linha de base do intervalo QTc, pacientes que sabidamente estão recebendo medicação concomitante para prolongar o intervalo QTc, ou pacientes com história deste tipo de arritmia).

A fim de reduzir a duração do delirium em pacientes adultos internados em UTIs que apresentam esse quadro sem que haja relação com a interrupção do uso de álcool ou retirada

de benzodiazepínicos sugerimos que recebam infusões IV contínuas de dexmedetomidina ao invés de infusões de benzodiazepínicos administradas para sedação.

2.6 MÉTODOS PARA O DIAGNÓSTICO DO DELIRIUM

Atualmente utiliza-se o método de Avaliação CAM-ICU para diagnosticar o delirium em pacientes críticos (Quadro 3). Este método foi adaptado do método CAM, desenvolvido inicialmente para médicos não-psiquiatras com o objetivo de identificá-lo em pacientes capazes de se comunicar verbalmente. É interessante notar que o delirium pode ser diagnosticado mesmo na presença de demência. A utilização do método CAM-ICU exige apenas um rápido treinamento, já que o formulário para diagnóstico é de fácil aplicação. Esta nova ferramenta permitiu, portanto, uma rápida e acurada medida em pacientes críticos.

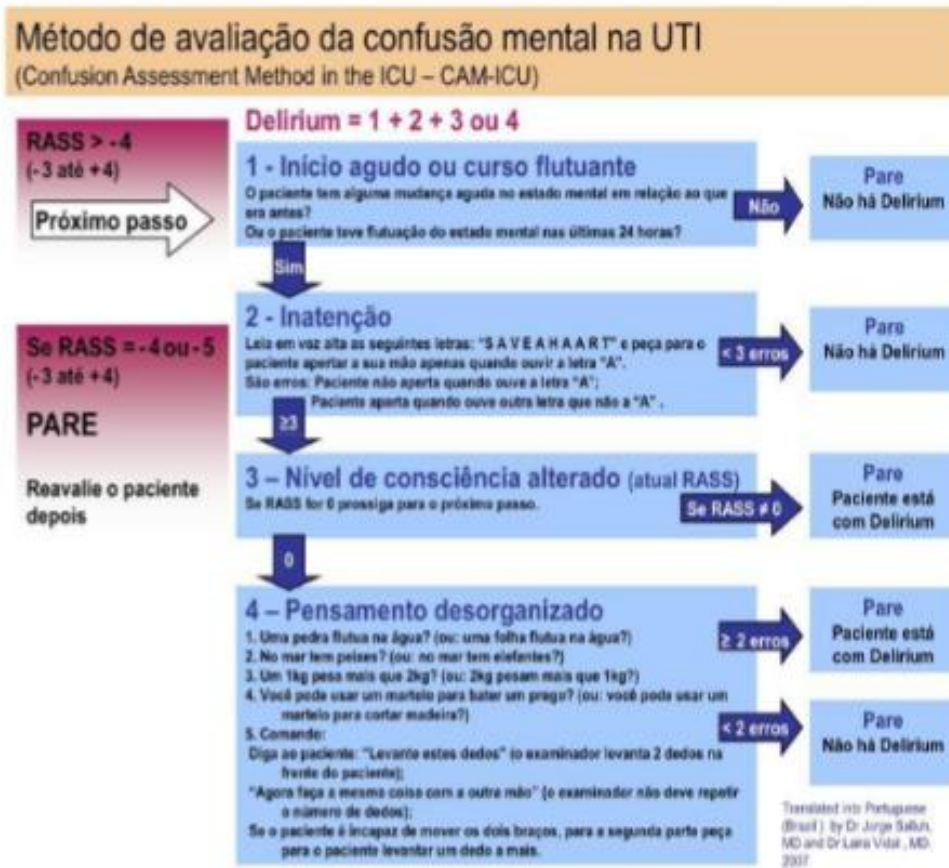
Quadro 3: Manual CAM-ICU para Diagnóstico de Delirium

CAM-ICU – Características e Descrições		Ausente	Presente
Característica 1: Início agudo ou curso flutuante			
A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?			
ou			
B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (p. ex.: RASS), Glasgow, ou avaliação de <i>delirium</i> prévio?			
Característica 2: Falta de atenção			
A. O paciente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8, quer no componente visual quer no componente auditivo do Teste de Atenção (<i>Attention Screening Examination - ASE</i>)?			
Característica 3: Pensamento desorganizado			
Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:			
Questões (alternar conjunto A e conjunto B)			
Conjunto A			
1. Uma pedra pode flutuar na água ?			
2. Existem peixes no mar?			
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?			
4. Pode-se usar um martelo para pesar uma agulha ?			
Conjunto B			
1. Uma folha pode flutuar na água?			
2. Existem elefantes no mar?			
3. Dois quilos pesam mais do que um quilo ?			
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?			
Característica 4. Nível de consciência alterado			
O nível de consciência do paciente é outro qualquer que não o alerta* tal como o vigil** letárgico*** ou estuporoso****? (p. ex.: RASS diferente de "0" na altura da avaliação)			
CAM-ICU Global (Características 1 e 2 e quer característica 3 ou 4)		Sim	Não

*Alerta: completamente ciente do ambiente, e inter-atua apropriadamente de forma espontânea.

Vigilante: hiper-alerta. * Letárgico: sonolento mas facilmente despertável, não está ciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente. **** Estuporoso: completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável. Retirado de Ely EW e col. 2001⁶.

Quadro 4: Método de Avaliação de Confusão Mental na UTI



Para diagnóstico do delirium, é preciso associar a monitorização da sedação e do delirium, através do método de duas etapas para avaliação da consciência. O primeiro passo se refere à avaliação da sedação, que é quantificada pela escala de agitação e sedação de Richmond (The Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS). Se o RASS (Quadro 5) for superior a - 4 (-3 até +4), deve-se então seguir para o segundo passo, que é a avaliação do delirium.

Quadro 5: The Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação.

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

2.7 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR PAIN, AGITATION, AND DELIRIUM

O *Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD)*, foi elaborado em 2013 pelo *American College of Critical Care Medicine (ACCM)* para rever as "diretrizes de prática clínica para o uso sustentado dos sedativos e analgésicos em pacientes críticos adultos" de 2002.

A força-tarefa foi composta por um grupo de trabalho multi-institucional, multidisciplinar, composto de 20 pessoas, com experiência em desenvolvimento de diretrizes, dor, agitação e sedação, gestão de delírio, e os resultados associados em adultos doentes em estado crítico, dividida em quatro subtópicos: dor e analgesia, agitação e sedação, delirium ou resultados relacionados a UTIs. Cada subcomissão desenvolveu relevantes questões clínicas e seus resultados relacionados, além de identificar, revisar, analisar e avaliar a literatura, assim como declarações e recomendações estabelecidas, e elaborou sua seção do artigo.

Para facilitar a revisão bibliográfica, as subcomissões desenvolveram uma lista muito abrangente com as palavras-chave relacionadas. Um bibliotecário profissional (da Universidade de Cincinnati, C.K.), ampliou e organizou esta lista de

palavras-chave, elaborou os correspondentes termos e títulos por assunto médico (medical subject heading - MeSH) (Conteúdo Digital Suplementar 1, <http://links.lww.com/CCM/A590>); pesquisou um banco de dados clínicos relevantes e, por meio do software Refworks (Bethesda, MD), criou um banco de dados eletrônico, acessado via internet, com dados protegidos por senha. Oito bancos de dados foram incluídos em todas as pesquisas: PubMed, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, Scopus, ISI Web of Science, and the International Pharmaceutical Abstracts. Os parâmetros de pesquisa incluíram publicações (ou impressões) manuscritos sobre humanos adultos (> 18 anos) somente em inglês, de dezembro de 1999 (limite da pesquisa para as Diretrizes de 2002) até dezembro de 2010. Estudos com menos de 30 pacientes, editoriais, opiniões narrativas, relatos de casos, estudos *in vitro* ou com animais e cartas ao editor foram excluídos.

Buscas quinzenais automáticas foram continuadas além dessa data, e artigos relevantes foram incorporados às diretrizes até julho de 2012, mas os estudos publicados após dezembro de 2010 não foram incluídos na revisão de evidências e processo de votação. As referências bibliográficas das Diretrizes de 2002 também foram incluídas no banco de dados, e a pesquisa almejada da literatura publicada antes de dezembro de 1999 foi realizada, quando necessário. Mais de 19.000 referências foram incluídas no banco de dados Refworks.

As declarações e recomendações nesta versão de 2012 das diretrizes foram desenvolvidas utilizando a metodologia Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE), um sistema estruturado de avaliação de qualidade de evidências e de classificação da força de recomendação na prática clínica (<http://www.gradeworkinggroup.org>). As subcomissões trabalharam com os membros do Grupo de Trabalho GRADE (R.J., D.C., H.S., G.G.) para expressar todas as questões clínicas tanto em termos "descritivos" como "Discussão". Eles estruturaram perguntas Discussão no formato da População, Intervenção, Comparação, Resultados e classificaram os desfechos clínicos relacionados para cada intervenção como crítico, importante ou sem importância para a tomada de decisão clínica.

Apenas os resultados importantes e críticos foram incluídos na análise de evidências, e apenas os críticos foram incluídos nas recomendações elaboradas. Os membros das subcomissões procuraram no banco de dados artigos relevantes e os enviaram em PDF para facilitar a revisão bibliográfica do grupo. Dois membros da subcomissão concluíram de forma independente o perfil de evidências da GRADE, resumindo as conclusões de cada estudo e

avaliaram a qualidade das evidências. A qualidade de uma evidência foi considerada elevada (nível A), moderada (nível B), ou baixa/muito baixa (nível C), com base tanto na concepção do estudo como nas características específicas do estudo, o que poderia resultar em uma revisão tanto diminuindo como aumentando o nível da de qualidade da evidência (Quadro 6)

Quadro 6: Fatores que afetam a Qualidade da Evidência^a

Nível da Evidência	Qualidade da Evidência	Tipo de Evidência	Definição
A	Alta	RCT de Alta qualidade	É improvável que nossa confiança na estimativa do efeito mude com pesquisas futuras.
B	Moderada	RCT com limitações significativas (baixado) ^b , ou OS de alta qualidade (atualizado) ^c	É provável que pesquisas futuras terão importante impacto em nossa confiança na estimativa do efeito e a estimativa pode mudar.
C	Baixa	OS	É muito provável que pesquisas futuras terão importante impacto em nossa confiança na estimativa do efeito e provavelmente a estimativa irá mudar.

RCT = randomized controlled trial (Estudo Aleatório controlado) OS = observational study (Estudo Observacional)

^aAdaptado de Guyatt et al.

^bRCTs com limitações significativas: 1) limitações da conjuntura do estudo (planejamento, viés da implementação); 2) inconsistência de resultados; 3) evidências indiretas; 4) imprecisão de resultados; 5) alta probabilidade de tendência de relato.

^cOS de alta qualidade: 1) grande magnitude do efeito do tratamento; 2) evidência de uma relação dose- resposta; 3) tendências plausíveis poderia diminuir a magnitude do efeito aparente do tratamento.

As subcomissões analisaram coletivamente os perfis das evidências para cada questão, e usando uma técnica de grupo nominal, determinaram a qualidade geral das evidências (tanto para as questões descritivas como para as Discussão), a força da recomendação (apenas para as questões Discussão) e elaboraram resumos sobre as evidências para que fossem revisados por outros membros da força-tarefa. A força de cada recomendação foi definida como forte (1) ou fraca (2), além de a favor (+) ou contra (-) uma intervenção, baseando-se tanto na qualidade da evidência quanto nos riscos e benefícios de todos os resultados críticos (Tabela B). Cross, 2005 e Allen cols. 2004. A qualidade da evidência para cada declaração e recomendação foi classificada como alta (A), moderada (B) ou baixa / muito baixa (C). A

força da recomendação foi classificada em forte (1) ou fraca (2), além de a favor (+) ou contra (-) uma intervenção.

Quadro 7: Fatores que afetam a força da recomendação

CONSIDERAÇÕES	EFEITO SOBRE A FORÇA DA RECOMENDAÇÃO
Qualidade da evidência	Uma evidência de qualidade inferior reduz a probabilidade de uma recomendação forte, e vice-versa
A incerteza sobre o equilíbrio entre os efeitos desejáveis e indesejáveis	Um alto grau de incerteza sobre o equilíbrio entre riscos e benefícios reduz a probabilidade de uma recomendação forte, e vice-versa
A incerteza ou variabilidade dos valores e preferências	Uma grande variabilidade nos valores e preferências entre os grupos reduz a probabilidade de uma recomendação forte, e vice-versa
A incerteza se a intervenção representa uma sábia utilização dos recursos econômicos	Um maior custo global do tratamento reduz a probabilidade de uma recomendação forte, e vice-versa

Fonte: Adaptado de Guyatt et al.

2.8 AVALIAÇÃO DO PAD

Estas declarações e recomendações fornecem um roteiro para o desenvolvimento integrado, com base em evidências, para a prevenção e tratamento da dor, agitação e delirium em pacientes críticos. Nesta etapa ocorreu a seleção dos itens relevantes, tendo como base o PAD endossadas pela revisão integrativa de literatura sobre o tema para embasar cada declaração e recomendação, assim a elaboração da primeira versão do instrumento (Apêndice D), foi construída e posteriormente avaliado pelos juízes.

As declarações e recomendações obedeceram ao sistema GRADE, que é uma proposta que combina a força da recomendação e qualidade da evidência para orientar quais condutas devem ser adotadas ou evitadas na prática clínica (Quadro 3).

Quadro 8: Sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) como forma de avaliação da qualidade da evidência e da força da recomendação)

Nível	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	- Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. - Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	- Ensaios clínicos com limitações leves**. - Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.	- Ensaios clínicos com limitações moderadas**. - Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle.
Muito Baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	- Ensaios clínicos com limitações graves**. - Estudos observacionais comparativos presença de limitações**. - Estudos observacionais não comparados***. - Opinião de especialistas.

Fonte: Elaboração GRADE working group - <<http://www.gradeworkinggroup.org>>
 *Estudos de coorte sem limitações metodológicas, com achados consistentes apresentando tamanho de efeito grande e/ou gradiente dose resposta.
 **Limitações: vieses no delineamento do estudo, inconsistência nos resultados, desfechos substitutos ou validade externa comprometida.
 ***Séries e relatos de casos.

As declarações e recomendações forma divididas em: 1 Dor e Analgesia, 2 Agitação e Sedação, 3 Delirium e 4 Estratégias para gestão da dor, agitação e delirium visando melhorar as respostas de pacientes internados em UTIs. Para a construção do instrumento preliminar foi considerado somente “ Eu recomendo” devido ao grau FORTE da recomendação, pois para todas as recomendações fracas, a frase "Nós sugerimos..." foi

utilizada.

2.9 DOR E ANALGESIA

Incidência de dor

- Clínica médica adulto, cirúrgica, pacientes internados em UTI com traumas que rotineiramente vêm acompanhados de dor, tanto nos casos de repouso como nos de cuidados rotineiros de UTI (B).
- Pacientes adultos de UTI frequentemente são submetidos a procedimentos dolorosos (B).

Avaliação da dor

- Recomendamos que a dor seja monitorada rotineiramente em todos os pacientes de UTI adulto (+1B).
- A escala comportamental de dor (**Behavioral Pain Scale - BPS**) e as ferramentas de observação de dor em pacientes em estado crítico (Critical-Care Pain Observation Tool - CPOT) são as mais válidas e confiáveis escalas comportamentais para monitoramento da dor em pacientes adultos internados em UTIs, de unidades médicas, pós- cirúrgicas ou de traumas (exceto para lesões cerebrais), e que não são capazes de descrever por si só, mas que têm suas funções motoras intactas e dos quais seus comportamentos podem ser observados. O uso dessas escalas em outras populações de pacientes de UTI e sua tradução em línguas estrangeiras diferentes do francês ou do inglês requer testes adicionais de validação (B).

Quadro 9: Pontuação Psicométrica para Escalas de Dor

ESCALAS						
Critério psicométrico	Ferramenta Observacional de Dor de Cuidados Críticos	BP S	BPS para Não entubados	Escala de Dor não-verbal	Ferramenta de Avaliação Comportamental da Dor	Avaliação da Dor e Notação da intervenção
Descrição da seleção do item	2	2	2	1	2	1
Validação de conteúdo	2	0	0	1	1	1
Limitações apresentadas	1	0	0	1	1	1
Consistência interna	2	1	2	$I = 1/Rev = 2$	0	0
Confiabilidade entre as avaliações	2	2	2	2	0	0
Confiabilidade entre as avaliações com testes realizados por equipe de fora da pesquisa	1	1	1	1	1	1
Confiabilidade intra-teste realizada caso a confiabilidade inter-teste for baixa ou inconsistente	0	0	N/A	$I = N/A/Rev = 0$	0	0
Número total de participantes	2	2	1	2	2	1
Critério de validação: correlação com "padrão ouro"	1	2	0	0	1	0
Critério de validação: sensibilidade	1	0	0	0	0	0
Critério de validação: especificidade	2	0	0	0	0	0
Validação discriminante	2	2	2	2	2	0
Viabilidade	1	1	0	0	0	0
Directivas de utilização	1	0	1	0	1	1
Relevância da escala na prática	0	1	0	0	0	1
Pontuação total intervalo: 0-25	20	14	11	$I = 11/Rev = 12$	11	7
Pontuação Ponderada intervalo: 0-20	14,7	12	10,2	$I = 9,2/Rev = 8,7$	7,5	5,9

Qualidade da evidência psicométrica (Com base na pontuação ponderada)	M	M	L	VL	L	VL
---	---	---	---	----	---	----

BPS = Escala de Dor Comportamental; I = inicial; Rev = revisada, N/A = não aplicável; M = moderado; L = baixo; VL = muito baixo.

aescala de dor não verbal tem duas versões: I e Rev.

bfaixa de pontuação ponderada (0-20): propriedades psicométricas muito boas (Muito Bom): 15-20; boas propriedades psicométricas (M): 12-14,9; Algumas propriedades psicométricas aceitáveis, outros estudos precisam ser realizados (L): 10-11,9; Pouquíssimas propriedades psicométricas foram relatadas, ou resultados inaceitáveis(VL): <1

Tratamento da dor

Os opióides, tal como o fentanil, hidromorfona, metadona, morfina e remifentanil são os medicamentos de primeira escolha para controlar a dor de pacientes em estado crítico.

- Recomendamos que a analgesia preventiva e/ou intervenções não farmacológicas (por exemplo, relaxamento) sejam administradas para aliviar a dor em pacientes adultos internados em UTIs, antes da remoção do dreno torácico (+1C).
- Recomendamos que os opióides (por administração intravenosa - IV) sejam considerados como drogas de primeira linha de escolha para tratar pacientes em estado crítico com dor não neuropática (+1C).
- Todos os opióides IV disponíveis, quando titulados para dores semelhantes às de intensidade terminais, são igualmente eficazes (C).
- Recomendamos que para o tratamento de dores neuropáticas, além de opióides IV, seja considerada a administração por via enteral de gabapentina ou carbamazepina, (+1^a).

2.10 AGITAÇÃO E SEDAÇÃO

Profundidade da sedação

- Recomendamos que os medicamentos sedativos sejam titulados para manter uma leve sedação ao invés de um nível de sedação profunda em pacientes adultos de

UTI, a menos que isso seja clinicamente contra- indicado (1B).

Monitoramento da profundidade da sedação

- A escala de agitação-sedação de **Richmond (Richmond Agitation- Sedation Scale - RASS)** e a escala de sedação-agitação (Sedation- Agitation Scale - SAS) são as ferramentas de avaliação da sedação mais válidas e confiáveis para medir a qualidade e profundidade da sedação em pacientes adultos internados em UTI (B).

Escolha do Sedativo

Em geral, a escolha do agente sedativo que será usado em pacientes de UTI deve ser conduzida por: 1) indicações específicas e objetivos da sedação para cada paciente, 2) a farmacologia clínica do fármaco em um paciente em particular, incluindo seu efeito inicial e de continuidade e seu perfil de efeitos colaterais, e 3) os custos globais associados ao uso de um sedativo particular.

- **Sem recomendações**
- **Sugerimos** que as estratégias de sedação sejam preferencialmente com sedativos não benzodiazepínicos (tanto propofol como dexmedetomidina) e não com os benzodiazepínicos (midazolam ou lorazepam) para melhorar os resultados clínicos de pacientes adultos de UTI que estão submetidos à ventilação mecânica (+2B).

2.11 DELIRIUM

Resultados associados com delirium

- O delirium está associado ao aumento da mortalidade em pacientes adultos internados na UTI (A), ao tempo de internação hospitalar e/ou a permanência prolongada em UTI (A), com o desenvolvimento de comprometimento cognitivo pós-UTI em pacientes adultos internados em UTI (B).

Deteção e monitoramento de delirium

- Recomendamos a monitorização rotineira do delirium em pacientes adultos internados em UTI (+1B).
- **O Método de Avaliação de Confusão para UTI (Confusion Assessment Method for ICU - CAM-ICU)** e a Verificação de Monitoramento de Delirium de Terapia Intensiva (Intensive Care Delirium Screening Checklist - ICDSC) são as mais válidas e confiáveis ferramentas de monitoramento de delirium em pacientes adultos de UTI (A).

Quadro 10: Classificação Psicométrica de Ferramentas de Monitoramento de Delirium

Critérios Psicométricos Classificados	Ferramentas de Monitoramento de Delirium				
	CAM-ICU	ICDSC	CTD	Nu-DESC	DDS
Descrição da seleção do item	2	1	2	1	1
Validação de conteúdo	1	0	2	0	0
Limitações apresentadas	1	1	1	0	1
Confiabilidade interavaliadores	2	2	2	2	2
Confiabilidade interavaliadores testado com equipe não relacionada	1	1	0	0	0
A confiabilidade entre avaliadores foi classificada em baixa ou inconsistentes	NA	NA	NA	NA	0
Número total de participantes	2	2	2	2	2
Critério de validação: sensibilidade	2	2	2	2	0
Validação de critério: especificidade	2	1	2	2	2

Validação preditiva	2	2	0	1	0
Viabilidade	1	0	0	0	0

Fatores de Risco para o desenvolvimento de delirium

- Quatro fatores de risco são positivos e significativamente associados ao desenvolvimento de delirium na UTI: demência preexistente, história de hipertensão e/ou alcoolismo e doença de alta gravidade na admissão (B).
- O coma é um fator de risco independente para o desenvolvimento de delirium em pacientes internados na UTI (B).
- Existem dados conflitantes em relação ao uso de opióides e o desenvolvimento de delirium em pacientes adultos internados em UTI (B).
- O uso de benzodiazepínicos pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de delirium em pacientes adultos de UTI (B).
- Não há dados suficientes para determinar a relação entre o uso de propofol e o desenvolvimento de delirium em pacientes adultos internados em UTI (C).
- Em pacientes adultos internados em UTI submetidos à ventilação mecânica e com risco de desenvolver delirium, infusões de dexmedetomidina administradas para sedação podem estar associadas com uma menor prevalência de delirium em comparação com infusões de benzodiazepínicos (B).

Prevenção do Delirium

- Sempre que possível, recomendamos realizar a **movimentação precoce** de pacientes adultos internados em UTI, reduzindo assim a incidência e a duração do delirium (+1B).

Tratamento do Delirium

- SEM RECOMENDAÇÕES
- Não há recomendação de que se administre haloperidol ou antipsicóticos atípicos para prevenir o delirium em pacientes adultos internados em UTIs (-2C).
- Não há recomendação para o uso de dexmedetomidina como forma de prevenção para o delirium em pacientes adultos internados em UTI, já que não há evidências convincentes sobre sua eficácia nestes pacientes (0,C).

2.12 ESTRATÉGIAS PARA GESTÃO DA DOR, AGITAÇÃO E DELIRIUM VISANDO MELHORAR AS RESPOSTAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UTIs

- Recomendamos a interrupção da sedação diária ou a utilização rotineira de um nível de sedação leve para pacientes adultos internados em UTIs que estejam sendo ventilados mecanicamente (+1B).
- Recomendamos promover o sono de pacientes adultos internados em UTI usando estratégias que tornem seu ambiente mais propício ao relaxamento, como o controle de luz e som e o planejamento das atividades de cuidados ao paciente, diminuindo os estímulos à noite, para proteger os ciclos de sono (+1C)
- Recomendamos a formação de uma equipe multidisciplinar na UTI que inclua educadores, protocolos informatizados e/ou pré-impressão, formulários e listas de verificação que promovam a qualidade da UTI, a fim de facilitar o uso de diretrizes ou procedimentos para gestão da dor, agitação e delirium em pacientes adultos internados em UTIs (+1 B).
- As estratégias de prevenção do delirium podem ser categorizadas como não farmacológicas (por exemplo, a **mobilização precoce**), farmacológicas ou a combinação de abordagens farmacológicas/não-farmacológicas. O

monitoramento do delirium em pacientes em estado crítico com ferramentas de avaliação válidas e confiáveis permite aos médicos detectar e tratar o delirium mais cedo, e, possivelmente, melhorar os resultados dos pacientes.

2.13 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO PRELIMINAR A PARTIR DO PAD

Para Elaboração do Protocolo foram consideradas preliminarmente as justificativas do PAD, demonstradas no Quadro 11.

Quadro 11: Elementos considerados importantes para elaboração do instrumento, conforme análise crítica do PAD

DOR	DIRETRIZES	JUSTIFICATIVAS
E ANALGESIA	1 Incidência de Dor (Considerar a Dor oncológica)	Pacientes adultos de UTI Clínica, cirúrgica e traumática sentem dor significativa, mesmo em repouso. Por isso, todos os pacientes adultos de qualquer UTI devem ser avaliados para a dor. A dor em repouso deve ser considerada como uma grande síndrome de diagnóstico clínico.
	2 Avaliação da dor- Utilizar preferencialmente as BPS para pacientes sedados e EVA para os sem sedação	A avaliação rotineira da dor em pacientes adultos internados em UTI está associada à melhora dos resultados clínicos. A avaliação da dor, especialmente a protocolizada, tem sido significativamente associada a uma redução da utilização de medicamentos analgésicos, prolongamento da permanência em UTI (LOS), e duração de ventilação mecânica. A Escala de Dor Comportamental (Behavioral Pain Scale - BPS) é uma escalas comportamentais mais válidas e confiáveis para o monitoramento de dor em pacientes

		<p>adultos de UTI médica, pós-operatória, ou traumática (exceto para lesões cerebrais) que não são capazes de relatar a dor que sentem, mas que têm suas funções motoras intactas e seus comportamentos são observáveis.</p>
	<p>3 Tratamento/ Controle da Dor</p>	<p>As evidências indicam a utilização de um regime à base de opiáceos para diminuir a intensidade da dor não neuropática. Além do custo da droga e da utilização de recursos, todos os opióides administrados IV parecem exibir eficácia analgésica similar e estão associados com semelhantes resultados clínicos (por exemplo, permanência em ventilação mecânica, LOS) quando ajustados para intensidades de dor semelhantes. Para a dor não neuropática, não opióides como acetaminofeno IV ou inibidores da ciclooxigenase administrados via oral, IV ou retal , ou ainda a cetamina IV podem ser usados em adição aos opióides. Usando analgésicos não opióides, a quantidade total de opióides administrados é diminuída e a incidência e gravidade dos efeitos secundários relacionados aos opióides também.</p>

	DIRETRIZES	JUSTIFICATIVAS
--	-------------------	-----------------------

AGITAÇÃO E SEDAÇÃO	2. Despertar Diário Programado e Assistido	Esses estudos examinaram a relação direta entre profundidade de sedação e as respostas clínicas em pacientes de UTI, incluindo duração da ventilação mecânica, permanência na UTI, medidas de estresse fisiológico e as avaliações de estresse psicológico pós UTI
	3. Evitar uso abusivo das medicações sedativas em bolus	
	4. Monitoramento da profundidade da sedação- ESCALA DE SEDAÇÃO RASS	A escalas RASS tem a umas das maiores pontuações psicométrica (ou seja, a confiabilidade entre avaliadores, validação convergente ou discriminante) e teve um significativo número de participantes no estudo, demonstra um elevado grau de confiabilidade inter-avaliadores, que incluiu médicos de UTI.
	5. Escolha do Sedativo	Em geral, a escolha do agente sedativo que será usado em pacientes de UTI deve ser conduzida por: 1) indicações específicas e objetivos da sedação para cada paciente, 2) a farmacologia clínica do fármaco em um paciente em particular, incluindo seu efeito inicial e de continuidade e seu perfil de efeitos colaterais, e 3) os custos globais associados ao uso de um sedativo particular. Frequentemente, os

		estudos sobre efeitos de agentes sedativos em pacientes de UTI comparam uma droga benzodiazepínica (midazolam ou lorazepam) com uma não benzodiazepínica (propofol ou dexmedetomidina) para sedação. Até a época da nossa revisão de literatura, haviam sido publicados apenas dois estudos de baixa qualidade que comparavam os resultados clínicos de pacientes em UTI que receberam propofol versus dexmedetomidina como agentes de sedação. Nenhum estudo comparou os resultados clínicos em pacientes de UTI sedados com cetamina ou outros agentes sedativos.
	6. Detecção e Monitoramento de Delirium (O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU))	O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU) é uma ferramenta válida, confiável e viável para detectar delirium em pacientes internados em UTI

	DIRETRIZES	JUSTIFICATIVAS
DELIRIUM	9. Sempre que possível, recomendamos realizar a movimentação precoce de pacientes adultos internados em UTI, reduzindo assim a	Sobre delirium, a mobilização precoce e progressiva traz alguns resultados referente a melhora deste delirium. Assim dois estudos de mobilização precoce avaliaram

incidência e a duração do delirium. (MOBILIZAÇÃO PRECOCE)	pacientes com delírio para examinar a relação entre mobilidade precoce / reabilitação física com tal alteração.
10. Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo	Desconforto e alteração de temperatura podem causar delirium em pacientes criticamente doentes
11. Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de Box ao invés de restrições quando possível.	Resolução cofen nº 427/2012 Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes
12. Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível.	Inouye et al indica o uso de estratégias de reorientação e intervenção comportamental como permitir a presença de familiares como acompanhantes, gerenciamento do ruído, e suporte.
13. Propiciar visita a unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas	Contato pessoal e comunicação são fundamentais, utilizando-se
14. Utilizar protetores auriculares avaliando a condição individual	instruções verbais simples, orientações e contato ao olhar. E o estímulo ao uso de acessórios para audição, visão, mobilidade, o autocuidado e a independência para atividades são primordiais. O ambiente de Terapia Intensiva pode, por si só, ser a causa de stress e agitação devido a fatores como ventilação mecânica, procedimentos invasivos, dor,

	medo, ansiedade, sobrecarga sensorial e interrupção dos ciclos do sono ²
15. Manter luz indireta apenas e controle de luminosidade	Entre esses cuidados pode-se citar uso da luz natural, de preferência, para manter ou restaurar o ciclo circadiano, um cuidado muitas vezes subutilizado
16. Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais.	Outras medidas incluem: uso de próteses auditivas e óculos, quando o paciente fizer uso dos mesmos, para que se sinta mais seguro; oportuna remoção de sondas e restrições; mobilização precoce no leito e uso racional de restrições físicas e química.
17. Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 22 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais).	A privação do sono influencia na recuperação, capacidade de resistir a infecções, provoca problemas neurológicos, tais como delírios, problemas respiratórios, pois enfraquece a musculatura e pode prolongar a duração da Ventilação Mecânica, a permanência na UTI podendo levar a complicações pós extubação.
18. Manter cortinas abertas durante o dia, (sempre que	Inouye et al indica o uso de estratégias de reorientação e

	possível), permitindo que o paciente diferencie dia/noite	intervenção comportamental entre esses cuidados pode-se citar uso da luz natural, de preferência, para manter ou restaurar o ciclo circadiano, um cuidado muitas vezes subutilizado.
	19. Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e horas	Inouye et al indica o uso de estratégias de reorientação e intervenção comportamental, como Uso de calendários, relógios e esquema de horários deve ser disponibilizado para auxiliar na orientação do paciente.

2.14 REFERÊNCIAS DE REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS ITENS DO INSTRUMENTO PRELIMINAR

A pesquisa foi realizada nas bases eletrônicas de dados da BVS, por meio do cruzamento dos descritores: analgesia, sedação, cuidados intensivos, protocolos, delirium, dor crônica, mobilização precoce e oncologia. Critérios de inclusão: estudos clínicos publicados com adultos com textos completos e contemplando uma das trinta e três recomendações de diretrizes de sedação, analgesia e delirium de 2013, endossadas pela Society of Critical Care Medicine, com recorte temporal de 2000 a 2015, nos idiomas inglês, português e espanhol. Obteve-se, assim, trinta e duas produções, descritas no Quadro 5.

Quadro 12: Referências de revisão integrativa sobre os itens do Instrumento Preliminar

ITE NS	A no	Periódico	Título do Artigo	Nome do(s) Autor(es)
-------------------	-----------------	------------------	-------------------------	-------------------------------------

1	2007	Anesthesiology	A prospective study of pain at rest: Incidence and characteristics of an unrecognized symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients.	Chanques G, Sebbane M, Barbotte E, et al
	2007	Intensive Crit Care Nurs	Management of pain in cardiac surgery ICU patients: Have we improved over time?	Gélinas C
2	2009	Anesthesiology	Dolorea Investigators: Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: A post Hoc analysis of the DOLOREA study.	Payen JF, Bosson JL, Chanques G, et al
	2007	Anesthesiology	Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: A prospective multi-center patient-based study.	Payen JF, Chanques G, Mantz J, et al
3	2010	J Crit Care	Intravenous paracetamol reduced the use of opioids, extubation time, and opioid-related adverse effects after major surgery in intensive care unit.	Memis D, Inal MT, Kavalci G, et al

	2006	Eur J Anaesthesiol	Remifentanyl or sufentanyl for coronary surgery: Comparison of postoperative respiratory impairment.	Guggenberger H, Schroeder TH, Vonthein R, et al
	2006	Am J Emerg Med	Efficacy of fentanyl analgesia for trauma in critical care transport.	Frakes MA, Lord WR, Kociszewski C, et al
4 e 5	2007	Nurs Crit Care	Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients	Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund
	2007	Crit Care Med	Daily sedative interruption in mechanically ventilated patients at risk for coronary artery disease.	Kress JP, Vinayak AG, Levitt J, et
	2009	Crit Care Med	Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness.	Treggiari MM, Romand JA, Yanez ND, et al:
	2008	Lancet	Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): A randomised controlled trial	Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, et al
6	2011	Pharmacotherapy	Confirming the reliability of the Sedation-Agitation Scale administered by ICU nurses without experience in its use.	Brandl KM, Langley KA, Riker RR, et al

	20 09	Crit Care Med	Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness	Treggiari MM, Romand JA, Yanez ND, et al
7	20 09	Intensive Care Med	Dexmedetomidine for Continuous Sedation” Investigators: Dexmedetomidine versus propofol/midazolam for long-term sedation during mechanical ventilation.	Ruokonen E, Parviainen I, Jakob SM, et al
	20 09	JAMA	SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexmedetomidine Compared With Midazolam) Study Group: Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: A randomized trial	Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al
	20 10	Crit Care Med	A cost-minimization analysis of dexmedetomidine compared with midazolam for long-term sedation in the intensive care unit	Dasta JF, Kane-Gill SL, Pencina M, et al
	20 08	Crit Care Med	Economic evaluation of propofol and lorazepam for critically ill patients undergoing mechanical ventilation	Cox CE, Reed SD, Govert JA, et al

8	2005	Crit Care Med	Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: A report from two medical centers	Pun BT, Gordon SM, Peterson JF, et al
	2009	Crit Care Med	Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit.	Van Eijk MM, van Marum RJ, Klijn IA, et al
9	2009	LANCET	Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial	Schweickert W, Pohlman MC et al
	2013	Crit Care Clin.	Preventing delirium in the intensive care unit	Brummel N E , Girard T D
10	2006	New England Journal of Medicine	Delirium in Older Persons	INOUYE, S.K
10	2002	Crit Care Med	Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians: Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the	Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, et al

			critically ill adult.	
	20 12	Resolução cofen nº 427/2012		
11	20 08	J.Trauma	Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients	Pandharipande P, Cotton, B A.; Shintani, A.; Thompson, J.; Pun, B T ; Morris, J A jr; et al
12 e 13	20 06	New England Journal of Medicine	Delirium in Older Persons	INOUYE, S.K et al
	20 06	New England Journal of Medicine	Delirium in Older Persons	INOUYE, S.K et al
14	20 07	Nursing Critical Care, v. 12. N. 1, p. 6-11, 2007.	The use of physical restraint in critical care	HINE, K.

	2006	Rev Bras Ter Intensiva	Delirium em pacientes críticos	Pessoa , F. P; NÁCUL FE.
15	2006	New England Journal of Medicine	Delirium in Older Persons	INOUYE, S.K et al
	2007	Intensive Critical Care Nursing	Influence of bright light therapy on postoperative patients: a pilot study	TAGUCHI, T.; YANO, M.; KIDO, Y.
16	2007	Intensive Critical Care Nursing	Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: contributing factors.	HOFISO, K.; COYER, F. M.
	2005	Current Opinion in Critical Care	Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill.	PANDHARIPAND E, P.; JACKSON, J.; ELY, E. W
17	2004	Intensive Care Medicine	Sleep in the intensive care un	PARTHASARATH Y, S.; TOBIN, M. J
	2008	Critical Care Medicine	Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice, and future directions	FRIESE, R. S.
18	2006	New England Journal of Medicine	Delirium in Older Persons	INOUYE, S.K et al
	2007	Intensive Critical Care Nursing	Influence of bright light therapy on postoperative patients: a pilot study	TAGUCHI, T.; YANO, M.; KIDO, Y.

19	2006	New England Journal of Medicine	Delirium in Older Persons	INOUYE, S.K et al
-----------	-------------	---------------------------------------	---------------------------	-------------------

CAPÍTULO III

Nesta seção, são descritos aspectos gerais do estudo e, de modo breve, os métodos adotados para o alcance dos objetivos desta dissertação. Os procedimentos metodológicos dela estão detalhadamente descritos nos artigos científicos que compõem as seções posteriores.

Pesquisa exploratória através da coleta e uso de informações já disponíveis, com o objetivo de descrever a frequência de delirium retrospectivamente em uma unidade de cuidados intensivos oncológica no período de três meses, precisamente nos meses de janeiro, fevereiro e março do ano de 2016.

A Abordagem de dados se deu no software ALERT^a. O ALERT^a é uma importante ferramenta para tomada de decisão na área clínica, uma vez que permite a melhoria da gestão das instituições de saúde, baseada em fatos reais e informatizados, pois ele é um Prontuário Clínico Eletrônico para profissionais, destinado a ser utilizado em hospitais, criando hospitais livres de papel, com quatro módulos principais para as urgências, ambulatório, internação e bloco operatório. Os clientes de referência da ALERT incluem o Ministério da Saúde português, o Hospital Americano de Paris (França), o Hospital La Tour (Suíça), os Hospitais Universitários de Brighton e Sussex (BSUH) da NHS Trust (Reino Unido), a TEC Salud - Hospital San José Tec de Monterrey (México), a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (Brasil), a UNIMED BH, o Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro (Brasil), a Universidade Católica do Chile (Chile), os Serviços de Saúde Índios de Navajo (EUA) e outros. (ALERT, 2014).

Foram adotados os critérios de elegibilidade:

- Critério Inclusão: Prontuários de pacientes internados na unidade de cuidados intensivos que estejam inseridos no AlerT, no período de três meses. (Janeiro, Fevereiro e Março de 2016), de pacientes maiores de 18 anos internados na unidade de cuidados intensivos que estejam inseridos no Alert e Prontuários de pacientes internados na unidade de cuidados intensivos que não estejam inseridos no Alert de acordo com alguma clínica, e pacientes transferidos entre as Unidade de terapia intensiva (UTI) e Unidade de Pós-operatório (UPO).
- Critério Exclusão: Prontuários incompletos

A coleta de dados se deu no ALERT^a, que é um prontuário eletrônico, já explicado anteriormente. Para a coleta de dados ficou delimitado encontrar nos prontuários informações sólidas que nos permitiam entrelaçar dados consistentes (variáveis) que fossem suficientes para fazer o fechamento do diagnóstico de delirium, tais : relatos característicos dos sinais e sintomas (agitação, desorientação, apatia entre outros, além do diagnóstico rotineiramente utilizado no cenário da pesquisa, o Método da Avaliação da Confusão Mental na Unidade de Terapia Intensiva , CAM-ICU) que evidenciem flutuação do nível de consciência para os quadros de delirium, correlacionando-os com variáveis de acordo com os fatores de risco para o desenvolvimento de delirium, divididos em: predisponentes e precipitantes (sexo, idade, doença de base, medicações, uso de sedativos, Comorbidades, Tipo e Motivo de internação) e o diagnóstico de delirium utilizando o CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (Método da Avaliação da Confusão Mental na Unidade de Terapia Intensiva), que já é utilizada no UTI do cenário da pesquisa como critério rastreador para delirium. Assim como acrescentar informações pertinentes como oscilações do estado de humor/ agressão, momentos de desorientação e utilização de palavras inadequadas/incoerentes. Todos esses critérios integram informações de suma importância para o desenvolvimento da pesquisa.

Vale ressaltar que para compor a produção de dados foi construído um instrumento (Apêndice A), que norteou a coleta em prontuários. Este instrumento foi composto por critérios previamente selecionados que integram a escala do CAM-ICU.

A abordagem em duas etapas do CAM-ICU é adequada para a maior parte dos pacientes que não consegue se comunicar com o avaliador. Os pacientes que não progredem para o passo número 2, como por exemplo, aqueles com nível de sedação RASS - 4 a - 5, não são testados com o restante da avaliação CAM-ICU. Por isso, para aqueles que atingem o passo 2 e apresentam abertura dos olhos apenas com estimulação verbal, a incapacidade para realizar ou completar os componentes do teste de atenção é atribuída à falta de atenção. (Ely et al., 2001).

Os dados foram coletados após a submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do cadastro na Plataforma Brasil, avaliado pela instituição proponente (CEP/UNIRIO) e coparticipante (CEP/INCA), de modo a respeitar a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o parecer n.º 1.769.591 UNIRIO / 1.776.393 INCA (APÊNDICE B)

Na Etapa 1: Abordagem de dados o projeto limitou-se a coleta de dados em prontuário de maneira retrospectiva, não havendo necessidade de qualquer procedimento ou intervenção clínica adicional, com isso, de acordo com o fluxograma do CEP da instituição coparticipante, disponibilizado em meio eletrônico pela própria instituição, havendo necessidade de aplicar TCLE nessa etapa, ficando assim isento de TCLE nesta Etapa.

Na Etapa 3: Juízes, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi impresso em duas vias, ficando uma com estes e outra com a pesquisadora. Dessa forma, foi obtida a anuência dos participantes da pesquisa, havendo a preocupação com uma explicação completa sobre a natureza do estudo, objetivos e métodos, de forma que a sua participação na pesquisa seja voluntária, podendo declinar a qualquer momento sem qualquer prejuízo (BRASIL, 2012).

Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta pesquisa poderá ocasionar riscos mínimos, durante a fase levantamento em dados e a fase dos juízes, respectivamente devido ao projeto limita-se a coleta de dados em prontuário de maneira retrospectiva, não havendo necessidade de qualquer procedimento ou intervenção clínica adicional, e a realização da aplicação do formulário, via google docs. Podendo acontecer desconfortos devido à falta de habilidade dos respondentes em relação a dependência da tecnologia. Por isso foi criado um manual par facilitar o manuseio do questionário e suas respostas, que foi disponibilizado, oferecido e fornecido quando houver necessidade (APÊNDICE C).

Para manter o anonimato dos participantes, e sigilo das informações, os JUÍZES foram identificados através de códigos alfanuméricos, utilizando a primeira letra da palavra PROFISSIONAL (P), seguida de uma numeração correspondente à ordem sequencial dos formulários (Exemplo: P1; P2).

Vale ressaltar que todos os gastos estimados, bem como os que surgirem durante a fase de desenvolvimento da pesquisa será de inteira responsabilidade da pesquisadora, não acarretando dispêndios financeiros aos sujeitos ou a instituição onde será desenvolvido o estudo.

3.1 ARTIGO 1: Delirium em unidade oncológica de cuidados intensivos adulto: frequência e principais características

RESUMO

Objetivos: descrever a frequência de delirium em pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivo oncológica. **Método:** estudo retrospectivo transversal, realizado

com adultos internados em UTI oncológica, de um hospital especializado em oncologia da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, com base em fontes documentais utilizando-se o software ALERT^a, durante os meses de janeiro a março de 2016. A amostra foi composta de 135 prontuários. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer: 1.703.005 INCA. **Resultados:** Encontrou-se uma frequência de 39,3 % (N=135) de pacientes com delirium no período pesquisado. Considerando apenas os pacientes sob ventilação mecânica, a frequência de delirium foi de 64,6%. A prevalência de sepse na amostra estudada foi de 22,2% **Conclusão:** a análise das variáveis associadas, por meio do teste qui-quadrado, indicou relação significativa do status de câncer, tipo de internação, uso de sedativos e tempo de permanência na UTI. O teste U indicou diferença significativa entre os grupos conforme o tempo de permanência na UTI (U= 3.671,00; p = 0,00). Pacientes internados por até sete dias tiveram tempo médio (M= 0,36; DP= 0,89) de duração de delirium (em dias) significativamente inferior aos de pacientes internados por oito dias ou mais (M= 4,58; DP= 4,80). Na análise ajustada foi identificado que os pacientes submetidos a traqueostomia (OR= 4,15; IC 95% 1,33 – 12,94; p= 0,01) e ventilação mecânica (OR=7,64; IC 95% 2,41 – 24,25; p= 0,00) apresentaram maiores chances de delirium do que os pacientes que não foram submetidos a tais procedimentos. **DESCRITORES: Delírio, Unidades de terapia intensiva, Sepse, Oncologia**

INTRODUÇÃO

Delirium é uma perturbação da atenção ou da consciência acompanhada de uma mudança na cognição basal, que se manifesta por capacidade reduzida de direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção, pois o indivíduo é facilmente distraído por estímulos irrelevantes. Aparece durante curto período, em geral de horas a alguns dias, com tendência a oscilações, com piora ao entardecer e à noite, quando diminuem os estímulos externos de orientação. Há evidências a partir do histórico, do exame físico ou de achados laboratoriais de que o delirium é uma consequência fisiológica de condição médica subjacente, intoxicação ou abstinência de substância, uso de medicamento ou exposição a toxina ou de que é uma combinação desses fatores¹.

O delirium é prevalente nas unidades de terapia intensiva (UTI), com incidência variando entre 5 e 92%, com base com nas características da população² e está associado ao maior tempo de permanência do paciente no hospital e ao aumento da mortalidade³. Em pacientes oncológicos a incidência de delirium também é elevada, podendo chegar a 80% em fases mais avançadas da doença, sendo relacionada com pior controle da dor e diminuição da sobrevivência^{4,5}.

Estudo prospectivo desenvolvido nas UTIs clínica e cirúrgica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em 2011, constatou que a prevalência de disfunção cerebral aguda (delirium e coma) é elevada em pacientes críticos com câncer sob ventilação mecânica (95%), sendo superior à descrita na literatura para grupos gravemente enfermos de pacientes sem câncer⁶.

Ainda assim, há escassez de estudos sobre delirium em pacientes com câncer, associado à intensa morbidade. A subnotificação e a alta incidência e precocemente de seu tratamento e cuidados, há melhora na qualidade de vida, diminuição do tempo de hospitalização e o número de reinternações⁶.

OBJETIVO

Descrever a frequência de delirium em pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivo oncológica.

MÉTODOS

A pesquisa utilizou o método quantitativo, sendo um estudo retrospectivo transversal. Para isto foram utilizados os prontuários, de pacientes assistidos no período de 01/01/2016 a 31/03/2016, em uma Unidade de Terapia Intensiva Oncológica adulta do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva do Estado do Rio de Janeiro, composto por 15 leitos. Buscou-se relatos médicos e de enfermagem que pudessem preencher critérios de achados clínicos sugestivos de delirium segundo o Método da Avaliação da Confusão Mental na Unidade de Terapia Intensiva (CAM-ICU) ou com diagnóstico fechado.

Este período ficou delimitado visando a encontrar os relatos característicos dos sinais e sintomas (agitação, desorientação, apatia entre outros) que evidenciem flutuação do nível de consciência para os quadros de delirium, correlacionando-os com variáveis (dados demográficos, sexo, idade, variáveis relacionadas ao câncer, comorbidades, internação na UTI, durante a permanência no CTI, incluindo a presença e duração do delirium, e evolução no CTI, essas variáveis foram escolhidas para caracterizar a população do estudo e pelos fatores de risco para delirium. Utilizou-se o software ALERT^a, um prontuário eletrônico, que é uma importante ferramenta para tomada de decisão na área clínica, uma vez que permite a melhoria da gestão das instituições de saúde, baseada em fatos reais e informatizados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA), Parecer: 1.703.005 INCA. Para o tratamento dos dados foram utilizados os softwares: SPSS V21, Excel Office 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cento e trinta e cinco prontuários de pacientes internados na UTI/UPO foram incluídos no estudo. A média de dias que precedeu a internação destes pacientes na UTI/UPO foi de 10,3 dias.

As principais comorbidades presentes, além do câncer, foram: hipertensão arterial 103 (76%), diabetes mellitus 50 (37%) e doença coronariana 22 (16%) Doenças neurológicas e psiquiátricas pré-existentes foram observadas em uma pequena parcela dos pacientes. A presença de acidente vascular cerebral (AVC) prévio em 3 (2%) pacientes, bem como doença psiquiátrica 4 (2,9 %) e demência 1 (0,7%). Alcoolismo 15 (11%) e Tabagismo 19 (14%).

Tumores sólidos estiveram presentes em 116 (85,9%) pacientes, sendo 25(21%) Cérebro, 19 (16%) intestino grosso e canal anal, 17 (14,6%) cavidade oral e faringe. Tumores hematológicos estiveram presentes em 19 (14,1%) pacientes dentre os quais 6 (31%) mieloma múltiplo, 5 (26,3%) leucemias agudas, 3 (15,7%) Linfoma Hodgkin 2(10,5%), Linfoma não-Hodgkin e 2 (10,5%) leucemias crônicas.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra em relação às características demográficas, variáveis relacionadas ao câncer, comorbidades e internação, de acordo com a presença de delirium. A frequência de presença de delirium foi de 39,3%. Considerando populações gerais^{7,8} com resultados de 20 a 80% de prevalência, temos uma prevalência esperada.

Se considerarmos a frequência de delirium somente nas internações clínicas (N= 53) teremos uma frequência de 56,6% (30) e para as internações cirúrgicas (N= 82) uma frequência de 26,8 % (22). Este resultado está em conformidade com estudos anteriores nos quais o delirium foi detectado em 20 % a 80% da população^{7,8} e estudos realizados em UTIs gerais a observação sobre o delirium variou de 9 a 64%^{9,10,11}. Em concordância com este estudo, o delirium pode ocorrer em 10-26% em pacientes em Pós-operatório de cirurgia geral e está frequentemente associado a um aumento significativo

na morbidade e mortalidade 12. Porém em UTI destinadas a pós-operatório de cirurgia cardíaca, a frequência de delirium foi de 13,3 a 34,78% 13,14.

O tempo médio de duração do delirium entre os pacientes da amostra estudada foi de 2,08 dias (DP= 3,75). Em relação ao curso, em hospitais, o delirium costuma durar cerca de uma semana, embora alguns sintomas normalmente persistam mesmo depois da alta¹⁵

Para a análise da associação das características demográficas, variáveis relacionadas ao câncer, comorbidades e internação com a presença de delirium, foi utilizado o teste qui-quadrado de associação e os resultados indicaram associação significativa da presença de delirium com a faixa etária do participante, seu status de performance, motivo e tipo de internação, uso de sedativos, quimioterapia e tempo de permanência na UTI.

Na comparação entre as diferentes faixas etárias, houve uma concentração significativamente maior de casos com presença de delirium entre os participantes com idade superior a 60 anos completos ($\chi^2= 3,88$; $p= 0,05$). Na amostra estudada apresentou 21,4% da população com idade maior ou igual a 60 anos, o que vai ao encontro dos resultados de estudos anteriores que mostram os pacientes mais vulneráveis de desenvolver o delirium através da avaliação do CAM- ICU são aqueles com idade acima de 60 anos, esboçando uma prevalência que pode flutuar entre 10 e 30%¹⁶.

Dentre as variáveis referentes a internação, foi encontrada diferença significativa na presença de delirium entre pacientes em internação clínica vs pacientes em internação cirúrgica (eletiva ou de urgência/emergência) ($\chi^2= 11,01$; $p= 0,00$). O motivo da internação também se mostrou significativamente associado a presença de delirium ($\chi^2= 15,86$; $p= 0,05$), assim como o uso de sedativos ($\chi^2= 38,29$; $p= 0,00$), quimioterapia ($\chi^2= 4,55$; $p= 0,03$) e permanência na UTI por mais de oito dias ($\chi^2= 43,60$; $p= 0,00$).

Em um estudo com pacientes em fase terminal do câncer, Gagnon e cols. avaliaram 1516 pacientes e observaram que delirium ocorria em mais de 43% dos pacientes avaliados 15, neste estudo a frequência de delirium para cuidados paliativos foi de 4(7,5%).

No Japão um estudo prospectivo de coorte com 180 pacientes realizado em unidades de terapia intensiva médica e cirúrgica (UTI) de 24 centros médicos, para avaliar a prevalência e os efeitos do delirium sobre a mortalidade em 28 dias em pacientes críticos em ventilação mecânica, 115 pacientes (64%) desenvolveram delírium, porém o mesmo não foi associado a maior mortalidade, devido a 15(8%) de letalidade na UTI 11. No nosso estudo a letalidade na UTI foi de 21(15,5%) e associada a presença de delirium 8 (38%).

Silva e Cols. em um estudo não experimental, descritivo para analisar os registros produzidos pela equipe de enfermagem sobre as percepções de sinais e sintomas de delirium tiveram em sua amostra um percentual de pacientes do sexo masculino de 52,3%, bem próximo ao nosso estudo que foi de 41,6%, o sexo masculino é considerado como o mais vulnerável para o desenvolvimento de delirium.¹⁷

Dubois e cols. em um estudo com 216 pacientes em UTI, para criação de uma ferramenta de triagem pode melhorar a detecção de delirium, identificaram as comorbidades como fator de risco: hipertensão arterial, fumo, hiperbilirrubinemia, e o uso de morfina através de cateter peridural.¹⁸

Ouimet e cols observaram em um estudo prospectivo a ocorrência de delirium em 31,8% dos 764 pacientes, sendo o risco de delirium associado independentemente com história de hipertensão arterial (OR 1,88, IC 95% 1,3-2,6), alcoolismo (2,03, 1,2-3,2) e gravidade da doença (1,25, 1,03-1,07 por incremento de 5 pontos em APACHE II).¹⁹

Tabela 1 - Distribuição da amostra em relação às características demográficas, variáveis relacionadas ao câncer, comorbidades e internação, de acordo com a Presença de Delirium (N=135)

Variáveis	Delirium		p-valor
	Não N (%)	Sim N (%)	
Sexo			0,528
Masculino	45 (58,4)	32 (41,6)	
Feminino	37 (63,8)	21 (36,2)	
Faixa etária			0,049
18 - 59 anos	42 (70,0)	18 (30,0)	
≥ 60 anos	40 (53,3)	35 (46,7)	
Câncer status^a			0,868
Ativo (Diagnóstico recente)	24 (60,0)	16 (40,0)	
Ativo (Recaída/Progressão)	56 (61,5)	35 (38,5)	
Extensão tumoral^b			0,943
Localmente avançado	37 (58,7)	26 (41,3)	
Metástases à distância	22 (59,5)	15 (40,5)	
Performance Status			0,001
Independente	7 (77,8)	2 (22,2)	
Pequena assistência	46 (75,4)	15 (24,6)	
Grande assistência ou acamado	28 (43,8)	36 (56,3)	
Comorbidade			0,584
Não	60 (59,4)	41 (40,6)	
Sim	22 (64,7)	12 (35,3)	
Hipertensão^c			0,525
Leve	1 (33,3)	2 (66,7)	
Moderada	36 (64,3)	20 (35,7)	
Grave	26 (59,1)	18 (40,9)	
Alcoolismo^c			0,872
Leve	5 (55,6)	4 (44,4)	
Moderada	-	-	
Grave	3 (60,0)	2 (40,0)	
Doença psiquiátrica^c			0,248
Leve	-	-	
Moderada	2 (66,7)	1 (33,3)	
Grave	-	1 (100)	

Tipo de Internação			0,001
Clínica	23 (43,4)	30 (56,6)	
Cirúrgica (Eletiva ou Urgência/Emergência)	59 (72,0)	23 (28,0)	
Motivo da internação			0,045
Monitoração pós operatório	56 (73,7)	20 (26,3)	
Sepse	14 (46,7)	16 (53,3)	
Insuficiência respiratória	2 (40,0)	3 (60,0)	
Choque (exceto sepse)	2 (50,0)	2 (50,0)	
Neurológico	2 (66,7)	1 (33,3)	
Renal/Metabólico	1 (20,0)	4 (80,0)	
Cardiovascular	3 (37,5)	5 (62,5)	
Digestivo	-	1 (100,0)	
Outras	2 (66,7)	1 (33,3)	
Sedativos			0
Não	50 (92,6)	4 (7,4)	
Sim	32 (39,5)	49 (60,5)	
Quimioterapia			0,033
Não	80 (63,0)	47 (37,0)	
Sim	2 (25,0)	6 (75,0)	
Tempo de permanência na UTI			0
Até 7 dias	67 (83,8)	13 (16,3)	
≥ 8 dias	15 (27,3)	40 (72,7)	
Total	82 (60,7)	53 (39,3)	

a Excluídos os casos de câncer controlados ou em remissão (N= 4)

b Excluídos os casos de extensão tumoral limitada (N= 35)

c Excluídos os casos em que não houve tal comorbidade, a saber: N= 32 (sem hipertensão), N= 120 (sem alcoolismo), N= 131 (sem doença psiquiátrica).

De modo esperado a sedação foi usada pela maior parte dos pacientes da amostra que apresentavam critérios clínicos para o diagnóstico de delirium.

A comparação dos pacientes com delirium, por sexo e idade, entre os que utilizaram ou não os sedativos midazolam, fentanil e dexmedetomidina não indicou diferenças significativas entre os grupos, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos Pacientes com Delirium, por Sexo e Idade, conforme a utilização dos sedativos: Midazolam, Fentanil e Dexmedetomidina (N= 53)

Variáveis	Midazolam			Fentanil			Dexmedetomidina ^a		
	Não N (%)	Sim N (%)	p- valor	Não N (%)	Sim N (%)	p- valor	Não N (%)	Sim N (%)	p- valor
Sexo			0,36			0,095			0,121

Masculino	16 (50,0)	16 (50,0)	7 (21,9)	25 (78,1)	7 (21,9)	25 (78,1)
Feminino	6 (28,6)	15 (71,4)	3 (14,3)	18 (85,7)	2 (9,5)	19 (90,5)
Faixas etárias	0,137		0,654		0,112	
18 a 59 anos	10 (55,6)	8 (44,4)	4 (22,2)	14 (77,8)	1 (5,6)	17 (94,4)
≥ 60 anos	12 (34,3)	23 (65,7)	6 (17,1)	29 (82,9)	8 (22,9)	27 (77,1)
Total	22 (41,5)	31 (58,5)	10 (18,9)	43 (81,1)	9 (17,0)	44 (83,0)

McNicoll nos relatam que o midazolam aumenta a possibilidade de transição para o delirium²⁰. Salluh e Cols compararam o uso de dexmedetomidina (n=52) na redução da duração de delirium com o uso de lorazepam (n=51) e observaram que sedação com dexmedetomidina resultou em mais dias livres de delirium ou coma (mediana de 7 vs 3 dias, p=0,01)²¹.

O teste de normalidade Shapiro-Wilk indicou que a variável duração de delirium (dias) não apresentava distribuição suficientemente normal, violando os pressupostos para o uso de testes paramétricos, portanto, para a comparação da duração de delirium entre os pacientes que permaneceram na UTI por até sete dias vs pacientes que permaneceram por oito dias ou mais, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney (alternativa não paramétrica para o teste t de student).

O resultado do teste U indicou diferença significativa entre os grupos conforme o tempo de permanência na UTI (U= 3.671,00; p = 0,00). Pacientes internados por até sete dias tiveram tempo médio (M= 0,36; DP= 0,89) de duração de delirium (em dias) significativamente inferior aos de pacientes internados por oito dias ou mais (M= 4,58; DP= 4,80).

Silva e Cols. em um estudo descritivo obtiveram uma média de permanência hospitalar de 12,2 dias e 91 % de confusão mental/delirium contra 10,3 dias e 39, 3% de delirium do nosso estudo.¹⁷

Um estudo prospectivo observacional de coorte nas UTIs clínica e cirúrgica do Hospital do Câncer – Unidade I (HC-I) do Instituto Nacional de Câncer (INCA), constatou que a permanência média de internação na UTI foi de 14 dias e a duração mediana do delirium foi de 1 (IIQ, 1-4) dias e de coma 9 (IIQ, 6-11) dias.⁶

A Tabela 3 apresenta a distribuição da amostra em relação às variáveis associadas a gravidade durante a permanência no CTI, de acordo com a presença de delirium. Na análise de regressão bruta, foi verificado que todas as variáveis se associaram com o aumento na probabilidade de apresentar delirium (Tabela 4). Na análise ajustada foi identificado que os pacientes submetidos a traqueostomia (OR= 4,15; IC 95% 1,33 – 12,94; p= 0,01) e ventilação mecânica (OR=7,64; IC 95% 2,41 – 24,25; p= 0,00) apresentaram maiores chances de delirium do que os pacientes que não foram submetidos a tais procedimentos.

Tabela 3 - Distribuição da amostra em relação às variáveis associadas a gravidade durante a permanência no CTI, de acordo com a presença de delirium (N=135)

Variáveis	Delirium	
	Não	Sim

	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)
Aminas vasoativas		
Não	44 (83,0)	9 (17,0)
Sim	38 (46,3)	44 (53,7)
Diálise		
Não	68 (68,7)	31 (31,3)
Sim	14 (38,9)	22 (61,1)
Ventilação mecânica		
Não	59 (84,3)	11 (15,7)
Sim	23 (35,4)	42 (64,6)
Traqueostomia		
Não	75 (70,8)	31 (29,2)
Sim	7 (24,1)	22 (75,9)

Tabela 4 – Análise bruta e ajustada, das variáveis associadas à gravidade durante a permanência no CTI em relação ao desfecho presença de delirium (N=135)

Variáveis	OR Bruta (IC 95%)	<i>p</i>-valor	OR ajustada (IC 95%)	<i>p</i>-valor
Aminas vasoativas		0		0,923
Não	-		-	
Sim	5,66 (2,45 – 13,09)		0,94 (0,26 – 3,34)	
Diálise		0,002		0,747
Não	-		-	
Sim	3,45 (1,56 – 7,62)		0,84 (0,29 – 2,40)	
Ventilação mecânica		0		0,001
Não	-		-	
Sim	9,79 (4,31 – 22,24)		7,64 (2,41 – 24,25)	
Traqueostomia		0		0,014
Não	-		-	
Sim	7,60 (2,95 – 19,62)		4,15 (1,33 – 12,94)	

Brevis et al. realizaram um estudo descritivo em prontuários prospectivamente e observaram a presença de delirium em 58% e o uso de drogas vasoativas em 41% dos pacientes²², nessa população 60,7% (82) pacientes fizeram uso de aminas vasoativas Skrupky, et al observaram que 20 % dos pacientes necessitaram realizar traqueostomia²³. Esse resultado está bem próximo ao valor encontrado na população no nosso estudo que foi de 21%.

Num estudo analítico observacional, Muller et al avaliaram que 61,8% dos pacientes utilizaram ventilação mecânica e 8,8% fizeram Diálise, na nossa população a utilização de ventilação mecânica foi de 48,1 % e 26,6% fizeram Diálise.²⁴

Considerando apenas os pacientes sob ventilação mecânica, a frequência de delirium foi de 64,6%. A Tabela 5 apresenta a comparação de variáveis demográficas, de status de câncer, performance e variáveis referentes a internação entre pacientes com e sem delirium. Para os pacientes sob ventilação mecânica, dentre as variáveis analisadas, apenas o tempo de permanência e a letalidade na UTI se mostraram significativamente associadas com a presença de delirium. Foi encontrada uma concentração significativamente maior de casos de delirium (79,2%) entre os pacientes que permaneceram na UTI por mais de oito dias ($\chi^2= 16,99$; $p= 0,00$).

Para a comparação da letalidade na UTI (em dias) entre os pacientes com e sem delirium, foi utilizado o teste U de Mann Whitney (opção não paramétrica para o teste t de student), e os resultados indicaram diferença significativa ($U= 349,50$; $p= 0,03$) na letalidade na UTI entre pacientes com e sem delirium.

Tabela 5 – Distribuição de variáveis demográficas, de status de câncer, performance e variáveis referentes a internação entre pacientes, sob ventilação mecânica, com e sem delirium (N= 65)

Variáveis	Delirium		p-valor
	Não N (%)	Sim N (%)	
Faixas etárias			0,966
18 a 59 anos	7 (35,0)	13 (65,0)	
≥ 60 anos	16 (35,6)	29 (64,4)	
Sexo			0,244
Masculino	16 (41,0)	23 (59,0)	
Feminino	7 (26,9)	19 (73,1)	
Performance status			0,482
Independente	2 (66,7)	1 (33,3)	
Pequena assistência	5 (33,3)	10 (66,7)	
Grande assistência ou acamado	15 (32,6)	31 (67,4)	
Câncer status			0,539
Controlado ou Remissão	-	2 (100,0)	
Ativo (Diagnóstico recente)	6 (40,0)	9 (60,0)	
Ativo (Recaída/Progressão)	17 (35,4)	31 (64,6)	
Tipo de internação			0,652
Clínica	15 (37,5)	25 (62,5)	
Cirúrgica (eletiva ou emergência)	8 (32,0)	17 (68,0)	
Sedativos			0,456
Não	-	1 (100,0)	
Sim	23 (35,9)	41 (64,1)	
Tempo de permanência na UTI			0
Até 7 dias	13 (76,5)	4 (23,5)	

≥ 8 dias	10 (20,8)	38 (79,2)	
Transição para cuidados paliativos			0,356
Não	19 (33,3)	38 (66,7)	
Sim	4 (50,0)	4 (50,0)	
Total	23 (35,4)	42 (64,6)	

Na população estudada o delirium em pacientes em Ventilação Mecânica (VM) esteve presente em 42 (64,6 %.), este resultado corrobora com estudos onde a variação do delirium foi de 60 a 80 %.^{6,25,26}

Almeida demonstrou que a frequência do delirium foi de 68,8% e encontra se associada de modo independente à letalidade hospitalar.⁶

A Tabela 6 apresenta a comparação de características demográficas, de status de câncer, performance, presença de delirium e características da internação dos pacientes com e sem sepse. A prevalência de sepse na amostra estudada foi de 22,2% e a análise das variáveis associadas, por meio do teste qui-quadrado, indicou relação significativa do status de câncer, tipo de internação, uso de sedativos e tempo de permanência na UTI.

Foi identificada diferença significativa ($\chi^2= 7,69$; $p= 0,02$) na proporção de casos de sepse entre os pacientes com câncer controlado ou remissão (75,0%), câncer ativo com diagnóstico recente (15,0%) e câncer ativo em recaída ou progressão (23,1%). Também foi identificada associação significativa ($\chi^2= 41,64$; $p= 0,00$) entre o tipo de internação e a presença de sepse, com uma maior concentração de casos entre os pacientes de internação clínica (50,9%) do que entre os pacientes de internação cirúrgica (3,7%).

Na comparação dos casos de sepse entre pacientes que utilizaram ou não sedativos, também foi encontrada associação significativa ($\chi^2= 14,64$; $p= 0,00$), com uma concentração mais elevada de casos entre os pacientes que utilizaram tais medicamentos (33,3%) do que entre os que não utilizaram (5,6%). Além disso, mais casos de sepse foram identificados entre os pacientes que permaneceram na UTI por mais que oito dias (40,0%) em comparação com os que ficaram até sete dias (10,0%), demonstrando associação significativa entre as variáveis tempo de permanência na UTI e sepse ($\chi^2= 16,97$; $p= 0,00$).

A associação com as variáveis letalidade na UTI e duração do delirium foram analisadas por meio do teste U de Mann Whitney, e os resultados não indicaram relação significativa desses fatores com a ocorrência de sepse.

Tabela 6 - Comparação de características demográficas, de status de câncer, performance, presença de delirium e características da internação dos pacientes com e sem sepse (N= 135)

Variáveis	Sepse		p-valor
	Não N (%)	Sim N (%)	
Sexo			0,227
Masculino	57 (74,0)	20 (26,0)	
Feminino	48 (82,8)	10 (17,2)	
Faixa etária			0,487
18 - 59 anos	45 (75,0)	15 (25,0)	

≥ 60 anos	60 (80,0)	15 (20,0)	
Câncer status			0,021
Controlado ou Remissão	1 (25,0)	3 (75,0)	
Ativo (Diagnóstico recente)	34 (85,0)	6 (15,0)	
Ativo (Recaída/Progressão)	70 (76,9)	21 (23,1)	
Performance Status			0,094
Independente	8 (88,9)	1 (11,1)	
Pequena assistência	52 (85,2)	9 (14,8)	
Grande assistência ou acamado	45 (70,3)	19 (29,7)	
Tipo de Internação			0
Clínica	26 (49,1)	27 (50,9)	
Cirúrgica (Eletiva ou Urgência/Emergência)	79 (96,3)	3 (3,7)	
Sedativos			0
Não	51 (94,4)	3 (5,6)	
Sim	54 (66,7)	27 (33,3)	
Presença de delirium			0,073
Não	68 (82,9)	14 (17,1)	
Sim	37 (69,8)	16 (30,2)	
Tempo de permanência na UTI			0
Até 7 dias	72 (90,0)	8 (10,0)	
≥ 8 dias	33 (60,0)	22 (40,0)	
Total	105 (77,8)	30 (22,2)	

A inflamação também pode estar envolvida no aparecimento de delirium, pois acredita-se que a liberação de mediadores inflamatórios (fator de necrose tumoral- α , interleucina-1 e 2) resultam em uma cascata de dano endotelial, com a formação de trombina e comprometimento microvascular.²⁷

Staudinger e cols. afirmam que a fisiopatologia imune da na sepse em pacientes com câncer é principalmente ligada à deficiência imune imposta pelos tratamentos anticancerígenos.²⁸

Fox et al em um estudo experimental com camundongos descreveram o impacto imunomodulatório de uma doença maligna sobre a resposta do hospedeiro às infecções graves, pois camundongos que foram expostos à inoculação de tumores apresentaram mortalidade aumentada comparada a infecção por pneumonia.²⁹

CONCLUSÃO

Os resultados do nosso estudo demonstram quem em pacientes críticos com câncer, a frequência de delirium é elevada, considerando apenas os pacientes sob ventilação mecânica, a frequência de delirium é ainda maior, encontramos a frequência de 64,6%. Concluimos que existe diferença significativa na letalidade na UTI entre pacientes com e sem delirium. Ainda observamos que a presença de sepse nestes pacientes está associada ao desenvolvimento de delirium e que também foi identificado que pacientes submetidos a

traqueostomia e ventilação apresentaram maiores chances de delirium do que os pacientes que não foram submetidos a tais procedimentos.

Apesar da relevância do tema verifica-se ao baixo número de estudos com ênfase nas medidas de prevenção e intervenção de delirium em pacientes oncológicos em cuidados intensivos, o que ressalta a importância do desenvolvimento de pesquisas tendo o paciente oncológico como objeto.

REFERÊNCIAS

1. DSM V American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Guenther U, Popp J, Koecher L, Muders T, Wrigge H, Ely EW, Putensen C. Validity and reliability of the CAM-ICU Flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. *J Crit Care*. 2010 Mar;25(1):144-51.
3. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr, Inouye SK, Bernard GR, Dittus RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Caring for the Critically Ill Patient*. [Internet]. 2004 [cited JAMA. 2004 Apr 14;291(14):1753-62.. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/198503>
4. Bush SH, Bruera E. The assessment and management of delirium in cancer patients. *The Oncologist* 2009; 14:1039-1046.
5. Santos FS. Delirium em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2010; 3(2):23
6. Almeida, Isabel Dolores Cid Taboada Disfunção cerebral aguda em pacientes críticos com câncer sob ventilação mecânica: características clínicas e prognóstico / Isabel Dolores Cid Taboada Almeida – Rio de Janeiro: INCA, 2012. 91p. Dissertação – Mestrado em Oncologia– Instituto Nacional de Câncer. Orientadores: Jorge Ibrain Figueira Salluh; Márcio Soares.
7. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(3):479-84
8. Ferguson ND, Fan E, Camporota L, Antonelli M, Anzueto A, Beale R, et al. The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and supplementary material. *Intensive Care Med*. 2012;38(10):1573-82
9. MEHTA S, MCCULLAGH I, BURRY L. Current sedation practices: lessons learned from international surveys. *Critical Care Clinics* 2009;25(3):471-88, vii-viii.

10. Elliot D, Aitken LM, Bucknall TK, Seppelt IM, Webb SAR, Weisbrodt L, et al. Patient comfort in the intensive care unit: a multicentre, binational point prevalence study of analgesia, sedation and delirium management. *Crit Care Resusc.* 2013;15(3):213-19.
11. Tsuruta R, Oda Y, Shintani A, Nunomiya S, Hashimoto S, Nakagawa T, et al. Delirium and coma evaluated in mechanically ventilated patients in the intensive care unit in Japan: A multi-institutional prospective observational study. *J Crit Care.* 2014;29(3):472.e1-5.
12. Praticò C, Quattrone D, Lucanto T et al. - Drugs of anesthesia acting on central cholinergic system may cause post-operative cognitive dysfunction and delirium. *Med Hypotheses*, 2005;65: 972-982.
13. Dessap AM, Roche-Campo F, Launay JM, Charles-Nelson A, Katsahian S, Brun-Buisson C, et al. Delirium and circadian rhythm of melatonin during waning from mechanical ventilation: an ancillary study of wearing trial. *Chest.* 2015;148(5):1231-41.
14. Lee J, Jung J, Noh JS, Yoo S, Hong YS. Perioperative psycho-educational intervention can reduce postoperative delirium in patients after cardiac surgery: a pilot study. *Int J Psychiatry Med.* 2013; 45(2):143-58
15. GAGNON, P.; ALLARD, P.; GAGNON, B.; et al. Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. *Psychooncology*, 2012 v. 21, n. 2, p. 187-194.
16. González M, De Pablo J, Valdés M. Delirium: la confusión de los clínicos. *Rev Med Chil [Internet].* 2003 Sep [cited 2013 Jan 10]; 131(9):1051-60. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art13.Pdf>.
17. SILVA, Rosa Carla Gomes; SILVA, Abel Avelino de Paiva; MARQUES, Paulo Alexandre Oliveira. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*, v. 19, n. 1, 09 telas, 2011
18. DUBOIS, M.J.; BERGERON, N.; DUMONT, M.; DIAL, S.; SKROBIK, Y. Delirium in na intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med*, v. 27, p. 1297- 1304, 2001
19. OUIMET S, Riker R, BERGERON N, COSSETTE M, KAVANAGH B, SKROBIK Y. Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. *Intensive Care Med.* 2007;33(6):1007-13.
20. McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. *J Am Geriatr Soc [Internet].* 2003 May [cited 2013 Jan 10]; 51(5):591-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752832>

21. SALLUH, J. I.; SOARES, M.; TELES, J. M.; et al. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): na international study. *Critical Care*, v. 14, n. 6, p. R 210, 2010.
22. BREVIS I U; CRUZ C C. Incidência y factores de riesgo asociados a delirio en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica / Incidence and risk factors associated to delirium in critical patients that have undergone mechanical ventilation. *Rev. chil. med. intensiv*; 23(1): 18-24, 2008.
23. SKRUPKY LP, DREWRY AM, WESSMAN B, et ai. Eficácia clínica de um protocolo de sedação minimizando as infusões com benzodiazepinas e favorecendo a dexmedetomidina precoce: um estudo antes e depois. *Cuidados Críticos* . 2015; 19 (1): 136. Doi: 10.1186 / s13054-015-0874-0.
24. MULLER, Alice Mânica; GAZZANA, Marcelo Basso and SILVA, Denise Rossato. Desfecho de pacientes com câncer de pulmão admitidos em unidades de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2013, vol.25, n.1, pp.12-16. ISSN 0103-507X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2013000100004>
25. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* (2001) 286: 2703– 2710
26. RIKER, R. R.; SHEHABI, Y.; BOKESCH, P. M.; et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients. *JAMA*, v. 301, n. 5, p. 489 – 499, 2009.
27. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *CritCare*. 2008; 12 Suppl 3:S3. Epub 2008 May 14. Review.)
28. Staudinger T, Pène F. Current insights into severe sepsis in cancer patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(4):335-338
29. Fox AC, Robertson CM, Belt B, Clark AT, Chang KC, Leathersich AM, et al. Cancer causes increased mortality and is associated with altered apoptosis in murine sepsis. *Crit Care Med*. 2010;38(3):886-93

CAPÍTULO IV

Nesta seção, são descritos aspectos gerais do estudo e, de modo breve, os métodos adotados para o alcance dos objetivos desta dissertação. Os procedimentos metodológicos dela estão detalhadamente descritos nos artigos científicos que compõem as seções posteriores.

A coleta de dados com os juízes foi através do formulário intitulado “PROTOCOLO DE MANEJO DE DELIRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA”. Como dispositivo tecnológico possível de ser utilizado em coleta de dados e nos processos de validação de conteúdo, menciona-se os formulários do *Google docs*, um dos aplicativos do Google drive, disponível no endereço eletrônico: <http://www.google.com/intl/pt-BR/drive/apps.html>.

Para sistematizar o processo de validação do protocolo, foi utilizada a ferramenta *google docs*, um pacote de aplicativos disponibilizado pela empresa de serviços online Google. Anexo aos aplicativos, tem os *formulários google*, que foi utilizada com ferramenta de resposta para a validação do instrumento "PROTOCOLO DE MANEJO DE DELIRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA", disponível em Apêndice D e eletronicamente, através dos endereços:

- 1- <http://goo.gl/forms/vuc4SuUQw6>
- 2- <http://goo.gl/forms/jFVn5m0qWm>

Foram utilizados os softwares: Excel Office 2010 para armazenamento e SPSS versão 21.0. Foram utilizados os softwares: e Google Drive Forms, para resposta dos juízes. Ocorreu através de Validação de conteúdo: Técnica de Delphi.

Os resultados foram armazenados em um banco de dados eletrônicos compilados para o software Microsoft Excel e apresentados em tabelas correspondendo ao processo de tratamento dos dados.

A análise quantitativa ocorreu através da aplicação do consenso obtido pelo método de Delphi, de cada item, divididos em CONCORDO e DISCORDO.

Escalas do tipo “Likert” são frequentemente empregadas para medir atitudes, comportamentos e pesquisas relacionados à saúde. Essas escalas fornecem aos participantes uma lista de proposições ou questões e lhes pedem que estimem o grau de sua resposta (HULLEY e CUMMINGS, 2008).

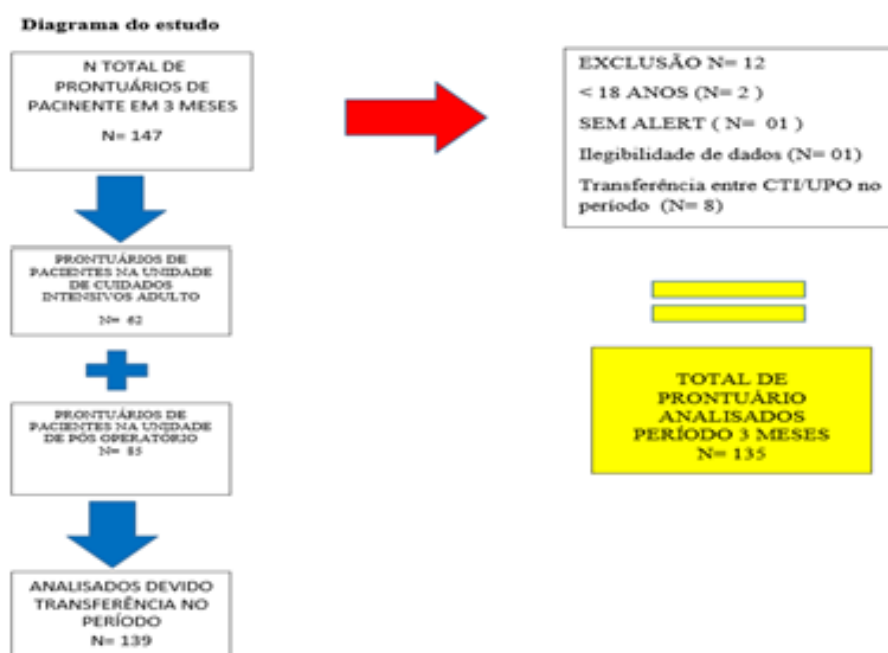
E segundo a análise de grau de importância (**Sem importância**, quando o item não possuir relevância para o Protocolo, **Importante**, quando o item for fundamental para o protocolo 2+/3+ e **Muito importante**, quando o item exigir nossa atenção imediata e maior relevância para o Protocolo 3+/3+), utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), utilizando os graus **IMPORTANTE** e **MUITO IMPORTANTE**, devido ao maior grau de relevância, o qual é calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de itens considerados com relevantes pelos juízes}}{\text{N}^\circ \text{ total de itens}}$$

Para o IVC de todo o instrumento, recomenda-se valores superiores à 0.78 (POLIT- BECK; HUNGLER, 2004). Nessa perspectiva, foi considerado válido o IVC com valor maior que 0.78 e consenso de mais de 80% da técnica de Delphi.

Na Etapa 1: Abordagem de dados serão consideradas amostra todos os pacientes internados no período de 3 meses na unidade (janeiro, fevereiro e março de 2016), considerando os critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi de 147 prontuários, descritos pelo diagrama abaixo:

Figura 2 Diagrama do estudo



É importante salientar que, para o estudo baseado pela técnica de Delphi, a amostragem não é previsível e não existe um número ideal de participantes (SPINOLA, 1984). Sobre esse assunto Pasquale (1998) disserta que seis juízes são suficientes para realizar a validação de conteúdo.

Foram adotados critérios estatísticos, utilizando-se a fórmula para cálculo de tamanho amostral baseado em proporção, para a fase dos Juízes, para o número mínimo da amostra, da seguinte forma:

$$n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1 - P) / d^2 \quad n = 1,96^2 \cdot 0,80 \cdot 0,20 / (0,20)^2 \quad n = 15,36 \quad n = 15$$

n: Número de especialistas, correspondente ao tamanho mínimo de amostra;

Z α : Nível de confiança desejado (95% = 1,96, conforme ts%);

P: Proporção mínima de especialistas para considerar-se o instrumento/item adequado (80%);

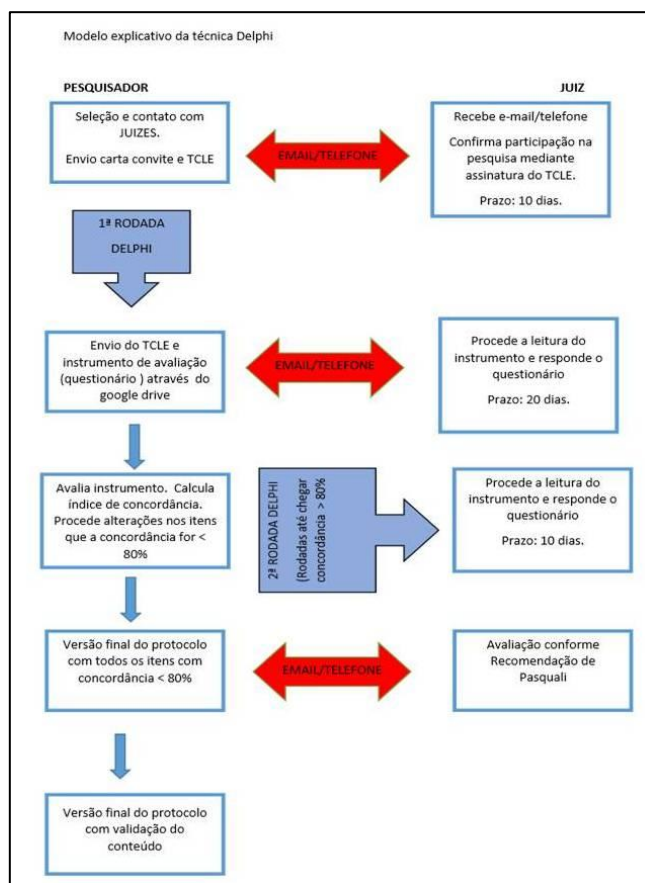
d: Grau de precisão da estimativa (20%)

A amostra para a etapa C com juízes foram de 43 profissionais.

Os dados foram coletados após a submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do cadastro na Plataforma Brasil, avaliado pela instituição proponente (CEP/UNIRIO) e coparticipante (CEP/INCA), de modo a respeitar a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o parecer n.º 1.769.591 UNIRIO / 1.776.393 INCA.

O modelo explicativo para técnica Delphi, apresentado abaixo:

Figura 3: Modelo explicativo para técnica Delphi



O contato e o convite/carta para participação nessa fase da pesquisa foram realizados pessoalmente, via e-mail ou telefone (através do WhatsApp Messenger que é um aplicativo gratuito para a troca de mensagens disponível para Android e outras plataformas). Foram encaminhados o convite/carta e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que todos os que aceitem participar pudessem assiná-lo. A avaliação pelos juízes foi através da plataforma google drive (forms), constou de análise relativa a primeira versão do instrumento e à clareza, forma como os itens serão agrupados, coerência entre as questões apresentadas e suas respostas, objetividade dos itens e facilidade de leitura e compreensão (Pasquali, 1989) (Quadro 13). Depois das considerações dos juízes, os itens abordados foram analisados e a segunda versão do instrumento definida.

Quadro 13: Recomendações de Pasquali (1989)

CRITERIOS	RECOMENDAÇÕES
Fontes dos Itens	Literatura: utilização de outros instrumentos que mensuraram o construto. OBSERVAÇÃO: Os itens devem corresponder às definições constitutivas e às operacionais.
Critérios para a construção dos itens	Critério de objetividade ou de desejabilidade: devem permitir uma resposta certa ou errada; Critério da simplicidade: deve expressar uma única ideia. Critério da clareza: o item deve ser compreensível, o que é possível pela utilização de frases curtas, com expressões simples, inequívocas. Critério da variedade: 1) Variar a linguagem: a padronização dos mesmos termos em todos os itens podem causar confusões e provocar cansaço e monotonia. Exemplo: começar "(...) quase todas as suas 500 frases com a expressão "I like..." (PASQUALI, 1989). Critério da tipicidade: formar frases com expressões condizentes a temática.
Critérios referentes ao conjunto dos itens	Critério da amplitude: o conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude da temática.

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), hospital público federal, especializado no tratamento oncológico, localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil.

Atualmente o INCA, órgão integrante do Ministério da Saúde, encontra-se dividido em cinco unidades hospitalares: Hospital do Câncer (HC) I, II, III e IV, e o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO); o HC I é a maior unidade hospitalar do INCA, atendendo os pacientes portadores de câncer através do SUS.

A pesquisa ocorreu no HCI, onde encontra-se o maior número de leitos intensivos da rede hospitalar, totalizando 19 leitos divididos em duas unidades intensivas integradas, sendo dez leitos destinados aos pacientes clínicos e nove leitos destinados primariamente aos pacientes cirúrgicos de grande porte, dispondo de grande número de aparatos tecnológicos, modernos e avançados. Entretanto, ambos os leitos recebem pacientes com condições clínicas bastante instáveis e graves.

A equipe que atua nas UTIs encontra-se dividida em dois grupos: o primeiro formado por profissionais que compõem a equipe de assistência direta ao paciente na unidade. Nele estão incluídos: equipe de enfermagem, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas. Contudo, outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, eventualmente, prestam atendimento quando solicitados através de parecer.

Destaca-se que a UTI tem aproximadamente 110 profissionais que atuam na assistência direta ao paciente, sendo a maioria formada pela equipe de enfermagem. Diariamente, atuam 1 nutricionista, de 1 a 2 fisioterapeutas, 6 médicos, sendo 3 rotinas e 3 plantonistas, 2 residentes médicos, de 5 a 6 enfermeiros, sendo 1 rotina e 10 técnicos de enfermagem.

Vale ressaltar, que a gerência médica e de enfermagem é única para as duas unidades intensivas, e que as equipes assistências se revezam entre ambas, justificando-se assim a integração das unidades.

A escolha por tal cenário justifica-se por tratar-se de um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), credenciado para atenção oncológica no Rio de Janeiro, além de integrar a rede nacional de atenção oncológica, considerando-se a Portaria nº 62 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde, de nível superior, envolvidos na assistência diária aos pacientes hospitalizados na UTI a ser pesquisada, incluindo médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: estar atuando na UTI a ser investigada no momento da coleta de dado; possuir tempo de experiência em terapia intensiva maior ou igual a cinco anos; atuar na unidade investigada por no mínimo um ano. A definição do período foi estabelecida com base na crença de que cinco anos é um tempo suficiente à adaptação do profissional às rotinas do setor e à equipe de trabalho, podendo, desse modo, contribuir de forma mais efetiva com a investigação.

Considerando a composição multiprofissional da UTI incluem-se representantes das diversas profissões de saúde que compõem a equipe, tais como, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas.

Como critério de exclusão adotar-se-á o afastamento do trabalho por motivo de licenças e férias no momento da coleta de dados.

Na terceira etapa, ocorreu a validação de aparência e de conteúdo por meio da análise dos Itens por Juízes. A definição de especialista (ou expert) é objeto de discussão entre

vários autores. Ferreira (2008) defende que expert é a “pessoa que se consagra com particular interesse e cuidado a certo estudo”, ou ainda “pessoa que tem habilidade ou prática especial em determinada coisa”.

A validação foi realizada com profissionais de saúde, de nível superior, incluindo médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

Foram utilizados o método Delphi, estabelecendo o consenso dos especialistas de no mínimo 80%. O método Delphi é uma técnica que consiste em método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos (CASTRO e REZENDE, 2009).

Foram adotados os critérios de elegibilidade:

- **Inclusão:** Ser especialista em Oncologia ou em Terapia Intensiva, tempo mínimo de cinco anos de atuação com cuidado intensivo e/ ou oncologia e fazer parte do quadro de funcionário do cenário da pesquisa, no período de 1 ano.
- **Exclusão:** adotar-se-á o afastamento do trabalho por motivo de licenças e férias no momento da coleta de dados. Como critérios de exclusão serão considerados: os juízes que não cumprirem com uma das etapas metodológicas de validação de conteúdo durante a Técnica de Delphi, como o envio da resposta de participação, a devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G) no tempo pré-estabelecido.

4.1 ARTIGO 2: Manejo de delirium numa unidade de cuidados intensivos oncológica: elaboração de protocolo de diretrizes de cuidado

Objetivo: propor, avaliar e validar um protocolo de manejo de cuidados a pacientes com delirium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do clinical practice guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD). **Método:** estudo retrospectivo transversal, realizado com profissionais na UTI oncológica, em um hospital especializado em oncologia da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, para avaliar e validar um protocolo desenvolvido a partir do PAD, que é um roteiro para o desenvolvimento integrado, com base em evidências, e para a prevenção e tratamento da dor, agitação e delírium em pacientes críticos. O Protocolo preliminar proposto foi avaliado/validado através da metodologia Delphi, obedecendo consenso de 80% e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para análise do grau de importância de 0.78. Durante os meses de outubro a dezembro

de 2016. A amostra foi composta de 43 profissionais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer: 1.703.005. **Resultados:** todos os 19 itens avaliados obtiveram a concordância maior de 80 % e IVC maior de 0,78, a validação dos juízes na etapa Delphi 1, com consenso de 19 itens, foi um resultado considerado positivo, em especial, pela extensão do protocolo e diversidades de temáticas envolvidas com o manejo de delirium com pacientes oncológicos em UTI, o que poderia ter aumentado as chances de inadequações, apesar da análise dos resultados obtidos na 1ª de rodada da Técnica Delphi obterem índice de concordância mínimo de 80%, a análise dos comentários e das sugestões realizados pelos juízes determinou a realização de alterações no conteúdo dos itens, que foram submetidas à nova avaliação do grupo, no Delphi 2 utilizando Método de Pascali com valores percentuais superiores a 90%. **Conclusão:** a elaboração e validação das diretrizes revelou-se pertinente pela alta concordância dos pares visando uma melhor gestão do delirium para qualidade em cuidado e melhores desfechos, manejos e incidência do delirium. E atesta que as diretrizes se encontram competente, quanto ao seu conteúdo, para avaliar o que se propõem: o manejo do delirium em paciente oncológico na UTI.

PALAVRAS-CHAVE: Analgesia, Sedação, Cuidados Intensivos, Protocolos, Delírio, Dor crônica, Oncologia.

INTRODUÇÃO

Delirium é uma perturbação da atenção ou da consciência acompanhada de uma mudança na cognição basal, que se manifesta por capacidade reduzida de direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção, pois o indivíduo é facilmente distraído por estímulos irrelevantes. Aparece durante curto período de tempo, em geral de horas a alguns dias, com tendência a oscilações, com piora ao entardecer e à noite, quando diminuem os estímulos externos de orientação. Há evidências a partir do histórico, do exame físico ou de achados laboratoriais de que o delirium é uma consequência fisiológica de condição médica subjacente, intoxicação ou abstinência de substância, uso de medicamento ou exposição a toxina ou de que é uma combinação desses fatores¹.

O delirium é prevalente nas unidades de terapia intensiva (UTI), com incidência variando entre 5 e 92%, com base com nas características da população² e está associado ao maior tempo de permanência do paciente no hospital e ao aumento da mortalidade³. Em pacientes oncológicos a incidência de delirium também é elevada, podendo chegar a 80% em fases mais avançadas da doença, sendo relacionada com pior controle da dor e diminuição da sobrevida.^{4,5}

Almeida et al, 2014 constatou que na UTIs clínica e cirúrgica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), a prevalência de disfunção cerebral aguda (delirium e coma) é elevada em pacientes críticos com câncer sob ventilação mecânica (95%), sendo superior à descrita na literatura para grupos gravemente enfermos de pacientes sem câncer.⁶

Protocolo pode ser definido como conjunto de ações em uma determinada circunstância e sintetiza informações em uma estrutura concisa que promova a tradução do conhecimento em ações para proporcionar melhores resultados na prática assistencial, pois são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços.⁷ Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas, protocolos clínicos estão baseados em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos.⁸ Ainda assim, há escassez de estudos sobre delirium em pacientes com câncer, associado à intensa morbidade. A subnotificação e a alta incidência e precocemente de seu tratamento e cuidados, há melhora na qualidade de vida, diminuição do tempo de hospitalização e o número de reinternações.⁶

Considerações gerais sobre a técnica Delphi

O termo “Delphi” deriva da mitologia grega) no oráculo de Delfos, os gregos ouviam profecias famosas, gerais buscavam conselhos sobre estratégias de guerra, colonizadores procuravam orientações às suas expedições e cidadãos comuns consultavam-se sobre seus problemas cotidianos. A inspiração profética do poderoso oráculo foi tradicionalmente atribuída a fenômenos geológicos: através de uma fenda na terra subia um vapor que, inalado por uma mulher previamente treinada e purificada, desencadearia um estado de transe no qual ela profetizava.⁹

O método Delphi é uma técnica que consiste em método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos¹⁰

Existem várias formas de validar os manuais e/ou instrumentos, sendo a técnica de *Delphi* uma delas e que a mesma vem sendo amplamente utilizada nas pesquisas de validação, com o intuito de garantir que o conteúdo esteja adequado para determinada população.¹¹

OBJETIVO

Propor, avaliar e validar um protocolo de manejo de cuidados a pacientes com delirium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do clinical practice guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD).

MÉTODO

Tratar-se-á de uma pesquisa transversal e quantitativa, que descreverá o processo inicial de elaboração de um instrumento (protocolo) para identificação de intervenções de cuidados aos pacientes com delirium em unidades de cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do clinical practice guidelines for pain, agitation, and delirium (PAD).

Os estudos metodológicos visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado.¹²

Foi realizado com profissionais na UTI oncológica, em um hospital especializado em oncologia da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, através do PAD que é um roteiro para o desenvolvimento integrado, com base em evidências, e para a prevenção e tratamento da dor, agitação e delírium em pacientes críticos. O instrumento preliminar proposto foi avaliado/validado através da metodologia Delphi, obedecendo consenso de 80% e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para análise do grau de importância de 0.78. Durante os meses de outubro a dezembro de 2016. A amostra foi composta de 43 profissionais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA), Parecer: 1.703.005 INCA. Para o tratamento dos dados foram utilizados os softwares: SPSS V21, Google drive Forms, Excel Office 2010. Para a realização do estudo, foram percorridas três etapas, descritas a seguir:

Abordagem de dados secundários

Teve o objetivo de descrever a frequência de delirium retrospectivamente em uma unidade de cuidados intensivos oncológica no período de três meses, precisamente nos meses de janeiro, fevereiro e março do ano de 2016.

Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium PAD

O PAD¹³ é um roteiro para o desenvolvimento integrado, com base em evidências, e para a prevenção e tratamento da dor, agitação e delírium em pacientes críticos, foi elaborado em 2013 pelo American College of Critical Care Medicine (ACCM) para rever as "diretrizes de prática clínica para o uso sustentado dos sedativos e analgésicos em pacientes críticos adultos" de 2002.

Nesta etapa ocorreu a seleção dos itens relevantes, tendo como base o PAD endossadas por uma revisão integrativa de literatura realizada pela autora sobre o tema para

embasar cada declaração e recomendação, assim a elaboração da primeira versão do instrumento foi construída e posteriormente avaliado pelos juízes.

As declarações e recomendações foram divididas em: 1 Dor e Analgesia, 2 Agitação e Sedação, 3 Delirium e 4 Estratégias para gestão da dor, agitação e delirium visando melhorar as respostas de pacientes internados em UTIs. Para a construção do instrumento preliminar foi considerado somente “ Eu recomendo” devido ao grau FORTE da recomendação, pois para todas as recomendações fracas, a frase "Nós sugerimos..." foi utilizada.

Quadro 1: Justificativas do Instrumento Preliminar utilizando o PAD

	DIRETRIZES	JUSTIFICATIVAS
DOR E ANALGESIA	1 Incidência de Dor (Considerar a Dor oncológica)	Pacientes adultos de UTI Clínica, cirúrgica e traumática sentem dor significativa, mesmo em repouso. Por isso, todos os pacientes adultos de qualquer UTI devem ser avaliados para a dor. A dor em repouso deve ser considerada como uma grande síndrome de diagnóstico clínico.
	2 Avaliação da dor- Utilizar preferencialmente as BPS para pacientes sedados e EVA para os sem sedação	A avaliação rotineira da dor em pacientes adultos internados em UTI está associada à melhora dos resultados clínicos. A avaliação da dor, especialmente a protocolizada, tem sido significativamente associada a uma redução da utilização de medicamentos analgésicos, prolongamento da permanência em UTI (LOS), e duração de ventilação mecânica.
	3 Tratamento/ Controle da Dor	As evidências indicam a utilização de um regime à base de opiáceos para diminuir a intensidade da dor não neuropática. Além do custo da droga e da utilização de recursos, todos os opióides administrados IV parecem exibir eficácia analgésica similar e estão associados com semelhantes resultados clínicos (por exemplo, permanência em ventilação mecânica, LOS) quando ajustados para intensidades de dor semelhantes. Para a dor não neuropática, não opióides como acetaminofeno IV ou inibidores da ciclooxigenase administrados via oral, IV ou retal, ou ainda a cetamina IV podem ser usados em adição aos opióides. Usando analgésicos não opióides, a

		quantidade total de opióides administrados é diminuída e a incidência e gravidade dos efeitos secundários relacionados aos opióides também.
AGITAÇÃO E SEDAÇÃO	4 Despertar Diário Programado e Assistido	Esses estudos examinaram a relação direta entre profundidade de sedação e as respostas clínicas em pacientes de UTI, incluindo duração da ventilação mecânica, permanência na UTI, medidas de estresse fisiológico e as avaliações de estresse psicológico pós UTI
	5 Evitar uso abusivo das medicações sedativas em bolus	
	6 Monitoramento da profundidade da sedação- ESCALA DE SEDAÇÃO RASS	A escalas RASS tem a umas das maiores pontuações psicométrica (ou seja, a confiabilidade entre avaliadores, validação convergente ou discriminante) e teve um significativo número de participantes no estudo, demonstra um elevado grau de confiabilidade inter-avaliadores, que incluiu médicos de UTI.
	7 Escolha do Sedativo	Em geral, a escolha do agente sedativo que será usado em pacientes de UTI deve ser conduzida por: 1) indicações específicas e objetivos da sedação para cada paciente, 2) a farmacologia clínica do fármaco em um paciente em particular, incluindo seu efeito inicial e de continuidade e seu perfil de efeitos colaterais, e 3) os custos globais associados ao uso de um sedativo particular. Frequentemente, os estudos sobre efeitos de agentes sedativos em pacientes de UTI comparam uma droga benzodiazepínica (midazolam ou lorazepam) com uma não benzodiazepínica (propofol ou dexmedetomidina) para sedação. Até a época da nossa revisão de literatura, haviam sido publicados apenas dois estudos de baixa qualidade que

		comparavam os resultados clínicos de pacientes em UTI que receberam propofol versus dexmedetomidina como agentes de sedação. Nenhum estudo comparou os resultados clínicos em pacientes de UTI sedados com cetamina ou outros agentes sedativos.
	8 Detecção e Monitoramento de Delirium (O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU))	O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU) é uma ferramentas válida, confiável e viável para detectar delirium em pacientes internados em UTI
AGITAÇÃO E SEDAÇÃO	9.Sempre que possível, recomendamos realizar a movimentação precoce de pacientes adultos internados em UTI, reduzindo assim a incidência e a duração do delirium. (MOBILIZAÇÃO PRECOCE)	Sobre delirium, à mobilização precoce e progressiva traz alguns resultados referente a melhora deste delirium. Assim dois estudos de mobilização precoce avaliaram pacientes com delírio para examinar a relação entre mobilidade precoce / reabilitação física com tal alteração.
DELIRIUM	10 Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo	Desconforto e alteração de temperatura podem causar delirium em pacientes criticamente doentes

	<p>11 Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de Box ao invés de restrições quando possível.</p>	<p>Resolução cofen nº 427/2012 Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes</p>
	<p>12 Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível.</p>	<p>Inouye et al indica o uso de estratégias de reorientação e intervenção comportamental como permitir a presença de familiares como acompanhantes, gerenciamento do ruído, e suporte. Contato pessoal e comunicação são fundamentais, utilizando-se instruções verbais simples, orientações e contato ao olhar. E o estímulo ao uso de acessórios para audição, visão, mobilidade, o autocuidado e a independência para atividades são primordiais.</p> <p>Entre esses cuidados pode-se citar uso da luz natural, de preferência, para manter ou restaurar o ciclo circadiano, um cuidado muitas vezes subutilizado</p>
	<p>13 Propiciar visita a unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas</p>	
	<p>14 Utilizar protetores auriculares avaliando a condição individual</p>	
	<p>15 Manter luz indireta apenas e controle de luminosidade</p>	
	<p>16 Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais.</p>	<p>Outras medidas incluem: uso de próteses auditivas e óculos, quando o paciente fizer uso dos mesmos, para que se sinta mais seguro; oportuna remoção de sondas e restrições; mobilização precoce no leito e uso racional de restrições físicas e química.</p>
	<p>17 Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 22 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais).</p>	<p>A privação do sono influencia na recuperação, capacidade de resistir a infecções, provoca problemas neurológicos, tais como delírios, problemas respiratórios, pois enfraquece a musculatura e pode prolongar a duração da Ventilação Mecânica, a permanência na UTI podendo levar a complicações pós extubação.</p>

	18 Manter cortinas abertas durante o dia, (sempre que possível), permitindo que o paciente diferencie dia/noite	Inouye et al indica o uso de estratégias de reorientação e intervenção comportamental entre esses cuidados pode-se citar uso da luz natural, de preferência, para manter ou restaurar o ciclo
	19 Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e horas	Inouye et al indica o uso de estratégias de reorientação e intervenção comportamental, como

Nesta etapa ocorreu a validação de aparência e de conteúdo por meio da análise dos Itens por Juízes. A definição de especialista (ou expert) é objeto de discussão entre vários autores. Ferreira (2008) defende que expert é a “pessoa que se consagra com particular interesse e cuidado a certo estudo”, ou ainda “pessoa que tem habilidade ou prática especial em determinada coisa”.

A validação foi realizada com profissionais de saúde, de nível superior, incluindo médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

Foram utilizados o método Delphi, estabelecendo o consenso dos especialistas de no mínimo 80% e IVC 0,78.

A análise quantitativa ocorreu através da aplicação do consenso obtido pelo método de Delphi, de cada item, divididos em CONCORDO e DISCORDO.

Escalas do tipo “Likert” são frequentemente empregadas para medir atitudes, comportamentos e pesquisas relacionados à saúde. Essas escalas fornecem aos participantes uma lista de proposições ou questões e lhes pedem que estimem o grau de sua resposta (HULLEY; CUMMINGS, 2008).

E segundo a análise de grau de importância (Sem importância, quando o item não possuir relevância para o Protocolo, Importante, quando o item for fundamental para o protocolo 2+/3+ e Muito importante, quando o item exigir nossa atenção imediata e maior relevância para o Protocolo 3+/3+), utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), utilizando os graus IMPORTANTE e MUITO IMPORTANTE, devido ao maior grau de relevância, o qual é calculado pela seguinte fórmula:

IVC= $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de itens considerados com relevantes pelos juizes}}{\text{N}^\circ \text{ total de itens considerados com relevantes pelos juizes}}$

Nº total de itens

Para o IVC de todo o instrumento, recomenda-se valores superiores à 0.78²⁵

Foram adotados os critérios de elegibilidade: Inclusão: Ser especialista em Oncologia ou em Terapia Intensiva, tempo mínimo de cinco anos de atuação com cuidado intensivo e/ ou oncologia e fazer parte do quadro de funcionário do cenário da pesquisa, no período de 1 ano. Exclusão: adotar-se-á o afastamento do trabalho por motivo de licenças e férias no momento da coleta de dados. Como critérios de exclusão serão considerados: os juízes que não cumprirem com uma das etapas metodológicas de validação de conteúdo durante a Técnica de Delphi, como o envio da resposta de participação, a devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no tempo pré-estabelecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cento e trinta e cinco prontuários de pacientes internados na UTI/UPO foram incluídos no estudo. A média de dias que precedeu a internação destes pacientes na UTI/UPO foi de 10,3 dias. A frequência de presença de delirium foi de 39,3%. Considerando populações gerais^{14,15} com resultados de 20 a 80% de prevalência, temos uma prevalência esperada. O tempo médio de duração do delirium entre os pacientes da amostra estudada foi de 2,08 dias ($DP=3,75$). Em relação ao curso, em hospitais, o delirium costuma durar cerca de uma semana, embora alguns sintomas normalmente persistam mesmo depois da alta¹⁶

Quarenta e três profissionais de nível superior (Enfermagem, Medicina e Fisioterapia) foram incluídos no estudo. Quanto à caracterização profissional dos juízes, destaca-se, conforme ilustra a Tabela 1, que TODOS os profissionais possuem curso de pós-graduação na área de Terapia intensiva (100%), sendo que 35% têm mestrado ou doutorado, concluídos ou em andamento. Sobre a descritiva de idade e tempo de experiência a Média, Mediana, Desvio Padrão e Q3 foram respectivamente: 40,5/38/7,0/45,5 e 14,4/15,0/20,0.

Tabela 1 - Características dos juízes que compuseram a amostra do estudo Etapa C segundo o sexo, atuação profissional e título.

CARACTERISTICAS	GRUPO TOTAL
	N= 43

SEXO

Feminino	67,40%
Masculino:	32,60%

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Cuidados intensivos	100%
Cuidados intensivos, oncologia	17%
OUTROS (Docência superior)	2,30%

TÍTULO

Doutorado	7%
Mestrado	27,90%
Especialista	65,10%

Serão apresentadas no Quadro 2, as variáveis e questões correspondentes que compuseram a versão inicial do instrumento (elaborada a partir do PAD) divididos em: Dor e Analgesia (1, 2 e 3), Agitação e Sedação (4-8) e Intervenções (9 -13) e Delirium x Sono-Vigília (14 - 19), sobre a qual os especialistas opinaram nessa etapa do estudo.

Quadro 2: Itens que compuseram a versão inicial do Instrumento, e sobre a qual os Juízes opinaram nessa etapa do estudo.

ITENS DIRETRIZES
1. Incidência de dor (Considerar “dor oncológica”)
2. Avaliação da dor (Utilizar preferencialmente as ESCALAS Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale -) BPS para pacientes sedados e ESCALA VISUALIZAÇÃO ANALÓGICA (EVA) para os sem sedação)
3. Tratamento/ controle da Dor
4. Despertar Diário Programado e Assistido
5. Evitar uso abusivo das medicações sedativas em bolus
6. Monitoramento da profundidade da sedação- ESCALA DE SEDAÇÃO RASS
7. Escolha do Sedativo
8. Detecção e Monitoramento de Delirium (O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU)

9. Sempre que possível, recomendamos realizar a movimentação precoce de pacientes adultos internados em UTI, reduzindo assim a incidência e a duração do delirium. (MOBILIZAÇÃO PRECOCE)
10. Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo
11. Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de Box ao invés de restrições quando possível.
12. Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível.
13. Propiciar visita a unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas
14. Utilizar protetores auriculares avaliando a condição individual
15. Manter luz indireta apenas e instalar dispositivos de controle de luminosidade
16. Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais.
17. Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 24 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais).
18. Manter cortinas abertas durante o dia, (sempre que possível), permitindo que o paciente diferencie dia/noite
19. Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e horas.

A construção do dispositivo tecnológico cognominado de “PROTOCOLO DE MANEJO DE DELIRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA” ocorreu mediante as etapas:

A **etapa 1** foi constituída a partir de PAD (através de suas declarações e recomendações para “Eu recomendo” devido ao grau FORTE da recomendação, obedecendo ao grau de evidência GRADE) associadas com a revisão integrativa da literatura categorizadas a partir de: 1 Dor e Analgesia, 2 Agitação e Sedação, 3 Delirium e 4 Estratégias para gestão da dor, agitação e delirium.

Obteve-se, assim, trinta e duas produções, a pesquisa ocorreu em novembro de 2015 nas bases eletrônicas de dados da BVS, por meio do cruzamento dos descritores: analgesia, sedação, cuidados intensivos, protocolos, delirium, dor crônica, mobilização precoce e oncologia. Critérios de inclusão: estudos clínicos publicados com adultos com textos completos e contemplando uma das trinta e três recomendações de diretrizes de sedação, analgesia e delirium de 2013, endossadas pela Society of Critical Care Medicine, com recorte temporal de 2000 a 2015, nos idiomas inglês, português e espanhol.

A ferramenta do *google docs forms* foi utilizada, como uma alternativa para operacionalização da coleta de dados.

Dispositivos tecnológicos fornecem, como vantagens: 1) para o responsável pela pesquisa: facilidade na organização dos itens e tabulação de dados. A ferramenta *Google docs* possibilita a criação de planilhas com alimentação automática de dados, a medida que são respondidos os itens; e menores chances de perdas das respostas, pela estratégia de preenchimento “obrigatório” de cada item; e 2) para os juízes: otimização do tempo quanto ao seu preenchimento; apresentação de formulários sem rasuras; e facilidade de manejo do dispositivo tecnológico.¹⁷

Sobre esses aspectos, o estudo de Giacchero e cols, concluiu que o auxílio da Internet é cada vez mais popular, devido às vantagens de menores custos; capacidade de atingir públicos específicos; rapidez na aplicação; na ótica do respondente, o dispositivo permite o preenchimento de forma mais conveniente, no local e tempo definido por eles; maior flexibilidade; presença de perguntas obrigatórias; economia de tempo; e facilidade na tabulação de dados, convergindo para os achados deste estudo. No entanto, frente a essas vantagens, autores alertam que para cada método existem desvantagens, sendo imprescindível a elaboração de estratégias para contorná-los. Dentre as principais desvantagens, a literatura aponta a falta de habilidade dos respondentes; dependência da tecnologia – o sucesso do preenchimento do instrumento depende do tipo de configuração de conexão com a internet e configuração do computador –; e baixa taxa de resposta.¹⁸

Neste estudo não ocorreram relatos pelos Juízes de desvantagens vivenciadas, foi criado e disponibilizado um manual para auxílio como o dispositivo.

Assim, com o intuito de transcrever a versão inicial no formulário do *Google docs*, realizou-se buscas por informações na Rede Mundial de Computadores (*Internet*) acerca de informações sobre a construção do formulário, compondo a etapa 2. Essa etapa foi anteparada por déficit de informações, o que levou a autora à realização de diversas tentativas a fim de obter aprofundamento teórico e prático do formulário.

Após a compreensão da utilização do formulário, procedeu-se a construção final do dispositivo tecnológico.

A construção do dispositivo tecnológico intitulado “PROTOCOLO DE MANEJO DE DELIRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA”. Ocorreu na etapa 3, foi configurado em 3 campos temáticos: Delirium x Dor e Analgesia (compostos pelo itens do instrumento preliminar de 1 ao 3), Delirium x Agitação e Sedação (compostos pelo itens do instrumento preliminar 4 ao 8), Delirium x Intervenções

(compostos pelo ítems do instrumento preliminar 9 ao 13) e Delirium x Sono-Vigília (compostos pelo ítems do instrumento preliminar 14 ao 19).

O campo “Identificação do juiz” possibilita traçar o perfil dos juízes a partir das respostas de 8 ítems. Os “Tópicos para avaliação do “PROTOCOLO DE MANEJO DE DELIRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA”. Foi arranjado por 19 ítems, apresentados em questões de múltiplas escolhas (Concordo e Discordo), Grau de Importância (Sem importância, Importante e Muito Importante) e espaços para comentários.

A construção do dispositivo tecnológico intitulado “Avaliação dos ítems do Protocolo de Manejo de Delirium Na Unidade de Cuidados Intensivos Oncológica” conforme as recomendações de Pasquali”, ocorreu na etapa 4. Por sua vez, o campo “Avaliação dos ítems conforme as recomendações de Pasquali”, como o objetivo de avaliar o instrumento conforme os pressupostos de Pasquali, foi apresentado em seis ítems e espaços para comentários.

Após essa etapa, encaminharam-se os URL’s e orientações sobre o preenchimento dos formulários aos juízes –para início da avaliação, correspondendo à etapa Delphi 1 (etapa 5). A apreciação estatística dos resultados dessa primeira etapa demonstrou que todos os ítems alcançaram consenso > de 80% (Tabela 2). O instrumento é disponibilizado nos seguintes URL’s: <http://goo.gl/forms/vuc4SuUQw6> e <http://goo.gl/forms/jFVn5m0qWm>.

Após realização das mudanças propostas e a Validação pelos Juízes, iniciou-se a etapa 6, correspondendo a etapa Delphi 2, onde se aplicou o dispositivo tecnológico intitulado “Avaliação dos ítems do Protocolo de Manejo de Delirium Na Unidade de Cuidados Intensivos Oncológica” e a versão do instrumento validada na etapa 5 (1ª rodada Delphi). A apreciação estatística dos resultados da etapa Recomendações de Pascali demonstrou que todos os ítems alcançaram consenso > de 80%, para a etapa de Recomendações de Pascali. (Tabela 3).

O resultado final com os ítems validades foi finalizada com a etapa 7. (Quadro 3).

Neste estudo, foram realizadas duas rodadas denominadas Delphi 1 e Delphi 2, realizadas nos meses de outubro de 2016 a dezembro de 2016.

Como mostra o Tabela 2 “1ª versão do Instrumento” obteve quanto ao seu conteúdo, a aprovação do conjunto dos Juízes para a totalidade dos ítems, variando de 86% a 100%.

Tabela 2 - Concordância e IVC dos ítems das Diretrizes de Manejo de Delirium em uma unidade de Cuidados Intensivos Oncológica.

ITENS PROTOCOLO	CONCORDÂNCIA	
	A CONCORDÂNCIA A %	IV C
1. Incidência de dor (Considerar “dor oncológica”)	97,7	1
2. Avaliação da dor- Utilizar preferencialmente as ESCALAS Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale -) BPS para pacientes sedados e ESCALA VISUALIZAÇÃO ANALÓGICA (EVA) para os sem sedação	93	0,9 7
3. Tratamento/ controle da Dor	95,3	1
4. Despertar Diário Programado e Assistido	95,3	1
5. Evitar uso abusivo das medicações sedativas em bolus	95,3	0,9 7
6. Monitoramento da profundidade da sedação- ESCALA DE SEDAÇÃO RASS	97,7	1
7. Escolha do Sedativo	100	1
8. Detecção e Monitoramento de Delirium (O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU)	100	1
9. Sempre que possível, recomendamos realizar a movimentação precoce de pacientes adultos internados em UTI, reduzindo assim a incidência e a duração do delirium. (MOBILIZAÇÃO PRECOCE)	100	1
10. Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo	100	1
11. Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de Box ao invés de restrições quando possível.	90,7	1
12. Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível.	97,7	0,9 7
13. Propiciar visita a unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas	100	0,9 7
14. Utilizar protetores auriculares avaliando a condição individual	86	0,8 1
15. Manter luz indireta apenas e instalar dispositivos de controle de luminosidade	93	0,9 5

16. Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais.	100	1
17. Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 22 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais).	90,7	0,95
18. Manter cortinas abertas durante o dia, (sempre que possível), permitindo que o paciente diferencie dia/noite	100	1
19. Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e horas.	100	1

Apesar da análise dos resultados obtidos na 1ª de rodada da Técnica Delphi (Delphi 1), obterem índice de concordância mínimo de 80%, a análise dos comentários e das sugestões realizados pelos juízes determinou a realização de alterações no conteúdo dos itens, que foram submetidas à nova avaliação do grupo.

A seguir as sugestões dos juízes:

1. O item 4 - Despertar Diário Programado e Assistido apresentou 95,3% de concordância, porém com as sugestões dos juízes foi reformulada para: Despertar Diário Programado e Assistido visando sedação ALVO.

Expressões chaves:

P(5): Não basta apenas desligar a sedação, o despertar deverá ser ACOMPANHADO pela equipe multiprofissional e avaliado. Em alguns casos poderá ser temporariamente suspenso (devido à gravidade) ou acompanhado do uso de antipsicóticos nos casos de delírio para a proteção da integridade física e promoção da segurança do paciente.

P(6): Avaliação do neurológico ajuda a direcionar a conduta a ser tomada.

P(13): Porém o ideal seria redução gradativa da sedação a fim de otimizar o despertar calmo e seguro

P(25): Na verdade, hoje há uma tendência para deixar o paciente mais superficialidade, menos sedado (RASS -1). Portanto, não haverá necessidade da interrupção diária da sedação.

P(29): Prefiro sedação-alvo

P(35): Importante avaliação clínica antes do despertar diário. Pacientes graves ou quando não for possível manter vigilância constante, não devem ser incluídos neste protocolo.

Uma abordagem guiada por metas no tratamento na terapia intensiva tem sido adotada para simplificar processos complexos. Um exemplo clássico é a sedação guiada por metas em pacientes gravemente enfermos submetidos à ventilação mecânica.

Foi criada uma estratégia de intervenção denominada sedação precoce guiada por objetivo (EGDS, sigla do inglês early goal-directed sedation), com a intenção de reverter o padrão de sedação inicial profunda e proporcionar flexibilidade na aplicação da sedação guiada por metas, atendendo a diferentes necessidades clínicas. A EGDS se baseia nos seguintes princípios: 1. Início precoce da intervenção sedativa. 2. Analgesia precoce efetiva. 3. Utilização da dexmedetomidina como agente sedativo primário, sendo o propofol utilizado para sintonia fina da intensidade da sedação. Demonstrou-se que essa combinação: a. Obtém sedação com possibilidade de despertar e reduz a profundidade geral da sedação. b. Facilita o despertar e o desmame ventilatório. c. Reduz as cargas totais de sedativos e opioides. 4. Alvo de sedação leve (pontuação na Richmond Agitation-Sedation Scale de -2 a +1). 5. Evitar e minimizar o uso de benzodiazepínicos.¹⁹

2. O item 9- Sempre que possível, recomendamos realizar a movimentação precoce de pacientes adultos internados em UTI, reduzindo assim a incidência e a duração do delirium. (MOBILIZAÇÃO PRECOCE) apresentou 100% da concordância, porém com as sugestões dos juízes foi reformulada para: MOBILIZAÇÃO PRECOCE.

Expressões chaves:

P(2): Necessário o envolvimento da equipe de fisioterapia também. São imprescindíveis na mobilização, principalmente fora do leito.

P(5): Tentar retomar as atividades de vida diária e o autocuidado são importantes para que o indivíduo retome sua trajetória rumo à sanidade. O confinamento, exclusão e fatores diferentes da realidade vivenciada pelo paciente rotineiramente contribuem para a piora do delirium.

P(35): Importante considerar número adequado de profissionais para que esta intervenção, extremamente importante na prevenção ou atenuação do delirium, possa ser aplicada em intensidade e frequência adequadas.

Além de tentar promover o tratamento da doença e garantir uma sobrevida aos pacientes internados nas UTI, é também responsabilidade da equipe multiprofissional não subestimar a capacidade de mobilidade dos pacientes durante a internação, pois esse período aumenta o risco para o declínio da capacidade de mobilização para atividades básicas, devido a associação com uso de sedativos e drogas vasoativas, cateteres e terapia de substituição renal, entre outros, os quais dificultam a mobilização.²⁰

A mudança se deu devido maior clareza do item.

3. O item 13 - Propiciar visita a unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas e apresentou 100% da concordância, porém com as sugestões dos juízes foi reformulada para: Propiciar visita PRÉVIA para conhecimento da unidade de pós-operatório nos casos de CIRURGIAS ELETIVAS.

A mudança se deu devido maior clareza do item.

- 4- O item 14- Utilizar protetores auriculares avaliando a condição individual apresentou 86% de concordância, porém com as sugestões dos juízes foi reformulada para: GERENCIAMENTO E MINIMIZAÇÃO DO RUÍDO.

Expressões chaves:

P(7): Educação permanente para conscientizar a equipe sobre conversas paralelas, uso de celulares, som de televisores, selecionar alarmes realmente necessários e ajustar o volume, solicitar a gestão equipamentos de uso hospitalar que produzam menos ruídos são medidas que podem melhorar o ruído. Os protetores podem levar ao confundimento da comunicação quando a equipe não está bem treinada.

P(14): Existem camas com música e até perguntas em diversas línguas

P(21): Mais fácil seria a contribuição de todos os funcionários para redução de ruídos.

P(24): Mais importante é controlar o nível de ruído dentro do CTI

P(39): Deveria se investir na produção de monitorizações com menos ruído para os pacientes e não usar mais um dispositivo no paciente para evitar que ele ouçam os ruídos.

Métodos para prevenir o risco de delirium devem ser considerados no cuidado global e manejo dos pacientes, e incluem comunicação efetiva, estratégias de reorientação, redução de ruídos e conforto do paciente (ROBERTS, 2001).

- 5- O item 15- Manter luz indireta apenas e instalar dispositivos de controle de luminosidade e apresentou 93% de concordância porém com as sugestões dos juízes foi reformulada para: Permitir entrada de luz natural sempre que possível, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e respeitar período noturno com luminosidade reduzida.

Expressões chaves:

P(35): Permitir entrada de luz natural sempre que possível e respeitar período noturno com luminosidade reduzida.

P(15): Discordo de manter luz indireta constante, pois o controle do sistema dia/noite deve ser percebido pelo paciente, estimulando assim a percepção do meio externo e o localizando no tempo. Porém, a luz deve ter dispositivo de controle de luminosidade.

O uso da luz natural, de preferência, para manter ou restaurar o ciclo circadiano²¹

- 6- O item 17- Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 24 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais) e apresentou 90,7% de concordância, porém com as sugestões dos juízes foi reformulada para: Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 22 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais).

Expressões chaves:

P (11) diz: O sono e respeito aos sons dos outros pacientes é importante.

P(25): Eu colocaria para evitar o uso após às 22h.

Respeitar o ciclo vigília do paciente.

- 7- O item 18- Manter cortinas abertas durante o dia, (sempre que possível), permitindo que o paciente diferencie dia/noite e apresentou 100% de concordância, porém com as sugestões dos juízes foi reformulada para: Permitir entrada de luz natural sempre que possível, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e respeitar período noturno com luminosidade reduzida, foi anexado ao item 15.

- 8- Foi adicionada um item novo : Proporcionar Conforto

P(2): Proporcionar Conforto

P(5): Conforto

P(7):O Conforto deveria ser considerado

P(12): Considerar Conforto

P(35): Pensar no Conforto

Costa e cols. realizaram um estudo de desenvolvimento metodológico, visando a identificar e validar as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem em unidades de CME, em 2011 e também obtiveram o consenso adequado na primeira rodada de Delphi e usaram a segunda rodadas Delphi para adequação do conteúdo de acordo com as sugestões dos juízes.¹²

Na 2ª etapa- Delphi 2 os Juízes foram convidados a responder o “Instrumento validado e modificado ” através do formulário google drive as recomendações de Pascali, de acordo com critérios de conformidade, simplicidade, clareza, padronização de termos, tipicidade e amplitude e todos os componentes do instrumento foram validados na segunda rodada da Conferência Delphi, níveis de consenso superiores aos 80% preconizados no estudo.

Ao ouvirmos a opinião de membros da população ao qual o instrumento se destina e peritos na área, estaremos conduzindo a análise sobre a compreensão dos itens e sua pertinência, respectivamente. A análise de pertinência pode ser chamada validação de conteúdo.²³

Como demonstra o Tabela 3 o “Instrumento” obteve quanto ao seu conteúdo, a aprovação do conjunto de Juízes para a totalidade dos itens, variando de 96% a 100%.

Tabela 3: Concordância da etapa recomendações de Pascali.

RESULTADOS DA ETAPA: RECOMENDAÇÕES DE PASQUALI	CONCORDÂNCIA %
1. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de objetividade - devem permitir uma resposta certa ou errada (PASQUALI, 1998)?	100
2. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de simplicidade - devem expressar uma única ideia (PASQUALI, 1998)?	98
3. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de clareza - devem ser compreensíveis (PASQUALI, 1998)?	98
4. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de variedade - Padronização de termos, ocasionando uma leitura confusa, cansativa e monótona (PASQUALI, 1998)?	98
5. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de tipicidade - presença de frases com expressões condizentes a temática (PASQUALI, 1998)?	100
6- Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de amplitude - conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude da temática (PASQUALI, 1998)	96

Alguns Juízes realizaram comentários que revelam o valor atribuído por eles ao processo vivenciado. Sentiram-se valorizados por poder contribuir para a elaboração de um instrumento para o manejo do delirium e elogiaram a ferramenta de resposta, pela praticidade e rapidez. Consideraram que o estudo possibilitou condutas terapêuticas e a realizações de análises críticas sobre o cuidado prestado no cenário realizado a pesquisa. Com isso nota –se se a potencialidade da técnica Delphi em dar oportunidade as participantes de expressarem e reconsiderarem livremente suas opiniões sobre o assunto em questão.

Implementações mais eficaz no que diz respeito ao gerenciamento do delirium, e programas de implementação de múltiplos componentes com um maior número de estratégias direcionadas à avaliação, prevenção e tratamento do delírio na UTI , integrados a PAD têm potencial para melhorar os resultados clínicos. O uso de estratégias de implementação visando a mudança organizacional, junto à mudança comportamental, também foi associado com a redução da mortalidade. ²⁴

A validação dos juízes na etapa Delphi 1, com consenso de 19 itens, foi um resultado considerado positivo, em especial, pela extensão do protocolo e diversidades de temáticas envolvidas com o manejo de delirium com pacientes oncológicos em UTI, o que poderia ter aumentado as chances de inadequações.

Mesmo diante desse êxito, estatisticamente comprovado, os juízes teceram diversos comentários sobre os itens que reforçavam ou complementavam a ideia apresentada. Outros sugeriram adições de informações, que foram acatadas de acordo com o consenso, como recomenda a técnica elegida.

Sobre as recomendações de Pasquali, observa-se que os juízes apreciaram positivamente, com valores percentuais superiores a 90%. Isso atesta que as diretrizes se encontra competente, quanto ao seu conteúdo, para avaliar o que se propõem: o manejo do delirium em paciente oncológico na UTI.

O produto final após validação do Instrumento está apresentado no Quadro 3.

Quadro 3: Produto após Validação e modificação dos itens do Instrumento pelos Juízes

MANEJO DE DELIRIUM UTI ONCOLÓGICA: DIRETRIZES DE CUIDADO	
DELIRIUM X DOR E	Incidência de dor (Considerar a dor oncológica)

ANALGESIA	<p>Avaliação da dor- Utilizar preferencialmente as ESCALAS Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale -) BPS para pacientes sedados e ESCALA VISUALIZAÇÃO ANALÓGICA (EVA) para os sem sedação</p> <p>Tratamento da Dor</p>
DELIRIUM X AGITAÇÃO E SEDAÇÃO	<p>Programar despertar Diário Assistido visando sedação ALVO</p> <p>Evitar uso abusivo das medicações sedativas em bolus</p> <p>Monitorar a profundidade da sedação- ESCALA DE SEDAÇÃO RASS</p> <p>Escolha do Sedativo</p>
DELIRIUM X INTERVENÇÕES	<p>Realizar mobilização precoce</p> <p>Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo</p> <p>Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de box ao invés de restrições quando possível.</p> <p>Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível.</p> <p>Propiciar visita prévia para conhecimento da unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas</p> <p>Gerenciamento e minimização do ruído</p> <p>Permitir entrada de luz natural sempre que possível, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e respeitar período noturno com luminosidade reduzida</p> <p>Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais</p> <p>Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 24 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais).</p> <p>Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e horas.</p> <p>Proporcionar conforto</p>

CONCLUSÃO

A concordância maior que 80% já na primeira etapa, Delphi 1, atesta que as diretrizes se encontram competente, quanto ao seu conteúdo, para avaliar o que se propõem: o manejo do delirium em paciente oncológico na UTI.

De tal modo, conclui-se o conteúdo válido para abranger as facetas do conteúdo abordado e espera-se que essas diretrizes possam auxiliar os processos avaliativos na perspectiva do

delirium paciente oncológicos na UTI, como também suscitar novas pesquisas capazes de responder as possíveis lacunas científicas advindas deste estudo.

A elaboração e validação das diretrizes revelou-se pertinente pela alta concordância dos pares visando uma melhor gestão do delirium para qualidade em cuidado e melhores desfechos, manejos e incidência do delirium.

REFERÊNCIAS

1. DSM V American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Guenther U, Popp J, Koecher L, Muders T, Wrigge H, Ely EW, Putensen C. Validity and reliability of the CAM-ICU Flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. *J Crit Care*. 2010 Mar;25(1):144-51.
3. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr, Inouye SK, Bernard GR, Dittus RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Caring for the Critically Ill Patient*. [Internet]. 2004 [cited JAMA. 2004 Apr 14;291(14):1753-62.. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/198503>
4. Bush SH, Bruera E. The assessment and management of delirium in cancer patients. *The Oncologist* 2009; 14:1039-1046.
5. Santos FS. Delirium em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2010; 3(2):23
6. Almeida Isabel C. T., Soares Márcio, Bozza Fernando A., Shinotsuka Cassia Righy, Bujokas Renata, Souza-Dantas Vicente Ce ´s, Ely E. Wesley, . Salluh Jorge I. F. The Impact of Acute Brain Dysfunction in the Outcomes of Mechanically Ventilated Cancer Patients. *PLOS ONE* January 2014 | Volume 9 | Issue 1 | e85332
7. SPRINGHOUSE. As Melhores Práticas de Enfermagem - 2ª Ed. Artmed 2010.
8. PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.14-40.
9. HALE, J. R.; BOER, J. Z.; CHANTON, J. P.; SPILLER, H. A. A fonte do poder no oráculo de Delfos. *A. Brasil*, p. 56-65, 2003.
10. CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *REME - Rev. Min. Enferm.*, v. 13, n. 3, p. 429-34, 2009.

11. LOPES, Juliana de Lima; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antônio; BARBOSA, Dulce Aparecida and BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. *Acta paul. enferm.* [online]. 2013, vol.26, n.6, pp.554-560. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600008>.

12. LIMA DVM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. *Online braz. J. nurs.* (Online); 10(2) abr-ago. 2011.)

13. PAD

14. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(3):479-84

15. Ferguson ND, Fan E, Camporota L, Antonelli M, Anzueto A, Beale R, et al. The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and supplementary material. *Intensive Care Med.* 2012;38(10):1573-82

16. GAGNON, P.; ALLARD, P.; GAGNON, B.; et al. Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. *Psychooncology*, 2012 v. 21, n. 2, p. 187-194.
17. ALVES, Kisna Yasmin Andrade. Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. 151f:il. Dissertação Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

18. GIACCHERO KG, MIASSO AI. A produção científica na graduação em enfermagem (1997 a 2004): análise crítica. *Rev Eletr Enferm [Internet]*. 2006 [cited 2013 Ago 28];8(3):431-40. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7082/5013>

19. SHEHABI, Y. Objetivos da sedação guiada por metas. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015;27(1):1-4.

20. COVINSKY KE, PALMER RM, FORTINSKY RH, COUNSELL SR, STEWART AL, KRESEVIC D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):451-8

21. TAGUCHI, T.; YANO, M.; KIDO, Y. Influence of bright light therapy on postoperative patients: a pilot study. *Intensive Critical Care Nursing*, v. 23, n. 5, p. 289-297, 2007

22. COSTA J A, FUGULIN F M. Atividades de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.24, n.2, p.249-256, 2011. <http://producao.usp.br/handle/BDPI/4205>

23. PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev. Psiquiatr. Clin., v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.
24. Trogrlić, Z., van der Jagt, M., Bakker, J., Balas, M. C., Ely, E. W., van der Voort, P. H., & Ista, E. (2015). A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. Critical Care, 19(1), 157. <http://doi.org/10.1186/s13054-015-0886-9>
25. POLIT DF, BECK CT, HUNGLER BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004.

CAPÍTULO V

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do nosso estudo demonstram quem em pacientes críticos com câncer, a frequência de delirium é elevada, considerando apenas os pacientes sob ventilação mecânica, a frequência de delirium é ainda maior, encontramos a frequências de 64,6%. Concluimos que existe diferença significativa na letalidade na UTI entre pacientes com e sem delirium

Ainda observamos que a presença de sepse nestes pacientes está associada ao desenvolvimento de delirium e que também foi identificado que os pacientes submetidos a traqueostomia e ventilação apresentaram maiores chances de delirium do que os pacientes que não foram submetidos a tais procedimentos.

O uso de escalas validadas para monitoramento e avaliação de dor, sedação e delirium, como: a escala comportamental de dor (Behavioral Pain Scale – BPS e Eva), a Rass, são muito importantes. A avaliação de delirium através do CAM-ICU é uma ferramenta importante que deve ser conhecida e aplicada diariamente por todos os que estão diretamente em contato com estes pacientes.

A aplicação de medidas preventivas para um melhor manejo desses pacientes internados em UTI, como: gerenciamento de sedação e analgesia adequada às necessidades específicas da paciente minimização de ruídos e de luz artificial no período noturno permitindo melhor qualidade do sono, maior interação dos profissionais com o paciente, oferta de órteses como óculos e aparelhos auditivos, mobilização precoce no leito minimizando a restrição ao leito é fundamental.

Apesar da relevância do tema verifica-se ao baixo números de estudos com ênfase nas medidas de prevenção e intervenção de delirium em pacientes oncológicos em cuidados intensivos, o que ressalta a importância do desenvolvimento de pesquisas tendo o paciente oncológico como objeto.

A elaboração, implementação e execução de Diretrizes de prevenção de delirium é manejável e fundamental, ainda que demande adoção de medidas multidisciplinares e educação contínua, ficando claro após a concordância dos juízes sobre os itens já na primeira etapa Delphi 1.

CAPÍTULO VI

6.1 PRODUTO FINAL APÓS VALIDAÇÃO E MODIFICAÇÃO DOS ITENS DO INSTRUMENTO PELOS JUÍZES

PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE CUIDADO: MANEJO DE DELIRIUM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

1. ÂMBITO E FINALIDADE

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Delirium é uma perturbação da atenção ou da consciência acompanhada de uma mudança na cognição basal, que se manifesta por capacidade reduzida de direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção, pois o indivíduo é facilmente distraído por estímulos irrelevantes. Aparece durante curto período de tempo, em geral de horas a alguns dias, com tendência a oscilações, com piora ao entardecer e à noite, quando diminuem os estímulos externos de orientação. Há evidências a partir do histórico, do exame físico ou de achados laboratoriais de que o delirium é uma consequência fisiológica de condição médica subjacente, intoxicação ou abstinência de substância, uso de medicamento ou exposição a toxina ou de que é uma combinação desses fatores ⁽¹⁾

O delirium é prevalente nas unidades de terapia intensiva (UTI), encontramos uma frequência de 39,9 % de delirium na população do CTI/UPO do INCA, se considerarmos a frequência de delírium somente nas internações clínicas, teremos uma frequência de 56,6% e para as internações cirúrgicas uma frequência de 26,8 % e está associado ao maior tempo de permanência do paciente no hospital e ao aumento da mortalidade ⁽²⁾

Protocolo pode ser definido como conjunto de ações em uma determinada circunstância e sintetiza informações em uma estrutura concisa que promova a tradução do conhecimento em ações para proporcionar melhores resultados na prática assistencial, pois são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços ⁽³⁾

Implementações mais eficaz no que diz respeito ao gerenciamento do delirium, e programas de implementação de múltiplos componentes com um maior número de

estratégias direcionadas à avaliação, prevenção e tratamento do delírio na UTI, integrados a PAD têm potencial para melhorar os resultados clínicos. O uso de estratégias de implementação visando a mudança organizacional, junto à mudança comportamental, também foi associado com a redução da mortalidade. ⁽⁴⁾

1.2 FINALIDADE DO PROTOCOLO

Orientar intervenções de cuidado ao paciente crítico visando um melhor manejo de delirium numa unidade de cuidados intensivos oncológica com base nas evidências científicas.

1.3 A QUEM SE DESTINA:	Enfermeiros. Fisioterapeutas. Médicos
1.4 LOCAL:	Terapia Intensiva clínica e cirúrgica oncológica
1.5 PÚBLICO ALVO:	Pacientes críticos internados em Terapia Intensiva clínica e cirúrgica oncológica

1.6 INSTRUÇÕES GERAIS

Avaliação do paciente no momento do exame de anamnese:

A. Avaliação de nível de consciência

Utilizar Escala de Agitação e Sedação de Richmond (The Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento; perigoso.
+3	Muito agitado	Conduta agressiva; remoção de tubos ou cateteres.
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes.
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos.
0	Alerto, calmo	
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 seg).
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10 seg).
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

Procedimento da medida do RASS:

1. Observar o paciente

• Paciente está alerta, inquieto ou agitado. (0 a +4)

2. Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.

• Paciente acordado com abertura de olhos sustentada e realizando contato visual. (-1)

• Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve. (-2)

• Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual. (-3)

3. Quando paciente não responde ao estímulo verbal realizar estímulos físicos.

• Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico. (-4)

• Paciente não responde a qualquer estímulo. (-5)

B. Avaliação de Dor:

UTILIZAR ESCALA VISUALIZAÇÃO ANALÓGICA (EVA) PARA PACIENTES SEM SEDAÇÃO



Utilizar ESCALA Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale -) BPS para pacientes sedados









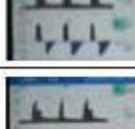



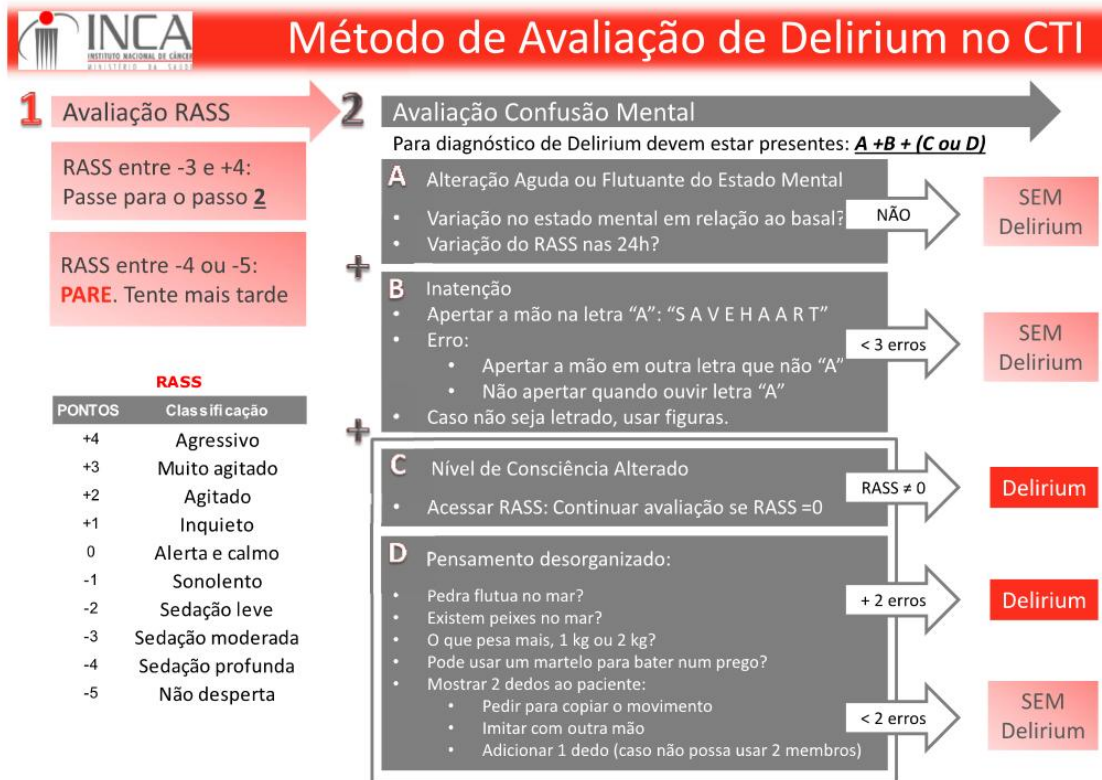
Indicador	Item	Pontuação	
Expressão facial	Relaxada	1	
	Parcialmente contraída = sobancelhas franzidas	2	
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3	
	Careta = esgar facial	4	
Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro)	Sem movimento	1	
	Parcialmente fletidos	2	
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3	
	Retraído, resistência aos cuidados	4	
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação	1	
	Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2	
	Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3	
	Incapaz de controlar a ventilação	4	

FIGURA 1 – Versão Portuguesa da escala BPS-IP/PT

C. Avaliação do Delirium

Utilizar o Método de Avaliação CAM-ICU para diagnosticar o delirium em pacientes críticos

Para diagnóstico do delirium, é preciso associar a monitorização da sedação e do delirium, através do método de duas etapas para avaliação da consciência. O primeiro passo se refere à avaliação da sedação, que é quantificada pela escala de agitação e sedação de Richmond (The Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS). Se o RASS for superior a -4 (-3 até +4), deve-se então seguir para o segundo passo, que é a avaliação do delirium.



D. INTERVENÇÕES:

- Tratar a Dor, utilizando os escores ≥ 5 .
- Gerenciamento da Sedação Alvo (sedação guiada por metas)
- Detecção e Monitoramento de Delirium- CAM-ICU, em casos de alteração ou flutuação

do estado mental.

- Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de box ao invés de restrições quando possível.
- Incentivar e realizar mobilização precoce, de acordo com condições do paciente.
- Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível
- Propiciar visita prévia para conhecimento da unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas, confinamento em setor fechado.
- Permitir entrada de luz natural sempre que possível, permitindo que o paciente diferencie dia/noite (uso de relógios de parede digitais) e respeitar período noturno com luminosidade reduzida
- Gerenciamento e minimização do ruído (Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 22 h)
- Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais.
- Propiciar conforto (temperatura adequada, respeitar sono vigília, luminosidade adequada)

2. Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD)

O PAD ⁽⁵⁾ é um roteiro para o desenvolvimento integrado, com base em evidências, e para a prevenção e tratamento da dor, agitação e delírium em pacientes críticos, foi elaborado em 2013 pelo American College of Critical Care Medicine (ACCM) para rever as "diretrizes de prática clínica para o uso sustentado dos sedativos e analgésicos em pacientes críticos adultos" de 2002.

Ocorreu a seleção dos itens relevantes, tendo como base o PAD endossadas por uma revisão integrativa de literatura realizada pela autora sobre o tema para embasar cada declaração e recomendação. As declarações e recomendações forma divididas em: 1 Dor e Analgesia, 2 Agitação e Sedação, 3 Delirium e 4 Estratégias para gestão da dor, agitação e delirium visando melhorar as respostas de pacientes internados em UTIs. Para a construção do instrumento foi considerado somente **“Eu recomendo” devido ao grau FORTE da recomendação.**

2.1 JUSTIFICATIVAS		
DOR E ANALGESIA	DIRETRIZES	JUSTIFICATIVAS
	Incidência de Dor (Considerar a Dor oncológica)	Pacientes adultos de UTI Clínica, cirúrgica e traumática sentem dor significativa, mesmo em repouso. Por isso, todos os pacientes adultos de qualquer UTI devem ser avaliados para a dor. A dor em repouso deve ser considerada como uma grande síndrome de diagnóstico clínico. ⁶ A dor é um sintoma frequente nas neoplasias malignas, “DOR ONCOLÓGICA” é uma expressão utilizada para caracterizar a dor, na maioria das vezes de múltiplas etiologias que se somam e se potencializam, de um paciente com câncer, e que pode ou não estar diretamente relacionada com a doença de base e sua evolução. ⁷
	Avaliação da dor- Utilizar preferencialment e as BPS para pacientes sedados e EVA para os sem sedação	A avaliação rotineira da dor em pacientes adultos internados em UTI está associada à melhora dos resultados clínicos. A avaliação da dor, especialmente a protocolizada, tem sido significativamente associada a uma redução da utilização de medicamentos analgésicos, prolongamento da permanência em UTI (LOS), e duração de ventilação mecânica. ⁸
	Tratamento/ Controle da Dor	As evidências indicam a utilização de um regime à base de opiáceos para diminuir a intensidade da dor não neuropática. Além do custo da droga e da utilização de recursos, todos os opióides administrados IV parecem exibir eficácia analgésica similar e estão associados com semelhantes resultados clínicos (por exemplo, permanência em ventilação mecânica, LOS) quando ajustados para intensidades de dor semelhantes. Para a dor não neuropática, não opióides como acetaminofeno IV ou inibidores da ciclooxigenase administrados via oral, IV ou retal, ou ainda a cetamina IV podem ser usados em adição aos opióides. Usando analgésicos não opióides, a quantidade total de opióides administrados é diminuída e a incidência e gravidade dos efeitos secundários relacionados aos opióides também. ⁹⁻¹¹

AGITAÇÃO E SEDAÇÃO	Despertar Diário Programado e Assistido visando sedação alvo	Estudos examinaram a relação direta entre profundidade de sedação e as respostas clínicas em pacientes de UTI, incluindo duração da ventilação mecânica, permanência na UTI, medidas de estresse fisiológico e as avaliações de estresse psicológico pós UTI. ¹²⁻¹⁵ Uma abordagem guiada por metas no tratamento na terapia
	Evitar uso abusivo das medicações sedativas em bolus	intensiva tem sido adotada para simplificar processos complexos. Um exemplo clássico é a sedação guiada por metas em pacientes gravemente enfermos submetidos à ventilação mecânica. Foi criada uma estratégia de intervenção denominada sedação precoce guiada por objetivo (EGDS, sigla do inglês early goal-directed sedation), com a intenção de reverter o padrão de sedação inicial profunda e proporcionar flexibilidade na aplicação da sedação guiada por metas, atendendo a diferentes necessidades clínicas. A EGDS se baseia nos seguintes princípios: 1. Início precoce da intervenção sedativa. 2. Analgesia precoce efetiva. 3. Utilização da dexmedetomidina como agente sedativo primário, sendo o propofol utilizado para sintonia fina da intensidade da sedação. Demonstrou-se que essa combinação: a. Obtém sedação com possibilidade de despertar e reduz a profundidade geral da sedação. b. Facilita o despertar e o desmame ventilatório. c. Reduz as cargas totais de sedativos e opioides. 4. Alvo de sedação leve (pontuação na Richmond Agitation-Sedation Scale de -2 a +1). 5. Evitar e minimizar o uso de benzodiazepínicos. ¹⁶
	Monitoramento da profundidade da sedação- ESCALA DE SEDAÇÃO RASS	A escalas RASS tem a umas das maiores pontuações psicométrica (ou seja, a confiabilidade entre avaliadores, validação convergente ou discriminante) e teve um significativo número de participantes no estudo, demonstra um elevado grau de confiabilidade inter-avaliadores, que incluiu médicos de UTI. ^{17,18}

	Escolha do Sedativo	Em geral, a escolha do agente sedativo que será usado em pacientes de UTI deve ser conduzida por: 1) indicações específicas e objetivos da sedação para cada paciente, 2) a farmacologia clínica do fármaco em um paciente em particular, incluindo seu efeito inicial e de continuidade e seu perfil de efeitos colaterais, e 3) os custos globais associados ao uso de um sedativo particular. Frequentemente, os estudos sobre efeitos de agentes sedativos em pacientes de UTI comparam uma droga benzodiazepínica (midazolam ou lorazepam) com uma não benzodiazepínica (propofol ou dexmedetomidina) para sedação. Até a época da nossa revisão de literatura, haviam sido publicados apenas dois estudos de baixa qualidade que comparavam os resultados clínicos de pacientes em UTI que receberam propofol versus dexmedetomidina como agentes de sedação. Nenhum estudo comparou os resultados clínicos em pacientes de UTI sedados com cetamina ou outros agentes sedativos. ¹⁹⁻²²
	Detecção e Monitoramento de Delirium (O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU))	O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU) é uma ferramenta válida, confiável e viável para detectar delirium em pacientes internados em UTI. ^{23,24}
DELIRIUM	Mobilização Precoce	Sobre delirium, à mobilização precoce e progressiva traz alguns resultados referente a melhora deste delirium. Assim dois estudos de mobilização precoce avaliaram pacientes com delírio para examinar a relação entre mobilidade precoce / reabilitação física com tal alteração. ^{25,26}
	Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo	Desconforto e alteração de temperatura podem causar delirium em pacientes criticamente doentes ²⁷

	<p>Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de Box ao invés de restrições quando possível.</p>	<p>Resolução cofen nº 427/2012 Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.²⁸ Evitar restrição física.²⁹</p>
	<p>Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível.</p>	<p>Inouye et al indica o uso de estratégias de reorientação e intervenção comportamental como permitir a presença de familiares como acompanhantes, gerenciamento do ruído, e suporte. Contato pessoal e comunicação são fundamentais, utilizando-se instruções verbais simples, orientações e contato ao olhar. E o estímulo ao uso de acessórios para audição, visão, mobilidade, o autocuidado e a independência para atividades são primordiais.²⁷</p>
	<p>Propiciar visita a unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas</p>	
	<p>Gerenciamento e minimização do ruído</p>	<p>Métodos para prevenir o risco de delirium devem ser considerados no cuidado global e manejo dos pacientes, e incluem comunicação efetiva, estratégias de reorientação, redução de ruídos e conforto do paciente.³⁰⁻³²</p>
	<p>Permitir entrada de luz natural sempre que possível, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e respeitar período noturno com luminosidade reduzida</p>	<p>Entre esses cuidados pode-se citar uso da luz natural, de preferência, para manter ou restaurar o ciclo circadiano, um cuidado muitas vezes subutilizado.^{27,33}</p>
	<p>Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais.</p>	<p>Outras medidas incluem: uso de próteses auditivas e óculos, quando o paciente fizer uso dos mesmos, para que se sinta mais seguro; oportuna remoção de sondas e restrições; mobilização precoce no leito e uso racional de restrições físicas e química.^{34,35}</p>

	Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 24 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais).	A privação do sono influencia na recuperação, capacidade de resistir a infecções, provoca problemas neurológicos, tais como delírios, problemas respiratórios, pois enfraquece a musculatura e pode prolongar a duração da Ventilação Mecânica, a permanência na UTI podendo levar a complicações pós extubação. ^{36,37}
	Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e horas	Inouye et al indica o uso de estratégias de reorientação e intervenção comportamental, como como a utilização de relógios de parede. ²⁷
	Propiciar Conforto	Para a maioria dos pacientes de UTI, uma estratégia segura e eficaz que garanta seu conforto. Os esforços para reduzir a ansiedade e a agitação, incluindo a manutenção do conforto do paciente, provisão de adequada analgesia, reorientação frequente e otimização do ambiente para que padrões de sono normal sejam mantidos. ³⁸

3. RESULTADOS ESPERADOS

A elaboração e validação das diretrizes revelou-se pertinente pela alta concordância dos pares visando uma melhor gestão do delirium para qualidade em cuidado e melhores desfechos, manejos e incidência do delirium. E atesta que as diretrizes se encontram competente, quanto ao seu conteúdo, para avaliar o que se propõem: o manejo do delirium em paciente oncológico na UTI.

4. PROTOCOLO

A validação foi realizada com profissionais de saúde, de nível superior, incluindo médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Utilizamos o método Delphi (que é um painel de especialistas), estabelecendo o consenso dos especialistas de no mínimo 80%. Obtivemos quanto ao seu conteúdo, a aprovação do conjunto dos Juízes para a totalidade dos itens, concordância de 86% a

100%.

O protocolo é composto de 3 tópicos (Delirium x Dor e Analgesia, Delirium X Agitação e Sedação e Delirium x Intervenções) e 19 subtópicos que são as diretrizes de cuidado

MANEJO DE DELIRIUM UTI ONCOLÓGICA: DIRETRIZES DE CUIDADO	
DELIRIUM X DOR E ANALGESIA	<p>Incidência de dor (Considerar a dor oncológica)</p> <p>Avaliação da dor- Utilizar preferencialmente as ESCALAS Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale -) BPS para pacientes sedados e ESCALA VISUALIZAÇÃO ANALÓGICA (EVA) para os sem sedação</p> <p>Tratamento da Dor</p>
DELIRIUM X AGITAÇÃO E SEDAÇÃO	<p>Despertar Diário Programado e Assistido visando sedação ALVO</p> <p>Evitar uso abusivo das medicações sedativas em bolus</p> <p>Monitoramento da profundidade da sedação- ESCALA DE SEDAÇÃO RASS</p> <p>Escolha do Sedativo</p> <p>Detecção e Monitoramento de Delirium (O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU)</p>
	<p>Mobilização precoce</p> <p>Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo</p> <p>Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de box ao invés de restrições quando possível.</p> <p>Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível.</p> <p>Propiciar visita prévia para conhecimento da unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas</p> <p>Gerenciamento e minimização do ruído</p> <p>Permitir entrada de luz natural sempre que possível, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e respeitar período noturno com luminosidade reduzida</p> <p>Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais</p> <p>Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 22 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais).</p> <p>Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e horas.</p>

Referências:

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edit. Association AP, editor. Washington, DC; 2013. 947.
2. Gouveia, Bárbara.
3. SPRINGHOUSE. As Melhores Práticas de Enfermagem. 2ª Ed. Artmed, editor. 2010. 640 p.
4. Trogrlić, Z., van der Jagt, M., Bakker, J., Balas, M. C., Ely, E. W., van der Voort, P. H., & Ista E (2015). A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. *Crit Care* [Internet]. 2015;19(1):157. Available from: <http://doi.org/10.1186/s13054-015-0886-9>
5. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *Am J Heal Pharm*. 2013;70(1):53–8.
6. Stanik-Hutt JA, Soeken KL, Belcher AE, et al: Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *Am J Crit Care* 2001; 10:252–259
7. Thomaz, Adriana. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco&*. agosto/setembro 2010. 1ª edição. A : http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf
8. Payen JF, Bosson JL, Chanques G, et al; DOLOREA Investigators: Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: A post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology* 2009; 111:1308–1316
9. Memis D, Inal MT, Kavalci G, et al: Intravenous paracetamol reduced the use of

- opioids, extubation time, and opioid-related adverse effects after major surgery in intensive care unit. *J Crit Care* 2010; 25:458–462
10. Frakes MA, Lord WR, Kociszewski C, et al: Efficacy of fentanyl analgesia for trauma in critical care transport. *Am J Emerg Med* 2006; 24:286–289
 11. Guggenberger H, Schroeder TH, Vonthein R, et al: Remifentanyl or sufentanyl for coronary surgery: Comparison of postoperative respiratory impairment. *Eur J Anaesthesiol* 2006; 23:832–
 12. Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B: Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care* 2007; 12:93–104
 13. Kress JP, Vinayak AG, Levitt J, et al: Daily sedative interruption in mechanically ventilated patients at risk for coronary artery disease. *Crit Care Med* 2007 35:365–371
 14. Treggiari MM, Romand JA, Yanez ND, et al: Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Crit Care Med* 2009; 37:2527–2534
 15. Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, et al: Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled)
 16. SHEHABI Y. Objetivos da sedação guiada por metas.. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(1):1–4.
 17. Brandl KM, Langley KA, Riker RR, et al: Confirming the reliability of the Sedation-Agitation Scale administered by ICU nurses without experience in its use. *Pharmacotherapy* 2001; 21:431–436
 18. Treggiari MM, Romand JA, Yanez ND, et al: Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Crit Care Med* 2009; 37:2527–2534

19. Ruokonen E, Parviainen I, Jakob SM, et al; “Dexmedetomidine for Continuous Sedation” Investigators: Dexmedetomidine versus propofol/midazolam for long-term sedation during mechanical ventilation. *Intensive Care Med* 2009; 35:282–290
20. Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al; SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexmedetomidine Compared With Midazolam) Study Group: Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: A randomized trial. *JAMA* 2009; 301:489–499
21. Dasta JF, Kane-Gill SL, Pencina M, et al: A cost-minimization analysis of dexmedetomidine compared with midazolam for long-term sedation in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010; 38:497–503
22. Cox CE, Reed SD, Govert JA, et al: Economic evaluation of propofol and lorazepam for critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2008; 36:706–714
23. Pun BT, Gordon SM, Peterson JF, et al: Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: A report from two medical centers. *Crit Care Med* 2005; 33:1199–1205
24. Van Eijk MM, van Marum RJ, Klijn IA, et al: Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. *Crit Care Med* 2009; 37:1881–1885
25. Brummel NE, Girard TD. Preventing delirium in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* 2013
26. Schweickert W, Pohlman MC et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2009

27. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM. A clinical trial of a multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 2009;340:669-76
28. Cofen Resolução nº 427/2012 Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.
29. Pandharipande P, Cotton, B A.; Shintani, A.; Thompson, J.; Pun, B T ; Morris, J A jr; et al. Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients. *J.Trauma* 2008.
30. ROBERTS BL. Managing delirium in adult intensive care patients. *Crit Care Nurse*,. 2001;v. 21, :48–55.
31. HINE, K. The use of physical restraint in critical care. *Nursing Critical Care*, v. 12. N. 1, p. 6-11, 2007.
32. PESSOA, F.P; NÁCUL FE. Delirium em pacientes críticos. *Rev Bras Ter Intensiva*.2006
33. TAGUCHI, T.; YANO, M.; KIDO, Y. Influence of bright light therapy on postoperative patients: a pilot study. *Intensive Critical Care Nursing*. 2007
34. HOFSSO, K.; COYER, F. M. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: contributing factors. *Critical Care Nursing* 2007.
35. PANDHARIPANDE, P.; JACKSON, J.; ELY, E. W. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Current Opinion in Critical Care*. v. 11, n. 4, p. 360-368. 2005.
36. FRIESE, R. S. Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice, and future directions. *Critical Care Medicine*, v. 36, n. 3, p. 697-705, 2008.

37. PARTHASARATHY,S.; TOBIN, M, J. Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. V. 30, p. 197-206, 2004
38. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, et al; Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians: Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med* 2002; 30:119–141

REFERÊNCIAS

ALERT®. Disponível em < <http://www.alert-online.com/pt/company> >. Acesso em 28 de março de 2016.

Almeida Isabel C. T., Soares Márcio, Bozza Fernando A., Shinotsuka Cassia Righy, Bujokas Renata, Souza-Dantas Vicente Cécilia, Ely E. Wesley, Salluh Jorge I. F. The Impact of Acute Brain Dysfunction in the Outcomes of Mechanically Ventilated Cancer Patients. PLOS ONE January 2014 | Volume 9 | Issue 1 | e85332

Balzer F, Weiss B, Kumpf O, Treskatsch S, Spies C, Wernecke KD, et al. Early deep sedation is associated with decreased in-hospital and two-year follow-up survival. Crit Care. 2015;19:197

BRASIL. Portaria nº 62, de 11 de março de 2009. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0062_11_03_2009.html

BARR J, FRASER GL, PUNTILLO K, ELY W, GÉLINAS, DASTA JF, DAVIDSON J, DEVLIN J, KRESS JP, JOFFE A, COURSIN DB, HERR DL, TUNG A, ROBINSON B, FONTAINE DK, RAMSAY MA, RIKER RA, MD, SESSLER CM, PUN B, SKROBIK Y, JAESCHKE R et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Crit Care Med 2013 Jan; 41 (1): 263-306)

BREVIS I U; CRUZ C C. Incidencia y factores de riesgo asociados a delirio en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica / Incidence and risk factors associated to delirium in critical patients that have undergone mechanical ventilation. Rev. chil. med. intensiv; 23(1): 18-24, 2008.

BROWER, R.G. Consequences of bed rest. Critical Care Medicine, Baltimore, v. 37, n. 10, p. 422-428, 2009.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. REME - Rev. Min. Enferm., v. 13, n. 3, p. 429-34, 2009.

COSTA J A, FUGULIN F M. Atividades de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. Acta Paulista de Enfermagem, v.24, n.2, p.249-256, 2011. <http://producao.usp.br/handle/BDPI/4205>

COVINSKY KE, PALMER RM, FORTINSKY RH, COUNSELL SR, STEWART AL, KRESEVIC D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):451-8

CRUZ, Julia Niehues da et al. Incidência de delirium durante a internação em unidade de terapia intensiva em pacientes pré-tratados com estatinas no pós-operatório de cirurgia

cardíaca. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2012, vol.24, n.1, pp.52-57. ISSN 0103-507X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000100008>

DANTAS CM, Silva PFS, Siqueira FHT, Pinto RMF, Matias S, Maciel C, et al. Influence of early mobilization on respiratory and peripheral muscle strength in critically ill patients. *Rev. bras. ter. intensiva* [periódico na Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Fev. 12] ; 24(2): 173-178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2012000200013&lng=pt.<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000200013>.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L.; FRANK, J. (editores). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPAS, 1992. p. 72-90.

DUBOIS, M.J.; BERGERON, N.; DUMONT, M.; DIAL, S.; SKROBIK, Y. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med*, v. 27, p. 1297- 1304, 2001.

DSM V American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

ELY, E. W. et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, v. 32, n, 1, p. 106-112, jan 2004.

ESTEBAN, A.; ANZUETO, A.; FRUTOS-VIVAR, F.; et al. Outcome of older patients receiving mechanical ventilation. *Intensive Care Medicine*, v.30, n.4, p. 639-646, Feb. 2004.

E. Wesley Ely. *Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) The Complete Training Manual*, march 2014. Disponível em <http://www.icudelirium.org/docs/CAM_ICU_training.pdf>. Acesso em 28 de março. de 2016.

FELICIANO V, ALBUQUERQUE CG, ANDRADe FMD, DANTAs C, LOPEZ A, RAMOS FF, et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. ASSOBRAFIR Ciência* [periódico na Internet]. 2012 Ago [citado 2014 Fev. 12]; 3(2). Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/11702>

FERNANDES, Maria Andréa et al . The perception by nurses of the significance of palliative care in patients with terminal cancer. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2589-2596, Sept. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 mai. 2015

FERRAZ, A. C. et al. Estados confusionais. In: KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 829-45.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio Ilustrado*. 2008.

FRIESE, R. S. Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice, and future directions. *Critical Care Medicine*, v. 36, n. 3, p. 697-705, 2008.

INOUE SK, BOGARDUS ST, CHARPENTIER PA, LEO-SUMMERS L, ACAMPORA D, HOLFORD TR, COONEY LM. A clinical trial of a multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 2009;340:669-76

GIRARD TD, JACKSON JC, PANDHARIPANDE PP, PUN BT, THOMPSON JL, et al. (2010) Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit Care Med* 38: 1513–1520. doi:10.1097/CCM.0b013e3181e47be1

GOOSELINK R, BOTT J, JOHNSON M, DEAN E, NAVA S, NORRENBERG M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically ill Patients. *Intensive Care Med*. 2008;34(7):1188-99

GUENTHER U, POPP J, KOECHER L, MUDERS T, WRIGGE H, ELY EW, et al. Validity and reliability of the CAM-ICU Flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. *J Crit Care*. 2010;25(1):144-51

GIACCHERO KG, MIASSO AI. A produção científica na graduação em enfermagem (1997 a 2004): análise crítica. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2013 Ago 28];8(3):431-40. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7082/5013>

HAYNES S.N.; RICHARD, D.C.S.; KUBANY, E.S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment* v. 7, n. 3, p. 238-247; 1995 Disponível em: http://wwwu.personal_kent.edu/~dfresco/CRMReadings/Haynes1995.pdf. Acesso em: 26 março. 2016.

HOFSTO, K.; COYER, F. M. Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: contributing factors. *Intensive Critical Care Nursing*, v. 23, n. 5, p. 249-255, 2007.

HOSIE A, DAVIDSON PM, AGAR M, SANDERSON CR, PHILLIPS J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: A systematic review. *Palliat Med*. 2013;27(6):486-98.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R. Elaborando questionários e entrevistas. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 259-274.

Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM. A clinical trial of a multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. **N Engl J Med** 2009;340:669-76

Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT, Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. *J Palliat Med*. 2013;16(4):423-35.

JESTE D, BLACKER D, BLAZER D, GANGULI M, Grant I, PAULSEN J, et al. Neurocognitive disorders: a proposal from the DSM-5 Neurocognitive Disorders Work Group. Neurocognitive Criteria Draft, American Psychiatric Association; 2010.

KRESS JP, POHLMAN AS, O'CONNOR MF, HALL JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med.* 2000;342(20):1471-7. 2.

KORUPOLU, R.; GIFFORD, J.M.; NEEDHAM, D. Early Mobilization of Critically Ill Patients: Reducing Neuromuscular Complications After Intensive Care. *Contemporary Critical Care*, Baltimore, v. 6, n. 9, 2009.

LIMA DVM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. *Online braz. J. nurs.* (Online); 10(2) abr-ago. 2011.)

LOPES, Juliana de Lima; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antônio; BARBOSA, Dulce Aparecida and BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. *Acta paul. enferm.* [online]. 2013, vol.26, n.6, pp.554-560. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600008>.

MILBRANDT EB, DEPPEN S, HARRISON PL, SHINTANI AK, SPEROFF T, STILES RA, et al. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med.* 2004;32(4):955-62. Comment in: *Crit Care Med.* 2004;32(4):1080-1.

MORI, S. et al. Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 21. n. 1, p. 58-64, 2009.

MEHTA S, MCCULLAGH I, BURRY L. Current sedation practices: lessons learned from international surveys. *Critical Care Clinics* 2009;25(3):471-88, vii-viii.

MULLER, Alice Mânica; GAZZANA, Marcelo Basso and SILVA, Denise Rossato. Desfecho de pacientes com câncer de pulmão admitidos em unidades de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2013, vol.25, n.1, pp.12-16. ISSN 0103-507X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2013000100004>.

NOGUERA A, CARVAJAL A, ALONSO-BABARRO A, CHISHOLM G, BRUERA E, CENTENO C. First Spanish version of the Memorial Delirium Assessment Scale: psychometric properties, responsiveness, and factor loadings. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(1):189-97

OUIMET S, Riker R, BERGERON N, COSSETTE M, KAVANAGH B, SKROBIK Y. Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. *Intensive Care Med.* 2007;33(6):1007-13.

PANDHARIPANDE, P.; JACKSON, J.; ELY, E. W. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Current Opinion in Critical Care*, v. 11, n. 4, p. 360-368, 2005.

PARTHASARATHY,S.; TOBIN, M, J. Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine.* V. 30, p. 197-206, 2004

PERME CS, SOUTHARD RE, JOYCE DL, NOON GP, LOEBE M. Early mobilization of LVAD recipients who require prolonged mechanical ventilation. *Tex Heart Inst J.* 2006;33(2):130-3.

Pasquali L Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clínica.* 1998.; 25 (5):20- 13

POLIT DF, BECK CT, HUNGLER BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.14-40.

PUN, B. T.; Ely, E. W. The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest,* v.132, n.2, p.624-636, Aug. 2007.

RÊGO, M. M. S.; PORTO, I. S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem.* São Paulo, v.18, n. 4, p. 434-438, 2005

ROBERTS, B. Screening for delirium in a adult intensive care unit. *Intensive Critical Care Nursing,* V.20, n 4, p. 206-213, 2004

ROBERTS, B. L. Managing delirium in adult intensive care patients. *Critical Care Nurse,* v. 21, n. 1, p. 48-55, feb. 2001

SILVA, Rosa Carla Gomes; SILVA, Abel Avelino de Paiva; MARQUES, Paulo Alexandre Oliveira. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de *delirium*. *Rev. Latino- Am. Enfermagem,* v. 19, n. 1, 09 telas, 2011

SILVA, M. J. P.; PINHEIRO, E. M. Qualidade na assistência de enfermagem – visão de alunas de especialização. *Acta Paulista de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2001.

SANTOS, F.S.; VELASCO, I.T.; JUNIOR, R.F. Risk factors for delirium in elderly after coronary artery bypass graft surgery. *International Psychogeriatrics,* v. 16, p. 175-93, 2004

SANTOS, Franklin Santana. *Delirium: Uma síndrome mental orgânica.* São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

SHEHABI, Y. Objetivos da sedação guiada por metas. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015;27(1):1-4.

SPINOLA, AWP. Delfos: proposta tecnológica alternativa. São Paulo. (SP): Faculdade de saúde publica; 1984

SPRINGHOUSE. As Melhores Práticas de Enfermagem - 2ª Ed. Artmed 2010.

STROM T, MARTINUSSEN T, TOFT P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet*. 2010; 375(9713):475-80.

SKRUPKY LP, DREWRY AM, WESSMAN B, et ai. Eficácia clínica de um protocolo de sedação minimizando as infusões com benzodiazepinas e favorecendo a dexmedetomidina precoce: um estudo antes e depois. *Cuidados Críticos* . 2015; 19 (1): 136. Doi: 10.1186 / s13054-015-0874-0.

TAGUCHI, T.; YANO, M.; KIDO, Y. Influence of bright light therapy on postoperative patients: a pilot study. *Intensive Critical Care Nursing*, v. 23, n. 5, p. 289-297, 2007

Trogrlić, Z., van der Jagt, M., Bakker, J., Balas, M. C., Ely, E. W., van der Voort, P. H., & Ista, E. (2015). A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. *Critical Care*, 19(1), 157. <http://doi.org/10.1186/s13054-015-0886-9>

TRZEPACZA PT, BOURNEE, R., ZHANGA,S. Designing clinical trials for the treatment of delirium. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008;65:08.

UNATI/UERJ. Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer. UNIV.ABERTA 3.IDADE, rio de janeiro, 2009.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa*. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2007

URT WP; GARDENGHI, G. Mobilização precoce em pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI). 2014; Monografia; (Aperfeiçoamento/Especialização em Fisioterapia Cardiopulmonar e Terapia Intensiva) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

ZHANG Z, Pan L, Ni H. Impacto do delírio no desfecho clínico em pacientes críticos: uma meta-análise. *Gen Hosp Psiquiatria*. 2013; 35 (2): 105-111.

APÊNDICE A
FICHA PARA COLETA DE DADOS

1 – Identificação e Dados Demográficos

Número identificador: _____

Idade: |...||...||...| anos

Sexo: | M | | F |

Data Internação:

Hospitalar: |...||...| / |...||...| / |...||...|

Na UTI: |...||...| / |...||...| / |...||...|

2 – Variáveis Relacionadas ao Câncer

Performance status:

|0-1| Independente | 2 | Pequena assistência | 3-4| Grande assistência / acamado

Câncer Status:

| 0 | Controlado / remissão | 1 | Ativo - diagnóstico recente | 2 | Ativo – recáida / progressão

Tumor sólido: |sim||não|

Extensão: | 0 | Limitada | 1 | Localmente avançado | 2 | Metástases à distância

Sítio anatômico do tumor primário:

| 1 | Cérebro | 2 | Cavidade oral / faringe | 3 | Laringe | 4 | Tireóide

| 5 | Pulmão | 6 | Esôfago | 7 | Estômago | 8 | Intestino delgado | 9 | Intestino grosso / canal anal

| 10 | Fígado / vias biliares / pâncreas | 11 | Próstata | 12 | Rim e vias urinárias | 13 |

Mama | 14 | Outros

Tumor Hematológico: |sim||não|

| 0 | Mieloma múltiplo | 1 | Leucemias agudas | 2 | Leucemias crônicas

| 3 | Linfoma não-Hodgkin | 4 | Doença de Hodgkin | 5 | Outras

Transplante de medula Óssea: |sim||não|

| 1 | Autólogo | 2 | Alogênico Data: |...||...| / |...||...| / |...||...|

Tratamentos Oncológicos Prévios:

Cirurgia: | 0 | Não | 1 | Intuito curativo | 2 | Paliativa

Radioterapia: | 0 | Não | 1 | Curativa / adjuvante | 2 | Paliativa

Quimioterapia: | 0 | Não | 1 | Curativa / adjuvante | 2 | Paliativa

3 – Comorbidades (0-não há; 1-leve; 2-moderada; 3-grave)

IRC em diálise | | IRC sem diálise | | DPOC | | ICC | | Doença arterial perif. |
| Cirrose hepática | | Hipertensão arterial | | Diabetes mellitus | | Pancreatite crônica |
| Trombose venosa | | Doença coronariana | | Arritmias cardíacas | | AVC | |
Para/Tetraplegias | | Demência | | Alcoolismo | | SIDA | | Doença psiquiátrica | |
Doenças reumáticas | | Obesidade mórbida | | Dç Neuromusculares | | Uso de drogas | |
Tabagismo | |
Outras | | _____

4 – Internação na UTI

Tipo: | 1 | Clínica | 2 | Cirurgia eletiva | 3 | Cirurgia de urgência /
emergência

Origem: | 1 | Enfermaria/quarto | 2 | Emergência | 3 | Centro Cirúrgico | 4 | Outra
UTI / Semi-intensiva

Motivo da Internação:

| 1 | Monitoração pós-operatório | 2 | Sepses | 3 | Insuficiência respiratória (exceto sepses) | 4 |
Choque (exceto sepses) | 5 | Neurológico | 6 | Renal / metabólico | 7 | Pós PCR | 8 |
Cardiovascular | 9 | Hepático | 10 | Hematológica | 11 | Digestivo | 12 | Outras
Escreva o diagnóstico da internação:

5 - Durante a Permanência no CTI

Aminas vasoativas: |sim||não|

Diálise: |sim||não|

VNI: |sim||não|

Ventilação mecânica: |sim||não|

Presença de delirium: |sim||não|

Duração do delirium (dias) : _____

Traqueostomia durante a UTI |sim||não|

Radioterapia: |sim||não| Dia de UTI: |...||...|

Quimioterapia: |sim||não| Dia de UTI: |...||...|

SARA |sim||não| Dia de UTI: |...||...|

Sedativos:

Midazolam >48hs |sim||não| Fentanil |sim||não| Dexmedetomidina |sim||não|

6- Evolução no CTI

Transição para cuidados paliativos: |sim||não|

Permanência na UTI: (dias) _____

Letalidade na UTI: (dias) _____

APENDICE B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Elaboração e validação de um protocolo de manejo de delirium numa unidade de cuidados intensivos oncológica

Pesquisador: Bárbara Rocha Gouveia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60743516.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.769.591

Apresentação do Projeto:

A proposta do estudo é elaborar um protocolo de cuidados a pacientes com delirium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica. Para elaborar o protocolo preliminar, a pesquisadora baseou-se nas recomendações do clinical practice guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD), que é um roteiro para o desenvolvimento integrado, baseado em evidências, e para a prevenção e tratamento da dor, agitação e delirium em pacientes críticos. O protocolo preliminar proposto será avaliado/validado através da metodologia Delphi (painel de especialistas), utilizando o google drive como ferramenta de respostas. O tema do estudo será a elaboração e a validação de um protocolo de delirium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica visando as intervenções de cuidados aos pacientes com delirium em unidades de cuidados intensivos (UCI) e UCI oncológica, utilizando as recomendações do clinical practice guidelines for pain, agitation, and delirium (PAD). Diante disso, para esse estudo questiona-se: sobre a existência ou não da ocorrência de minimização de medidas farmacológicas e não farmacológicas no manejo do

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

delírium em paciente oncológico? Para respondê-la, delimita-se como objetivo propor um protocolo de cuidados a pacientes com delírium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do clinical practice guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD). Trata-se de uma pesquisa de caráter metodológico com delineamento transversal e análise quantitativa, que descreverá o processo inicial de elaboração de um instrumento (protocolo) para identificação de intervenções de cuidados aos pacientes com delírium em unidades de cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do clinical practice guidelines for pain, agitation, and delirium (PAD). Para a realização do estudo, serão percorridas as três etapas, descritas a seguir:

A-Levantamento em dados secundários: A pesquisa de dados secundários trata-se de uma pesquisa exploratória através da coleta e uso de informações já disponíveis. O levantamento de dados será no software ALERT[®].

B-Avaliação do Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium PAD e Elaboração do Instrumento de coleta de dados: Nesta etapa

ocorrerá a seleção dos itens relevantes e, posteriormente, a elaboração da primeira versão do instrumento.

C- Avaliação por especialista (juízes): Na terceira etapa, ocorrerá a validação de aparência e de conteúdo por meio da análise dos Itens por Juízes.

A validação ocorrerá com profissionais de saúde, de nível superior, incluindo médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Através do formulário do google

docs. Será utilizado o método Delphi, estabelecendo o consenso dos especialistas de no mínimo 80%. Para a Coleta de dados será realizada nas

etapas: Etapa A: Levantamento em dados secundários: Será utilizado o Excel e um programa estatístico, escolhido posteriormente, para a

realização dos gráficos e análise estatística e para frequência do delírium. Etapa D: Avaliação por especialista (juízes) Será através de Validação de

conteúdo: Técnica de Delphi. Os resultados serão armazenados em um banco de dados eletrônicos compilados para o software Microsoft Excel e

apresentados em tabelas correspondendo ao processo de tratamento dos dados. A análise quantitativa ocorrerá através da aplicação do consenso

obtido pelo método de Delphi, de cada item e para a análise de todo o protocolo, utilizou-se o

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.769.591

Índice de Validade de Conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Propor um protocolo de cuidados a pacientes com delirium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do clinical practice guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD)

Objetivo Secundário:

Realizar um levantamento da prevalência de delirium em dados secundários em prontuários utilizando o software ALERTa. Identificar os itens

necessários para compor o protocolo de cuidados a pacientes com delirium em uma unidade de cuidados intensivos oncológica, a partir do

PAD. Construir um instrumento para validação do conteúdo do protocolo de manejo de delirium em uma unidade de cuidados

intensivos oncológica. Descrever e avaliar a adequação do conteúdo do protocolo de manejo de delirium em uma unidade de cuidados intensivos

oncológica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta pesquisa poderá ocasionar riscos mínimos,

durante a fase levantamento em dados e a fase dos juízes, respectivamente devido ao projeto limita-se a coleta de dados em prontuário de maneira

retrospectiva, não havendo necessidade de qualquer procedimento ou intervenção clínica adicional, e a realização da aplicação do formulário, via

google docs, podendo acontecer desconfortos devido a falta de habilidade dos respondentes em relação a dependência da tecnologia. Por isso foi

criado um manual para facilitar o manuseio do questionário e suas respostas.

Benefícios:

Os resultados deste estudo serão úteis para a melhoria dos cuidados dos pacientes e qualidade do nosso trabalho na unidade de cuidados

intensivos

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.789.591

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância científica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_794208.pdf	23/09/2016 20:43:03		Aceito
Outros	tcleinca.doc	23/09/2016 20:40:48	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	tcleenviar.docx	23/09/2016 20:39:57	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	pascalii.docx	23/09/2016 20:39:23	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	modelodelphi.docx	23/09/2016 20:38:58	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	lattes.docx	23/09/2016 20:37:49	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	incaformulario.pdf	23/09/2016 20:37:08	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	googledriveprotocolo.pdf	23/09/2016 20:36:46	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	googledrivepascalii.pdf	23/09/2016 20:36:19	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	Manual2.docx	23/09/2016 20:35:34	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	Manual1.docx	23/09/2016 20:34:59	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	instrumentop.docx	23/09/2016 20:31:15	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	fichacoletadedados.doc	23/09/2016 20:29:01	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.769.591

Outros	cartaencaminhamento.doc	23/09/2016 20:28:20	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Outros	caraparecer.docx	23/09/2016 20:27:47	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclenovo.pdf	23/09/2016 20:26:35	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.docx	23/09/2016 20:24:54	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/09/2016 20:24:17	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/09/2016 20:24:00	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito
Folha de Rosto	CCF23092016_00000.pdf	23/09/2016 20:19:00	Bárbara Rocha Gouveia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Outubro de 2016

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Página 05 de 05

APENDICE C

INSTRUMENTO PRELIMINAR VIA GOOGLE DRIVE

"PROTOCOLO DE MANEJO DE DELIRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA"

Eu Bárbara Rocha Gouveia mestranda Universidade Federal do Estado do Rio de JANEIRO (UNIRIO) estou realizando uma pesquisa e gostaria de convidá-lo para responder esse questionário.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que pretende elaborar um modelo de protocolo de cuidado multidisciplinar para manejo do delirium em cuidados intensivos oncológica, utilizando as recomendações do clinical practice guidelines for Pain, Agitation, and Delirium (PAD).

Você responderá esse questionário após assinatura do TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) fornecido por mim.

Para responder este questionário você deverá utilizar menos de 20 minutos. Todas as informações que você fornecer serão mantidos de modo confidencial.

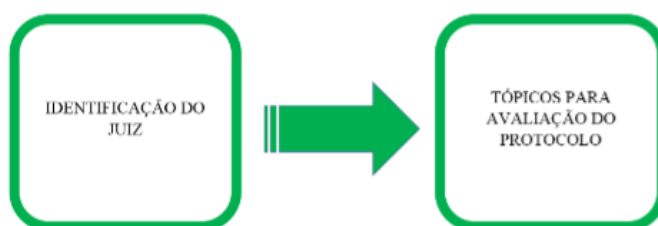
AGRADEÇO A DISPONIBILIDADE DO TEMPO PARA CONCLUIR ESTE QUESTIONÁRIO! MUITO OBRIGADA.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com Bárbara Gouveia via e-mail barbarargouveia@gmail.com ou telefone 21 996165259

*Obrigatório

"PROTOCOLO DE MANEJO DE DELIRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA"

ETAPAS DO QUESTIONÁRIO



IDENTIFICAÇÃO DO JUIZ

1. NOME COMPLETO *

.....

2. SEXO *

Marcar apenas uma oval.

- MASCULINO
 FEMININO

3. IDADE *

4. EMAIL *

5. FORMAÇÃO ACADÊMICA *

Marcar apenas uma oval.

- ENFERMAGEM
 FISIOTERAPIA
 MEDICINA
 Outro:

6. TITULAÇÃO *

Marcar a maior titulação
Marcar apenas uma oval.

- ESPECIALIZAÇÃO
 MESTRADO
 DOUTORADO

7. ATUAÇÃO PROFISSIONAL *

Marque todas que se aplicam.

- CUIDADOS INTENSIVOS
 ONCOLOGIA
 CIÊNCIAS DA SAÚDE
 Outro:

8. EXPERIÊNCIA EM ANOS *

INFORMAR TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM ANOS
EM CUIDADOS INTENSIVOS E/OU ONCOLOGIA

.....

TÓPICOS PARA AVALIAÇÃO DO "PROTÓCOLO DE MANEJO DE DELÍRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA"

As alternativas a seguir são evidências científicas para a construção do "Protocolo de manejo de delirium na unidade de cuidados intensivos oncológico".

Você deverá assinalar "concordo" ou "discordo" aos itens que devem existir para garantir um melhor manejo de delirium na unidade de cuidados intensivos oncológico.

No caso de discordar e/ ou classifica-lo como sem importância solicito que justifique no espaço para comentários o motivo da escolha.

Além disso, classificar-lo quanto ao grau de importância:

- (1) Sem importância (Quando o item não possuir relevância para o Protocolo)
- (2) Importante (Quando o item for fundamental e relevante para o protocolo 2+/3+)
- (3) Muito importante (Quando o item exigir nossa atenção imediata e maior relevância para o Protocolo 3+/3+)

Abaixo de cada item, disponibilizamos espaço para comentários e/ou sugestões.

Obrigada!

9. A. DELIRIUM X DOR E ANALGESIA

10. 1- Incidência de dor (dor oncológica) *

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

11. Grau de importância *

Marque todas que se aplicam.

- Sem importância
 Importante
 Muito importante

12. Comentários e/ou sugestões

13. 2- Avaliação da dor- Utilizar preferencialmente a ESCALA Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale -) BPS *

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

14. *

Grau de importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem importância
 Importante
 Muito Importante

15. Comentários e/ou sugestões

16. **3- Tratamento/ controle da Dor ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

17. *

Grau de importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem importância
 Importante
 Muito Importante

18. Comentários e/ou sugestões

B- DELIRIUM X Agitação e Sedação

19. **4- Despertar Diário Programado e Assistido ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

20. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem Importância
 Importância
 Muito Importante

21. Comentários e/ou sugestões

.....
.....
.....
.....

22. **5- Evitar uso abusivo das medicações sedativas em bolus ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

23. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem importância
 Importante
 Muito Importante

24. Comentários e/ou sugestões

.....
.....
.....
.....

25. **6- Monitoramento da profundidade da sedação- ESCALA DE SEDAÇÃO RASS ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

26. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem importância
 Importante
 Muita Importância

27. Comentários e/ou sugestões

28. **7- Escolha do Sedativo - ***

Marcar apenas uma oval.

CONCORDO

DISCORDO

29. *

Grau de Importância

Marque todas que se aplicam.

Sem Importância

Importante

Muito Importante

30. Comentários e/ou sugestões

C- DELIRIUM X INTERVENÇÕES

31. **8- Detecção e Monitoramento de Delirium (O Método de Avaliação para Confusão em UTI (Confusion Assessment Method for the ICU - CAM-ICU) ***

Marcar apenas uma oval.

CONCORDO

DISCORDO

32. *

Grau de Importância

Marque todas que se aplicam.

Sem Importância

Importante

Muito Importante

33. Comentários e/ou sugestões

34. **9- Sempre que possível, recomendamos realizar a movimentação precoce de pacientes adultos internados em UTI, reduzindo assim a incidência e a duração do delirium. (MOBILIZAÇÃO PRECOCE) ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

35. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem Importância
 Importante
 Muito Importante

36. Comentários e/ou sugestões

37. **10- Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo. ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

38. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem Importância
 Importante
 Muito Importante

39. Comentários e/ou sugestões

40. **11-Evitar uso das ataduras para restrição, utilizar restrição sob supervisão do enfermeiro. Utilizar luva de Box ao invés de restrições quando possível. ***

Marcar apenas uma oval.

CONCORDO

DISCORDO

41. *

Grau de Importância

Marque todas que se aplicam.

Sem importância

Importante

Muito Importante

42. Comentários e/ou sugestões

43. **12- Permitir a presença de acompanhantes sempre que possível.**

Marcar apenas uma oval.

CONCORDO

DISCORDO

44. *

Grau de Importância

Marque todas que se aplicam.

Sem importância

Importante

Muito Importante

45. Comentários e/ou sugestões

46. **13- Propiciar visita a unidade de pós-operatório nos casos de cirurgias eletivas ***

Marcar apenas uma oval.

CONCORDO

DISCORDO

47. *

Grau de Importância

Marque todas que se aplicam.

Sem Importância

Importante

Muito Importância

48. Comentários e/ou sugestões

D- DELIRIUM X SONO- VIGÍLIA

49. **14- Utilizar protetores auriculares avaliando a condição individual. ***

Marcar apenas uma oval.

CONCORDO

DISCORDO

50. *

Grau de Importância

Marque todas que se aplicam.

Sem Importância

Importante

Muito Importante

51. Comentários e/ou sugestões

52. **15- Manter luz indireta apenas e instalar dispositivos de controle de luminosidade ***

Marcar apenas uma oval.

CONCORDO

DISCORDO

53. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem importância
 Importante
 Muito Importante

54. Comentários e/ou sugestões

.....
.....
.....
.....

55. **16- Manter próteses auditivas sempre que possível e permitir uso dos óculos quando possível assim como outros objetos pessoais. ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

56. *

Grau de importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem importância
 Importante
 Muito Importante

57. Comentários e/ou sugestões

.....
.....
.....
.....

58. **17- Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após às 24 h (utilizar, quando indicado, com o uso de fones de ouvido individuais). ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

59. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem importância
 Importante
 Muito Importante

60. Comentários e/ou sugestões

61. **18- Manter cortinas abertas durante o dia, (sempre que possível), permitindo que o paciente diferencie dia/noite. ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

62. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem Importância
 Importante
 Muito Importante

63. Comentários e/ou sugestões

64. **19- Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie dia/noite e horas. ***

Marcar apenas uma oval.

- CONCORDO
 DISCORDO

65. *

Grau de Importância
Marque todas que se aplicam.

- Sem Importância
 Importante
 Muito Importante

66. Comentários e/ou sugestões

Powered by
 Google Forms

APENDICE D

INSTRUMENTO PRELIMINAR VIA GOOGLE DRIVE, ETAPA PASCALI

"AVALIAÇÃO DOS ITENS DO PROTOCOLO DE MANEJO DE DELIRIUM NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICA"

*Obrigatório

AVALIAÇÕES DOS ITENS CONFORME AS RECOMENDAÇÕES DE PASQUALI (1989)

Pasquali (1989) traz algumas recomendações para a construção dos instrumentos.

A figura a seguir sintetiza os critérios condizentes com a proposta de construção de protocolo de avaliação de manejo de delirium na unidade de cuidados intensivos oncológico.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo). v. 25, n. 5, p.206-13, 1998.

Figura 1 – Construção dos itens do instrumento segundo Pasquali, 2013.

Figura 1 – Construção dos itens do instrumento segundo Pasquali, 2013.

CRITÉRIOS	RECOMENDAÇÕES
Fontes dos Itens	Literatura: utilização de outros instrumentos que mensuraram o construto. OBSERVAÇÃO: Os itens devem corresponder às definições constitutivas e às operacionais.
Crítérios para a construção dos itens	Crítério de objetividade ou de desejabilidade: devem permitir uma resposta certa ou errada; Crítério da simplicidade: deve expressar uma única ideia. Crítério da clareza: o item deve ser compreensível, o que é possível pela utilização de frases curtas, com expressões simples, inequívocas. Crítério da variedade: 1) Variar a linguagem: a padronização dos mesmos termos em todos os itens podem causar confusões e provocar cansaço e monotonia. Exemplo: começar "(...) quase todas as suas 500 frases com a expressão "I like..." (PASQUALI, 1989). Crítério da tipicidade: formar frases com expressões condizentes a temática.
Crítérios referentes ao conjunto dos itens	Crítério da amplitude: o conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude da temática.

Avaliação conforme Recomendações de Pasquali

As alternativas a seguir são evidências científicas para a construção do "Protocolo de manejo de delirium na unidade de cuidados intensivos oncológico", conforme Pasquali.

Você deverá assinalar "SIM" ou "NÃO" aos itens que devem existir para garantir um melhor manejo de delirium na unidade de cuidados intensivos oncológico.

No caso de Não solicito que justifique no espaço para comentários o motivo da escolha.

Abaixo de cada item, disponibilizamos espaço para comentários e/ou sugestões.

Obrigada!

1. Email: *

Comentários e/ou sugestões

.....

2. 1. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de objetividade - devem permitir uma resposta certa ou errada (PASQUALI, 1998)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. Comentários e/ou sugestões

.....

.....

.....

.....

4. 2. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de simplicidade - devem expressar uma única ideia (PASQUALI, 1998)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Comentários e/ou sugestões

.....

.....

.....

.....

6. 3. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de clareza - devem ser compreensíveis (PASQUALI, 1998)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Comentários e/ou sugestões

8. **4. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de variedade - padronização de termos, ocasionando uma leitura confusa, cansativa e monótona (PASQUALI, 1998)? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

9. Comentários e/ou sugestões

10. **5. Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de tipicidade - presença de frases com expressões condizentes a temática (PASQUALI, 1998)? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

11. Comentários e/ou sugestões

12. **6 Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de amplitude - conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude da temática (PASQUALI, 1998)? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. Comentários e/ou sugestões

Powered by
 Google Forms