

Conhecimento do enfermeiro sobre *Delirium* em Unidades de Terapia Intensiva Adulto**Knowledge of the nurse about *Delirium* in Intensive Care Units**

DOI:10.34119/bjhrv2n4-038

Recebimento dos originais: 07/04/2019

Aceitação para publicação: 16/05/2019

Rafaela Alexandre de Souza

Enfermeira, graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 61 – 9º andar – Vila Buarque – CEP 01221-020 - São Paulo – SP, Brasil.
E-mail: rafinha9716@gmail.com

Luciana Soares Costa Santos

Doutora e Professora Instrutora do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 61 – 9º andar – Vila Buarque – CEP 01221-020 - São Paulo – SP, Brasil.
E-mail: Luciana.santos@femsantacasasp.edu.br

Acácia Maria Lima de Oliveira Devezas

Doutora e Professora Instrutora do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 61 – 9º andar – Vila Buarque – CEP 01221-020 - São Paulo – SP, Brasil.
Email: limoliver@hotmail.com

Rosimeire Angela Queiróz Soares

Doutora e Professora Instrutora do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/FMU
Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 61 – 9º andar – Vila Buarque – CEP 01221-020 - São Paulo – SP, Brasil.
Email:enfqueirozrose@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: O *Delirium* é um distúrbio de consciência e cognição, que tem como características a diminuição da atenção e alterações secundárias tais como percepção alterada, déficit de memória, orientação e raciocínio. Os fatores de risco incluem principalmente, a idade avançada, a privação de sono, imobilidade, desidratação e uso de sedativos. Sua detecção precoce pode agregar qualidade nas intervenções e resultados positivos nas práticas assistenciais. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento do enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva sobre *Delirium*. **Métodos:** Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com análise de discurso. A coleta de dados se deu em um hospital de ensino, da zona central do município de São Paulo, em quatro Unidades de Terapia Intensiva com 42 leitos, no período de 01 de

abril a 01 de maio de 2018. Utilizou-se um roteiro de questões estruturado sobre o conhecimento do enfermeiro sobre Delirium e uma ficha de caracterização sócio demográfica e profissional. Resultados: A amostra foi composta por dezenove enfermeiros. Diagnosticar o Delirium não é uma tarefa fácil, eventualmente pode ser confundido com outros tipos de alterações mentais como a demência e efeitos da sedação, por isso, são fundamentais o conhecimento prévio da história neurológica do doente. A percepção dos enfermeiros em relação ao Delirium apresenta lacunas que podem ser preenchidas com a atualização do conhecimento para a identificação precoce e no manejo do paciente com Delirium. Pode incluir como parte das melhorias no cuidado ao paciente crítico voltado a minimizar o quadro de Delirium ações que incluem os familiares, muito importante na prevenção, ajudando na reorientação e em outras terapias devido ao apoio emocional, organização do ambiente, controle de luz e orientação tempo-espacial aos pacientes, destacando-se a necessidade de implementação de medidas para aprimorar o cuidado prestado na UTI, minimizando as complicações decorrentes do quadro clínico do Delirium. Conclusões: O presente estudo conclui que além de ser uma condição de difícil diagnóstico, o Delirium apesar de sua relevância, permanece sub diagnosticado. Para isso deve ser monitorado pelo enfermeiro através da aplicação da escala CAM-ICU como parte da sua rotina de trabalho na UTI, reconhecendo precocemente os sinais e sintomas do Delirium.

Palavras chave: Enfermeiro, Unidades de Terapia Intensiva, conhecimento, delírium.

ABSTRACT

Introduction: Delirium is a disorder of consciousness and cognition, which has the characteristics of decreased attention and secondary changes such as altered perception, memory deficit, orientation and reasoning. Risk factors include, mainly, old age, sleep deprivation, immobility, dehydration, and use of sedatives. Its early detection can add quality to interventions and positive results in care practices. **Objective:** To evaluate the knowledge of the nurse of the Intensive Care Unit on Delirium. **Methods:** This is a descriptive field study with discourse analysis. Data collection took place in a teaching hospital, in the central area of the city of São Paulo, in four Intensive Care Units with 42 beds, from April 1 to May 1, 2018. A structured questions about the nurse's knowledge about Delirium and a socio-demographic and professional characterization form. **Results:** The sample consisted of nineteen nurses. Diagnosing Delirium is not an easy task, it can eventually be confused with other types of mental changes such as dementia and effects of sedation, so prior knowledge of the patient's neurological history is critical. The nurses' perception regarding Delirium presents gaps that can be filled with the update of the knowledge for the early identification and in the management of the patient with Delirium. It may include as part of the improvements in critical patient care aimed at minimizing Delirium's actions that include family members, very important in prevention, helping in reorientation and in other therapies due to emotional support, organization of the environment, light control and guidance time-to-space, highlighting the implementation of measures to improve the care provided at the ICU, minimizing the complications arising from the clinical picture of Delirium. **Conclusions:** The present study concludes that besides being a difficult diagnosis condition, Delirium, despite its relevance, remains under diagnosed. For this, it should be monitored by the nurse through the application of the CAM-ICU scale as part of his routine work in the ICU, recognizing early signs and symptoms of Delirium.

Keywords: Nurse, Intensive Care Units, knowledge, delirium.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar que provê assistência intensiva e contínua à pacientes em estado grave. Surgiu a partir da necessidade do aperfeiçoamento para o atendimento à pacientes graves, em estado crítico, contudo, recuperáveis, além da necessidade de observação, assistência médica e de enfermagem contínua ⁽¹⁾.

O termo *delirium* deriva do latim *deliro-delirare*, que significa estar fora do lugar. A palavra foi usada por Cornelius Celsus no século I d.C para descrever alterações mentais nos episódios de febre e traumatismo craniano. No entanto, seu significado já havia sido encontrado nos trabalhos de Hipócrates (500 a.C) que descrevia *Delirium* como alterações comportamentais, distúrbios do sono e déficits cognitivos de início agudo relacionados a febre ⁽²⁾. Atualmente é apontado como uma síndrome neuro-comportamental causada pelo comprometimento da atividade encefálica, podendo ser ou não secundária à distúrbios sistêmicos. As alterações encontradas em pessoas com esse distúrbio podem variar de alteração da consciência e atenção, desorientação, comprometimento de memória, alterações de percepção e humor, apatia e agitação ⁽²⁾.

Os fatores de risco para *Delirium* podem variar de paciente para paciente, porém o quadro está associado à própria doença, demência, administração de medicamentos como sedativos e opióides, imobilidade, interrupção do sono, idade avançada, entre outros ^(2,3).

A incidência de *Delirium* não acontece somente em UTI, sendo mais comum em pacientes enfermos que não necessitam de procedimentos cirúrgicos. O estudo mostrou que o tratamento envolve modificações do uso de sedativos, como benzodiazepínicos, antipsicóticos típicos e atípicos, além do uso de agentes colinérgicos ⁽⁴⁻⁵⁾.

O *Delirium* nem sempre é diagnosticado devido à falta de conhecimento da equipe multiprofissional nas UTIs ou devido a sua desvalorização, já que não é diagnosticada como razão principal da internação. Desse modo, por ser desvalorizado, o *Delirium* é visto apenas como uma iatrogenia causada por medicamentos ^(6,7). O aspecto característico do *Delirium* é o déficit de atenção reconhecido pela dificuldade em focar e manter a atenção ⁽²⁾.

Para o diagnóstico do *Delirium*, foram desenvolvidas escalas, de forma precoce ou até identificar os pacientes que estão propensos a desenvolvê-lo. Itens como a idade do paciente, presença de coma, uso de quantidade de Morfina©.

presença de infecção, uso de sedativos, sinais de hipóxia e presença de acidose metabólica podem alterar os escores da escala, aumentando o risco de *Delirium* ^(2,6).

A equipe de enfermagem, sobretudo os enfermeiros, devem atuar nas estratégias de educação em saúde e no apoio as famílias, explicando o processo de saúde/doença, a fim de promover a inclusão dos familiares no processo do cuidado integral do paciente. O enfermeiro, como gestor do cuidado, deve como meta, estabelecer mudanças na prevalência do *Delirium*, através da identificação dos fatores de riscos, sobretudo, os modificáveis e os grupos de maior vulnerabilidade, promovendo melhorias na qualidade de vida e diminuição de agravos ⁽⁸⁾. As ações de enfermagem resultam em importantes medidas para a prevenção de *Delirium*. Intervenções simples como aquelas que buscam a melhoria do sono, a promoção de um ambiente tranquilo e organizado, orientação aos pacientes a respeito do lugar, data e hora, posicionamento que garanta o conforto, permissão de visitas regulares dos familiares e amigos, pois, a família contribui para a reorientação tempo-espacial do paciente na UTI, fornecendo suporte cognitivo e emocional ⁽⁹⁾. Dessa forma, destaca-se a importância do presente que propõe a investigação do conhecimento dos enfermeiros sobre *Delirium* em UTI.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo ⁽¹⁰⁾, com análise de discurso segundo Bardin ⁽¹¹⁾. A coleta de dados se deu em um hospital de ensino, da zona central do município de São Paulo, em quatro UTI, totalizando 42 leitos. A amostra foi composta por enfermeiros de todos os turnos de trabalho, que estavam diretamente envolvidos com a assistência aos pacientes e que tinham, pelo menos, seis meses de experiência na área. A avaliação do conhecimento do enfermeiro foi realizada por meio de um questionário com perguntas que contemplavam o perfil sócio demográfico, de trabalho e questões sobre *Delirium*. O estudo foi submetido à Comissão Científica do Curso de Graduação em Enfermagem da FCMSCSP e ao CEP sob nº CAAE 85545318.2.0000.5479.

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por dezenove enfermeiros, sendo 68,4% da UTI Cirúrgica e 31,6% da UTI PS. Quanto aos enfermeiros, 31% se recusaram a participar da pesquisa, 15,8% possuíam menos de seis meses de experiência e 10,5% encontra-se de férias no período da coleta de dados.

Tabela 1 – Caracterização sócio demográfica dos enfermeiros da UTI adulto. São Paulo, 2018. n=19

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	14	73,7
Masculino	5	26,3
Idade		
34-38	2	10,5
39-43	11	58,0
44-48	1	5,2
49-54	5	26,3
Estado Civil		
Casado	14	73,7
Solteiro	5	26,3
Religião		
Católico	15	79,2
Cristã	1	5,2
Espirita	1	5,2
Budista	1	5,2
Não tem	1	5,2
Período de trabalho		
Matutino	6	31,6
Vespertino	4	21,0
Noturno	9	47,4

Tabela 2 – Caracterização de formação e de trabalho dos enfermeiros da UTI adulto. São Paulo, 2018. n=19

Variáveis	N	%
Ano da graduação em enfermagem		
1988 – 1997	1	5,2
1998 – 2007	7	36,8
2008 – 2017	11	58,0
Universidade cursada		
Particular/privada	18	94,8
Pública	1	5,2
Tempo de trabalho como enfermeiro na UTI		
6 meses – 2 anos	4	21,0
3 – 5 anos	5	26,4
6 – 9 anos	6	31,6
>10 anos	4	21,0
Especialização*		

UTI	12	63,1
Urgência e Emergência	5	26,3
Cardiologia	3	15,8
Nefrologia	1	5,2
Psiquiatria e saúde mental	1	5,2
Saúde baseado em evidências	1	5,2
Pedagogia em Saúde	1	5,2
Mestrado/ Doutorado	1	5,2

*alguns enfermeiros tinham mais que um curso de especialização.

Para a análise do conhecimento dos enfermeiros descrevemos os discursos sobre as questões sobre *Delirium*, optou-se por categorizaras respostas dos enfermeiros em três categorias: alterações da função neurológica, alterações decorrentes do ambiente/ intervenções e alterações comportamentais.

Questão 1 - O que você entende por Delirium?

Categoria: Alterações da função neurológica.

“Disfunção cerebral aguda, confusão mental e dificuldade de raciocínio.” (E-1)

“Dificuldade de raciocínio, disfunção cerebral.” (E-2)

“É um transtorno mental orgânico, emergência geriátrica e pode ser caracterizada como uma alteração cognitiva, de início agudo, com distúrbio de consciência, memória ou atenção, pensamento e percepção e comportamento”. (E-3)

Categoria: alterações decorrentes do ambiente/ patologias/ intervenções.

“Confusão mental, situações que não estão acontecendo”. (E-10)

“Estado mental em que o individuo é incapaz de responder por seus atos”. (E-11)

“Estado confusional aguda (Psicose tóxica, psicose da UTI, psicose orgânica)”. (E-6)

“Estado confusional que o paciente apresenta durante dias prolongados de internação”. (E-7)

“Distúrbio psiquiátrico mais comum em pacientes hospitalizados no geral, em UTI, está relacionado à patologia do paciente, uso de drogas, sedativos, entre outros”. (E-8)

“Perturbação mental”. (E-13)

“Um estado de confusão mental, causada pelo comportamento transitório da atividade cerebral”. (E-14)

“Estado de confusão mental de início agudo, geralmente acomete idosos hospitalizados. Precipitados por algumas doenças, de medicamentos, como infecções, desidratação, demência, Alzheimer, entre outros”. (E-16)

Categoria: Alterações comportamentais

“Confusão mental, comportamento agressivo, rebaixamento do nível de consciência”. (E-4, E-9 e E-12)

“Alteração do pensamento, dos conceitos do pensamento e do discurso”. (E-5)

“Um estado de confusão mental, causada pelo comportamento transitório da atividade cerebral”. (E-15)

“É uma alteração cognitiva com quadro de confusão mental flutuante entre agitação e normalidade, déficit de memória, desorientação espacial, sonolência, causada comum em idosos com quadro de desidratação, abuso de substâncias, comorbidades funcionais”. (E-17)

“Alteração mental aguda ou uma perturbação mental”. (E-19)

Questão2 - Quais as complicações que você julga que estão associadas ao Delirium?

Categoria: Complicações cognitivas/neurológicas

“Está associada ao desenvolvimento das alterações cognitivas.” (E-1)

“Alterações cognitivas.” (E-2)

“Alterações do nível de consciência”. (E-3)

“Alteração da função cerebral, encefalopatia tóxica e metabólica”. (E-6)

“Estado confusional de acontecimento orgânico”. (E-14)

“Disfunção cerebral, coloca-se em situações de risco, alteração da memória”(E-19)

Categoria: Impacto pessoal/familiar

“Internação prolongada”. (E-4)

“Paciente perde a credibilidade, a relação com os outros, se coloca em situações de perigo. Dependem da etiologia do delirium, drogas, vírus, tumores ou traumas” (E-5)

“O cliente/paciente pode apresentar queda, não se alimentar, não reconhecer os familiares, mais dias internados”. (E-7)

Categoria: Aumento da vulnerabilidade

“Idade, estado de saúde, uso de drogas, uso de sedativos, drogas vasoativas e analgésicos potentes”. (E-8, E9, E-10)

“Lesões, quedas, traumas e morte”. (E-11)

“Idoso (idade), desidratação, infecções, intoxicação, doenças crônicas e abstinências”. (E-12)

“Intubação oro traqueal, queda do leito e ulcera por pressão”. (E-15)

“As complicações que estão associadas ao Delirium são: alterações de comportamento, sono, cognição, irritabilidade, alterações psicomotoras, acarretando prejuízos à recuperação do idoso hospitalizados e com isso aumenta o tempo de internação e a taxa de mortalidade dos idosos”. (E-16)

“As complicações estão relacionadas com o aumento da internação do paciente, lesão por pressão, intubação, aumento dos usos de medicações e a morte”. (E-18).

Categoria: Perda da identidade/autonomia

“Alteração da memória como confusão mental, alteração no comportamento + redução da percepção do ambiente”. (E-13)

“Problemas relacionados para auto cuidado, higiene, alimentação, adesão ao tratamento médico, riscos para própria integridade física”. (E-17).

Questão3 - O que você faz diante do diagnóstico de Delirium na UTI?

Categoria: Estabelecimento de cuidados preventivos

“Aplicar medidas preventivas, tomar medidas adequadas. Diminuir sedativos, reavaliar paciente informando data e hora. Devolver ao paciente, óculos e aparelhos auditivos”. (E-1)

“Medidas de proteção, preventivas, atualização do paciente sobre data, hora e lugar”. (E-2).

“Medidas de prevenção, grades elevadas”. (E-4).

“Otimizar medidas preventivas referente a quedas, observar possíveis agitações psicomotoras que ofereçam risco a si ou a equipe”. (E-9)

“Prevenir quedas, orientar sobre situação atual, apoio psicológico”. (E-10).

“Prevenção de quedas, maior cuidados nas contenções mecânicas, manter consciente, calmo, livre de conversas paralelas entre funcionários, evitar constipação, avaliar hidratação (sistêmica e ingesta oral), avaliar oxigenoterapia evitando hipóxia”. (E-12)

Categoria: Repercussões hemodinâmicas e impacto nos sistemas orgânicos

“Segurança para o paciente e a equipe. Avaliar sinais de rebaixamento do nível de consciência, alterações hemodinâmicas, administrar medicamentos prescritos, tipo Haldol®, Dormonid®, Fentanil®, Fernegam®, etc. Contenção, grades elevadas, protocolo de queda e verificar nutrição”. (E-5).

Categoria: Inclusão da família no tratamento/estímulo ao autocuidado

“Se o paciente não estiver sedado, darei indícios para que oriente o paciente em relação ao espaço e tempo, estimular o contato pessoal e auto cuidado quando possível isso garantirá que ele se mantenha sempre alerta, garantir ao paciente um sono tranquilo, e isso pode ser feito ajustando o horário das medicações. Manter sempre um ambiente sem ruídos ou barulhos, isso irá colocar seu ciclo cardíaco do sono”. (E-3).

“Solicito avaliação do psicólogo e aproximação com a família para ter acesso ao caso do paciente e seu comportamento”. (E-8).

“Deixo o paciente orientado em tempo e espaço, apoio familiar, emocional e nutricional. Aplico protocolo de quedas”. (E-18)

“Apoio psicológico, familiar e orientação”. (E-19)

Categoria: Interação com a equipe multiprofissional

“Comunico ao médico de plantão para eu e a equipe tomar as medidas necessárias para o conforto de cada paciente, precisa ser investigado para ser tratado”. (E-6).

“Atentar para os sintomas, criar um plano de cuidados junto com a equipe para diminuir os sintomas e ajudar o cliente em sua recuperação” (E-7).

“Solicito ajuda contenção mecânica e aguardo conduta médica”. (E-11)

“Um delirium hiperativo que coloca em risco sua própria saúde e a dos demais, recorrentes a contenção mecânica, procuramos trazer o paciente para realidade em tempo e espaço com palavras, se necessário chamamos o médico para contenção química”. (E-13)

“Aplico protocolo para melhorar a questão neurológica, como deixa-lo orientado sobre hora e lugar e mantenho grades elevadas”. (E-14)

“Restrição, oxigenação, avaliar pupilas, nível de consciência. Utilizar protocolo de quedas”. (E-15).

“Oferecer suporte psicológico, restaurar suas funções fisiológicas, adequar a nutrição, orientar o paciente quanto ao tempo e espaço, adequar o ambiente que se torne o mais próximo do seu habitual, e tratar os fatores precipitantes do delirium”. (E-16)

“Desenvolver plano de cuidados envolvendo equipe multiprofissional assegurando medidas para conter agitação, proteção integridade física, vigilância nutricional, infecciosa, apoio emocional podendo se observar o desenvolvimento ou agressão da doença”. (E-17)

4 DISCUSSÃO

O *Delirium* é um distúrbio de consciência e cognição, que tem como características a diminuição da atenção e alterações secundárias tais como percepção, memória, orientação e raciocínio. Os fatores de risco têm sido reconhecidos em diversos estudos e incluem: idade avançada, disfunção cognitiva, disfunção sensorial (dificuldade visual e/ou auditiva), privação de sono, imobilidade, desidratação e uso de sedativos ⁽¹²⁾. Embora os estudos clínicos ou relacionados ao paciente visem identificar os pontos a serem melhorados na dinâmica do trabalho do enfermeiro e sua equipe, como meio de agregar qualidade ao processo do cuidar, observa-se que ainda existem resistências para a participação dos enfermeiros nas pesquisas, sendo relatados em muitas vezes, falta de tempo, interesse ou incapacidade de resposta.

Na Tab. 1 observa-se que há um predomínio de enfermeiros do sexo feminino (46,4%), com idade média de 43 anos, casados (73,7), católicos (79,2%), no turno da manhã (31,6%). Em relação à formação acadêmica, na Tab 2. 58% dos enfermeiros tinham pelo menos dez anos de formado, 94,8% cursaram universidades particulares, com experiência em UTI de seis a nove anos (31,6%) e especialista em UTI (63%).

As análises dos discursos dos enfermeiros da UTI destacam a identificação do paciente com *Delirium* por meio de manifestações como agitação, desorientação, agressividade e apatia. O *Delirium* é um distúrbio de consciência e cognição, que tem como características a diminuição da atenção e alterações secundárias tais como percepção, memória, orientação e raciocínio ⁽¹²⁾.

Há uma escassez de dados disponíveis sobre as práticas atuais dos enfermeiros sobre a avaliação do *Delirium*, ou mesmo sobre capacitação profissional e potenciais barreiras de conhecimentos. Estudo realizado, apontou que o reconhecimento do *Delirium* em UTI é baixo sem o uso de ferramentas para o seu diagnóstico ⁽¹²⁾.

A maioria da documentação relativa aos pacientes com *Delirium* emerge dos registros efetuados pelos enfermeiros, o que corrobora com a literatura. Os enfermeiros, graças ao maior tempo de contato, conseguem identificar mais rapidamente as alterações do status mental,

contudo, existe muita dificuldade para estabelecer o diagnóstico clínico, o que pode estar relacionado às suas características (natureza flutuante dos sintomas e o subtipo hipoativo) e fatores inerentes aos próprios enfermeiros ⁽¹³⁾.

A análise de discurso dos enfermeiros segundo o referencial metodológico de Bardin ⁽¹¹⁾ retrata que os enfermeiros definiram o *Delirium* como uma confusão mental de origem aguda e identificam o paciente por meio de manifestações como agitação, distúrbio de memória, desorientação agressividade e apatia.

”É um transtorno mental orgânico, emergência geriátrica e pode ser caracterizada como uma alteração cognitiva, de início agudo, com distúrbio de consciência, memória ou atenção, pensamento e percepção e comportamento.” (E-3)

Os discursos apontam uma variação de percepção dos profissionais para as complicações dos pacientes geradas pelo *Delirium*. As interpretações podem estar relacionadas na dificuldade para lidar com o paciente que apresenta agitação na UTI. Observa-se nos discursos que o tempo de internação na UTI favorece o aparecimento do *Delirium*.

“As complicações estão relacionadas com o aumento da internação do paciente, lesão por pressão, intubação, aumento dos usos de medicações e a morte”. (E-18)

O ambiente de UTI contribui para o aparecimento de delirium devido aos ruídos de equipamentos, mobilização desnecessária e em horários impróprios. Isso provoca o sono inconstante ^(9,16).

Em frequentes discursos, a afirmação dos enfermeiros de que paciente “sob sedação” não demanda tantos cuidados, quanto um paciente com quadro de agitação psicomotora e restrição mecânica nos permite inferir um viés no processo do cuidado, já que o paciente sedado encontra-se muito mais vulnerável á complicações do que o que se encontra em quadros de confusão mental e agitação. A sedação excessiva expõe o paciente à instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica prolongada, aumento da morbidade e da ocorrência de delirium ⁽¹²⁾.

“(...) delirium hiperativo que coloca em risco sua própria saúde e a dos demais, (...), se necessário chamamos o médico para contenção química. (E-13)

O objetivo da sedação é proporcionar, um paciente cooperativo, calmo, com sono apropriado, mantido sem dor e minimamente ansioso. A sedação em excesso deprime a função cardiorrespiratória, diminui a motilidade intestinal, aumenta o risco de pneumonia relacionada à ventilação mecânica, aumentando, também, o tempo de permanência em UTI ⁽¹⁴⁾.

Em outro discurso, observa-se que ainda existe o uso das restrições mecânicas nas unidades de internação, incluindo a UTI. O uso das restrições é um tema que vai além do cuidado de enfermagem, abrangendo questões físicas, psicológicas, legais e éticas ⁽¹³⁾.

“(...) *Solicito ajuda contenção mecânica e aguardo conduta médica*”. (E-11)

A literatura aborda o uso das restrições físicas enfatizando um número importante de questões que devem ser consideradas dentro dos ambientes de cuidados. Os programas educacionais envolvendo a temática, dão ênfase aos cuidados que devem ser prestados na agitação e no *Delirium*. A discussão de outros métodos, utilizados para prevenir as causas devem ser considerados, no cuidado e no manejo dos pacientes, e inclui a comunicação efetiva, as estratégias de reorientação, redução de ruídos e o conforto do paciente ^(12, 16).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 427/2012 descreve que os profissionais da enfermagem somente podem empregar a contenção mecânica sob supervisão direta do enfermeiro e em conformidade com os protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, salvo casos de urgência ou emergência, além de contar com a prescrição médica para o procedimento⁽¹⁵⁾.

Quanto aos cuidados de enfermagem relacionados aos pacientes, muitos citaram a orientação tempo e espaço, prevenção de quedas, promover um ambiente sem ruídos, apoio psicológico e familiar, e outros frequentemente observados nos pacientes com *Delirium*.

“*Prevenir quedas, orientar sobre situação atual, apoio psicológico*”. (E-10).

Outros estudos apontam que a prevenção do *Delirium* é voltada principalmente para a melhoria do sono, orientação do paciente, oferecimento de estímulos cognitivos, facilitação do acesso de familiares, verificação do estado de hidratação e sinais de hipóxia, mobilização, precoce, manejo da dor, estado nutricional e déficits sensoriais ^(9,17).

A orientação do tempo e espaço é fundamental na assistência de enfermagem para o estado de saúde mental dos pacientes, já que, muitas vezes o hospital não possui janelas com luz natural, o que impossibilita a percepção da passagem do tempo, pelo paciente. A existência de janelas ou a mudança na iluminação durante o decorrer do dia, a presença de relógios e calendários contribuem para a melhora do ciclo de sono-vigília e conseqüentemente para a manutenção do sono do paciente ⁽⁹⁾. A privação do sono prejudica a cognição, refletindo-se na diminuição do estímulo respiratório reduzindo a resposta para hipóxia e hipercapnia, o que contribui para o estado de confusão ⁽¹⁸⁾. Diagnosticar o *Delirium* não é tarefa fácil, eventualmente pode ser confundido com outros tipos de alterações mentais como a demência e efeitos da sedação, por isso, são fundamentais o conhecimento prévio da história neurológica do doente

⁽²¹⁾.Sobre as ações relativas aos familiares, estudos sugerem que a presença da família é importante na prevenção, ajudando na reorientação e em outras terapias devido ao apoio emocional ^(17,18).Destaca-se neste estudo que os enfermeiros conhecem os principais sintomas do *Delirium*, contudo, existem lacunas relacionadas à identificação precoce e manejo, a serem preenchidas para aprimorar o cuidado prestado na UTI, minimizando as complicações decorrentes do quadro clínico do *Delirium*.

5 CONCLUSÃO

Em resposta ao objetivo de avaliar o conhecimento do enfermeiro de UTI sobre *Delirium*, conclui que se trata de um quadro multifatorial e deve ser prevenido através de intervenções em sua maioria, no ambiente e no processo de trabalho dos profissionais de UTI. Para isso deve ser monitorado pelo enfermeiro através da aplicação da escala de sedação específica e associada à escala CAM-ICU, específica para *Delirium*. Em relação aos enfermeiros, observa-se que o conceito e os cuidados com o *Delirium* eram coerentes de acordo com a literatura. Os enfermeiros mostraram-se incipientes sobre a temática, sobre as medidas preventivas existentes e no controle do quadro clínico, bem como não reconheciam a parte hipotativa do *Delirium* que repercute diretamente nas práticas efetuadas e desfechos clínicos. Há a necessidade de se manter programas de educação permanente para todos os membros da equipe multiprofissional e principalmente para a equipe de enfermagem, como meio de informar e atualizar os conceitos e manejo do *Delirium* na UTI, como parte de um processo de cuidar seguro e de qualidade, baseados em novos estudos e evidencias científicas.

REFERENCIAS

1. Bezerra GKA. Unidade de Terapia Intensiva – Perfil das Admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. RevBras de Ciên da Saúde, 2012; 16(4):491-496.
2. Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. Delirium, uma perspectiva histórica. RevPsiquiatr Clín. São Paulo. 2005; 32: 97-103.
3. Povinelli BMS, Miethke D, Dib TAA, Souza PMR. Delirium no paciente idoso. A prática clínica em doenças reumáticas. 2008. Moreira Jr Ed: São Paulo; 27-32.
4. Salluh JIF, Pandharipande P. Prevenção do delirium em pacientes críticos: um começo? Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(1): 1-3.

Francis J, Kapoor WN. Delirium in hospitalized elderly. J Gen Intern Med. 1990; 113: 941-8

5. Lôbo RR, Filho da Silva, SRB, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Conduas em enfermaria de clínica médica de hospitais de média complexidade. *Delirium*. Ribeirão Preto, 2010; 43(3): 249-57.
6. Faria R. S., Rui Paulo Moreno. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013. 25 (2): 137-147.
7. Pincelli EL, Waters C, Hupsel ZN. Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Arq MedHospFacCiencMed Santa Casa São Paulo*. 2015; 60, 131-9.
8. Jaber S, Chanques G, Altairac C, Sebbane M, Vergne C, Perrigault PF, et al. A prospective study of agitation in a medical-surgical ICU: incidence, risk factors, and outcomes. *Chest*. 2005; 128(4):2749-57.
9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 2010. Ed. Atlas S.A: São Paulo, 41-2.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1977.
11. Ribeiro SCL, Nascimento ERP, Lazzari DD, Jung W, Boes AA, Bertocello KC. Conhecimento de Enfermeiros sobre Delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. *Enferm. Florianópolis*, 2015 Abr-Jun; 24(2): 513-20.
12. Silva RCG, Silva AAP, Marques PAO. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011, 19(1): [9 telas]. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_12.pdf
13. Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, Lima MASD, Salluh JIFS. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(3): 274-9.
14. Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(4): 587-593.
15. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN no 427/2012. [acesso 18 jul 2013]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluocofen-n-4272012_9146.html
16. Castelões TW. A importância do enfermeiro no reconhecimento do delirium. In: Viana RAPP, editores. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 243-8.
17. Flôres DG, Capone Neto A. *Delirium no paciente grave*. São Paulo: Atheneu; 2013. 250p. (CMIB – Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira, 18 (23)).

18. Sampaio FMC; Sequeira CAC. Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. Rev Enf Referencia. 2013. 3 (9), 125-134.