



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ALINE AFFONSO LUNA

DELIRIUM EM TERAPIA INTENSIVA – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Rio de Janeiro
2013

Aline Affonso Luna

DELIRIUM EM TERAPIA INTENSIVA – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Dissertação de Mestrado, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em ciências Biológicas e da Saúde – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva.

Rio de Janeiro
2013

A961 Luna, Aline Affonso.
Delirium em terapia intensiva – um estudo retrospectivo / Aline Affonso Luna,
2013.
87f. ; 30 cm

Orientador: Roberto Carlos Lyra da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Enfermagem de tratamento intensivo. 2. Cuidados de enfermagem – Plane-
jamento. 3. Segurança do paciente. I. Silva, Roberto Carlos Lyra da. II. Univer-
sidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.7361

DELIRIUM EM TERAPIA INTENSIVA – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

ALINE AFFONSO LUNA

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora de Mestrado do Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para defesa da dissertação do mestrado em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
Presidente (EEAP – UNIRIO)

Prof^a Dr^a Deyse Conceição Santoro Batista
1^a Examinadora (Escola de Enfermagem – UFRJ)

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
2^o Examinador (EEAP – UNIRIO)

Karinne Cristinne da Silva Cunha
Suplente (EEAP – UNIRIO)

Vivian Schutz
Suplente (EEAP – UNIRIO)

“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.”

(John Ruskin)

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo a todos os Enfermeiros e profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva e exercem um trabalho humanizado e seguro aos seus pacientes.

AGRADECIMENTO

É com respeito e admiração que agradeço a todos que estiveram comigo nessa caminhada.

Primeiramente a Deus, pois sem Ele não teria forças para caminhar e seguir diante das dificuldades.

Ao Professor Doutor Luiz Carlos Santiago que sempre me acolheu de forma fundamental na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.

Ao Professor Doutor Roberto Carlos Lyra da Silva que me orientou para caminhar no estudo, sendo um facilitador nesse processo.

À família que amo mesmo estando distante, porém presente.

Ao William Almeida que me acompanha e participa me incentivando no processo de aprendizado.

Às minhas companheiras mestrandas, Danielle Costa e Samanta Diniz, por fazerem parte dessa trajetória da minha vida.

À Instituição Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), a qual trabalho, sobretudo aos amigos e coordenadores que sempre manifestaram palavras e gestos de apoio.

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto que desde que entrei pela primeira vez me recebeu de forma acolhedora e respeitosa.

RESUMO

LUNA, Aline Affonso. **Delirium em terapia intensiva – um estudo retrospectivo.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2013.

Trata-se de um estudo retrospectivo transversal, que tem como objeto de estudo o *delirium* em pacientes em uso de sedativos em Unidades de Terapia Intensiva. Para avançarmos no estudo foram traçadas as seguintes questões norteadoras: Qual a ocorrência de risco do *delirium* entre pacientes em uso de sedativos em uma Unidade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro num período de três meses? Quais os achados clínicos mais sugestivos de *delirium* em pacientes submetidos à sedação segundo o CAM- ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (Método da Avaliação da Confusão Mental na Unidade de Terapia Intensiva), relatados em prontuários, pelos profissionais de saúde na UTI? Os objetivos foram: Identificar a ocorrência de risco do *delirium* entre pacientes em uso de sedativos em uma Unidade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro num período de três meses. Descrever os achados mais reportados pela equipe de saúde, sugestivos de *delirium* em pacientes em uso de sedativos e hipnóticos, de acordo com o CAM- ICU em Unidade de Terapia Intensiva. Para a coleta de dados foram utilizados os prontuários de pacientes assistidos no período de 01/02/2012 a 30/04/2012, em um hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, em busca de relatos médicos e de enfermagem que pudessem preencher critérios de achados clínicos sugestivos de *delirium* segundo o CAM- ICU ou com diagnóstico fechado, totalizando uma amostra de 128 pacientes. Através dos relatos foi possível observar achados clínicos sugestivos de *delirium*, no entanto, apenas dois pacientes diagnosticados. Os resultados parecem sugerir de fato o quanto é comum o subdiagnóstico do *delirium* entre os pacientes em uso de sedativos na terapia intensiva. Esse desafio nos permitiu, entretanto, a identificação de pontos frágeis, principalmente no que se refere a segurança do paciente, que precisam ser urgentemente repensados, sobretudo no tocante a monitorização e seguimento de pacientes em uso de sedativos, expostos aos fatores que os tornam mais vulneráveis ao *delirium* e suas consequências.

Descritores: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Segurança do Paciente.

RESUME

LUNA, Aline Affonso. **Delirium in intensive care - a retrospective study.** Dissertation (Master's in Nursing); Center for Biological and Health Sciences, Federal University of the State of Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2013.

This is a retrospective study, which has as its object of study delirium in patients sedated in Intensive Care Units. To advance in the study were drawn the following questions: What is the risk of the occurrence of delirium among patients using sedatives in an Intensive Care Unit of the State of Rio de Janeiro in a period of three months? What are the clinical findings more suggestive of delirium in patients undergoing sedation according to the CAM-ICU - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (Method of Assessment of Mental Confusion in the Intensive Care Unit), reported in medical records by health professionals in ICU? The objectives were to identify the occurrence risk of delirium among patients using sedatives in an Intensive Care Unit of the State of Rio de Janeiro in a period of three months. Describe the findings reported by most health team, suggestive of delirium in patients using sedatives and hypnotics, according to the CAM-ICU in the Intensive Care Unit. For data collection we used the medical records of patients treated in the period from 01/02/2012 to 30/04/2012, in a public hospital in the State of Rio de Janeiro in search of medical records and nursing could meet clinical criteria suggestive of delirium according to the CAM-ICU or closed with a diagnosis, a total sample of 128 patients. Through the reports was observed clinical findings suggesting delirium, however, only two patients diagnosed. The results seem to suggest in fact how common underdiagnoses of delirium among patients using sedative in intensive care. This challenge allowed us, however, the identification of weaknesses, particularly with regard to patient safety, which need to be urgently reconsidered, particularly on monitoring and follow-up of patients using sedatives, exposed to the factors that make them more vulnerable to delirium and its consequences.

Descriptors: Nursing; Nursing Care; Patient's Safety.

RESUMEN

LUNA, Aline Affonso. **El delirio en cuidados intensivos - un estudio retrospectivo.** Tesis (Maestría en Enfermería). Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro - UNIRIO. Río de Janeiro, 2013.

Se trata de un estudio retrospectivo, que tiene como objeto de estudio el delirio en pacientes sedantes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Para avanzar en el estudio se elaboraron las siguientes preguntas: ¿Cuál es el riesgo de la aparición de delirio en los pacientes que utilizan sedantes en una Unidad de Cuidados Intensivos del Estado de Río de Janeiro en un plazo de tres meses? ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más sugerentes del delirio en los pacientes sometidos a sedación según el CAM-ICU - Confusion Assessment Method para la Unidad de Cuidados Intensivos (Método de Evaluación de la Confusión Mental en la Unidad de Cuidados Intensivos), publicado en los registros médicos de los profesionales de la salud en UCI? Los objetivos fueron identificar los riesgos aparición de delirio en los pacientes que utilizan sedantes en una Unidad de Cuidados Intensivos del Estado de Río de Janeiro en un plazo de tres meses. Describir los hallazgos reportados por la mayor parte del equipo de salud, lo que sugiere el delirio en los pacientes que utilizan sedantes y los hipnóticos, de acuerdo con el CAM-ICU en la Unidad de Cuidados Intensivos. Para la recolección de los datos se utilizaron las historias clínicas de los pacientes tratados en el periodo comprendido entre el 01/02/2012 al 30/04/2012, en un hospital público en el Estado de Río de Janeiro en busca de los registros médicos y de enfermería podrían cumplir con los criterios clínicos sugestivos de delirio según el CAM-ICU o cerrado con un diagnóstico, una muestra total de 128 pacientes. A través de los informes se observaron hallazgos clínicos sugieren delirio, sin embargo, sólo dos pacientes diagnosticados. Los resultados parecen sugerir que, de hecho, la forma común de infradiagnóstico de delirio entre los pacientes que utilizan sedantes en cuidados intensivos. Este desafío nos ha permitido, sin embargo, la identificación de las debilidades, en particular con respecto a la seguridad de los pacientes, que deben ser revisados urgentemente, sobre todo en la vigilancia y el seguimiento de los pacientes que utilizan sedantes, expuestos a los factores que los hacen más vulnerable al delirio y sus consecuencias.

Descriptor: Enfermería; Enfermería Terapéutica; Seguridad del Paciente.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	2
CAPÍTULO I	3
1. INTRODUÇÃO	4
1.1 Questões norteadoras	8
1.2 Objetivos	9
1.3 Justificativa	9
CAPÍTULO II	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Segurança do paciente	15
2.1.1 Momentos históricos	15
2.1.2 Erro, desfecho adverso e erro adverso	17
2.1.3 Concepções de sistemas operacionais	20
2.1.4 Estratégias que garantam a segurança do paciente	22
2.2 Sedação	25
2.2.1 Avaliação da sedação	27
2.3 Delirium	29
2.3.1 Incidência do <i>delirium</i>	30
2.3.2 Tipos de <i>delirium</i>	31
2.3.3 Etiologia do <i>delirium</i>	31
2.3.4 Fisiopatologia do <i>delirium</i>	32
2.3.5 Tratamento do <i>delirium</i>	33
2.3.6 Diagnosticando o <i>delirium</i>	34
CAPÍTULO III	37
3. METODOLOGIA	38
3.1 O método	38
3.2 Coleta de dados	40
3.3 O cenário	41
3.4 Tratamento dos dados	42
CAPÍTULO IV	43
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICE I: Instrumento de coleta de dados	70
APÊNDICE II: Autorização da instituição para acesso aos prontuários	72
APÊNDICE III: Justificativa de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	73
APÊNDICE IV: Parecer consubstanciado do CEP	74
ANEXO I: Metas da Joint Commission para a segurança do paciente (versão hospitalar, 2007)	75
ANEXO II: Indicadores de segurança do paciente	77

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS.

Figura 1 – Diagrama de Venn mostrando a terminologia da segurança do paciente

Figura 2 – Modelo do queijo suíço de falhas das defesas

Figura 3 – Modelo de acidente organizacional

Figura 4 – Método de Avaliação da Confusão Mental na UTI (CAM- ICU)

Quadro 1 – Definição das características da segurança do paciente

Quadro 2 – Escala de Ramsay

Quadro 3 – Fatores predisponentes para *delirium*

Quadro 4 – Fatores precipitantes de *delirium*

Quadro 5 – Escala de Richmond de Agitação- Sedação (RASS)

Tabela 1 – Características dos pacientes que compuseram a amostra do estudo segundo o sexo, a faixa etária e as principais doenças de base apresentadas

Tabela 2 – Distribuição da amostra de pacientes por sexo, segundo a faixa etária acima dos 59 anos

Tabela 3 – Distribuição das doenças de base entre os sexos

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes do sexo masculino e feminino com distúrbios metabólicos e as principais doenças de base associadas

Tabela 5 – Prevalência do *delirium* no sexo masculino, idade e principais doenças de base

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes do sexo masculino e feminino que utilizaram sedativos em relação à idade e que tinham critérios clínicos para estabelecimento do diagnóstico de *delirium*

Tabela 7 – Critérios clínicos encontrados entre os homens que faziam uso de sedativos e não tiveram o diagnóstico de *delirium* estabelecido (n= 46)

Tabela 8 – Critérios clínicos encontrados entre as mulheres que faziam uso de sedativos e não tiveram o diagnóstico de *delirium* estabelecido (n= 43)

1. INTRODUÇÃO

O *delirium* é um distúrbio neurológico frequentemente manifestado por pacientes graves em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Sua relevância não se deve somente à elevada incidência, mas, sobretudo, às suas consequências tais como influenciar nas taxas de morbidade, mortalidade e prolongar o período de internação que resultam em maiores custos sociais e financeiros do tratamento.

Ely (2008) define *delirium* como um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível que se desenvolve em um curto período de tempo (horas ou dias). Ocorre em consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, medicação, exposição a toxinas, ou em combinação desses fatores.

O déficit de atenção é o fenômeno mais aparente, embora possam ser observados outros distúrbios cognitivos e comportamentais como perda de memória, alucinações e agitação. Apesar de sua relevância clínica, o *delirium* ainda permanece, consideravelmente, subdiagnosticado, apesar de sua elevada prevalência na UTI.

O quadro clínico varia de acordo com o tipo de *delirium*, se hipoativo ou hiperativo. Um paciente hipoativo apresenta-se sonolento enquanto que o hiperativo apresenta-se com importante agitação psicomotora e alucinações. O quadro mais frequente do *delirium* é a forma hipoativa, enquanto a forma hiperativa pura é relativamente rara, menor que 5%. (PETERSON et al, 2006).

Os fatores de risco para *delirium* podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Entre os fatores modificáveis incluem possíveis situações do ambiente que o paciente está inserido (isolamento, contenção física no leito, privação do sono e ausência de visitas) e a doença aguda no período de internação (febre, desidratação, alto risco de morte, utilização de sedativos e analgésicos, utilização de dispositivos

invasivos, como os tubos e cateteres entre outros). Relacionado aos fatores não modificáveis estão as características do paciente como idade, gênero, hábitos pessoais (por exemplo, tabagismo, abuso de álcool), comorbidades, doenças prévias do sistema nervoso, e demência. (PANDHARIPANDE et al, 2008).

A sedação desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de *delirium*. Evitar sedação excessiva é benéfico para uma ampla variedade de desfechos clínicos. (KOLEFF et al, 1998).

Estudos mostram que não apenas a exposição à sedação, mas também o tipo de sedativo pode influenciar o desenvolvimento de *delirium*. É crescente o número de evidências que indicam os benzodiazepínicos como drogas associadas a maior ocorrência de *delirium*. (PANDHARIPANDE et al, 2007).

O próprio ambiente típico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa um fator de risco que quando associado à sedação, por exemplo, pode contribuir ainda mais para o desenvolvimento do *delirium*, tendo em vista tratar-se de uma unidade com algumas características peculiares, como a falta de iluminação natural, e relógios, o isolamento do paciente, entre outras.

Não obstante, as Unidades de Terapia Intensiva, têm se tornado o grande foco nas instituições hospitalares no tocante ao atendimento das demandas provenientes dos pacientes com agravamentos e instabilidades clínicas, muitos, sem qualquer indicação clínica para admissão nessas unidades, geralmente, pacientes crônicos, fora de possibilidades terapêuticas atuais e em idade avançada, o que poderia estar concorrendo para o incremento de casos de *delirium*, sobretudo, quando no seguimento de pacientes em uso de sedativos, o profissional deixa de atentar para os achados que possam ser sugestivos desse transtorno.

Mas há de se considerar, também, que o fato do *delirium* não ser a razão primária de admissão de pacientes nessas unidades ou ainda, o fato de ser geralmente considerado como uma iatrogenia corriqueira provocada por fármacos ou uma psicose do paciente crítico (“*ICU psychosis*”), parece contribuir para que, muito embora os pacientes em uso de sedativos possam apresentar manifestações clínicas sugestivas de *delirium*, o seu diagnóstico raramente é feito, aumentando e muito seu subdiagnóstico.

Holanda (2010) traz o conceito de que diagnóstico é a arte de conhecer as doenças pelos seus sinais e sintomas. No entanto, o termo “subdiagnóstico” será utilizado neste estudo para nos referirmos aos casos em que doentes muito embora apresentem critérios clínicos e clínica para *delirium*, o diagnóstico não é determinado.

Do ponto de vista clínico, o subdiagnóstico implica em um não reconhecimento de uma doença ou problema, impossibilitando a imediata tomada de medidas terapêuticas, o que poderá em muitos casos, custar a vida do paciente. Desse modo, o *delirium*, ao ser subdiagnosticado, não é tratado, acarretando inúmeras consequências pessoais, sociais e econômicas, razão pela qual, entendemos ser muito oportuna a investigação dessa problemática.

Ely e colaboradores (2001) constataram que a incidência de *delirium* pode chegar a 87%, em que pese o fato de outro estudo ter constado que a pesar do reconhecimento da existência do *delirium* como sério problema em ambiente de terapia intensiva, 78% dos profissionais de saúde admitiram não diagnosticar adequadamente o quadro e apenas 32% destes profissionais buscavam se atualizar para fundamentar a sua prática em relação ao seu tratamento. Dentre os 40% de profissionais que relataram avaliar rotineiramente o paciente quanto ao *delirium*, 67% realizavam a avaliação diariamente, mas apenas 16% utilizavam instrumentos específicos. (ELY et al, 2004).

Considerando o paciente internado numa UTI em situação de sedação contínua, percebe-se a real magnitude e a dimensão que permeiam a necessidade da presença do enfermeiro e os cuidados efetuados por ele, principalmente no contexto das medidas pertinentes ao bom manuseio dos sedativos e seus desdobramentos, a fim de que, com a utilização de instrumentos mais apropriados, o diagnóstico do *delirium* possa ser rápida e prontamente realizado.

O subdiagnóstico do *delirium* me parece bastante comum em minha prática assistencial. Minha experiência profissional ao longo de cinco anos atuando como enfermeira em terapia intensiva numa instituição da rede pública de saúde tem me permitido observar o quanto é comum pacientes sedados apresentarem manifestações clínicas sugestivas de quadros de *delirium*, mas que não são relacionadas com esse distúrbio, ficando o paciente, portanto, sem o diagnóstico e tratamento adequados.

Estando inseridos neste contexto, e prestando assistência a pacientes em uso de sedativos, percebe-se que não raramente os enfermeiros e demais membros da equipe de saúde acompanham de perto as oscilações do nível de consciência desses pacientes, que é tão característico e, portanto, achado tão comum nos casos de *delirium*. A ausência de cuidados e ferramentas específicas voltadas para a monitorização do estado mental e do nível de consciência desses pacientes para uma avaliação mais criteriosa que permita o diagnóstico e tratamento dos quadros de *delirium*, como as escalas preditivas e de avaliação, como a CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (Método da Avaliação da Confusão Mental na Unidade de Terapia Intensiva), por exemplo, parece corroborar para o aumento significativo do subdiagnóstico do *delirium*, não pela sua eficácia, mas extensão da realização de todas as fases que a constitui.

Com o intuito de facilitar a observação e o diagnóstico do *delirium* em pacientes hospitalizados foram criados instrumentos, tais como o *Delirium Rating Scale* (Escala

de Avaliação do *Delirium*) e o *Cognitive Test for Delirium* (Teste Cognitivo para o *Delirium*), dentre outros. (KENNEDY et al, 2003 e TRZEPACZ, BAKER, GREENHOUSE, 1987). Na década de 1980 Inouye e colaboradores criaram um instrumento denominado *Confusion Assessment Method* (CAM), baseado nas principais características do distúrbio descrito pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-III)* por perceberem que os instrumentos existentes apresentavam limitações e por exigirem treinamentos complexos para a sua utilização (INOUYE et al, 1991).

Considerando-se a importância das consequências do subdiagnóstico do *delirium* na evolução do paciente em uso de sedativos e a necessidade de se utilizar recursos que permitam a detecção precoce desse distúrbio, e, com vistas a oferecer subsídios para a prática diária aos enfermeiros intensivistas, delimitamos como objeto de estudo para essa pesquisa o *delirium* em pacientes em uso de sedativos em unidades de terapia intensiva.

1.1 Questões norteadoras

Para avançarmos no estudo traçamos as seguintes questões norteadoras:

- Qual a ocorrência de risco do *delirium* entre pacientes em uso de sedativos em uma Unidade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro num período de três meses?
- Quais os achados clínicos mais sugestivos de *delirium* em pacientes submetidos à sedação segundo o CAM- ICU, relatados em prontuários, pelos profissionais de saúde na UTI?

1.2 Objetivos

1. Identificar a ocorrência de risco do *delirium* entre pacientes em uso de sedativos em uma Unidade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro num período de três meses?
2. Descrever os achados mais reportados pela equipe de saúde, sugestivos de *delirium* em pacientes em uso de sedativos e hipnóticos, de acordo com o CAM- ICU em UTI.

1.3 Justificativa

O tema torna-se pertinente, pois foi um avanço no estudo já previamente desenvolvido em trabalho de conclusão de curso de especialização em UTI, onde os resultados da pesquisa com levantamento bibliográfico fora bastante impalpável no que diz respeito a publicações de trabalhos neste aspecto, menos ainda quando referenciamos autores enfermeiros.

O estudo teve a intenção de projetar uma maior visibilidade para os Enfermeiros no que tange o cuidado específico prestado a pacientes em uso de sedação contínua.

Este estudo tornou-se relevante não somente para o paciente em si, mas também para a própria instituição onde foi o cenário da pesquisa, pois se almeja evitar eventos adversos para o paciente minimizando o tempo de internação, infecções hospitalares desnecessárias e gastos absurdos com medicamentos, principalmente com antibioticoterapia. Desta forma um melhor prognóstico para o paciente que se encontra internado objetivando um aumento na rotatividade de pacientes no setor.

Haja vista que atualmente há uma constante preocupação no que se refere à segurança do paciente em relação à farmacoterapia. Os ocorridos diários nas instituições hospitalares, os artigos científicos e a mídia abordam, frequentemente, e noticiam fatos ocorridos com medicamentos que trazem sérios danos aos pacientes, quando não pior, o leva a morte. Não somente pelo seu princípio ativo, mas sim por erros de prescrição, erros de leitura e interpretação para separar a dosagem, erros na administração em diferentes situações e também a não atenção em perceber um evento adverso ocorrido posteriormente à administração do medicamento.

Todo esse processo inclui profissionais das mais diversas áreas, médicos, farmacêuticos, secretários administrativos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Porém, as duas últimas categorias por ser quem estão mais próximas ao cuidado direto, e tecnicamente responsável nas atribuições do dia-a-dia em administrar os medicamentos aos pacientes acabam sendo responsabilizados de terem cometido o erro quando presente, pelo olhar do senso comum.

Neste mesmo pensamento Wachter (2010), diz que a abordagem tradicional para os erros relacionados com a assistência à saúde tem sido acusar o profissional que estava diretamente prestando cuidados ao paciente, atuando no que algumas vezes é chamado “ponta” do cuidado: o médico que está executando cirurgia de transplante ou diagnosticando dor no peito, a enfermeira aplicando medicação intravenosa ou o farmacêutico preparando quimioterapia. Esta passagem descrita endossa a fragilidade pela qual os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem suportam perante o erro identificado, simplesmente por terem sido os executores na administração dos medicamentos, não sendo analisado e considerado o processo que antecedeu até ao fato final.

Sendo assim, lembramos o Modelo do Queijo Suíço, proposto pelo psicólogo James Reason, para os acidentes organizacionais, tendo sido muito utilizado como modelo mental para a segurança do paciente. Wachter (2010) enfatiza que, em organizações complexas, um único erro na ponta raramente é suficiente para causar dano. Em vez disso, esses erros devem perpassar múltiplas e incompletas camadas de proteção (as fatias do queijo suíço) para causar um resultado devastador.

O Modelo do Queijo Suíço enfatiza que as análises dos erros associados à assistência à saúde devem se concentrar em suas causas- raiz – não só na causa mais aparente, ocorrida na ponta do processo, mas em todas as condições subjacentes que tornam um erro possível (ou em algumas condições inevitável) (WACHTER, 2010).

Este modelo destaca as variadas fatias do queijo, perpassando pela ausência de protocolos, rotinas de trabalho, sistemas de segurança, as pressões de produção, a cultura de baixas expectativas e aos gradientes excessivos de autoridade. Onde se depara na extremidade final com o paciente errado.

Pensando na particularidade dos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem supracitados, por fazerem parte da “ponta” do cuidado no que tange a administração de medicamentos, podemos listar uma série de comprometimentos nas fatias do queijo suíço que se mostram como impeditivos para o êxito. Tais como sobrecarga de trabalho, ressaltando a extensa carga horária dos plantões e diversos vínculos institucionais, excedendo muitas das vezes suas limitações físicas e mentais, estresse por cobranças hierárquicas, desmotivação, conflitos na equipe de trabalho, assim como os problemas pessoais.

Dados substanciais sugerem que os erros associados à assistência aumentam com razões maiores de pacientes por enfermeiros. Um estudo constatou que pacientes cirúrgicos tinham uma chance 31% maior de morrer quando, em média, o enfermeiro

cuidava de mais de sete pacientes. Para cada paciente adicionado à carga média de trabalho do enfermeiro, a mortalidade dos pacientes cresceu em 7%, e o *burnout* dos enfermeiros e a insatisfação cresceram 23% e 15%, respectivamente. Os autores estimaram que 20.000 mortes anuais nos Estados Unidos pudessem ser atribuídas à relação inadequada enfermeiro-paciente (WACHTER, 2010).

O mesmo autor ainda acrescenta que hoje a maioria que se encarrega do cuidado direto ao paciente sente-se cansada e próxima de desistir, por causa de um ambiente estressante, frequentemente com um número subdimensionado de pessoas, com pouco ou nenhum tempo para o cuidado à beira do leito, que deveria ser o cerne da atuação (WACHTER, 2010).

A legislação no Brasil era regulamentada até pouco tempo através da Resolução – RDC N° 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Onde no artigo 14, item III especifica que deve dispor de no mínimo 01 (um) enfermeiro assistencial para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno. E no item V, no mínimo 01 (um) técnico de enfermagem para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 01 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno (ANVISA, 2010). O que muitas das vezes não confere a realidade plena nas instituições hospitalares.

Recentemente esta resolução sofre alteração, passando a ser regulamentada pela RDC N° 26, de 11 de maio de 2012 recomendando-se que haja no mínimo um enfermeiro assistencial para cada dez leitos ou fração, em cada turno (ANVISA, 2012). Identificando alteração nessa resolução somente na proporção enfermeiro- paciente.

Essa nova relação torna-se bastante preocupante, visto a sobrecarga de trabalho que os enfermeiros têm em uma unidade complexa exigindo assistência contínua, o que

de certa forma haverá um risco de colocar a segurança dos pacientes em risco, haja vista a demanda aumentada de trabalho.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Iniciaremos este capítulo fazendo imersão em alguns momentos importantes no passado que muito tem haver com a atualidade em que vivemos nas instituições hospitalares. Muito embora sejam apontamentos essenciais que envolvam a assistência, talvez não se tivesse muita certeza no impacto que essas afirmações significam para a segurança do paciente.

2.1.1 Momentos históricos

No quarto século antes de Cristo, Hipócrates escreve: “Nunca causarei dano a ninguém”, o que foi mais tarde traduzido (e mudado) como “*Primum non nocere*”, ou “primeiro não causar dano”. Mais adiante em 1863, Florence Nightingale, em *Notes on Hospitals*, escreve “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos pacientes.” (WACHTER, 2010).

A partir desses eventos vários outros recortes no tempo tiveram significado e avanço, como por exemplo: Em 1918, O Colégio Americano de Cirurgiões inicia o primeiro programa de inspeção e certificação de hospitais. Em 1951, o programa evoluiu para a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, agora, a *Joint Commission*. O que mais adiante em 2002, essa organização lança seu primeiro grupo nacional de metas de segurança do paciente favorecendo futuros avanços (WACHTER, 2010).

Atualmente, a expressão “segurança do paciente” tem sido bastante utilizada e evidenciada em eventos de terapia intensiva, havendo certa preocupação em relacioná-la com problemas da qualidade do atendimento.

Vincent (2009, p. 16), define essa expressão em sua forma mais simples como: “... o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico- hospitalar.”

Baseado no pensamento do autor supracitado, o conceito torna-se bastante lógico e coerente quando caminhamos com a visão do paciente que se encontra hospitalizado, que busca uma solução e reabilitação no seu processo saúde- doença, sustentado na credibilidade e confiança que o mesmo deposita na equipe multiprofissional dentro da instituição hospitalar. No entanto, essas questões isoladamente não captam realmente as características que definem a segurança do paciente em suas bases conceituais.

A *US National Patient Safety Foundation* (Fundação Nacional de Segurança do Paciente dos Estados Unidos) procurou fazer isso quando estabeleceu uma agenda de pesquisa sobre segurança do paciente (quadro 1). Essa instituição norte- americana destacou que a segurança reside nos sistemas e também nas pessoas, e não somente no erro e na lesão.

QUADRO 1: Definição das características da segurança do paciente

1. Cabe à segurança do paciente prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas do próprio atendimento médico- hospitalar. Ela deve tratar de eventos que vão desde os “erros” e “desvios” até os acidentes.
2. A segurança emerge da interação dos componentes do sistema. É mais do que o ato de prevenir a ocorrência de erros ou problemas reconhecíveis ou “evitáveis”. A segurança não é atributo de uma pessoa, equipamento ou departamento. Melhorá-la depende do aprendizado de como ela emerge da interação dos componentes.
3. A segurança do paciente está relacionada com a “qualidade do atendimento”, mas não são conceitos idênticos. Trata-se de uma importante subdivisão da qualidade. Até agora, as atividades para controlar a qualidade não tem focado suficientemente os temas relacionados à segurança dos pacientes.

Fonte: Adaptado da US National Patient Safety Foundation (2000).

As questões que norteiam a segurança do paciente também estão muito atreladas à prevenção de erros. Porém não podemos restringir somente a este fato, mas também saber que a lesão resultante é um ponto muito forte a ser considerado. Para isto é de grande importância que se estabeleçam programas específicos para redução de erros e fontes potenciais de lesão. Logo, Vincent (2009), considera variadas formas de lesão que podem ser causadas pelo atendimento médico- hospitalar:

“... complicações de cirurgias, infecção por injeções inseguras, infecções decorrente da superlotação dos hospitais, reações adversas a medicamentos, doses excessivas decorrentes de bombas de infusão mal projetadas e assim por diante.” (p. 17)

Além disso, acompanhando as publicações na literatura especializada, dramáticas reportagens da mídia leiga trazem erros envolvendo procedimentos no paciente errado, membros errados sendo operados, *overdoses* de quimioterapia, transplantes malfeitos, pacientes liberados das emergências que em seguida morrem por infarto do miocárdio ou dissecação de aorta, entre outras (WACHTER, 2010).

É importante salientar que muitos erros ocorrem e acabam sendo imperceptíveis na rotina de trabalho quando não causam lesões imediatas e notórias, deixando de ser registrados e computados. O que desperta a preocupação e inquietude no profissional é quando ocorrem lesões potencialmente graves ou irreversíveis no paciente.

2.1.2 Erro, desfecho adverso e erro adverso

A definição de erro é de difícil apreensão, porém a literatura de segurança normalmente define erro como “ato voluntário (fazer algo errado) ou de omissão (deixar

de fazer o que é certo), levando a um desfecho indesejável ou com um potencial significativo para esse desfecho (WACHTER, 2010)”.

Hollnagel (1998) destaca que o termo “erro” tem sido historicamente usado de três diferentes formas: Como causa de alguma coisa, como o próprio evento (a ação) ou como o resultado da ação.

É importante também que façamos uma distinção de demais definições que se relacionam no contexto da segurança do paciente. Wachter (2010) discute a diferença de desfecho adverso *versus* evento adverso. O primeiro seria uma consequência de um cuidado de saúde, da morbidade/mortalidade que o paciente sofre em função de sua doença de base. Enquanto que evento adverso, definido como lesão ou dano resultante da assistência à saúde.

Os pacientes também podem experimentar danos em função dos cuidados de saúde mesmo que nenhum erro tenha sido cometido (p. ex., complicações aceitáveis de procedimento cirúrgico ou efeitos colaterais de medicamentos). Na figura 1, podemos verificar através do diagrama de Venn, os eventos adversos evitáveis dos não evitáveis, de acordo com a literatura de segurança do paciente.

O diagrama também nos ilustra que alguns erros não resultam em eventos adversos, que em geral é caracterizado como “quase erros”, e que alguns cuidados envolvem questões éticas representadas pela negligência, o que pode colocar em risco a instituição.

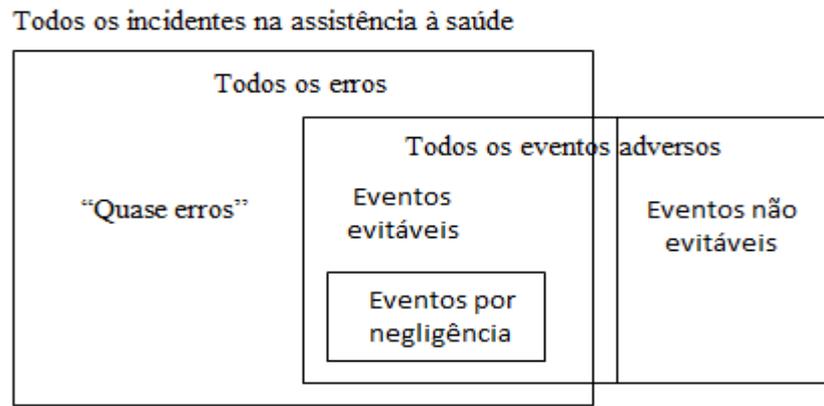


FIGURA 1 Diagrama de Venn mostrando a terminologia da segurança do paciente. Wachter, 2010.

Wachter (2010) aponta que vários estudos têm mostrado taxas diferenciadas de eventos adversos que ocorrem nos hospitais. Porém, no geral, aproximadamente uma em cada dez admissões resultará em um evento adverso, com metade destes sendo evitáveis. Apesar de dois terços dos eventos adversos ocasionados nos paciente causarem pouco ou nenhum dano, um terço deles o fazem presentes, seja numa consequência menor como, por exemplo, uma internação mais prolongada ou quando numa esfera maior representado por uma lesão permanente.

Tem sido estimado que, na média, pacientes de UTI sofrem 1,7 erros relacionados com a assistência por dia na UTI (DONCHIH, GOPHER, OLIN, et al, 1995), e o paciente internado em unidades abertas sofre em média um erro de prescrição de medicamentos por dia (ASPDEN, WOLCOTT, BOOTMAN, et al, 2007).

Logo, Kanjanarat, Winterstein, Johns e colaboradores (2003), afirmam que pacientes em uso de múltiplos medicamentos ou em uso de medicamentos de alto risco (p. ex., anticoagulantes, opióides, insulina e sedativos) são mais propensos a sofrerem danos, assim como pacientes idosos.

O impacto financeiro dos erros e eventos adversos associados com a assistência do paciente é imenso. O relatório do *Institute of Medicine* (IOM) estimou que o custo global nos Estados Unidos por eventos adversos evitáveis (no final da década de 1990) foi entre 17 e 29 bilhões de dólares. Incluindo os eventos “não evitáveis” os números deveriam dobrar (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000).

Essa pesquisa conduz valores de um período já passado, o que nos remete a lógica que esses gastos devem ser representados por valores mais suntuosos na atualidade. Gastos esses que poderiam estar sendo utilizadas para incentivo a novas pesquisas e descobertas de novos tratamentos, visando resguardar a melhor segurança do paciente.

2.1.3 Concepções de sistemas organizacionais

O moderno movimento para a segurança do paciente baseia-se numa nova abordagem, conhecida como modelo mental sistêmico. Wachter (2010) explica que esse paradigma pressupõe a condição humana, isto é, que humanos erram, e conclui:

“... a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou os interceptem antes que causem dano. Essa abordagem tem sido a pedra fundamental das melhorias em segurança em outros segmentos de alto risco, mas tem sido ignorada na área da saúde até recentemente.” (p.35)

Seguindo o modelo mental para a segurança do paciente, o psicólogo britânico James Reason, propôs o Modelo do Queijo Suíço (figura 2), que se baseia nos acidentes organizacionais. Esse modelo desenhado a partir de diversas investigações de acidentes, em campos como o da aviação comercial e de instalações nucleares, enfatiza que, em

organizações muito complexas, um único erro na ponta raramente é suficiente para causar dano. Ele explica que esses erros devem passar por várias barreiras até que se cause um resultado não esperado (WACHTER, 2010).

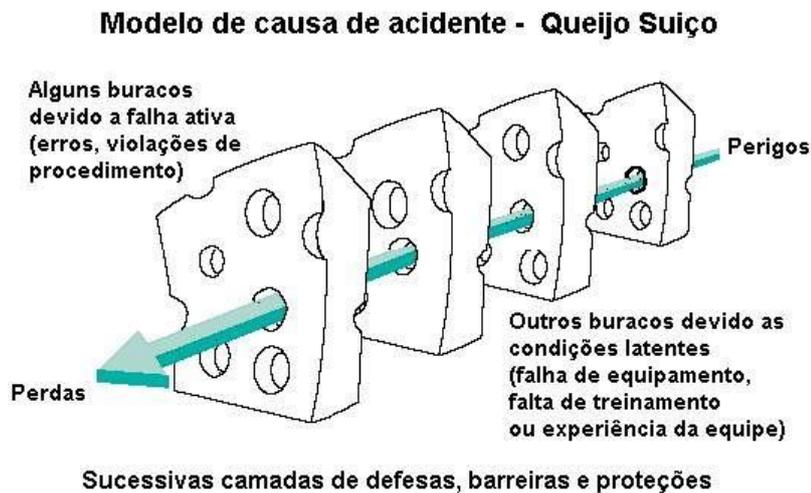


FIGURA 2: Modelo do queijo suíço de falhas das defesas. Fonte: Adaptada e reproduzida de Reason (1997).

O Modelo do Queijo Suíço enfatiza que a análise de erros associados à assistência à saúde não se deve deter o olhar somente para a ponta do processo, e sim para o sistema como um todo, direcionando para as causas- raiz.

Contudo, Reason (1997) captou a essência dessa compreensão em seu modelo de acidente organizacional. Vincente (2009) enfatiza antes de descrever o modelo, que nem todo deslize, lapso ou engano precisa ser compreendido em termos da estrutura organizacional geral; alguns erros são restritos ao contexto local e podem ser amplamente explicitados pelos fatores individuais e pelas características da tarefa executada. Ainda ressalta que os incidentes ocorrem ao longo do tempo, envolvem várias pessoas e dispõe de vários contribuintes.

A figura 3 ilustra o modelo de acidente organizacional, onde a sequência de acidentes se inicia (a partir da esquerda) com consequências negativas nas decisões

administrativas e processos organizacionais, passando pelos fatores contribuintes, as falhas ativas. É possível que muitos erros ocorram nessa trajetória, mas que não ocorram de fato, conseguindo ser contidos nas defesas e barreiras.

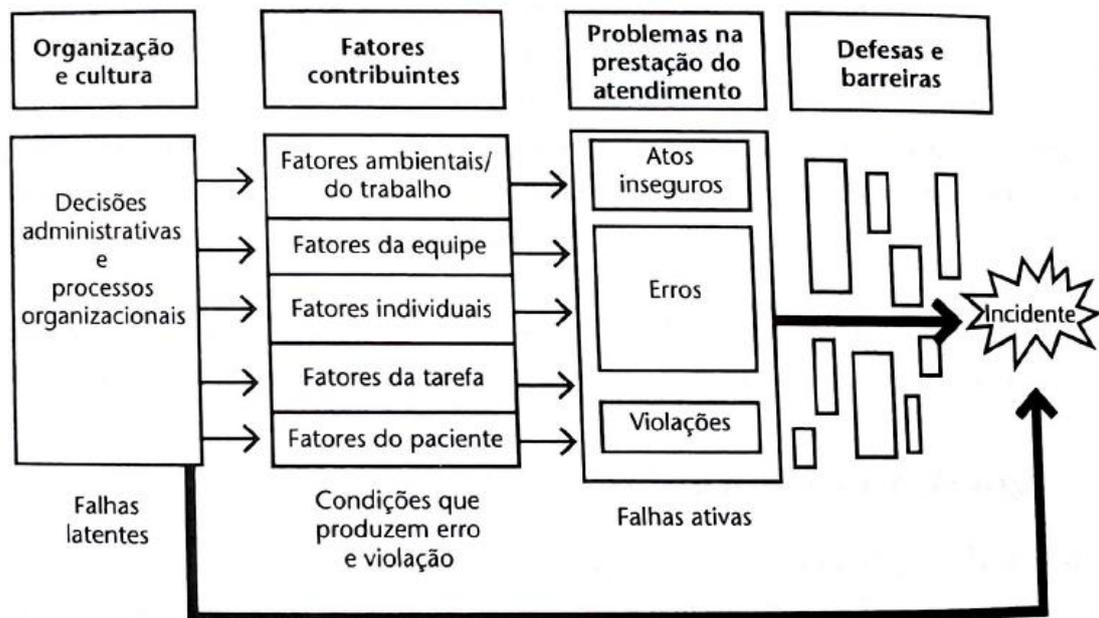


FIGURA 3: Modelo de acidente organizacional. Fonte: Adaptado de Reason (2001).

O modelo apresenta as pessoas na ponta do atendimento como herdeiras em vez de iniciadoras de uma sequência que leva até o acidente. Reason indica que isso pode parecer que o erro tenha sido transferido da ponta do processo e se direcionado para os administradores. Porém, não devem ser mais ou menos culpados por isso, visto que os administradores também estão operando num sistema complexo (REASON, 2001).

2.1.4 Estratégias que garantam a segurança do paciente

A segurança do paciente sem dúvidas é um dos maiores temas abordados na atualidade. Várias organizações se mobilizam para discutir o assunto visando o

incremento de metas e de indicadores de qualidade minimizando riscos e danos ao paciente.

A *Joint Commission* é uma organização não-governamental norte-americana que realiza acreditação hospitalar desde 1953, sendo a principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos, atuando em mais de 40 países. No entanto, a *Joint Commission* disponibiliza desde 2007, as metas para a segurança do paciente (anexo I).

Essas metas são compreendidas em oito momentos distintos, que visam garantir uma assistência de excelência ao paciente e que simultaneamente norteiam o trabalho dos profissionais de saúde envolvidos no processo.

Em 2008, o Instituto Qualisa de Gestão (IQG), maior acreditadora do Brasil, teve a iniciativa de desenvolver o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente (PBSP), e movimentar junto com as organizações mundiais para que o tema segurança do paciente esteja em constante desenvolvimento nas organizações de saúde e sociedade.

Este programa tem como meta “Salvar 50.000 vidas e evitar 150.000 danos aos pacientes”, buscando como objetivo central integrar uma rede de informações e comunicação entre hospitais, visando compartilhar experiências, criação de protocolos baseado nas evidências, promover capacitação da equipe multidisciplinar responsável pela assistência prestada, facilitando a comunicação em todo o território nacional (INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO, 2008).

O Programa Brasileiro de Segurança do Paciente está pautado em dezesseis objetivos, com destaque para os sete a seguir (INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO, 2008):

- Posicionar a qualidade da atenção à saúde e a segurança do paciente como prioridade estratégica das instituições;

- Promover a incorporação da qualidade assistencial e da segurança do paciente na prática do dia a dia;
- Gerar Informação e Evidências Objetivas em resultados de segurança;
- Compilar e dispor informações sobre qualidade e segurança do paciente;
- Prestar assessoria técnica na formulação, melhoramento e execução dos programas de qualidade e segurança do paciente as instituições integrantes;
- Fornecer um instrumental teórico e prático aos serviços de saúde que pretendam implantar políticas de segurança do paciente;
- Capacitar profissionais para o atendimento ao paciente nos aspectos que envolvam a prevenção de eventos na assistência à saúde por meio de educação permanente.

Com esse mesmo olhar o Conselho Regional de São Paulo (COREN-SP), cria a cartilha “10 Passos para a Segurança do Paciente”, com o intuito de abordar, de maneira prática, aspectos relevantes da segurança do paciente e medidas de prevenção que podem ter impacto direto na prática assistencial de enfermagem, em diversos ambientes de cuidados (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

Entre os dez passos, apresentam-se:

- Identificação do paciente.
- Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos.
- Cateteres e sondas – conexões corretas.
- Cirurgia segura.
- Sangue e hemocomponentes – administração segura.
- Paciente envolvido com sua própria segurança.
- Comunicação efetiva.

- Prevenção de queda.
- Prevenção de úlcera por pressão.
- Segurança na utilização de tecnologia

Essas são importantes estratégias criadas aos profissionais, principalmente, de enfermagem para atuarem de forma segura em atividades tão comuns no seu dia-a-dia.

2.2 SEDAÇÃO

A sedação é um método terapêutico bastante comum e utilizado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Miller (2003, p. 1093) descreve: “... Os sedativos têm a capacidade de deprimir o sistema nervoso central e tendem a causar lassidão e atividade mental reduzida.”

A sedação tem a finalidade de sustentar a conduta médica de escolha, de acordo com o grau de comprometimento clínico do paciente, favorecendo em determinado momento o seu conforto e bem-estar. O paciente gravemente enfermo que necessita de suporte intensivo, muitas das vezes está monitorizado por diversos equipamentos, submetido a diversos procedimentos invasivos ou não, e mantido em um ambiente não familiar, incômodo devido aos alarmes dos aparelhos e conversa dos profissionais. Esses fatores podem oferecer barreiras para o pronto restabelecimento do paciente hospitalizado, principalmente devido ao estresse. Knobel (2006) sinaliza que:

“... A sedação está indicada para diminuir a ansiedade e o medo, adequar o ciclo sono-vigília, diminuir o hipermetabolismo, controlar sintomas cardiovasculares como taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de oxigênio, obter amnésia durante paralisia da musculatura respiratória, controlar a agitação e facilitar a ventilação mecânica.” (p. 1654)

Além de a sedação atenuar a resposta fisiológica ao estresse contribuindo positivamente ao prognóstico do paciente, a sedação associada à analgesia é um recurso importante para prevenir a ocorrência da síndrome do estresse pós-traumático na UTI; patogênese, provavelmente, multifatorial. Decorrente da ventilação mecânica e intubação traqueal prolongadas, punções, monitorizações invasivas, cateterismo vesical e a ocorrência de alucinações.

Nas unidades de terapia intensiva é comum ver o paciente mantido com um alto nível de sedação, completamente desconectado do meio. Atualmente, já se percebe uma mudança na avaliação da sedação, em manter o paciente confortável, porém facilmente despertável. Para isto, deve-se atingir efeito sedativo com o mínimo de drogas ou associação de drogas. Knobel (2006, p. 1654) descreve como: “... Flutuações da concentração sanguínea dos sedativos podem ser evitadas, utilizando técnicas de infusão contínua.”

O paciente em terapia sedativa deve ser avaliado, diariamente pela equipe multidisciplinar para que o tratamento seja benéfico a sua recuperação. Acompanhando todos os sinais, mesmo que mínimos de resposta do paciente.

A avaliação de enfermagem deve ser feita seguindo o Processo de Enfermagem. Para que se alcance o desejado o enfermeiro deve-se utilizar o diagnóstico de enfermagem, sendo uma das fases que compõe esse processo, descritos na Resolução COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) 272/ 2002:

“... O enfermeiro após ter analisado os dados no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.”

A enfermagem ocupa um papel elementar na avaliação do paciente em terapia sedativa, pois se mantém presente na assistência em grande parte do tempo. Obtendo informações essenciais para gerenciar as informações quanto ao seu estado neurológico e psicomotor, contribuindo oportunamente para uma manutenção ou alteração de conduta médica.

2.2.1 Avaliação da sedação

Para que o grau de sedação possa ser avaliado, criteriosamente, foram propostas diversas escalas, porém neste estudo, discute-se a escala de Ramsay e a escala de Agitação- Sedação de Richmond (RASS). Sendo que a segunda será descrita quando abordarmos *delirium* para facilitar o entendimento.

Quadro 2: Escala de Ramsay

Nível Clínico	Grau de Sedação Atingido
1	Ansioso, agitado ou irrequieto
2	Cooperativo, aceitando ventilação, orientado e tranquilo
3	Dormindo, resposta discreta e estímulo tátil ou auditivo
4	Dormindo, resposta mínima a estímulo tátil ou auditivo
5	Sem resposta a estímulo auditivo ou tátil, porém com resposta à dor
6	Sem resposta a estímulo doloroso

Fonte: SANTOS, 2008.

É uma escala numérica, com pontuação de 1 a 6, que avalia a resposta motora graduada de acordo com a profundidade da sedação.

Com a avaliação da sedação seguindo a escala de Ramsay, pode-se ajustar a dose da medicação para o paciente. Ressaltando a importância de que cada indivíduo

tem sua peculiaridade e singularidade, onde um paciente não necessariamente tem que ter a mesma dose do outro. Haja vista, que a dose da droga de escolha é baseada no peso do paciente, e no quadro clínico. Knobel (2006, p. 1654), aponta que: “... o paciente deve ser mantido, na escala de Ramsay nos níveis 2, 3 e 4. A sedação mais profunda deve ser evitada, devendo ser reservada para comprometimento ventilatório grave ou em uso de relaxantes musculares.”

Para que a sedação seja eficaz é necessário que o sedativo de escolha prescrito, seja bem avaliado no que tange o conhecimento da farmacodinâmica e farmacocinética da droga. Gomes e colaboradores (2002) diz que deve ser levado em conta o custo da terapia escolhida relacionada à técnica de administração e aos efeitos adversos. Dentre os efeitos das sedações profundas indesejáveis, incluem a atrofia dos músculos respiratórios, desmame prolongado do ventilador mecânico, trombose venosa profunda e infecção.

É de grande relevância que o paciente tenha a diminuição ou a ausência do sedativo no período do dia, propiciando-o despertar diário com maior interação ao meio em que está. Facilitando desta forma uma avaliação mais criteriosa do seu estado neurológico e podendo intervir precocemente frente a um possível evento adverso causado pelo tratamento medicamentoso.

Vincent (2009) aborda que eventos adversos implicam lesão ou, pelo menos, prolongamento do tempo de internação hospitalar. Sendo assim, é importante nos reportarmos a outra definição de extrema importância quando pensamos em medicamentos, os erros. Thomas e Petersen (2003) usaram o termo “erro” de forma que incluía as falhas, os quase erros e fatores que contribuíam para ele. Neste mesmo pensamento, Wachter (2010) complementa que os “quase erros” em geral são caracterizados pelos erros que não resultam em eventos adversos.

Em consonância a todas essas definições descritas, é necessário o entendimento dos medicamentos psicoativos e cautela no seu uso, visto que em sua grande maioria são responsabilizados como vilões na consequência desses agravos.

No entanto, devemos nos remeter aos medicamentos potencialmente perigosos para abordagem desta temática. Os medicamentos potencialmente perigosos são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Os erros que ocorrem com esses medicamentos não são os mais rotineiros, porém as consequências tendem a ser devastadoras para os pacientes, podendo levar a lesões permanentes ou a morte. Dentre a relação desses medicamentos os sedativos estão inclusos, o que muito nos preocupa, não somente pelo manejo do seu preparo até a sua administração. Mas, principalmente pelo efeito neurológico comportamental que ele poderá causar, mascarando um estado confusional agudo em que o paciente poderá estar sendo submetido.

2.3 DELIRIUM

O *delirium* é definido pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA) (DSM-IV, 2000), como uma perturbação da consciência e da cognição que se desenvolve num curto período (horas a dias) e apresenta curso flutuante.

Foi realizado um estudo em um grupo de indivíduos com setenta anos ou mais de idade, buscando identificar se a escolha do critério diagnóstico influi de modo significativo nas estimativas de prevalência e incidência. Dentre eles 230 pacientes de hospital geriátrico e 195 residentes de casa para idosos, comparando critérios para delirium do DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e da CID-10. Destes, 132 indivíduos

(31,1%) preenchem os critérios para *delirium* em pelo menos uma dessas classificações e apenas 25 deles (5,9%) preenchem os critérios em todas as quatro classificações. O mais inclusivo foi o DSM-IV (24,9% dos indivíduos), seguido do DSM-III-R (19,5%), DSM-III (18,8%) e CID-10 (10,1%), respectivamente (Laurila et al, 2003).

Muitos são os sinônimos para nomear esta síndrome, como: Estado confusional agudo, falência cerebral aguda, psicose exógena, encefalopatia metabólica, psicose tóxica entre outros. Porém, a bibliografia sobre cuidados intensivos acatou recentemente as recomendações da APA e de outros especialistas, para que o termo “*delirium*” seja usado uniformemente para descrever esta síndrome de disfunção cerebral.

2.3.1 Incidência do *delirium*

A incidência de *delirium* em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é bastante alta, podendo variar de 70% a 87%. Apesar das elevadas taxas, o *delirium* ainda não é bem identificado pelos profissionais que atuam neste setor, especificamente. Quando não são associados erradamente com quadros de demência, principalmente em idosos (SANTOS, 2008). Visto que estes têm uma grande propensão ao desenvolvimento do *delirium*. A diversidade das apresentações, a flutuação dos sintomas, seu relativo desconhecimento pelos profissionais de saúde, a não-valorização de seu diagnóstico e o fato de ser facilmente confundido com quadros de demência e com o envelhecimento normal fazem com que o *delirium* passe despercebido e seja erroneamente diagnosticado (Hustey et al, 2002).

2.3.2 Tipos de *delirium*

O *delirium* pode ser apresentado de três diferentes formas: Hipoativo, hiperativo e misto. O *delirium* hipoativo caracteriza-se por uma diminuição do grau de resposta, introversão e apatia, ao passo que o *delirium* hiperativo se caracteriza por agitação, inquietação e instabilidade emocional; desta forma sendo mais fácil a identificação. E a forma mista oscilando ora hipoativo, ora hiperativo. O tipo hipoativo do *delirium*, em que o paciente se movimenta pouco, é aquele mais subdiagnosticado (INOUYE, 2004).

2.3.3 Etiologia do *delirium*

A etiologia do *delirium* é geralmente multifatorial. 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*.

Para melhor entendimento e visualização segue o quadro 3 com os fatores predisponentes e o quadro 4 com os fatores precipitantes de *delirium*, respectivamente, de acordo com SANTOS, 2008.

Quadro 3: Fatores predisponentes para *delirium*

<ul style="list-style-type: none">• Idade = 65 anos• Sexo masculino• Demência• Declínio cognitivo• História de <i>delirium</i>• Depressão• Dependência funcional• Imobilidade• Nível de atividade baixo	<ul style="list-style-type: none">• Desnutrição• Tratamento com muitas medicações• Abuso de álcool• Doença grave• Múltiplas condições clínicas coexistentes• Doença hepática ou renal crônicas• Acidente Vascular Cerebral (AVC)• Doença neurológica• Distúrbios metabólicos
---	--

Continua quadro 3

<ul style="list-style-type: none">• História de quedas• Déficit visual• Déficit auditivo• Desidratação	<ul style="list-style-type: none">• Fratura ou trauma• Doença terminal• Infecção pelo HIV• Tratamento com múltiplas drogas psicoativas
---	---

Fonte: SANTOS, 2008.

Quadro 4: Fatores precipitantes de *delirium*

<ul style="list-style-type: none">• Infecções• Hipnóticos• Narcóticos• Drogas anticolinérgicas• Tratamento com múltiplas drogas• Abstinência de álcool ou drogas• Sangramento intracraniano • Meningite e encefalite• Complicações iatrogênicas• Doença aguda grave• Hipóxia• Choque • Febre ou hipotermia• Anemia• AVC (principalmente em hemisfério não dominante)	<ul style="list-style-type: none">• Desidratação• Mau estado nutricional• Hipoalbuminemia• Distúrbios hidroeletrólíticos• Cirurgias ortopédicas• Cirurgias cardíacas• Circulação extracorpórea prolongada• Cirurgia não cardíaca• Admissão em UTI• Uso de restrição física• Cateterismo vesical• Múltiplos procedimentos hospitalares• Dor• Estresse emocional• Privação prolongada de sono
--	---

Fonte: SANTOS, 2008.

2.3.4 Fisiopatologia do *delirium*

A fisiopatologia do *delirium* não é bem compreendida, mas existem algumas hipóteses em estudo. Dentre algumas possibilidades são citados o desequilíbrio de neurotransmissores, a inflamação, o desequilíbrio do metabolismo oxidativo, a disponibilidade de grandes aminoácidos neutros, medicamentos sedativos e analgésicos e as perturbações do sono (SANTOS, 2008).

2.3.5 Tratamento do *delirium*

O tratamento do *delirium* pode ser realizado de três maneiras distintas. Na abordagem inicial o paciente deve ser estabilizado clinicamente; deve ser realizada glicemia capilar, e causas reversíveis (como hipóxia, hipoglicemia, desidratação, intoxicações exógenas) devem ser pesquisadas e tratadas. O tratamento definitivo será feito mediante avaliação e tratamento da causa de base que levou ao *delirium*. Posteriormente, o tratamento medicamentoso sintomático do *delirium*, que na maioria das vezes é feito com o uso de antipsicóticos. Devendo ser iniciado com doses pequenas, com aumento lento e progressivo conforme a resposta ao tratamento. E por último, não menos importante a prevenção do *delirium*, como a principal estratégia para redução de sua incidência e complicações. As intervenções devem ser multifatoriais, uma vez que são múltiplos os fatores de risco e as possíveis etiologias.

2.3.6 Diagnosticando o *delirium*

Para que seja possível diagnosticar o *delirium* na Unidade de Tratamento Intensivo foi proposto o Método do Estado Confusional para a UTI (CAM – ICU) (SANTOS, 2008). Desta forma torna-se rápido e confiável a identificação do *delirium*, mesmo quando o paciente está impedido de falar, devido à entubação endotraqueal. Recomenda-se que todos os pacientes de UTI sejam submetidos à avaliação de rotina diária para identificar os casos de *delirium* (SANTOS, 2008).

Para se fazer uso do CAM – ICU, é preciso que primeiramente utilize-se da Escala de Agitação- Sedação de Richmond (RASS), como critério inicial de inclusão ou exclusão para a futura identificação do delirium em um segundo momento.

Girard, Pandharipande e Ely (2008) tratam a escala de RASS como:

“Uma escala de 10 pontos que varia de +4 a -5, na qual uma pontuação RASS de 0 indica um paciente calmo e desperto. As pontuações RASS de -4 e -5 são consideradas estados de coma, e o paciente comatoso não pode ser avaliado em relação ao *delirium*. Todos os outros pacientes, que estejam sob sedação moderada (pontuação RASS de -3) ou mais despertos, podem ser avaliados em relação ao *delirium*.”

Vale ressaltar que existem outras escalas e instrumentos para identificação do *delirium*. Porém tem demonstrado algumas falhas e fragilidades na sua aplicação. Contudo, vamos nos deter a escala de RASS por ser a mais utilizada atualmente, e conseqüentemente ao CAM – ICU.

A seguir iremos ilustrar a escala de RASS e explorar o Método de Avaliação da Confusão Mental na UTI.

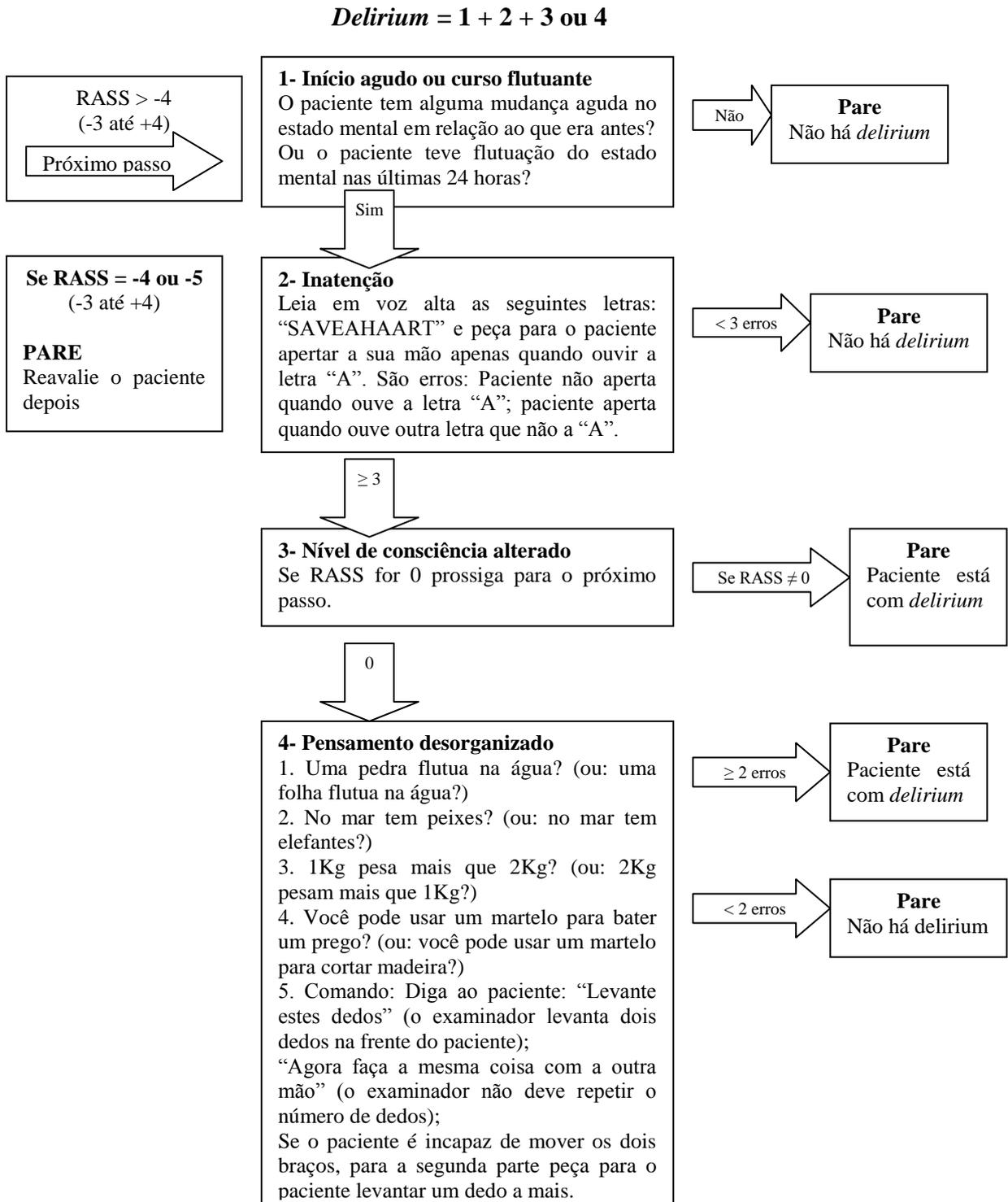
Quadro 5: Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
+ 4	Agressivo	Violento, perigoso
+ 3	Muito Agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequentes
+ 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 (>10seg)
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10seg)
-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

Fonte: SANTOS, 2008.

Após realizar este primeiro passo com a avaliação da escala de RASS, consegue-se identificar se o paciente é ou não elegível para dar continuidade na sua avaliação através do Método de Avaliação da Confusão Mental na UTI (CAM- ICU), onde identifica ou exclui o diagnóstico de *delirium*.

Figura 4: Método de Avaliação da Confusão Mental na UTI (CAM- ICU)



A escala do CAM- ICU é de fácil implementação. Aparentemente, parece ser extensa, porém com um simples treinamento qualquer profissional poderá aplicá-la e em alguns minutos obtém a avaliação do paciente quanto ao diagnóstico do *delirium*.

Para utilização do CAM- ICU necessita que se realize a escala de RASS previamente. Para que seja possível sequenciar a avaliação é necessário que o paciente esteja com o RASS entre -3 a +4, para que haja minimamente uma interação entre avaliador e paciente. Os pacientes que se encontram com o RASS em -4 ficam inviabilizados de serem examinados, visto que eles não respondem ao som da voz ou ao estímulo físico. Devendo ser avaliado quanto ao estado mental em outro momento (SANTOS, 2008).

A escala do CAM- ICU avalia quatro diferentes situações: O início agudo ou flutuante do estado mental, a inatenção, o nível de consciência alterado e o pensamento desorganizado, devendo ser rigorosamente avaliados. Dependendo das respostas do paciente e da avaliação do profissional, não é necessário continuar a escala, ficando já excluído o diagnóstico de *delirium*. Porém, quando o paciente preenche os níveis de avaliação com incoerência ou não dentro do esperado, tem-se o diagnóstico de *delirium* (SANTOS, 2008).

3. METODOLOGIA

3.1 O MÉTODO

A pesquisa utilizou do método quantitativo com um estudo retrospectivo transversal. Dessa maneira, Demo (1987) refere à metodologia como uma preocupação instrumental, ou seja, formas de se fazer ciência, implicando na utilização dos procedimentos, das ferramentas, dos caminhos. A ciência tem a finalidade de abordar a realidade teórica e prática, e para isto, o pesquisador faz uso de vários caminhos.

Ribas (2004), diz que a abordagem quantitativa está ligada à quantificação de dados obtidos mediante pesquisa. Para o emprego dessa abordagem, é necessário o uso de recursos e técnicas estatísticas, que podem variar em complexidade desde as mais simples até as mais complexas. Aconselha-se a utilização da abordagem quantitativa em procedimentos descritivos, pelos quais se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como naquelas investigações que buscam determinar relações de causalidade entre fenômenos.

Para isto foram utilizados os prontuários de pacientes assistidos no período de 01/02/2012 a 30/04/2012, em um hospital da rede pública do estado do Rio de Janeiro, em busca de relatos médicos e de enfermagem que pudessem preencher critérios de achados clínicos sugestivos de *delirium* segundo o CAM- ICU ou com diagnóstico fechado.

Este período ficou delimitado visando 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 (sexo, idade, doença de base, medicações, uso de sedativos, nível de consciência e

estado psicomotor) sugestivas que propiciem o seu desenvolvimento em pacientes que estiveram internados em unidades de terapia intensiva. Buscamos este período, para analisar criteriosamente os prontuários e identificar informações sólidas que nos permitiam entrelaçar dados consistentes (variáveis) que fossem suficientes para fazer o fechamento do diagnóstico de *delirium*.

No entanto para que fosse possível desenvolver esta pesquisa utilizamos como base os estudos retrospectivos. Assim, Polit (2004) define que os estudos retrospectivos são investigações *exposto facto* nas quais um fenômeno observado no presente é vinculado ao fenômeno ocorrido no passado. A mesma autora diz que *exposto facto*, é destinado a esclarecer os relacionamentos causais.

No estudo retrospectivo, o investigador concentra-se em um resultado que ocorre na atualidade e depois tenta estabelecer os fatores antecedentes que tenham sido a sua causa (POLIT, 2004). Este tipo de estudo se enquadra perfeitamente para a pesquisa, visto que para o diagnóstico de *delirium* as relações causais são comumente observadas.

Para compor o sequencial metodológico da pesquisa soma-se o estudo transversal, também denominado “seccional” ou de “corte- transversal”. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT, 2004).

Pode-se elucidar este tipo de estudo, de acordo com a concepção de Medronho (2008), que afirma:

Nos estudos seccionais, todas as observações são feitas em cada indivíduo em uma única oportunidade, sejam aquelas relacionadas com as supostas causas, ou exposições, ou com a consequência, que pode ser uma doença.

Associa-se a importância desse tipo de estudo para a seleção da pesquisa, pois é definido o objeto de estudo (público alvo) com a descrição do fenômeno e suas relações. Haddad (2004) diz que para o planejamento de um estudo transversal é necessária uma definição precisa e concisa do objetivo do estudo.

Vale ressaltar que para compor a produção de dados foi construído um instrumento que norteou a coleta em prontuários. Este instrumento foi composto por critérios previamente selecionados que integram a escala do CAM-ICU e algumas variáveis que vão ao encontro de fatores que possibilitem a identificação do diagnóstico de *delirium*, tais como: Sexo, idade, doença de base, medicações e detalhar a sedação especificando qual droga, tempo de uso, período e dose. 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. O critério de exclusão da pesquisa foram os pacientes com idade inferior a 18 anos. Haddad (2004) explicita que somente deverão ser coletados os dados que satisfaçam aos objetivos principais da investigação.

Para o preenchimento das variáveis supracitadas, tivemos possibilidades flexíveis para escolha, não ficando somente presa a uma característica. O que nos garante uma melhor associação dos dados para serem analisados posteriormente.

A amostragem foi não probabilística do tipo intencional, visto que os prontuários dos pacientes foram selecionados de acordo com os critérios de exclusão no período delimitado.

3.2 COLETA DE DADOS

É importante pontuar que a coleta de dados só iniciou após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), estando em consonância com a Resolução Nº 196/ 96, que versa sobre a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob parecer consubstanciado nº 28590 em 30/05/2012. Seguindo em anexo a autorização da instituição onde foi realizada a coleta de dados, visto que a mesma não possui um comitê de ética interno. Também apresentamos em anexo a justificativa de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), considerando ser uma investigação a ser desenvolvida a partir de prontuários.

A realização da coleta de dados foi feita pela autora sem ajuda de colaboradores, pensando em minimizar possíveis falhas na pesquisa. O instrumento para coleta de dados é bastante simples, o que facilitou o seu preenchimento e reduziu riscos de causar interpretações dúbias. Para realização da coleta de dados nos arquivos da instituição foi efetuado um agendamento prévio com os responsáveis para evitar possíveis impedimentos para o andamento da pesquisa, bem como evitar transtornos para o serviço local. Respeitando o horário de disponibilidade de ambas as partes.

3.3 O CENÁRIO

O cenário de escolha para realizar a pesquisa, constituiu-se em uma Unidade de Terapia Intensiva geral do Estado do Rio de Janeiro, composta por 35 leitos que recebem pacientes adultos com diversas patologias clínicas e cirúrgicas, provenientes de outras instituições, assim como por transferência interna de outros setores. Ressaltando

que dentre esses 35 leitos, quatro são quartos privativos que se destinam para isolamento.

A equipe multiprofissional fixa é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e técnicos de enfermagem. Agregam o serviço quando solicitados os psicólogos e fonoaudiólogos.

Cabe destacar que a equipe do referido serviço não se utiliza de instrumento padronizado de avaliação de *delirium*, ficando livre a aplicação de critérios e protocolos, de acordo com o conhecimento do profissional que assiste o paciente. Quanto aos profissionais médicos e enfermeiros que trabalham neste setor, há de se considerar que nem todos possuem especialidade no setor de atuação. Em relação aos enfermeiros uma pequena parte são intensivistas, e na categoria médica há muita diversificação das especialidades.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Foi utilizada a frequência simples com organização de planilhas utilizando o programa Microsoft Excel versão 2010[®]. Sendo aplicado o recurso de cruzamento das variáveis através da tabela dinâmica.

Foi feito o cálculo de frequência de ocorrência, a partir do número total de casos em relação ao total de indivíduos em risco em determinado momento.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O perfil da amostra estudada é apresentado na tabela 01. Podemos constatar que, com relação à faixa etária houve predomínio de pacientes nas faixas de idades superiores a 58 anos (62%), sendo que, na faixa acima de 68 anos, acima, portanto da faixa apontada como de predisposição para o *delirium* (acima de 65 anos), a frequência na amostra estudada foi de 39%. Nesse sentido, sem considerar os demais fatores de predisposição ao desenvolvimento de *delirium*, há de se considerar que, pelo menos 39% desses pacientes estariam propensos a desenvolver o *delirium*.

González, Pablo e Valdés (2003) apontam que os pacientes mais vulneráveis de desenvolver o *delirium* através da avaliação do CAM- ICU são aqueles com idade acima de 65 anos, esboçando uma prevalência que pode flutuar entre 10 e 30%. Essa mesma prevalência é observada também nos estudos de Cole (2004) e Britton e Russell (2004).

Se considerarmos que além da idade avançada, outros achados poderão se constituir em fatores de predisposição, segundo o CAM- ICU, como, por exemplo, o sexo e as doenças de base, podemos constatar, ainda na tabela 1, o quanto nossa amostra se caracteriza como uma amostra de pacientes com predisposição ao *delirium*. Com relação ao sexo, houve predomínio do sexo masculino (52%).

Silva, Silva e Marques (2011), em estudo que analisou os registros produzidos pela equipe de enfermagem a fim de descrever a percepção desses, sobre os sinais e sintomas de *delirium* e correlacionar com a possibilidade de ocorrência de subdiagnóstico, teve em sua amostra um percentual de pacientes do sexo masculino, bem próximo de nosso estudo (52,3%). Muito embora os autores tenham apontado o sexo masculino como o mais vulnerável, assim como aponta CAM- ICU, seus

resultados de estudo não apontam o percentual de pacientes desse sexo entre os 4,5% de pacientes com diagnóstico de *delirium*, em uma amostra de 111 pacientes estudados.

Fazendo o cruzamento do sexo e idade, considerando-se apenas os pacientes do sexo masculino e a faixa etária acima dos 59 anos, constatamos na tabela 2 que a maior concentração da amostra de pacientes desse sexo, está na faixa etária acima de 69 anos (63,2%), enquanto que nas mulheres temos uma aproximação desses resultados representados por 62,5%.

Nos resultados apresentados no estudo de Silva, Silva e Marques (2011), observou-se que cerca de metade (56,8%) tinha idade compreendida entre 65 e 84 anos, e 52,3% eram do sexo masculino.

Pode-se inferir que, pelo menos 63% dos pacientes do sexo masculino apresentam predisposição para o desenvolvimento de *delirium*, considerando estarem com idade acima dos 69 anos. Há de se considerar que é possível que esse percentual esteja subestimado, tendo em vista que no intervalo de idade entre 59 e 68 anos, onde se encontram pelo menos 36,8% dos pacientes do sexo masculino, é provável que tenhamos pacientes com idade acima dos 65 anos.

Tabela 01 - Características dos pacientes que compuseram a amostra do estudo segundo o sexo, a faixa etária e as principais doenças de base apresentadas. LUNA e SILVA, 2013.

Características	Grupo total n = 128
Sexo	
Feminino	62 (48%)
Masculino	66 (52%)
Idade	
18-28 anos	4 (3%)
29-38 anos	7 (5%)
39-48 anos	13 (10%)
49 – 58 anos	26 (20%)

59 – 68 anos	29 (23%)
69 – 78 anos	25 (20%)
79 ou mais	24 (19%)
Principais doenças de base	
HAS	52 (41%)
Metabólico	77 (60%)
Neurológico	25 (20%)
HIV	4 (3%)
Outras	2 (2%)

Tabela 2 - Distribuição da amostra de pacientes por sexo, segundo a faixa etária acima dos 59 anos. LUNA e SILVA, 2013.

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino
	n = 38	n = 40
59-68	14 (36,8%)	15 (37,5%)
69-78	10 (26,4%)	15 (37,5%)
Mais 79	14 (36,8%)	10 (25%)

No que concerne às doenças de base apontadas pela literatura, em particular, pelo CAM- ICU, como de predisposição ao *delirium*, e considerando somente o sexo mais vulnerável (masculino), constatamos, na tabela 3, o predomínio de pacientes com distúrbios metabólicos (56%), seguido de pacientes com hipertensão arterial sistêmica - HAS (39,3%). Tendo em vista o fato do sexo feminino não ser apontado na literatura como predisposição ou precipitante do *delirium*, sobretudo, no CAM-ICU, o mesmo obteve resultados superiores para distúrbios metabólicos (64,5%) e de HAS (41,9%), respectivamente.

Dubois e colaboradores (2001) identificaram a hipertensão como fator de risco do *delirium* entre 216 pacientes gerais de UTI, em um estudo desenvolvido.

O elevado percentual de pacientes com distúrbios metabólicos observados na amostra pode ser explicado pelo próprio perfil de pacientes admitidos na unidade onde se deu o estudo, caracterizado basicamente por pacientes com Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica - SRIS e SEPSE. Chama a atenção o percentual pouco

significativo de pacientes com distúrbios neurológicos (21,2%) para o sexo masculino, e menor ainda para o sexo feminino (17,7%), diante das eventuais complicações da HAS e metabólicas, não raramente, relacionadas aos comprometimentos encefálicos.

Tabela 3 - Distribuição das doenças de base entre os sexos. LUNA e SILVA, 2013.

Doença de base	Sexo masculino n = 66	Sexo feminino n = 62
HAS	26 (39,3%)*	26 (41,9%)*
Distúrbios metabólicos	37 (56%)*	40 (64,5%)*
Distúrbios neurológicos	14 (21,2%)*	11 (17,7%)*
HIV	4 (6%)*	-
Outras	2 (3%)*	-

* Os percentuais relativos às comorbidades nessa tabela se explicam em função do fato de um único paciente poder ter apresentado mais de uma comorbidade.

Ao analisarmos o número de pacientes com distúrbios metabólicos, que apresentavam duas ou mais doenças de base, foi possível constatar, na tabela 4, que a hipertensão arterial foi a doença de base mais comum entre os pacientes do sexo masculino (48,6%), ou seja, quase metade da amostra, seguido dos distúrbios neurológicos (24,3%). Enquanto que nas mulheres resultaram porcentagens inferiores com a HAS (40%) seguidamente dos distúrbios neurológicos (15%).

Aldemir e colaboradores (2001) descrevem que entre outros fatores associados ao *delirium* na UTI, contam-se a idade avançada, insuficiência cognitiva inicial, doenças metabólicas (tais como desequilíbrios dos níveis de sódio, cálcio e azoto ureico sanguíneo), infecção aguda, doenças respiratórias, acidose, anemia e hipotensão. Reforçam esta mesma ideia McNicoll e colaboradores (2003) e Pandharipande e colaboradores (2006).

Os resultados supracitados reforçam que a pluralidade das doenças de base interfere diretamente no desenvolvimento do *delirium*, assim como aponta os resultados

expostos na tabela 4 do presente estudo, identificados através dos distúrbios metabólicos nos diferentes sexos. Há uma divergência importante em relação ao estudo de Aldemir e colaboradores que associam a hipotensão como um fator ao desenvolvimento do *delirium*. Visto que quase metade dos pacientes do sexo masculino com distúrbios metabólicos (48,6%), agregava a HAS em suas doenças de base, bem próximo também dos resultados constatados no sexo feminino (40%), tornando-se mais susceptíveis a síndrome cognitiva.

O *delirium* aglutina os diversos fatores de risco e agravos susceptíveis ao paciente no decorrer da internação hospitalar. Por ser uma síndrome clínica de origem multifatorial, a ocorrência do *delirium* não se deve apenas à presença de fatores predisponentes e/ou precipitantes isoladamente. Ela é decorrente, portanto, da complexa interação entre estes dois fatores em um paciente, tornando-o susceptível ao surgimento dos quadros de *delirium* (SANTOS, 2008).

Tabela 4- Distribuição dos pacientes do sexo masculino e feminino com distúrbios metabólicos e as principais doenças de base associadas. LUNA e SILVA, 2013.

Doenças de base associadas	Sexo masculino com distúrbio metabólico n = 37	Sexo feminino com distúrbio metabólico n = 40
HAS	18 (48,6%)*	16 (40%)*
Distúrbios neurológicos	9 (24,3%)*	6 (15%)*
HIV	1 (2,7%)*	-
Outras	1 (2,7%)*	-

* Os percentuais relativos às comorbidades nessa tabela se explicam em função do fato de um único paciente poder ter apresentado mais de uma comorbidade.

Após análise dos registros de médicos e enfermeiros, identificamos que apenas 02 pacientes (1,56%), a partir da avaliação clínica, tiveram o diagnóstico fechado para o *delirium*, o que parece bastante preocupante se tratando de uma amostra que após

análise, foram evidenciadas diferentes situações que poderia torná-la suscetível ao *delirium*, no que se refere aos fatores precipitantes e predisponentes, em particular, o sexo e a idade. Visto que os 2 pacientes com diagnóstico de *delirium*, embora não fizeram uso de sedativos no período de internação, eram portadores de múltiplas doenças de base, tiveram oscilação do seu estado psicomotor e de nível de consciência, assim como, foram tratados com múltiplas medicações.

Causa estranheza e ao mesmo tempo nos chama a atenção, o fato de somente 02 pacientes terem tido o diagnóstico de *delirium*, o que pode nos fazer pensar na possibilidade de subdiagnóstico, o que poderia se constituir em risco para o paciente nessa situação, haja vista a possibilidade de ocorrência de complicações, inclusive, fatais, diante da possibilidade do não diagnóstico de *delirium*.

Como já descrito anteriormente, Silva, Silva e Marques (2011) também obtiveram em seus resultados taxas muito baixas para o fenômeno, diagnosticado em apenas 4,5% dos pacientes, em uma amostra envolvendo 111 sujeitos.

Sobre o *delirium*, Santos (2008) afirma que apesar de sua importância, frequentemente não é diagnosticado. Estima-se que em 36% a 67% dos casos de *delirium* o diagnóstico não é realizado, sendo usualmente confundido com outras síndromes, tais como demência, depressão, ou mesmo como parte do processo de envelhecimento.

A tabela 5 traz a prevalência do *delirium* somente no sexo masculino comparadas com a idade e as principais doenças de base, visto que não houve diagnóstico entre pacientes do sexo feminino. A prevalência do diagnóstico de fato estabelecido apareceu somente no sexo masculino, o que confere com os fatores predisponentes para a síndrome neurológica descrita na literatura.

Em relação à prevalência por idade, identificamos um caso no intervalo de 49 a 58 anos, o que é pouco descrito nas literaturas, e um caso nos pacientes de 59 a 68 anos, o que vai ao encontro das referências predispondo pacientes com idade acima de 65 anos. Vale ressaltar que nossa amostra possui um intervalo de 59 até 65 anos.

Estudo desenvolvido com quatrocentos pacientes, com mais de setenta anos de idade, das enfermarias de medicina interna de um hospital da Suécia, apontaram que o *delirium* estava presente em 31% da amostra (EDLUND et al, 2006). Os autores acrescentam que é na população idosa hospitalizada que são observadas as maiores taxas de ocorrência de *delirium*, dada à perda da capacidade de preservar a homeostase cerebral observada neste grupo.

As múltiplas doenças de base também foram frequentes nos casos diagnosticados, o que também vem sendo descritas como causa do aparecimento do *delirium* nos estudos desenvolvidos. Muito embora vários autores digam que muito é conhecido sobre a epidemiologia do *delirium*, incluindo fatores predisponentes tais como preexistência de demência, idade avançada e precipitantes comuns, tais como infecção, drogas e evento cirúrgico de grande porte (LEVKOFF e cols., 1992; INOUE e cols., 1993; SANTOS, VELASCO, JUNIOR, 2004). Em contrapartida, muito pouco é conhecido sobre os mecanismos neuropatológicos que levam ao desenvolvimento do *delirium*.

Tabela 5 - Prevalência do *delirium* no sexo masculino, idade e principais doenças de base. LUNA e SILVA, 2013.

Características	Prevalência do delirium n = 2
<i>Sexo masculino</i>	2 (100%)
18- 28 anos	-
39- 48 anos	1 (50%)
49- 58 anos	-
59- 68 anos	1 (50%)
69- 78 anos	-

79 ou mais	-
HAS	2 (100%)*
Metabólico	2 (100%)*
Neurológico	1 (50%)*
HIV	-
Outras	-

* Os percentuais relativos às comorbidades nessa tabela se explicam em função do fato de um único paciente poder ter apresentado mais de uma comorbidade.

Muito embora os mecanismos neuropatológicos que levam ao desenvolvimento do *delirium*, ainda sejam desconhecidos, o uso de medicamentos e sedativos tem sido frequente nos resultados de alguns estudos como preditivos para o aparecimento do agravo.

Os medicamentos sedativos e analgésicos são administrados a pacientes sob ventilação mecânica, para reduzir a dor e a ansiedade, conforme recomendado pela Sociedade de Medicina Intensiva (JACOBI et al 2002). Contudo, estes medicamentos não estão isentos de efeitos adversos.

Fazendo uma leitura na tabela 6, que distribui os pacientes que utilizaram sedativos em relação aos sexos, idade e que tinham critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico de *delirium*, podemos identificar que pouco mais da metade dos homens fizeram uso de sedativo (51,7%) e destes, com maior frequência, representados por (23,9%) nos intervalos de idades de 49 a 58 anos e (21,7%) nos intervalos de idades de 59 a 68 anos. Relembrando que foram justamente esses dois períodos de faixas etárias que tiveram a prevalência do *delirium*, representados por dois casos.

No sexo feminino, observamos resultados igualmente caracterizados por 20,9% nas mesmas faixas etárias do sexo masculino, diferenciando no intervalo de idades de 69 a 78 anos que obteve resultados superiores de 32,6% que utilizaram sedativos. Igualmente ocorrido no sexo masculino, as mulheres apresentaram as mesmas

proporções de terem utilizados sedativos e de terem critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico (48,3%).

Vários estudos demonstraram uma associação entre o *delirium* e a exposição à medicação sedativa e analgésica. Num contexto misto de UTI médico-cirúrgica, Dubois e colaboradores (2001) determinaram que a morfina era o mais sólido preditor de *delirium* num modelo multivariado. Oimet e colaboradores (2003) observaram que a medicação sedativa e analgésica usada para induzir o coma estava associada à *delirium* (*delirium* entre pacientes com coma induzido por fármacos: razão de probabilidades [OR] = 3,2, 95% de intervalo de confiança [IC] = 1,5 a 6,8). E por fim Marcantonio e colaboradores (1994) referiram que os pacientes tratados com benzodiazepínicos eram mais propensos a *delirium* no pós-operatório que os pacientes não tratados com benzodiazepínicos (OR = 2,7, 95% IC= 1,3 a 5,5).

É importante ressaltar que no cenário que foram coletados os dados, os pacientes costumam ser mantidos com esses sedativos em infusões contínuas e por tempo prolongado. A sedação contínua por via intravenosa, por exemplo, está associada à ventilação mecânica prolongada, comparativamente à sedação por bólus intermitente (KOLEFF et al, 1998). O que de fato confere com o perfil dos pacientes que internam neste setor.

Ainda não se tem, no cenário pesquisado, um protocolo claro e definido de suspensão diária da sedação para melhor avaliação do estado neurológico do paciente, podendo até ocorrer, mas ficando a critério do profissional que esteja assistindo os pacientes. Os sedativos utilizados na amostra foram representados pelo Midazolam e Propofol, atuando como sedativos- hipnóticos, com tempo médio de uso de 6,5 dias num período médio de internação de 11,7 dias.

Pandharipande et al (2008) num estudo sobre traumatismo em pacientes de UTI cirúrgicas mostrou que o midazolam aumenta a possibilidade de transição para o *delirium*.

O uso de sedativos foi observado em todos os pacientes da amostra que apresentavam critérios clínicos para o diagnóstico de *delirium*, muito embora, o *delirium* não tivesse sido diagnosticado em nenhum deles.

Tivemos nesse estudo a frequência de ocorrência de 2,24%, a partir do número total de casos em relação ao total de indivíduos em risco em determinado momento. Embora esse resultado seja próximo aos encontrados nas literaturas, muito nos preocupa em relação ao quantitativo de pacientes que havia critérios clínicos para o estabelecimento do diagnóstico do *delirium* (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes do sexo masculino e feminino que utilizaram sedativos em relação à idade e que tinham critérios clínicos para estabelecimento do diagnóstico de *delirium*. LUNA e SILVA, 2013.

Características	Uso de Sedativo n = 89
Sexo masculino	46 (51,7%)
18- 28 anos	2 (4,3%)
29- 38 anos	1 (2,2%)
39- 48 anos	6 (13,1%)
49- 58 anos	11 (23,9%)
59- 68 anos	10 (21,7%)
69- 78 anos	6 (13,1%)
79 ou mais	10 (21,7%)
Critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico	46 (51,7%)
Sexo feminino	43 (48,3%)
18- 28 anos	1 (2,3%)
29- 38 anos	1 (2,3%)
39- 48 anos	2 (4,7%)
49- 58 anos	9 (20,9%)
59- 68 anos	9 (20,9%)
69- 78 anos	14 (32,6%)
79 ou mais	7 (16,3%)
Critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico	43 (48,3%)

Critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico foram a idade igual ou superior a 65 anos, as múltiplas doenças de base, a utilização de sedativos, a oscilação do nível de consciência e/ou do estado psíquico.

Se observarmos os resultados do sexo feminino, esses se assemelham ao do sexo masculino e até se sobrepõe a eles. Dado interessante para atentarmos que talvez o maior subdiagnóstico esteja com os pacientes do sexo feminino, já que a literatura não o coloca como fator predisponente para o *delirium*.

As duas próximas tabelas que serão apresentadas e discutidas (tabela 7 e 8) tiveram a construção de suas categorias literalmente extraídas dos prontuários estudados através dos registros de médicos e enfermeiros.

Na tabela 7 são quantificados, exatamente os critérios clínicos encontrados entre os pacientes do sexo masculino que faziam uso de sedativos e que não tiveram o diagnóstico de *delirium*, representados através de 46 pacientes (51,7%).

Visualizamos que as múltiplas doenças de base foram representativas de forma crescente nas faixas etárias de 49 a 58 anos, 39 a 48 e acima dos 79 anos, com porcentagens de 30,4% e 26,1% nas duas últimas respectivamente.

No estudo de Silva, Silva e Marques (2011) em que 111 pacientes participaram da amostra, foi descrito nos resultados que os três maiores grupos são as patologias do aparelho circulatório (26,1%), do trato respiratório (22,5%) e as neoplasias (10,8%), porém não fazem imersão as faixas etárias mais suscetíveis.

Muito embora seja habitual o paciente de terapia intensiva estar recebendo múltiplas medicações devido a sua complexidade e gravidade que se estabeleceu no seu processo patológico, identificamos nas faixas etárias mais avançadas um percentual da poliquimioterapia mais elevado, permeando o mesmo grupo de idades das comorbidades já referidas. O que vem a corroborar o desenvolvimento do *delirium*,

visto que redução prévia da cognição, doença crítica, administração de certos medicamentos e idade avançada também são fatores de risco (DUBOIS et al, 2001; ELY et al, 2001; FRANCIS, et al, 1990).

Golinger e colaboradores (1987) e Karisson (1999) afirmam que os fármacos associados com *delirium* são principalmente aqueles com atividade anticolinérgica como antidepressivos tricíclicos e anti-histamínicos que fazem parte do grupo de medicamentos de alto risco. Outro grupo de fármacos que inclui os benzodiazepínicos, inibidores dos receptores H2, digitálicos, furosemida, glicocorticoides, opióides e anti-inflamatórios são menos frequentemente associados a reações de *delirium* e constituem um grupo de médio risco (KARISSON, 1999).

No que se refere ao estado psicomotor há de se atentar para uma questão importante. Em maior regularidade é referido nos registros de médicos e enfermeiros analisados um nível de consciência calmo com poucas alterações deste estado. No entanto, percebemos que nas faixas etárias de 49 a 58 anos e acima de 79 anos dois casos (4,3%) para cada faixa etária, mantiveram-se agitados em algum período da internação. Assim como, a oscilação deste quadro ilustrada na tabela 7 através dos intervalos de idades de 39 a 48 anos (2,2%), 59 a 68 anos (4,3%) e acima dos 79 anos (2,2%).

Quanto ao nível de consciência há maiores relatos no que concerne a ausência de interação com o examinador e o meio, principalmente notados nos pacientes com idade acima dos 49 até os 78 anos. Diferentemente a isto, em relação à oscilação deste estado houve predomínio nos pacientes com idade acima dos 79 anos representados por 5 idosos obtendo uma representatividade de 10,8% dos casos.

Recentemente, o impacto da sedação profunda na morbidade e na mortalidade passou a ser discutido e desencadeou propostas de sedação que priorizem o conforto do

paciente sem impedi-los de manter contato e poder expressar suas necessidades à equipe multidisciplinar da UTI (NETO, 2009).

Tabela 7 - Critérios clínicos encontrados entre os homens que faziam uso de sedativos e não tiveram o diagnóstico de *delirium* estabelecido (n= 46). LUNA e SILVA, 2013.

Idade Critérios clínicos	18-28	29-38	39-48	49-58	59-68	69-78	79 >
Doenças de base	1 (2,17%)*	1 (2,17%)*	12 (26,1%)*	14 (30,4%)*	8 (17,4%)*	5 (10,9%)*	12 (26,1%)*
Poliquimioterapia (3 ou mais)	2 (4,4%)	1 (2,2%)	6 (13%)	11 (24%)	10 (21,7%)	6 (13%)	10 (21,7%)
Contenção no leito	-	-	-	-	-	-	1 (2,2%)
Calmo	2 (4,3%)	1 (2,2%)	5 (10,9%)	9 (19,6%)	8 (17,4%)	6 (13,1%)	7 (15,2%)
Agitado	-	-	-	2 (4,3%)	-	-	2 (4,3%)
Agressivo	-	-	-	-	-	-	-
Oscilou	-	-	1 (2,2%)	-	2 (4,3%)	-	1 (2,2%)
Orientado	-	1 (2,2%)	2 (4,3%)	-	2 (4,3%)	1 (2,2%)	3 (6,5%)
Desorientado	-	-	-	-	-	-	-
Sem interação	1 (2,2%)	-	3 (6,5%)	5 (10,8%)	5 (10,8%)	4 (8,8%)	1 (2,2%)
Não informado	1 (2,2%)	-	1 (2,2%)	4 (8,8%)	3 (6,5%)	-	1 (2,2%)
Oscilou	-	-	-	2 (4,3%)	-	1 (2,2%)	5 (10,8%)

* Os percentuais relativos às comorbidades nessa tabela se explicam em função do fato de um único paciente poder ter apresentado mais de uma comorbidade.

Muito nos preocupa quando avaliamos com maior rigor os percentuais do estado da consciência dos pacientes que não apresentaram interação com o meio e/ou examinador. Pressupomos que os pacientes pudessem estar extremamente sedados ou até mesmo no desenvolvimento do *delirium* hipoativo. Principalmente, se imaginarmos que estes mesmos pacientes que se mantiveram sem interação, são os mesmos ou uma parcela significativa dos que se apresentaram calmos na avaliação do estado psicomotor.

Tropea e colaboradores (2008) comentam que apesar do *delirium* ter grande importância, a evidência demonstra que permanece subdiagnosticada em porcentagens entre 25 e 75%, chegando aos 100% no seu tipo hipoativo. A natureza flutuante das manifestações, associada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre as suas características, o baixo uso de ferramentas de avaliação para sua monitorização, e o não registro do fenômeno pela equipe de saúde são outras razões que fundamentam o subdiagnóstico (MICHAUD et al, 2007; NEELON et al, 1996).

Um levantamento epidemiológico realizado em 2001- 2002, com 912 profissionais de cuidados críticos norte-americanos, trouxe preocupação quanto à prática clínica dos intensivistas nesta área, pois, apenas 6,4% tinham hábito de monitorar diariamente seus pacientes para *delirium* (ELY e cols, 2004).

Na tabela 8, podemos visualizar os resultados dos critérios clínicos encontrados entre as mulheres que faziam uso de sedativos e que não tiveram o diagnóstico de *delirium* estabelecido. Onde ressalta o aparecimento de doenças de base e utilização da poliquimioterapia nas faixas etárias mais elevadas apontadas acima dos 49 anos.

Em relação à avaliação psicomotora se aproximou ao constatado no sexo masculino, com uma porcentagem maior nas faixas de idade mais elevadas quando encontrados nos registros de médicos e enfermeiros um estado calmo desses pacientes. Assim como podemos sustentar o mesmo pressuposto em relação à ausência de

interação com o meio e/ou examinador como discutido anteriormente no sexo masculino, nos remetendo a uma sedação excessiva ou um estado hipoativo de *delirium*.

Quanto à oscilação do nível de consciência se mostrou mais disperso entre as faixas etárias, porém com valores absolutos muito próximos ao encontrado nos homens.

Tabela 8 - Critérios clínicos encontrados entre as mulheres que faziam uso de sedativos e não tiveram o diagnóstico de *delirium* estabelecido (n= 43). LUNA e SILVA, 2013.

Idade Critérios clínicos	18-28	29-38	39-48	49-58	59-68	69-78	79 >
Doenças de base	1 (2,32%)*	1 (2,32%)*	5 (11,6%)*	10 (23,2%)*	13 (30,2%)*	14 (32,6%)*	9 (21%)*
Poliquimioterapia (3 ou mais)	1 (2,4%)	1 (2,4%)	2 (4,9%)	8 (19,5%)	9 (22%)	13 (31,7%)	7 (17,1%)
Contenção no leito	-	-	-	-	-	-	-
Calmo	1 (2,3%)	1 (2,3%)	2 (4,7%)	8 (18,6%)	8 (18,6%)	12 (27,9%)	7 (16,3%)
Agitado	-	-	-	-	-	-	-
Agressivo	-	-	-	-	-	-	-
Oscilou	-	-	-	1 (2,3%)	1 (2,3%)	2 (4,7%)	-
Orientado	-	-	-	4 (9,4%)	1 (2,3%)	3 (7%)	1 (2,3%)
Desorientado	-	-	-	1 (2,3%)	1 (2,3%)	3 (7%)	-
Sem interação	-	1 (2,3%)	1 (2,3%)	-	4 (9,4%)	6 (14%)	4 (9,4%)
Não informado	-	-	-	3 (7%)	1 (2,3%)	2 (4,6%)	1 (2,3%)
Oscilou	1 (2,3%)	-	1 (2,3%)	1 (2,3%)	2 (4,6%)	-	1 (2,3%)

De tal forma, muito nos inquieta na amostra estudada o elevado percentual de pacientes do sexo masculino e feminino que se encontravam sedados, e o quão vulneráveis ao aparecimento do *delirium* em virtude dos achados clínicos mais reportados através dos registros de enfermeiros e médicos. Principalmente, no que permeia ao quantitativo elevado de múltiplas comorbidades, a utilização de diversos medicamentos, alterações no estado psicomotor e do nível de consciência através da avaliação desses profissionais.

Silva, Silva e Marques (2011) obtiveram na documentação do fenômeno, resultante da análise dos registros hospitalares, um total de 504 descritores que podem ser relacionados com *delirium*, especialmente nos registros efetuados por enfermeiros. Dos mais significativos, 31,9% são referentes ao *status* neurológico, 21,7% ao processo corporal, 18,2% ao processo psicológico, 17,5% ao comportamento e 10,7% a alterações noutros níveis. Com base nessa concepção, o fenômeno foi documentado em 86,5% dos casos, sendo de 13,5% o subdiagnóstico da documentação do fenômeno. Em relação ao subdiagnóstico do agravo, propriamente dito, não há relato.

Pensando-se nos pacientes que fizeram uso de sedativos e havia critérios clínicos para diagnosticar o agravo cognitivo, a amostra desse estudo compreende um risco para o subdiagnóstico de *delirium* para o sexo masculino referente a 35,9%, enquanto que para as pacientes do sexo feminino um resultado de 33,6%. O *delirium* é frequentemente observado em pacientes internados em UTI e sua ocorrência relaciona-se com o aumento da morbimortalidade, do período de internação, declínio funcional e custos elevados (RIKER et al, 2009). O que se torna bastante preocupante, principalmente, quando não se identifica o distúrbio e não se tem um correto manejo.

Chamou a atenção o fato de que, entre os 2 pacientes que tiveram o diagnóstico de *delirium*, não fizeram uso de sedativos. O que não nos parece ser muito comum,

muito embora esses pacientes estivessem outros fatores precipitantes e predisponentes que pudessem desenvolver o *delirium*.

Dentre todos os pacientes da amostra analisada 23,4% receberam alta da unidade e 76,6% foram a óbito, incluindo os 02 pacientes que tiveram diagnóstico de *delirium*. Sendo que deste total de óbitos, 37,8% foram de pacientes do sexo masculino e 38,8% foram de pacientes do sexo feminino que fizeram uso de sedativos no período de internação. Salluh (2011) afirma que a sedação excessiva é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do *delirium*/disfunção cerebral aguda e dentre os fármacos utilizados, os benzodiazepínicos são os mais frequentemente associados com esta condição. Outros estudos também mostram que não somente a ocorrência, mas a duração do *delirium* durante a hospitalização está relacionada com a maior mortalidade (SALLUH, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar registros de profissionais em prontuários se mostrou bastante complexo e desafiador, sobretudo no que diz respeito à busca de informações que trouxessem dados palpáveis e fidedignos das avaliações dos pacientes, assim como a qualidade do armazenamento e organização dos prontuários nos arquivos.

Esse desafio nos permitiu, entretanto, a identificação de pontos frágeis, principalmente no que se refere a segurança do paciente, que precisam ser urgentemente repensados, sobretudo no tocante a monitorização e seguimento de pacientes em uso de sedativos, expostos aos fatores que os tornam mais vulneráveis ao *delirium* e suas consequências.

Não obstante, temos a clareza de que não conseguimos nesse estudo atingirmos a totalidade de informações que nos permitisse compor um sólido relatório final capaz de orientar com a devida precisão tais fragilidades e suas respectivas soluções. Sem dúvida, em que pese à fragilidade do método no que tange a possibilidade de generalização dos resultados, acreditamos que a subjetividade dos registros dos profissionais tenha se constituído no nosso maior obstáculo na produção de dados mais concisos. Nessa perspectiva, temos a clareza de que os resultados desse estudo constituem-se, nada mais, do que uma experiência primeira que carece ainda, de muito aprofundamento.

Em relação aos objetivos propostos temos a clareza que foram se não plenamente alcançados, bem ampliados em termos de discussão e análise. Nesse sentido foi possível percebermos o quão vulneráveis estão os pacientes em uso de sedação contínua em terapia intensiva em relação ao *delirium* e o quanto o subdiagnóstico pode concorrer para o agravamento desse problema que tantas implicações trás para a prática de enfermagem.

Os resultados parecem sugerir de fato o quanto é comum o subdiagnóstico do *delirium* entre os pacientes em uso de sedativos na terapia intensiva, reforçados, sobretudo pelo perfil e pelas condições e/ou manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes que constituíram a amostra estudada, compatíveis com o que aponta a literatura, como potenciais para a predisposição do *delirium*, consequentes, não raramente, da conduta terapêutica adotada pela equipe e as respostas, quase sempre inesperadas, apresentadas pelos pacientes.

De uma forma geral, os resultados encontrados nos dois sexos são muito próximos, podendo ocorrer algumas diferenciações, porém nada muito discrepante uma da outra. Isso muito nos intriga, uma vez que diverge das literaturas que estudam o *delirium*.

Portanto, os resultados dessa pesquisa nos obrigam e nos conduzem a uma autorreflexão onde, o cenário da prática assistencial da alta complexidade, portanto, da terapia intensiva, passa a exigir um novo olhar para o paciente confuso em suas palavras, o desvelo aos idosos sem preconceitos, a apatia ou agitação do paciente diante da terapêutica instituída, assim como propiciar um ambiente mais acolhedor e humanizado que o insere. Acreditamos que essas atitudes vislumbram a promoção de uma detecção precoce do agravo que acomete o paciente no período de internação hospitalar com uma intervenção eficiente e adequada que se faz necessária.

Nessa perspectiva, considerando que para os teóricos, quase que de forma unânime, o *delirium* continua sendo mal compreendido, do ponto de vista fisiopatológico, sendo poucas as opções terapêuticas, seu diagnóstico se torna ato eminentemente clínico, baseando-se na observação cautelosa das manifestações psíquicas e comportamentais dos pacientes acometidos, além da análise dos fatores predisponentes e precipitantes, é que se faz necessário a divulgação desse estudo para os

profissionais atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva, principalmente, no local de cenário da pesquisa.

Assim, torna-se imprescindível que as escalas de avaliação que detectam o *delirium* à beira leito sejam manipuladas e aplicadas no cotidiano da avaliação dos pacientes que suscitam um diagnóstico coadjuvante no seu processo patológico, como nos pareceu ser, a partir desse estudo, aqueles que fazem uso de sedativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC – Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC – Resolução Nº 26, de maio de 2012.

ALDEMIR, M.; OZEN, S.; HARA, I.H.; SIR, A.; BAC, B.: **Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit.** Crit Care, v. 5, p. 265-270, 2001.

ASPDEN, P.; WOLCOOT, J.; BOOTMAN, J.L. et al., eds. **Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series. Committee on Identifying and Preventing Medications Errors.** National Academy Press, Washington, DC, 2007.

BRITTON, A.; RUSSELL, R. **Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment.** Cochrane Database of Systematic reviews 1, 2004.

COLE, M.G. **Delirium in elderly patients.** Am J Geriatr Psychiatry, v. 12, p.7-21, 2004.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência.** São Paulo: Atlas. 2ª edição, 1987.

DONCHIH, Y.; GOPHER, D.; OLIN, M., et al. **A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit.** Crit Care Med, v. 23, p. 294-300, 1995.

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.

EDLUND, A.; LUNDSTROM, M.; KARLSSON, S.; BRANNSTROM, B.; BUCHT, G.; GUSTAFSON, Y. **Delirium in older patients admitted to general internal medicine.** J Geriatr Psychiatry Neurol, v. 19, n. 2, p. 83-90, 2006.

ELY, W. **Melhor avaliação e uma melhor gestão da unidade de cuidados intensivos delírio leva a resultados melhores para a unidade de cuidados intensivos sobreviventes.** entrevista com um especialista. [junho, 2008]. Medscape Critical Care.

ELY, E.W.; INOUYE, S.K.; BERNARD, G.R. et al. **Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM- ICU).** JAMA, v. 286, p. 2703-2710, 2001.

ELY, E.W.; MARGOLIN, R.; FRANCIS, J.; MAY, L., TRUMAN, B.; DITTUS, R. et al. **Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion**

Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med, v. 29, n. 7, p. 1370-1379, 2001.

ELY, E.W.; STEPHENS, R.K.; JACKSON, J.C.; THOMASON, J.W.; TRUMAN, B.; GORDON, S. et al. **Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals.** Crit Care Med, v. 32, n. 1, p. 106-112, 2004.

FERNANDES, C.R.; GOMES, J.M.A.; MORAES, R.P.; MARINHO, D.S.; HOLANDA, M.A. et al. **Avaliação sistemática do delirium e da dor em pacientes criticamente enfermos.** Rev. Dor, v. 10, n. 2, p. 158-168, 2009.

FRANCIS, J.; MARTIN, D.; KAPPOR, W.N. **A prospective study of delirium in hospitalized elderly.** JAMA, v. 263, p. 1097-1101, 1990.

GIRARD, T.D.; PANDHARIPANDE, P.P; ELY, E.W. **O delirium na unidade de terapia intensiva.** Critical Care, v. 12 (Supl. 3), 2008.

GOLINGER, R.C.; PEET, T.; TUNE, L.E. **Association of levated plasma anticholinergic activity with delirium in surgical patient.** Am J Psychiatry, v. 144, p.1218-1220, 1987.

GOMES, Marcelo Vieira; CAMILLIS, Luiz Felipe; VIANNA, Arthur; NÁCUL, Flávio Eduardo. **Medicina Intensiva Cardiopulmonar.** Editora Revinter, Rio de Janeiro, 2002.

GONZÁLEZ, M.; DE PABLO, J.; VALDÉS, M. **Delirium: la confusión de los clínicos.** Rev Med Chile, v. 131, p. 1051-60, 2003..

HOLANDA, A.B. Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Editora positivo, 2010.

HOLLNAGEL, E. **Cognitive reliability and error analysis method.** Oxford: Elsevier, 1998.

HUSTEY, F.M.; MELDON S.W. **The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients.** Ann Emerg Med, v. 39, n. 3, p. 248-53, 2002.

INOUYE, S.K.; VAN DYCK, C.H.; ALESSI, C.A.; BALKIN, S.; SIEGAL, A.P.; HORWITZ, R.I. **Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium.** Ann Intern Med, v. 113, n. 12, p. 941-948, 1990. Comment in: Ann Intern Med, v. 114, n. 11, p. 991-992, 1991.

INOUYE, S.K.; VISCOLU, C.M.; HOROWITZ, R.I.; HURST, L.D.; TINETTI, M.E. **A predictive model for delirium in hospitalized elderly based on admission characteristics.** Ann Intern Med, v. 119, p. 474-478, 1993.

INOUYE, S.K. **Delirium in older persons.** Delirium and other mental status problems in the older patient. Chapter 26. In Goldman L., Ausiello D. Cecil Textbook of Medicine. WB Saunders: Philadelphia, 2004.

JACOBI, J.; FRASER, G.L.; COURSIGN, D.B.; RIKER, R.R.; FONTAINE, D.; WITTBRODT, E.T.; CHALFIN, D.B.; MASICA, M.F.; BJERKE, H.S.; COPLIN, W.M. et al.: **Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult.** Crit Care Med, v. 30, p. 119-141, 2002.

KANJANARAT, P.; WINTERSTEIN, A.G.; JOHNS, T.E. et al. **Nature of preventable adverse drug events in hospitals: a literature review.** Am J Health Syst Pharm, v. 60, p. 1750-1759, 2003.

KARISSON, I. **Drugs that induce delirium.** Dement Geriatr Cogn Disord, v. 10, p. 412-415, 1999.

KENNEDY, R.E.; NAKASE-YHOMPSON, R.; NICK, T.G.; SHERER, M. **Use of the cognitive test for delirium in patients with traumatic brain injury.** Psychosomatics, v. 44, n. 4, p. 283-9, 2003.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M.; eds. **To Err is Human: Building a Safer Health System.** Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, Washington, DC, 2000.

KOLLEF, M.H.; LEVY, N.T.; AHRENS, T.S.; SCHAIFF, R.; PRENTICE, D.; SHERMAN, G. **The use of continuous i.v. sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation.** Chest. 1998;114(2):541-8.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave.** 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LAURILA, J.V.; PITKALA, K.H.; STRANDBERG, T.E.; TILVIS, R.S. **The impact of different diagnostic criteria on prevalence rates for delirium.** Dement Geriatr Cogn Disord, v. 16, n. 3, p. 156-62, 2003.

LEVKOFF, S.E.; EVANS, E.A.; LIPTZIN, B.; et al. Delirium: **The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients.** Arch Intern Med, v. 152, p. 334-40, 1992.

MARCANTONIO, E.R.; JUAREZ, G.; GOLDMAN, L.; MANGIONE, C.M.; LUDWIG, L.E.; LIND, L.; KATZ, N.; COOK, E.F.; ORAV, E.J.; LEE, T.H. **The relationship of postoperative delirium with psychoactive medications.** JAMA, v. 272, p. 1518-1522, 1994.

MCNICOLL, L.; PISANI, M.A.; ZHANG, Y.; ELY, E.W.; SIEGEL, M.D.; INOUYE, S.K. **Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients.** J Am Geriatr Soc, v. 51, p. 591-598, 2003.

MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2008.

MICHAUD, L.; BULA, C.; BERNEY, A.; CAMUS, V.; VOELLINGER, R.; STIEFEL, F.; et al. **Delirium: guidelines for general hospitals.** L Psychosom Res, v. 62, n. 3, p. 371-83, 2007.

MILLER, Benjamin Frank. **Enciclopédia & Dicionário Médico para Enfermeiros & Outros Profissionais da Saúde.** Tradução de Paulo Marcos Agria de Oliveira, Silvia M. Spada. 6ª ed. São Paulo: Editora Roca, 2003.

MORTON, Patrícia Gonce; FONTAINE, Dorrie k.; HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barabara M. **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma abordagem holística.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.

NEELON, V.J.; CHAMPAGNE, M.T.; CARLSON, J.R.; FUNK, S.G. **The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing.** Nurs Res, v. 45, n. 6, p. 324-30, 1996.

NETO, A.C. **Sedação do paciente grave: Uma mudança de paradigma.** Segmento farma editors. Cód. Da publicação: 9472.06.09.

OIMET, S.; KAVANAGH, B.P.; GOTTFRIED, S.B.; SKROBIK, Y. **Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium.** Intensive Care Med, v. 33, p. 66-73, 2003.

PETERSON, J.F.; PUN, B.T.; DITTUS, R.S.; THOMASON, J.W.; JACKSON, J.C.; SHINTANI, A.K.; ELY, E.W. **Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients.** J Am Geriatr Soc, v. 54, n. 3, p. 479-84, 2006.

PANDHARIPANDE, P.; SHINTANI, A.; PETERSON, J.; PUN, B.T.; WILKINSON, G.R.; DITTUS, R.S.; BERNARD, G.R.; ELY, E.W. **Lorazepam is an independent risk factor transitioning to delirium in intensive care unit patients.** Anesthesiology, v. 104, p. 21-26, 2006.

PANDHARIPANDE, P.; PUN, B.T.; HERR, D.L.; MAZE, M.; GIRARD, T.D.; MILLER, R.R.; et al. **Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial.** JAMA, v. 298, n. 22, p. 2644-2653, 2007.

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, v. 65, n. 1, p. 34-41, 2008.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização/** Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck e Bernadete P. Hungler; trad. Ana Thorell. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REASON, J.T. **Managing the Risks of Organizational Accidents.** Aldershot, Hampshire, England: Ashgate, 1997.

REASON, J.T. **Understanding adverse events: the human factor.** In: Vincent C, editor. *Clinical risk management: enhancing patient safety.* 2 ed. London: BMJ Publications; 2001.

RIBAS, Simone Augusta. **Metodologia científica aplicada.** Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2004.

SALLUH, J. **Atuais práticas de sedação em cuidado intensivo e seu impacto sobre os desfechos clínicos.** Procedimentos de sedação em UTI: Onde estamos e para onde vamos? Hospira, 2011.

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.

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.

THOMAS, E.J.; PETERSEN, L.A. **Measuring errors and adverse events in health care.** *J Gen Intern Med*, v. 18, p. 61-67, 2003.

TROPEA, J.; SLEE, J; BRAND, C.A.; GRAY, L.; SNELL, T. **Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia.** *Austr J Ageing*, v. 27, n. 3, p. 150-156, 2008.

Trzepacz, P.T.; Baker, R.W.; Greenhouse, J. **A symptom rating scale for delirium.** *Psychiatry Res*, v. 23, n. 1, p. 89-97, 1987.

US National Patient Safety Foundation. **Agenda for research and development in patient safety.** 2000. Disponível em: <<http://www.npsf.org/download/researchagenda.pdf>>.

VINCENT, Charles. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos.** Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2009.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Tradução: Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

_____**INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. Segurança do paciente.** Disponível em: <<http://www.segurancadopaciente.com/index.php>> Acesso em: 28/03/2012.

_____**JOINT COMMISSION.** Disponível em: <<http://www.jointcommission.org/>> Acesso em: 28/03/2012.

_____CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente. **10 Passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br>> Acesso em: 04/05/2012.

_____CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 272/2002. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html> Acesso em 15/06/2011.

APÊNDICE I
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Paciente:

1. Sexo: feminino masculino

2. Idade: 18 a 28 anos 29 a 38 anos 39 a 48 anos
 49 a 58 anos 59 a 68 anos 69 a 78 anos
 79 anos ou mais

3. Doenças de base: Hipertensão arterial sistêmica Diabetes mellitus
 Distúrbios metabólicos Déficit neurológicos
 infecção por HIV Doença terminal

4. Medicações em uso:
Medicamento: _____ dose: _____
Medicamento: _____ dose: _____
Medicamento: _____ dose: _____
Medicamento: _____ dose: _____
Medicamento: _____ dose: _____

5. Sedação utilizada:
Sedativo: _____ tempo de uso: _____ dose: _____
Período: inferior a 12 horas superior a 12 horas

Sedativo: _____ tempo de uso: _____ dose: _____
Período: inferior a 12 horas superior a 12 horas

6. Nível de consciência: orientado desorientado sem interação
 não informado oscilou

7. Estado psicomotor: calmo agitado
 agressivo oscilou

8. Paciente encontra-se contido no leito: sim não

9. Existem critérios para o diagnóstico clínico do *Delirium*?
 sim não Quantos? _____

10. O diagnóstico foi estabelecido? sim não

11. Qual o destino do paciente? alta da unidade óbito

12. O *delirium* foi citado como a eventual causa da morte? sim não

13. Informações adicionais:

APÊNDICE II
AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA ACESSO AOS PRONTUÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

São Gonçalo, 02 de março de 2012.

À Direção Geral do Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT).

Eu, Aline Affonso Luna, enfermeira funcionária desta Instituição alocada no CTI 4, portadora do COREN 169416, ID: 43629008, venho solicitar autorização para ter acesso ao arquivo de prontuários do HEAT para que eu possa desenvolver minha pesquisa de dissertação de mestrado intitulada: "O SUBDIAGNÓSTICO DE *DELIRIUM* ASSOCIADO AO USO DE SEDATIVOS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE EM SEDAÇÃO CONTINUADA NA TERAPIA INTENSIVA".

Solicito o período de abril a julho de 2012 (04 meses), para que possa ser possível coletar os dados suficientes nos registros de prontuários.

Segue em anexo uma cópia do projeto para apreciação.

Desde já agradeço a compreensão.

Atenciosamente,

Aline Affonso Luna

DR. CHARBEL KHOURI DUARTE
Diretor Geral-HEAT
Mat. 931735-5

Autorização Direção Geral: _____
Em: 02/03/12

APÊNDICE III
JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Aline Affonso Luna na condição de pesquisadora do trabalho intitulado: “O subdiagnóstico de delirium associado ao uso de sedativos: Implicações para a enfermagem na promoção da segurança do doente em sedação continuada na terapia intensiva.”, declaro a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), respeitando a Resolução Normativa 01/97. Considerando ser uma investigação a ser desenvolvida a partir de prontuários de pacientes, que inclusive, já receberam alta hospitalar.

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2012.

Aline Affonso Luna

APÊNDICE IV

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

PROJETO DE PESQUISA

Título: O SUBDIAGNÓSTICO DE DELÍRIUM ASSOCIADO AO USO DE SEDATIVOS:
Área Temática: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE EM SEDAÇÃO CONTINUADA NA TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Aline Affonso Luna

Versão: 2

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

CAAE: 01135312.0.0000.5285

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 28590

Data da Relatoria: 30/05/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIRIO, tendo por elementos de análise os registros de enfermeiros e médicos em prontuários de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital da rede pública de acordo com a escala preditiva e avaliativa de Confusion Assesment Method for the Intensive Care Unit - CAM-ICU. Apresenta como metodologia um estudo retrospectivo transversal, delimitando o período de novembro de 2009 a novembro de 2010. O instrumento para o levantamento de dados nos prontuários é apresentado como tendo como elementos os critérios estabelecidos no CAM-ICU além de outras variáveis relacionados a fatores que oportunizam a identificação do diagnóstico de delirium. Destaca como tratamento dos dados a estatística simples.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a prevalência do delirium entre doentes em uso de sedativos em UTI; descrever os achados mais reportados pela equipe de saúde, sugestivos de delirium em doentes em uso de sedativos e hipnóticos, de acordo com o CAM-ICU em UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A investigação apresentada, pelo fato de ser desenvolvido a partir de registros em prontuários, não apresenta risco direto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática relevante no contexto da atuação do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva considerando envolver situações que fazem parte de suas atividades e responsabilidade profissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando ser uma investigação a ser desenvolvida a partir de prontuário de paciente não requer TCLE, tal qual especificado no documento que justifica este fato.

Recomendações:

Atentar para os aspectos éticos que envolvem acesso a informações registradas em prontuário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atende às diretrizes da Res. 196/96, apresentando justificativa de ausência de TCLE e autorização da Instituição para acesso aos prontuários como fonte de produção de dados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

RIO DE JANEIRO, 29 de Maio de 2012

Assinado por:

FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA

ANEXO I

METAS DA JOINT COMMISSION PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE (VERSÃO HOSPITALAR, 2007)

- Meta 1: Melhorar a acurácia na identificação do paciente.
- 1A: Usar pelo menos dois identificadores ao fornecer assistência, tratamento ou serviços.
- Meta 2: Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde.
- 2A: Para prescrições verbais ou por telefone ou para notificações telefônicas de resultados de exames críticos, verificar a prescrição completa ou o resultado do exame, fazendo a pessoa que recebe a informação registrar e repetir a informação completa ou o resultado do exame.
 - 2B: Padronizar a lista de abreviaturas, acrônimos, símbolos e aquelas designações que não são as comumente usadas pela organização.
 - 2C: Medir, acompanhar e, se apropriado, definir ações para melhorar a notificação e o tempo adequado para a recepção pelo assistente dos resultados de exames normais e críticos.
 - 2E: Implementar uma abordagem padronizada para as comunicações de passagem de plantão, incluindo uma oportunidade para fazer perguntas e responder a questionamentos.
- Meta 3: Melhorar a segurança no uso de medicamentos.
- 3B: Padronizar e limitar o número de concentrações de medicamentos usados na organização.
 - 3C: Identificar e, no mínimo, revisar anualmente uma lista de medicamentos parecidos e com nomes parecidos usados pela organização. Tomar medidas para prevenir erros envolvendo a troca desses medicamentos.
 - 3D: Rotular todos os medicamentos, os recipientes de medicamentos (p. ex., seringas, copinhos com medicamentos, bandejas), ou outras soluções dentro e fora de ambientes estéreis.
- Meta 7: Reduzir o risco de infecções associadas à assistência à saúde.
- 7A Cumprir com o manual atual do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sobre higiene das mãos.
 - 7B: Tratar como eventos- sentinela todos os casos identificados de morte não esperada ou de perda de função grave e permanente associada a infecção hospitalar.
- Meta 8: Reconciliar de forma completa e acurada os medicamentos usados na continuidade do cuidado.
- 8A Ter um processo definido para comparar os medicamentos em uso pelo paciente com aqueles prescritos para o paciente, enquanto sob os cuidados da organização.
 - 8B: Comunicar a lista completa de medicamentos para o próximo profissional responsável pelo cuidado quando um paciente é encaminhado ou transferido para outro local, serviço, profissional ou nível de cuidado, dentro ou fora da organização. A lista completa de medicamentos também é fornecida para o paciente quando da alta da unidade.
- Meta 9: Reduzir o risco de dano ao paciente resultante de quedas.
- 9B: Implementar um programa de redução de quedas incluindo uma avaliação dos resultados do programa.

- Meta 13: Encorajar o envolvimento do próprio paciente no seu cuidado como uma das estratégias de segurança do paciente.
- 13A Definir e comunicar as formas de pacientes e suas famílias notificarem preocupações sobre segurança, e encorajá-los a fazê-lo.
- Meta 15: Estimular a organização a identificar os riscos à segurança inerentes ao tipo de população atendida.
- 15A A organização identifica pacientes com risco de suicídio. (Aplicável para hospitais psiquiátricos e pacientes em tratamento para transtornos emocionais ou comportamentais em hospitais gerais).

Fonte: Watcher, 2010.

Reproduzidas com permissão de http://jointcommission.org/PatientSafety/National-PatientSafetyGoals/07_hap_cah_npsgs.htm

Os números faltantes significam metas retiradas (os números não foram redistribuídos).

ANEXO II
INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE
(PATIENT SAFETY INDICATORS – PSIs) – DA AGENCY FOR
HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ)

INDICADORES HOSPITALARES DE SEGURANÇA DO PACIENTE (20 INDICADORES)

- Complicações da anestesia (PSI 1)
- Morte em doenças ou situações clínicas de baixa mortalidade (PSI 2)
- Úlcera de decúbito (PSI 3)
- Falha de resgate (PSI 4)
- Corpo estranho deixado no corpo durante cirurgia (PSI 5)
- Pneumotórax iatrogênico (PSI 6)
- Infecções selecionadas devido a cuidados médicos (PSI 7)
- Fratura de quadril pós- operatória (PSI 8)
- Hemorragia ou hematoma pós- operatório (PSI 9)
- Alterações fisiológicas ou metabólicas no pós-operatório (PSI 10)
- Disfunção respiratória no pós- operatório (PSI 11)
- TVP ou embolia pulmonar no pós- operatório (PSI 12)
- Sepsis pós-operatória (PSI 13)
- Deiscência de sutura no pós- operatório de pacientes de cirurgia abdominal e pélvica (PSI 14)
- Punção acidental e laceração (PSI 15)
- Reação transfusional (PSI 16)
- Trauma de nascimento- dano ao neonato (PSI 17)
- Trauma obstétrico- em parto vaginal com instrumento (PSI 18)
- Trauma obstétrico- em parto vaginal sem instrumento (PSI 19)
- Trauma obstétrico- parto por cesariana (PSI 20)

Fonte: Watcher, 2010.

Reproduzidos com permissão de Patient Safety Indicators Overview. AHRQ Quality Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, February 2006. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_overview.htm