UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SIMONE COSTA SILVA

Percepções reais e ilusórias de pacientes após coma induzido:
subsídios da literatura na perspectiva da elaboração de instrumento de
avaliação

RIBEIRÃO PRETO
2018

SIMONE COSTA SILVA

Percepções reais e ilusórias de pacientes após coma induzido:
subsídios da literatura na perspectiva da elaboração de instrumento de
avaliação

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar.

Orientador: Simone de Godoy Costa

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citados a fonte.

Silva, Simone Costa

Percepções reais e ilusórias de pacientes após coma induzido: subsídios da literatura na perspectiva da elaboração de instrumento de avaliação. Ribeirão Preto, 2018.

77 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Simone de Godoy Costa

1. 1. Deep sedation/Sedação profunda. 2. Delirium/Delírio. 3. Memory/Memória. 4. Critical care/Cuidados intensivos. 5. Coma.

SILVA, Simone Costa

Percepções reais e ilusórias em pacientes após coma induzido: subsídios da literatura na perspectiva da elaboração de instrumento de avaliação

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia e socorro presente em todos os dias.

À minha orientadora, pelos ensinamentos, exemplo, capacidade em agregar conhecimento e olhares em busca de evidências melhores a cada dia. Agradeço pela serenidade de cada momento, inclusive nos de incerteza que são comuns em quem persiste em trilhar novos caminhos.

“Há muros que só a paciência derruba. E há pontes que só o carinho constrói”.

(Cora Coralina)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Cremilda e Carlos,

Que me ensinaram a ousar, questionar, ser curiosa e que me direcionaram a percorrer caminhos do bem.

A minha amiga Laura Menezes,

Que sempre esteve disposta a somar, sendo de modo científico ou não, percebendo sentimentos, ouvindo silêncios, encontrando palavras certas em momentos incertos, me fortalecendo mesmo quando tudo parecia ruir.

Aos meus familiares,

Cláudia, Gabriel, Samuel, Vó Maria, Luiz Otávio, Bruno, Zigomar, José Pereira (em memória) e Luzia Pires (em memória), pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional. Que sempre me impulsionaram em direção às vitórias dos meus desafios.

Aos meus amigos e fiéis companheiros,

Que se mostravam presentes com o carinho sincero, permanecendo comigo para sorrir novos motivos e chorar outros, rezar mais preces e agradecer mais vezes, amadurecendo olhares e olhando a vida como uma dádiva, sendo grato, reconhecido e destemido, às vezes uma rima sem verso, oferecendo apenas o que eu necessitara no momento, um carinho ou uma palavra motivadora.

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas de trabalho e supervisores
os quais tornaram possíveis minhas tantas idas e vindas, suprimindo minha ausência
no trabalho enquanto me dedicava ao meu ideal e realização de um passo até
chegar em um sonho realizado.

Enfim, a todos que contribuíram diretamente ou não e até mesmo os que se
mostraram pessimistas, pois impulsionaram minha garra para que eu alcançasse voos
mais altos.

*“Queremos ter certeza e não dúvidas, resultados e
não experiências, sem nem mesmo percebermos que
as certezas só podem surgir através das dúvidas, e
os resultados somente das experiências”.*

(Carl Jung)

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

(Schopenhauer)

RESUMO

SILVA, Simone Costa. **Percepções reais e ilusórias de pacientes após coma induzido**: subsídios da literatura na perspectiva da elaboração de instrumento de avaliação. 2018. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, 2018.

O coma pode ser definido como uma diminuição da capacidade neural do indivíduo, podendo ser fisiológico ou induzido. O coma induzido é obtido através da administração intencional de sedativos frente a necessidade de prevenção de distúrbios neurais ou até mesmo para conforto do paciente. A escolha e a manutenção da sedação são direcionadas por diretrizes nacionais e internacionais de sociedades de especialistas em cuidados críticos e medicina intensiva, porém ainda não há precisão e consenso sobre qual é a melhor forma de realizar a sedação, fármaco de escolha, ou tempo ideal de sedação, devendo tais decisões serem tomadas de forma integral e individualizada para cada paciente. Frente a esse contexto o presente estudo teve o objetivo de construir questionário estruturado para avaliação de percepções reais e ilusórias de pacientes após o coma induzido. Foi desenvolvido em duas fases, sendo a primeira referente a revisão integrativa de 15 estudos primários localizados nas bases de dados *Medline*, *Web of Science*, *Lilacs*, *Cinahl* e *Scopus*. Na segunda fase foi elaborada a versão protótipo de um questionário para avaliação das percepções reais e ilusórias de pacientes após o coma induzido. A revisão integrativa permitiu identificar que as principais memórias relatadas após o coma induzido são sede, frio e dor. Há estudos em que os pacientes afirmaram não distinguir se estavam acordados ou sonhando, se era real ou irreal. Identificaram-se relatos de memórias satisfatórias relacionadas ao cuidado recebido e ao uso de diários de cabeceira. Tendo como referência a síntese das evidências identificadas, propusemos a versão protótipo do “Questionário de avaliação das percepções do paciente após o coma induzido” composto de 15 itens, sendo oito questões fechadas e sete questões mistas distribuídas em duas seções, uma relativa a temática das percepções e a segunda sobre a caracterização do paciente. O instrumento ora apresentado deverá ter suas propriedades psicométricas validadas para adoção na prática clínica.

Palavras-chave: Sedação profunda; Delírio; Memória; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Enfermagem; Terapia Intensiva.

ABSTRACT

SILVA, Simone Costa. **Real and illusory perceptions of patient after induced coma**: aid from literature at the perspective of elaborate a device of evaluation. 2018. 77 f. Dissertation (Masters in Science) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The coma can be define such as a decrease of neural capacity of individual, could be physiological or induced. The induced coma occurs by means of the intentional management of sedatives faced the necessary on prevent neural disorders or even the comfort to patient. The choice and maintenance about sedation are target by national and international guidelines of specialists in critical cares and intensive medicine, however there is not a precision and consensus about how is the best way to realize the sedation, the medicine of choice, or the ideal time of sedation, this decisions should be taken in full and individual way as each patient. On this context, the objective of this research was set up a structured questionnaire for evaluation the real and illusory perceptions of patients after the induced coma. It was developed in two phases, in the first refer to a integrative review of fifteen primary studies location in the databases of Medline, Web of Science, Lilacs, Cinahl, Scopus. In the second phase, it was elaborated the prototype version of one questionnaire for evaluation the real and illusory perceptions of patients after the induced coma. The integrative review possibilited identify that main memories related after the induced coma are thirst, cold and pain. There are studies wherein the patients said they don't discern if they were waked up or dreaming, if it was real or unreal. It was identified reports of satisfactory memories related about care that they received and the use of head of table diaries. The synthesis of evidences that it was identified, enabled we propose a prototype version of "Questionnaire of evaluation of the perceptions of patient after the induced coma", that is compound with fifteen questions, being eight objective questions and seven mixed questions, one on the subject of perceptions and the second about the characterization of the patient. The instrument presents should have yours psychometric properties authenticate for the introduction in clinical pratice.

Key-Words: Deep Sedation; Delirium; Memory; Intensive Care Units; Critical Care; Nursing; Intensive Therapy.

RESUMEN

SILVA, Simone Costa. **Percepciones reales e ilusorias de pacientes después del coma inducido**: subsidios de la literatura en la perspectiva de la elaboración de un instrumento de evaluación. 2018. 77 f. Disertación (Maestría en Ciencias) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2018.

El coma puede ser definido como una disminución de la capacidad neural del individuo, pudiendo ser fisiológico o inducido. El coma inducido se obtiene a través de la administración intencional de sedantes frente a la necesidad de prevención de disturbios neuronales o incluso para la comodidad del paciente. La elección y el mantenimiento de la sedación están dirigidas por normas nacionales e internacionales de sociedades de especialistas en cuidados críticos y medicina intensiva, sin embargo, no hay precisión y consenso sobre cuál es la mejor forma de realizar la sedación, el fármaco de elección, o el tiempo ideal de sedación, debiendo tales decisiones ser tomadas de forma integral e individualizada para cada paciente. Frente a ese contexto el presente estudio tuvo el objetivo de construir un cuestionario estructurado para la evaluación de percepciones reales e ilusorias de pacientes después del coma inducido. Se desarrolló en dos fases, siendo el primero referente a la revisión integrativa de 15 estudios primarios localizados en las bases de datos Medline, Web of Science, Lilacs, Cinahl e Scopus. En la segunda fase se elaboró la versión prototipo de un cuestionario para evaluar las percepciones reales e ilusorias de pacientes después del coma inducido. La revisión integrativa permitió identificar que las principales memorias relatadas después del coma inducido son sed, frío y dolor. Hay estudios en que los pacientes afirmaron no distinguir si estaban despiertos o soñando, si era real o irreal. Se identificaron relatos de memorias satisfactorias relacionadas al cuidado recibido y al uso de diarios de cabecera. Teniendo como referencia la síntesis de las evidencias identificadas, propusimos la versión prototipo del “Cuestionario de evaluación de las percepciones del paciente después del coma inducido” compuesto de 15 ítems, siendo ocho cuestiones cerradas y siete cuestiones mixtas distribuidas en las dos secciones, una relativa a la temática de las percepciones y la segunda relacionada a la caracterización del paciente. El presente instrumento deberá tener sus propiedades psicométricas validadas para su adopción en la práctica clínica.

Palabras-clave: Sedación profunda; Delirium; Delirio; Memoria; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Enfermería; Terapia Intensiva.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escala de coma de Glasgow.	20
Quadro 2- Escala de avaliação pupilar.....	21
Quadro 3 - Escala de Richmond de Agitação-Sedação.....	22
Quadro 4 - Tipos e significados dos descritores e palavra-chave utilizada nas buscas.	33
Quadro 5 - Características dos artigos da revisão integrativa conforme ano de publicação, autor, título do artigo, periódico e país de origem. Ribeirão Preto - SP, 2018.....	45
Quadro 6 - Síntese dos artigos da revisão integrativa de acordo com ano de publicação, objetivos, método e principais resultados. Ribeirão Preto - SP, 2018....	47
Quadro 7 - Síntese dos artigos da revisão integrativa de acordo com o nível de evidência, delineamento metodológico, número de participantes e percepções identificadas. Ribeirão Preto - SP, 2018.....	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Método de Avaliação da Confusão Mental em UTI.	23
Figura 2 - Estágios principais de um survey.	39
Figura 3 - Fluxograma da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa. Ribeirão Preto - SP, Brasil, 2018.	44

LISTA DE SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
CAM	Confusion Assessment Method
CAM-ICU	Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit
CINAHL	Cumulative Index to Nursing e Allied Health Literature
DSM – V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ª Edição
ECG-P	Escala de Coma de Glasgow com resposta Pupilar
EM	Estimulação Multissensorial
ERC	Estudo Randomizado Controlado
MESH	Medical Subject Headings
PBE	Prática Baseada em Evidência
PIC	Pressão Intracraniana
PICO	Problema/Intervenção/Comparação/Outcomes
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Coma induzido	16
1.2 Classes de sedativos	17
1.3 Percepções do paciente em estado de coma	18
1.4 Percepções ilusórias ou delírium.....	21
1.5 Percepção da enfermagem em relação ao paciente durante o cuidado	24
1.6 Referencial metodológico	25
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
3 MÉTODO	32
3.1 Fase 1 Revisão Integrativa da Literatura	32
3.2 Fase 2 Elaboração do questionário	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Fase 1 - Revisão integrativa da literatura	43
4.2 Fase 2 Elaboração do questionário	58
5 CONCLUSÕES.....	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A.....	75

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Na prática clínica o estado de coma gera uma série de dúvidas, medos e curiosidades, não somente pela forma como acontece, mas principalmente no que diz respeito às percepções dos indivíduos neste estado. Existem dois tipos de coma, o fisiológico e o induzido, sendo em uma perspectiva geral, definidos como um estado em que o ser humano fica incapaz de interagir adequadamente com o meio externo, como consequência de suas atividades neurais diminuídas (CABRAL et al., 2008).

O coma fisiológico pode ser desencadeado por uma série de motivos, entre eles estão: traumatismo cranioencefálico, Acidente Vascular Encefálico (AVE), infecção do sistema nervoso central, tumores cerebrais, distúrbios metabólicos (hiperglicemia/hipoglicemia, insuficiência renal avançada) ou ainda por uso excessivo de medicação ou ingestão alcoólica abusiva (CARNEIRO; ANTUNES; FREITAS, 2005).

O coma induzido como é conhecido popularmente, é denominado como sedação pelos médicos, sendo que esta ocorre por meio da administração de fármacos sedativos, que reduzem a função cerebral e, mantém as funções vitais com auxílio de tecnologias disponíveis para o tratamento do paciente crítico como Ventilação Mecânica (VM), monitorização e oximetria. A sedação é indicada em ocasiões como: controle da ansiedade e da dor para realização de procedimentos, uso de VM e também como coadjuvante na assistência ao paciente com traumatismo cranioencefálico, quando há necessidade de diminuição do “trabalho cerebral” com propósito de prevenção de edema e aumento da Pressão Intracraniana (PIC) (BASTO et al., 2014).

Antes de se falar do estado de coma é importante conceituar consciência, que pode ser descrita como “a situação em que o indivíduo tem total consciência de si próprio e do meio externo, é conhecedor das relações de tempo, espaço, fatos e pessoas ao seu redor” (IANKOVA, 2006).

Embora a prática de sedação e analgesia seja bastante difundida, ainda há muita divergência quanto à escolha do tipo de sedativo; a forma de infusão, contínua ou intermitente e, uma metodologia de avaliação da intensidade ou do grau de sedação do indivíduo e até mesmo os efeitos deletérios que podem causar. De acordo com Moritz (2005) ocorre na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) uma multiplicidade

de condições clínicas que exigem que a hipnoanalgesia seja planejada de maneira individualizada. A autora chama a atenção à existência de lacunas no conhecimento médico quanto a prática da sedação, que atualmente é direcionada pelas recomendações do *Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit* (2013), adotado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

No cenário da sedação, especialmente em terapia intensiva, há também divergências quanto à escolha do melhor fármaco, uma vez que pesquisas têm mostrado que a classe de benzodiazepínicos pode causar quadros compatíveis com *delirium*, sendo estes relatados por pacientes após alta da UTI e que podem ser mensurados através de ferramentas já existentes, onde a que se sobressai é a metodologia do *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) (FILHO, 2011).

1.1 Coma induzido

Nos serviços hospitalares a UTI caracteriza-se por ser uma unidade hospitalar na qual os pacientes exigem uma atenção mais complexa quando comparada aos demais setores, pois estão clinicamente graves e necessitam de suporte e tratamentos críticos, com a utilização de tecnologias avançadas para terapias, diagnósticos e cuidados especializados (REIS; SOARES, 2015).

Neste contexto, a analgesia e a sedação são utilizadas principalmente para assegurar conforto e alívio da ansiedade aos pacientes em uso de ventilação mecânica, mesmo assim o tratamento intensivo associado ao uso de sedativos pode estressar o paciente, produzir memórias ilusórias e desencadear alterações psicológicas. Um estudo mostra que entre pacientes mantidos em sedação por infusão contínua, cerca de 47% têm recordações de fatos reais e, 34% de memórias ilusórias, sendo tais fatos relacionados também à gravidade da doença, tempo de ventilação mecânica e permanência na UTI (VIEIRA et al., 2011).

Verifica-se que os sedativos são usados em larga escala em terapia intensiva, portanto, existem protocolos de avaliação diária do paciente para definição de suspensão ou manutenção de sedação, conhecidos como “protocolos de despertar diário”. O documento de recomendações da AMIB sobre analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em terapia intensiva, traz sugestões sobre a avaliação

periódica da intensidade da sedação, do bloqueio neuromuscular e analgesia, pois muitos dias de sedação podem trazer efeitos deletérios para os que fazem uso destes fármacos, aumentando assim os dias de internação, tempo em ventilação mecânica, alucinações descritas após a alta pelos pacientes e consequentemente maior custo para as instituições de saúde (AMARAL, 1996; MORITZ; SOUZA; MACHADO, 2005).

1.2 Classes de sedativos

Segundo Benseñor e Cicarelli (2003), por questões didáticas os sedativos podem ser divididos em 6 grupos:

[...] barbitúricos (notadamente o tiopental sódico), benzodiazepínicos (incluindo o midazolam, o diazepam e o lorazepam, este último não disponível no Brasil para infusão parenteral), derivados fenólicos (propofol), neurolépticos (limitados em sedação exclusivamente ao haloperidol), opióides (incluindo a morfina e o fentanil e seus derivados) e agentes inalatórios (particularmente o isoflurano).

Os consensos de sedoanalgesia em UTI têm indicado opioides como uma boa escolha, sendo o propofol o que tem sido mais citado, no entanto a realidade da maioria das UTIs ainda é o uso de fentanil e midazolam, fármacos utilizados desde 1980. Sobretudo, o arsenal farmacológico de sedativos tem sido modificado, com adição de cetamina e dexmedetomidina, os quais proporcionam melhores resultados clínicos (MORITZ, 2005).

Estudos comparativos entre midazolam e propofol demonstram sedação efetiva, porém o primeiro proporciona maior estabilidade hemodinâmica e o tempo de estabilidade farmacológica de infusão maior, enquanto o segundo tem sido aliado quando há necessidade de uma extubação mais rápida, mas em contrapartida possui estabilidade menor de infusão (MORITZ, 2005).

O midazolam é conhecido pela sua farmacocinética mais duradoura no organismo e efeitos compatíveis com *delírium*, enquanto que o propofol pode proporcionar acúmulo de soluções lipídicas e hipertrigliceridemiantes em órgãos como fígado e pulmão, além de possuir uma ligação com um maior índice de infecção por estar associado à inibição da formação de radicais livres, inibição do influxo de cálcio com consequente diminuição da apoptose e morte celular. Na tentativa de diminuição do índice de hipertrigliceridemia, o propofol 1% foi substituído pelo 2%, onde observou-se uma diminuição da mesma, porém ainda há relatos na literatura de que o uso do propofol em altas doses por um período superior a 48 horas pode estar

associado à falência cardíaca, rabdomiólise (lesão de fibra musculares com liberação de altas concentrações de mioglobina na circulação sanguínea), acidose metabólica grave e insuficiência renal (MORITZ, 2005).

Por promover uma sedação superficial com evidências de que a dexmedetomidina diminua os índices de disfunção cognitiva e *delírium*, tem sido associada a clonidina e, têm sido bem aceitas na sedoanalgesia (BERBIGIER, 2012). A clonidina parenteral é um anti-hipertensivo que tem sido usado para potencializar efeito analgésico e para tratamento de sintomas da síndrome de abstinência provocada por opioides, álcool e cocaína, porém possui efeitos adversos como hipotensão e bradicardia (BAGATINE et al., 2002).

A dexmedetomidina vem sendo inovadora pelas suas características de ação rápida, grande capacidade de titulação, podendo assim obter em um curto espaço de tempo a sedação desejada, baixo efeito colateral, mínima depressão respiratória e sinergismo com a maioria das drogas utilizadas em terapia intensiva. No entanto, é preconizado que a infusão não seja superior a 24 horas (BARR et al. 2013; BAGATINE et al., 2002).

1.3 Percepções do paciente em estado de coma

Para o *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* “o coma é um estado de não responsividade do qual o indivíduo ainda não foi despertado, durante este período se perdem atividades cerebrais superiores, conservando-se controle do sistema cardiorrespiratório”. Portanto, o coma pode ser entendido como um estado de inconsciência profunda, onde a pessoa perde total ou parcialmente a sua percepção, levando a perda de motricidade, de capacidade de abertura ocular e de resposta a estímulos sensoriais. Geralmente, essas perdas são ocasionadas por lesões cerebrais, problemas metabólicos ou endócrinos, intoxicações e, dependendo da gravidade a função cerebral pode ser mantida em menor grau de atividade ou totalmente perdida (CABRAL, 2008; NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE, 2017).

Estudos apontam que nos pacientes em coma a audição é o último sentido que se perde. Porém, mesmo com o avanço da neurociência ainda não se pode precisar o que realmente acontece e é percebido pelo ser humano nesse estado. Com isso, é de suma importância ter cuidado com o ambiente sonoro, estar atento ao falar

com outros profissionais à beira leito e da importância de se comunicar verbalmente com o paciente antes de qualquer procedimento, mesmo estando em coma (PUGGINA; SILVA, 2009).

No âmbito da audição, a presença do familiar e seus dizeres para com o paciente em coma têm se mostrado muito importantes. Palavras de carinho, de encorajamento e principalmente mensagens religiosas são as mais faladas pelos familiares a um paciente em UTI. Acredita-se que ao pronunciar o nome do paciente ou colocar uma mensagem com uma voz familiar, o estímulo realizado seja maior, já que as pessoas tendem a prestar mais atenção a fatos que tenham valor cognitivo e emocional (PUGGINA; SILVA; ARAUJO, 2008).

Assim, a comunicação verbal, não verbal e o toque são instrumentos com grande importância no cuidado com o ser humano em coma, pois 27% deles apresentam consciência de movimentos, emocional, auditiva e táteis, relatando após alta sentirem picadas de agulhas, e choque do desfibrilador por exemplo (ALDRIDGE; GUSTORFF; HANNICH, 1990; CASTRO; SHERER, 2012).

Os órgãos sensoriais humanos precisam ser constantemente regulados para captação de eventos relevantes, visto que a capacidade de processamento e os canais de resposta possuem limites. Essas limitações proporcionam uma constante competição pelos canais de processamento do sistema nervoso central, com a complexidade de conexões sinápticas, onde o estímulo pode ser caracterizado e recebido com atenção ou indiferença, sendo todo contexto e a experiência passada relevantes e levadas em consideração (PAREJO, 2014).

São inúmeras as dúvidas sobre o que ocorre com pacientes em coma, os profissionais devem estar atentos aos sinais e sintomas fisiológicos para determinar se há ação do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e/ou do Sistema Nervoso Central (SNC). O equilíbrio entre os dois sistemas determina a frequência cardíaca, porém ainda sofre ação do hormônio tireoideano e das catecolaminas circundantes (PUGGINA; SILVA, 2009).

Na perspectiva de aferir o nível de consciência do paciente comatoso, faz-se uma avaliação neurológica do coma fisiológico através da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e, quando o estado de coma é induzido por sedativos, a verificação deve ser feita por meio da *Richmond Agitation Sedation Scale* (Escala de RASS) ou pela escala de RAMSAY, dentre outras existentes, entretanto a de RASS é mais

utilizada quando se trata da verificação de *delírium*, sendo aplicada anterior a metodologia do CAM-ICU (PUGGINA; SILVA, 2009).

A ECG foi vislumbrada pela primeira vez em 1974, produzida pelos autores Graham Teasdale e Bryan Jennet, desde que foi publicada na revista *LANCET* vem sendo amplamente utilizada na prática clínica para definição do estado neurológico de pacientes com uma lesão cerebral aguda analisando seu nível de consciência após traumatismo cranioencefálico. Em maio de 2018 foi publicado no *Journal of Neurosurgery* (Publicação Oficial da Associação Americana de Cirurgiões Neurológicos) a versão mais recente da escala, denominada Escala de Coma de Glasgow com resposta pupilar (ECG-P) (MCNAMARA, 2018).

O objetivo da combinação da ECG juntamente com a avaliação pupilar é avaliar dois dos principais indicadores de gravidade da lesão cerebral traumática em um único índice simples, o que pode melhorar a tomada de decisão sobre o atendimento ao paciente de maneira tão eficaz quanto ao se utilizar métodos mais complexos (BRENNAN; MURRAY; TEASDALE, 2018).

Quadro 1 - Escala de coma de Glasgow.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 Espontânea	5 Orientado	6 Obedece a dois comandos ou mais
3 Estímulo de Voz	4 Confuso	5 Localiza dor
2 Estímulo Motor	3 Palavras Inapropriadas	4 Flexão Normal
	2 Sons Incompreensíveis	3 Flexão Anormal
		2 Extensão Anormal
1 Ausente	1 Ausente	1 Ausente
() Não –Testável	() Não -Testável	() Não –Testável

Fonte: Traduzido pela autora, conforme Teasdale (1975) e documento original disponível em <<http://www.glasgowcomascale.org/whats-new/>>

Quadro 2- Escala de avaliação pupilar.

OLHOS NÃO REATIVOS À LUZ	PONTUAÇÃO DE REATIVIDADE DA PUPILA
AMBOS OLHOS	2
UM OLHO	1
NENHUM OLHO	0

Fonte: Traduzido pela autora, conforme Brenom et al. (2018); Araújo (2018).

Além das preocupações em determinar o estágio de coma de cada paciente na UTI, é necessário ter atenção à sua recuperação sensorial, sobretudo quando foram utilizados sedativos para induzir ao coma, deste modo foram criados programas de Estimulação Multissensorial (EM) que produzem estímulos visuais, táteis, auditivos, olfatórios gustatórios e vestibulares, na tentativa de elevar a percepção e melhorar o nível de consciência (CASTRO; SCHERER, 2012).

Pesquisas sugerem que os estímulos sensoriais devem ser iniciados entre 72 horas a 1 semana após o coma. Contudo, é necessário observar-se alguns critérios como ECG menor que 10 e PIC menor que 15 durante 24 horas (CABRAL et al., 2008). Cabral et al., (2008) apontam que as sessões de estimulação devem durar de 10 a 15 minutos, enquanto Wood (1991), Sosnowski et al. (1994), Toller et al. (2003) e Gerber (2005), afirmam que o tempo ideal seria de 45 minutos.

1.4 Percepções ilusórias ou *delírium*

Segundo Eijik e Slooter (2010):

[...] *Delírium* é definido como uma perturbação da consciência, com alterações cognitivas ou distúrbios de percepção, que podem se desenvolver a curto ou longo prazo, em pacientes clínicos ou cirúrgicos que inspiram cuidados extremos.

Na prática clínica esse estado tem gerado maior morbimortalidade, maior tempo de hospitalização e piora cognitiva, podendo ainda ser confundido com demência, depressão ou diminuição do poder cognitivo, o que faz aumentar os desafios para um diagnóstico preciso (LUNA, 2013).

Alguns instrumentos para avaliação do *delírium* são validados nacional e internacionalmente, porém no Brasil, o mais usado é o *Confusion Assessment Method* (CAM) e suas versões revisadas e compreendem os critérios estabelecidos pelo

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-5) que preconiza que a escala para este tipo de avaliação seja composta por 4 aspectos: validação específica para *delírium*, avaliação de múltiplas características do *delírium*, capacidade de distinção entre *delírium* e demência, avaliação de múltiplas características sobre o *delírium* e a praticabilidade de uso em pacientes com *delírium* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Especificamente para avaliar *delírium* de pacientes em terapia intensiva, é necessário aplicar primeiramente a escala de RASS (Quadro 3) para identificar a profundidade de sedação e a função cerebral do paciente, caso o escore obtido seja entre -3 e +4, deverá ser aplicado o CAM-ICU, desenvolvido para essa finalidade (Figura 1) (LUNA, 2013).

A seguir é apresentado o método de avaliação de *delírium* para pacientes em terapia intensiva.

Quadro 3 - Escala de Richmond de Agitação-Sedação.

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento, perigoso
+3	Muito Agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos e 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.

$$\text{Delírium} = 1 + 2 + 3 \text{ ou } 4$$

Figura 1 - Método de Avaliação da Confusão Mental em UTI.

Fonte: Luna (2013).

1.5 Percepção da enfermagem em relação ao paciente durante o cuidado

Quando se fala em cuidado intensivo é comum surgir por parte dos familiares leigos, pensamentos fantasiosos, no que tange a assuntos de saúde pois estes veem a UTI como o local em que “as pessoas vão para morrer” ou “está nas últimas”, levando a ideia errônea deste ambiente, uma vez que é uma unidade para pacientes que estão numa condição clínica grave, porém, muitas vezes possuem bom prognóstico. Neste sentido, é atribuído ao enfermeiro estabelecer rotinas de comunicação com os familiares, tentando traduzir a importância do entretenimento destes com seus entes neste estado e sobretudo estabelecer contato direto com o paciente, atentando a equipe da importância de tratá-lo como um paciente que é capaz de ouvir e interagir com o ambiente, emitindo respostas a partir dos estímulos que lhes são produzidos (PUGGINA, 2008).

O estado de coma, sendo ele induzido ou fisiológico em pacientes hospitalizados tem sido alvo de muitas dúvidas, porém poucos estudos têm direcionado a enfermagem no cuidado a esses pacientes. A literatura traz dados mais específicos quanto à detecção dos sinais emitidos por eles, sendo necessária uma busca incessante para respostas ainda não advindas de pesquisas, de qual é ao certo a percepção deste paciente, para que se possa reorientar a equipe de enfermagem ao cuidado, respeitando sempre a integralidade do indivíduo (PUGGINA, 2009).

Um estudo realizado na unidade semi-intensiva em um hospital universitário de Curitiba - PR em 2008, evidenciou que a comunicação entre profissionais de enfermagem e o paciente crítico sob sedação, era presente em apenas 37,5% dos procedimentos e que durante a administração de medicamentos ou a mudança de decúbito não era evidente nenhum tipo de comunicação. É de suma importância ressaltar que o comprometimento de algumas funções cerebrais e sensoriais não implica em percepção inexistente do paciente em relação ao cuidado e ao ambiente. No que tange a ausência de comunicação do profissional, nas suas variadas formas durante o cuidado ao paciente, pode-se remeter a um dilema ético/moral no qual há uma negligência psicoespiritual para com o indivíduo, subestimando seus medos e anseios (POTT et al., 2013).

Puggina e Silva (2009) relatam que deve-se perceber manifestações e correlatos fisiológicos, conduzidos pelo SNA, quando se produz um estímulo, como: aumento da frequência cardíaca, frequência respiratória, rubor facial que podem ser

traduzidos como uma emoção positiva, ou ainda, aumento da frequência cardíaca, palidez e sudorese que podem ser a tradução de algo negativo.

Diante deste cenário, destaca-se a necessidade de avaliar as percepções reais e ilusórias do paciente em coma induzido, para direcionar a forma mais adequada de empregar ações que auxiliem na recuperação sensorial e melhorem o manejo clínico destes indivíduos, pois entende-se que o desconhecimento sobre o assunto compromete a adoção de estratégias assistenciais, principalmente pelo enfermeiro e equipe de enfermagem, que são os profissionais que acompanham o paciente durante maior tempo em uma internação (COSTA et al., 2014).

Superar este desafio da prática clínica em UTI está diretamente associado a obter maiores esclarecimentos da assimilação do coma induzido por parte do paciente que foi submetido a esta condição para tratamento.

É essencial salientar ainda, a responsabilidade atribuída à ciência em responder quais são as percepções factuais e alucinógenas do paciente induzido ao coma. Entretanto, o tema ainda carece de estudos específicos para maior avanço. Frente a esta problematização acredita-se que uma revisão de literatura científica seja necessária para identificar de qual maneira tem sido abordada a percepção do paciente induzido ao coma na literatura. Após isto, propõe-se a elaboração de um instrumento em forma de questionário para avaliar as percepções reais e ilusórias de sujeitos que passaram pela experiência de coma induzido. Acredita-se que tal avaliação contribuirá para o avanço nesta área de estudo, pois possibilitará aos profissionais de enfermagem descreverem seus achados com maior rigor científico, tendo em vista melhorias na qualidade da assistência de enfermagem frente ao momento de maior vulnerabilidade física e emocional do paciente em terapia intensiva.

1.6 Referencial metodológico

Os avanços da tecnologia têm sido impositores na reformulação e implementação de mudanças no processo de cuidar. Para uma compreensão mais ampla do impacto dessas mudanças no cuidado, é necessário validar evidências que comprovem a efetividade de alguma intervenção (PEDROLO et al., 2009).

Desde 1970 a Prática Baseada em Evidências (PBE) tem demonstrado a necessidade de criticidade do uso dos resultados de pesquisas e estudos científicos.

A primeira divulgação da PBE foi no trabalho do epidemiologista britânico *Archie Cochrane* e, no Brasil teve origem na medicina em faculdades do estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (DANSKI et al., 2017).

O movimento da PBE foi desenvolvido com foco voltado para diminuição das lacunas entre teoria e prática, uma vez que houve a constatação de que as evidências geradas por pesquisadores não chegavam aos profissionais de saúde e pacientes de forma atualizada (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Na enfermagem, desde 1996, um grupo de enfermeiros americanos denominado *Capital Area Alliance for Nursing Research and Research Utilization* têm se dedicado a desenvolver e evidenciar ações que possam promover a melhoria do cuidado em saúde por meio da PBE (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). Adicionalmente, a PBE que vem sendo utilizada como ferramenta de trabalho na enfermagem é definida como “uma abordagem voltada para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentado no conhecimento e qualidade da evidência” (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

A metodologia da PBE pode ser descrita como a definição de um problema, avaliação crítica das evidências já disponíveis e execução dessas práticas com foco na análise de resultados de pesquisas publicadas. Consequentemente, quando se fala da aplicação dessa metodologia na prática de enfermagem, é necessário formular uma questão clínica a ser respondida com as evidências identificadas na literatura (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014; PEDROLO et al., 2009; MENDES et al., 2008). A evidência também pode ser descrita como novos conhecimentos advindos de pesquisa rigorosa (DANSKI et al., 2017; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Na enfermagem, o uso da PBE pode contribuir para a mudança no cuidado, por possibilitar uma prática reflexiva embasada no conhecimento técnico-científico, melhorando assim, a qualidade da assistência prestada. As evidências devem ser resgatadas com propósito de manter as decisões clínicas, diagnósticas, intervenções e resultados com acurácia (CRUZ; PIMENTA, 2005).

A trajetória seguida na PBE abrange redimensionar prioridades, realizar a avaliação clínica e estruturar o tempo para realização de pesquisas. Diante desses fatores, o profissional terá subsídios para intervenções mais eficazes por estarem pautadas sempre no conhecimento técnico-científico (MOTTA, 2018).

É fundamental que o enfermeiro busque conhecimentos e habilidades para melhor exercício do trabalho, tendo como meta o cuidado embasado em evidências

científicas, para tanto há a necessidade de uma mudança não só do profissional na esfera organizacional, mas também na esfera educacional e individual para aprimoramento da PBE (GALVÃO; SAWADA, 2003).

A capacidade de identificar e localizar documentos sobre um assunto de pesquisa é uma habilidade importante e, que exige adaptabilidade de um pesquisador na produção de um estudo significativo para a enfermagem, o que torna a revisão de literatura uma tarefa crucial para a maioria dos pesquisadores quantitativos (POLIT; BECK, 2012).

A revisão integrativa da literatura tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Dessa forma, o pesquisador pode elaborar a revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Neste estudo, a PBE forneceu os subsídios para a realização de revisão integrativa, uma vez que por meio dela aplicou-se metodologia amplamente aceita para fundamentar cientificamente as evidências encontradas sobre a temática desta dissertação e fundamentar a proposta de instrumento de avaliação.

A elaboração do instrumento foi orientada pelos pressupostos da Psicometria, sendo essa uma área que estuda os fenômenos psicológicos e que se caracteriza por expressar/observar um fenômeno psicológico por meio do número (PASQUALI, 2003).

Há três caminhos para compreender o comportamento humano no contexto das ciências sociais empíricas, assim descritos: 1º) Observação = observar o comportamento que ocorre naturalmente no âmbito real; 2º) Experimento = criar situações artificiais e observar o comportamento frente as tarefas definidas para essas situações e 3º) *Survey* = perguntar às pessoas sobre o que fazem/fizeram e pensam/pensaram. As três técnicas citadas possuem vantagens e desvantagens e caberá ao pesquisador definir a mais adequada para seu objetivo de pesquisa. O *survey* ou levantamento de dados por amostragem assegura melhor representatividade e permite generalização para uma população mais ampla e tem o questionário como seu principal instrumento para esse levantamento. Dessa forma tem-se a definição de questionário como um conjunto de perguntas sobre um

determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informações biográficas (GÜNTHER, 2003).

Frente ao exposto, temos a revisão integrativa da literatura como uma importante etapa cumprida para fornecer os elementos necessários à elaboração do questionário ora apresentado em sua versão protótipo.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir questionário estruturado para avaliação de percepções reais e ilusórias de pacientes após o coma induzido.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura científica as percepções reais e ilusórias de pacientes em coma induzido;
- Elaborar versão protótipo do questionário para avaliação das percepções reais e ilusórias de pacientes após o coma induzido.

MÉTODO

3 MÉTODO

Nesta seção será apresentada a metodologia utilizada para o desenvolvimento da revisão integrativa da literatura e da elaboração do questionário, denominadas como Fase 1 e Fase 2, respectivamente.

3.1 Fase 1 Revisão Integrativa da Literatura

A revisão integrativa deste estudo foi executada em seis etapas, a seguir descritas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

1ª etapa) Identificação do tema e seleção/elaboração da questão norteadora

A elaboração da questão norteadora é descrita como uma das etapas mais importantes da revisão integrativa, uma vez que é por meio dela que os estudos serão incluídos, os descritores e palavras-chaves definidos, bem como a identificação das informações a serem coletadas nos estudos localizados (DANSKI et al., 2017; SOARES et al., 2014; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora deste estudo foi delineada em conformidade com o recomendado pela estratégia PICO, cujo acrônimo é referente aos componentes População (ou problema), Intervenção (ou exposição), Comparação e *Outcomes* (desfechos) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Sendo assim definido:

- P => Paciente {Paciente adulto}
- I => Intervenção {Coma induzido}
- C => Comparação {Neste estudo não há}
- O => *Outcomes*/desfecho {Identificação de percepções reais e ilusórias}

Diante do exposto foi elaborada a questão norteadora “Quais as percepções reais e ilusórias de pacientes em coma induzido?”.

2ª etapa) Buscas (amostragem) na literatura

Para elaboração de uma revisão de literatura se faz necessário elencar os descritores e palavras-chaves que respondem ao tema proposto. Para tanto, vale retomar alguns significados e distinções entre descritores e palavras-chaves. Descritores são termos estruturados que permitem a pesquisa em vários níveis os quais são usados na indexação afim de designar o assunto de uma obra. A palavra-chave faz referência ao grupo de palavras retiradas de um texto, afim de indicar seu conteúdo (KARINO, FELLI, 2012).

As buscas para identificação dos artigos foram realizadas nas bases de dados *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe), *Medline* (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), BDEF (Base de Dados de Enfermagem), *Cinahl* (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), *Web of Science*, *Scopus*. Utilizou-se descritores controlados, estipulados de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e não controlados (palavras-chaves) juntamente com os operadores booleanos “AND” e “OR” para efetuar o cruzamento entre os descritores e palavras-chave nas buscas. Dessa forma, de acordo com o significado que possuem (Quadro 4) utilizaram-se os descritores sedação profunda/*deep sedation*; delírio/*delirium*; memória/*memory*; *critical care*; *nursing* e a palavra-chave, terapia intensiva.

Quadro 4 - Tipos e significados dos descritores e palavra-chave utilizada nas buscas.

Descritor / Palavra chave*	Significado
Deep Sedation (MeSH)	Drug-induced depression of consciousness during which patients cannot be easily aroused but respond purposely following repeated painful stimulation. The ability to independently maintain ventilatory function may be impaired.
Sedação Profunda (DeCS)	Depressão de consciência induzida por medicamento durante a qual os pacientes não podem ser facilmente despertados, mas respondem propositadamente a repetidas estimulações dolorosas. A capacidade para manter a função respiratória pode ser prejudicada.

Delirium (MeSH)	A disorder characterized by CONFUSION; inattentiveness; disorientation; ILLUSIONS; HALLUCINATIONS; agitation; and in some instances autonomic nervous system overactivity. It may result from toxic/metabolic conditions or structural brain lesions.
Delírio (DeCS)	Transtorno caracterizado por confusão, desatenção, desorientação, ilusões, alucinações, agitação e, em alguns casos, superatividade do sistema nervoso autônomo. Pode resultar de afecções tóxicas/metabólicas ou lesões cerebrais estruturais.
Memory (MeSH)	Complex mental function having four distinct phases: (1) memorizing or learning, (2) retention, (3) recall, and (4) recognition. Clinically, it is usually subdivided into immediate, recent, and remote memory.
Memória (DeCS)	Função mental complexa que tem quatro fases distintas: (1) memorização ou aprendizagem, (2) retenção, (3) rememoração e (4) reconhecimento. Clinicamente, a memória é, em geral, subdividida em imediata, recente, e remota.
Intensive Care Units (MeSH)	Hospital units providing continuous surveillance and care to acutely ill patients.
Unidades de Terapia Intensiva (DeCS)/	Unidades hospitalares que proveem a assistência intensiva e contínua em pacientes em estado grave.
Critical care (MeSH)	Health care provided to a critically ill patient during a medical emergency or crisis.
Cuidados Críticos (DeCS)	Tratamento de saúde prestado a pacientes em estado crítico.
Nursing (MeSH)	The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.
Enfermagem (DeCS)	Campo da enfermagem voltado para a promoção, manutenção e restauração da saúde.
Terapia Intensiva	-

Fonte: Elaborado pela autora.

Os descritores e palavras-chave foram utilizados de acordo com as seguintes estratégias de busca nas bases de dados:

➤ *Web of Science*

(Deep Sedation) AND (Delirium) OR (Memory) AND (Critical Care) AND (Nursing)

➤ *Cinahl*

(Deep sedation AND Delirium OR Memory AND Critical Care AND Nursing)

➤ *Lilacs*

(tw:(Sedação Profunda)) AND (tw:(Delirio)) OR (tw:(Memoria)) AND (tw:(Terapia Intensiva))

➤ *Bdenf*

Sedação AND Profunda AND Delírio AND Memória AND Terapia AND Intensiva

➤ *Medline*

Sedação AND Profunda AND Delírio AND Memória AND Terapia AND Intensiva

➤ *Scopus*

(Deep AND Sedation) AND (Delirium) OR (Memory) AND (Critical AND Care) AND (Nursing)

3ª etapa) Extração dos dados dos artigos

Para a extração dos dados dos artigos seguiu-se a recomendação da literatura no que diz respeito a coleta dos dados a fim de se ter um registro organizado das informações coletadas, para este registro foi utilizado um instrumento de coleta de dados bibliográficos adaptado do validado por Ursi (2005). Os dados extraídos contemplaram a autoria, ano e periódico de publicação, delineamento metodológico, intervenção estudada, principais resultados e conclusões (Apêndice A).

4ª etapa) Análise dos estudos incluídos

Nesta etapa, os artigos incluídos foram analisados quanto ao nível de evidência conforme o delineamento metodológico em cada artigo. Os estudos foram classificados como Nível I de evidência - revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC) relevantes, ou de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ECRC; Nível II - a evidência derivada de um ou mais ECRC adequadamente delineados; Nível III - a evidência obtida de ensaios clínicos devidamente delineados, sem randomização; Nível IV – aqueles constituídos pela evidência proveniente de estudo de caso-controle ou coorte com delineamento apropriado; Nível V - a evidência proveniente de revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos; Nível VI - aquele composto por evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo e finalmente a evidência Nível VII - aquela oriunda da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas. Destaca-se que as evidências encontradas nos níveis I e II são consideradas forte, nos níveis III e IV são moderadas e nos níveis V, VI e VII são fracas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

A análise dos estudos primários contemplou também a classificação das percepções identificadas.

5ª etapa) Síntese dos resultados dos estudos incluídos

A partir da síntese dos resultados, a discussão dos estudos foi baseada em outras publicações acerca da temática, análise, conclusões e inferências da autora.

De acordo com a literatura é nesta etapa que se são identificadas as lacunas do conhecimento existente e são propostos estudos futuros para a melhoria da assistência de enfermagem (GANONG, 1987).

6ª etapa) Apresentação/síntese dos estudos revisados

Enquanto última etapa a ser cumprida nesta revisão integrativa, elaborou-se fluxograma e quadros contemplando os resultados das etapas descritas e os principais resultados dos artigos incluídos.

A apresentação dos resultados da revisão deve ser compreensível e justificar as conclusões apresentadas para a prática clínica de enfermagem.

3.2 Fase 2 Elaboração do questionário

Até o presente momento não foi identificado na literatura um questionário estruturado que avalie após a alta da UTI, as percepções reais e ilusórias de pacientes que tenham sido induzidos ao coma. Os estudos que tratam sobre memórias de pacientes durante sua estadia na UTI têm se mostrado inconsistentes. Essa inconsistência advém da dificuldade de lembrança do paciente, do conteúdo das recordações relatadas e pode ser explicada ainda pelo fato do ocorrido ser estudado em períodos distintos após a alta e com diferentes instrumentos para detecção de tal percepção (COSTA; MARCON, 2009).

Assim, seguindo-se as orientações da Psicometria, foi elaborada uma versão protótipo do questionário para tal finalidade.

A Psicometria pode ser definida como a técnica de medida de processos mentais e se fundamenta no método quantitativo como sua principal característica, é bastante aplicada nas áreas de psicologia e educação, representando conhecimento preciso na utilização da linguagem e descrevendo a observação de fenômenos comuns. De uma forma abrangente, a Psicometria busca explicar o sentido das respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas designadas, usualmente chamadas de itens (PASQUALI, 2009).

Para medir, a Psicometria utiliza escalas, questionários, entre outros, que são constituídos por um conjunto de tarefas administradas sob condições controladas e que são usados para avaliar o conhecimento, as habilidades e outras características ou constructos psicológicos de indivíduos. Construir e aferir um instrumento de medida requer amplo conhecimento do constructo que será mensurado e do processo que deve ser percorrido para testar se este instrumento avalia, discrimina ou prediz este constructo (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Na Psicometria os parâmetros “medidos” devem adquirir uma definição substantiva em termos da disciplina psicológica uma vez que uma análise estatística isolada não é suficiente para o entendimento dos fenômenos (PASQUALI, 2003).

A proposta de desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica tem sido tema alvo de grande interesse, sendo que se pode dividir a sua criação em três eixos: procedimento teórico, empírico (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos), sendo que neste estudo serão abordados os procedimentos teóricos

para a apresentação da versão protótipo do instrumento (PASQUALI, 1999; REPPOLD, GURGEL; HUTS, 2014).

De forma geral, os instrumentos de medidas devem ser claros, compreensíveis, de fácil aplicação e passíveis de utilização em contextos clínicos diversos. Contudo destacam-se três fases principais para a construção de um instrumento de medida. Na primeira fase levanta-se o conceito que explica o significado do que se quer medir, sendo este passo alcançado pela revisão de literatura e busca de escalas/questionários já construídos. Caso seja encontrada alguma escala/questionário que não responda às necessidades do pesquisador, inicia-se a construção de um instrumento. A segunda fase corresponde ao desenvolvimento do instrumento, com a geração de itens que sejam relevantes para a mensuração e verificação do tipo de respostas que se quer obter, dicotômica, contínua, etc. Na terceira e última fase verifica-se as propriedades psicométricas, aplicando-se uma série de experimentos para testar se o instrumento desenvolvido é válido e fidedigno (REPPOLD, GURGEL; HUTS, 2014; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; PASQUALI, 1999).

Neste estudo, foram seguidas as orientações para elaboração de questionários de Günther (2003) para a geração dos itens apresentados na versão protótipo, os quais serão brevemente detalhados.

Os itens foram incluídos tendo como referência as percepções identificadas na revisão integrativa e na vivência profissional da pesquisadora do presente trabalho.

O objetivo principal do questionário é identificar as lembranças do paciente após o coma induzido. Na elaboração de um questionário é de suma importância que a relação entre conceito e população alvo esteja clara. De acordo com Günther (2003) o binômio objetivo e população-alvo são correspondentes e compõem a parte prática de termos abstratos como conceito e população. De acordo com o autor precisam ser tratados paralelamente (Figura 2).

Figura 2 - Estágios principais de um *survey*.

Fonte: Günther (2003).

Quanto aos conceitos/itens é o objetivo do estudo que determina os conceitos a serem investigados, devendo-se diferenciar conceitualmente a avaliação de algo existente, o levantamento de necessidades de algo inexistente e distinguir-se entre existência ou falta de algum objeto externo ao indivíduo e de um estado de espírito interno. Portanto, é o objetivo do estudo que determina as perguntas concretas a serem apresentadas, bem como a maneira de apresentar às pessoas é determinada pro conceitos subjacentes a serem explorados (GÜNTHER, 2003).

Em relação a população-alvo deve-se atentar para características como nível educacional, idade, gênero e entender como cada uma delas pode interferir na maneira de administrar um instrumento. Além disso, cabe destacar que há interdependência entre a elaboração e a estratégia de aplicação de um instrumento, sendo que: a complexidade dos conceitos define o número de itens e sua forma de apresentação e que; há relação entre as características da população-alvo e conceitos pesquisados e; o tamanho da amostra influencia a forma de conduzir a aplicação do instrumento, se como entrevista ou questionário, por exemplo. Já o tamanho da amostra é resolvido em função de recursos humanos, financeiros e de tempo disponíveis, sendo que esses influenciarão a forma de aplicação do instrumento, codificação das respostas, processamento e análises subsequentes (GÜNTHER, 2003).

Adiciona-se aos detalhes apresentados, que ao elaborar um questionário há ainda a necessidade de que o pesquisador atente-se para o contexto social da

aplicação do instrumento, o formato e lógica da apresentação das questões e itens e as diferenças nos instrumentos.

De maneira resumida, para Günther (2003), tem-se que em relação ao contexto social da aplicação do instrumento, deve-se considerar que a disposição da pessoa que responderá um instrumento em revelar algo sobre si mesmo, é que permitirá ao pesquisador obter os dados desejados, e caberá a este convencer uma determinada população a participar da pesquisa.

Nesse sentido, os aspectos do contexto social e cultural da interação pergunta-resposta devem considerar quatro dimensões: o *background* cultural (aceitar ser indagado sobre assuntos pessoais e fornecer respostas verdadeiras), do pesquisador (imagem do pesquisador e da organização a qual é vinculado), do respondente (suas características e experiência em participar de pesquisas) e o contexto da pesquisa (ambiente físico e social onde a pesquisa é conduzida e capacidade do instrumento de obter dados válidos).

Quanto ao estabelecimento de confiança quando o instrumento for aplicado pessoalmente por um entrevistador/pesquisador é necessário que este seja treinado a esclarecer quem é o responsável pela pesquisa, objetivos e como o respondente deve fazê-lo, sendo que as instruções devem ser claras o suficiente para que o respondente não precise pedir esclarecimentos e, se essas forem necessárias, as informações fornecidas não podem enviesar as respostas do participante (GÜNTHER, 2003).

Sobre a estrutura e coerência do instrumento são previstas três ações que um pesquisador pode lançar mão para obter maior número de respostas em um levantamento: mostrar ao participante que reconhece seus valores e está lhe apresentando um instrumento interessante a ser respondido; cuidar para que o ato de responder pareça uma tarefa breve, requeira baixo esforço físico, mental, sem embarços, custo financeiro e; estabelecer uma relação de confiança ao identificar-se e apresentar o objetivo do instrumento. De acordo com Günther (2003) um instrumento que estrutura a interação entre pesquisador e respondente deve compreender na introdução, o reconhecimento pelo outro e estabelecer o nível de confiança necessário, as perguntas/formas de resposta e uma despedida com a indicação de benefícios.

Especificamente na despedida, quando o instrumento é respondido pelo participante recomenda-se um agradecimento pela colaboração escrito no final do questionário (GÜNTHER, 2003).

Já em relação a estrutura e sequência, é dado que uma estrutura bem elaborada reduz o esforço mental do respondente. Assim, um primeiro princípio de estruturação é direcionar-se do mais geral para o mais específico; do menos delicado, menos pessoal, para o mais delicado, mais pessoal. Esta ordem se aplica a conjuntos temáticos de itens e a grupos de itens que tratam de uma temática em comum. Um bom item é aquele que gera respostas fidedignas e válidas e possui cinco características básicas: a pergunta precisa ser compreendida e comunicada consistentemente, o que é esperado de resposta deve estar claro ao respondente e estes devem ter toda informação necessária além de estarem dispostos a responder. Para que tais atributos sejam assegurados em um item, cada pergunta precisa ser específica, breve, clara e escrita em vocabulário apropriado e correto. (GÜNTHER, 2003).

Quanto ao formato de apresentação dos itens, estes podem ser de perguntas abertas, fechadas ou misto, onde nota-se que o formato aberto pode proporcionar uma maior profundidade de respostas, no entanto o interpretador terá maior dificuldade de interpretação, enquanto que o formato de perguntas fechadas, se torna mais objetivo, facilitando a resposta para o sujeito e mostra mais respeito à opinião das pessoas, deixando-a classificar suas respostas de forma positiva, negativa ou neutra, ao invés do pesquisador assumir essa tarefa (NOGUEIRA, 2002; GÜNTHER, 2003).

Cabe ainda ao pesquisador definir quais serão os tipos (nominal, ordinal, intervalar, razão) e as características (números, símbolos, ordem) das escalas que serão utilizadas para o respondente indicar suas respostas. Sobre tais definições Günther (2003) alerta que a diferenciação entre os quatro níveis de escala impacta nas possibilidades de análise estatística, sendo que dados obtidos em qualquer das escalas podem ser apresentados por meio de estatística descritiva e/ou inferencial, as quais não serão aqui detalhadas, frente ao contexto de apresentação da versão protótipo do instrumento, o qual será submetido a pré-teste e validação antes de ser adotado para uso na prática clínica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Fase 1 - Revisão integrativa da literatura

As pesquisas nas bases de dados foram realizadas no dia 16 de maio de 2017, buscou-se artigos publicados de 2006 até a data da pesquisa; nos idiomas português, espanhol e inglês; que estivessem disponíveis na íntegra ou não (pois caso houvesse necessidade devia-se obtê-lo em uma biblioteca física ou virtual ou por meio de contato e pedido ao autor); abordassem adultos como público alvo e a percepção do paciente em coma induzido e/ou o conhecimento de enfermagem acerca deste assunto. Os artigos repetidos foram selecionados apenas em uma base de dados.

Identificou-se 269 estudos e após a exclusão dos duplicados e aplicação dos critérios de seleção é que dois pesquisadores distintos avaliaram 106 artigos. Nesta etapa de elegibilidade 91 artigos foram excluídos por terem como foco a percepção da família, a percepção da equipe interdisciplinar e não a percepção do paciente e/ou equipe de enfermagem, também nesse momento houve dúvidas sobre a inclusão de três artigos e optou-se por encaminhá-los ao crivo de um terceiro pesquisador para que fizesse o papel de juiz nessa decisão, sendo assim, a amostra da revisão integrativa foi constituída por 15 artigos (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa. Ribeirão Preto - SP, Brasil, 2018.

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com adaptação de Moher et al., (2009).

Após avaliação minuciosa dos 15 artigos incluídos nesta revisão, identificou-se que as investigações abordavam descrições da percepção do paciente em estado de coma, relatos dos pacientes pós-alta da UTI, onde para verificação de tal percepção foram utilizados variados métodos para avaliação.

Em relação ao idioma, 14 (94,4%) artigos estavam em inglês. A maior concentração das publicações aconteceu no ano de 2013 com cinco (33,3%) artigos, seguido do ano de 2014 com três (20%) e dois respectivamente em 2015 e 2007 com (13,4%) do total de artigos. Três estudos foram conduzidos na Suécia (20%), 40% na Austrália, Canadá e Dinamarca, sendo dois em cada país, 40% realizado nos EUA, Brasil, Finlândia, Noruega, Austrália/Nova Zelândia e Suíça, sendo um em cada país. A revista com o maior número de artigos publicados foi a *Intensive and Critical Care Nursing*, três (20%) seguida da *American Journal of Critical Care*, dois (13,3%), *Australian Critical Care* dois (13,3%) e *Journal of Clinical Nursing* dois (13,3%) (Quadro 5).

Quadro 5 - Características dos artigos da revisão integrativa conforme ano de publicação, autor, título do artigo, periódico e país de origem. Ribeirão Preto - SP, 2018.

Ano	Autor	Título do Artigo	Periódico	País
2016	SVENNINGSSEN, H.; EGEROD, I.; DREYER, P.	Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory	Journal of Clinical Nursing 25: 2807-2815	Dinamarca
2015	FINK, R. M.; MAKIC, M. B. F.; POTEET, A. W.; OMAN, K. S.	The ventilated patient's experience	Dimensions of Critical Care Nursing 34: 301-308	EUA
2015	WHITEHORNE, K.; GAUDINE, A.; MEADUS, R.; SOLBERG, S.	Lived experience of the intensive care unit for patients who experienced delirium	American Journal of Critical Care 24: 474-479	Canadá
2014	CLUKEY, L.; WEYANT, A. R.; ROBERTS, M.; HENDERSON, A.	Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients	American Journal of Critical Care 23: 216-220	Canadá
2014	COSTA, J. B.; MARCON, S. S.; MACEDO, C. R. L.; JORGE, A. C.; DUARTE, P. A. D.	Sedation and memories of patients subjected to mechanical ventilation in an intensive care unit.	Revista Brasileira de Terapia Intensiva 26: 122-129	Brasil
2014	EWENS, B.; CHAPMAN, R.; TULLOCH, A.; HENDRICKS, J. M.	ICU survivors' utilization of diaries post discharge: A qualitative descriptive study	Australian Critical Care 27: 28-35	Austrália
2013	MERLAINEN, M.; KYNGAS, H.; ALA-KOKKO, T.	Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study	Intensive and Critical Care Nursing 29: 78-87	Finlândia
2013	ENGSTROM, A.; NYSTROM, N.; SUNDELIN, G.; RATTRAY, J.	People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study	Intensive and Critical Care Nursing 29: 88-95	Suécia
2013	SVENNINGSSEN, H.	Associations between sedation, delirium and posttraumatic stress disorder and their impact on quality of life and memories following discharge from an intensive care unit	Danish Medical Journal 60: 1-22	Dinamarca
2013	AKERMAN, E.; ERSSON, A.; FRIDLUND, B.; SAMUELSON, K.	Preferred content and usefulness of a photodiary as described by ICU patients - a mixed method analysis	Australian Critical Care 26: 29-35	Austrália

Continua...

...Continuação

2011	SAMUELSON, K. A. M.	Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patient - findings from 250 interviews	Intensive and Critical Care Nursing 27: 76-84	Suécia
2009	STORLI, S. L.; LIND, R.	The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective	Scandinavian Journal of Caring Science 23: 45-56	Noruega
2008	ENGSTROM, A.; GRIP, K.; HAMRÉN, M.	Experiences of intensive care unit diaries: touching a tender wound	Nursing in Critical Care 14: 61-67	Suécia
2007	ROBERTS, B. L.; RICKARD, C. M.; RAJBHANDARI, D.; REYNOLDS, P.	Factual memories of ICU: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission - a multicenter cohort study	Journal of Clinical Nursing 16: 1669-1677	Austrália e Nova Zelândia
2007	ROULIN, M. J.; HURST, S.; SPIRIG, R.	Diaries written for ICU Patients	Qualitative Health Research 17: 893-901	Suíça

Fonte: Elaborado pela autora.

De maneira geral, ficou evidente nos artigos a constante busca dos autores em desenvolver um método pelo qual se possa traduzir a percepção dos pacientes durante o estado de coma, ajudá-los a terem uma melhor linearidade de suas memórias e demonstrar seus sentimentos durante a estadia na UTI (Quadro 6).

Quadro 6 - Síntese dos artigos da revisão integrativa de acordo com ano de publicação, objetivos, método e principais resultados. Ribeirão Preto - SP, 2018.

Ano	Objetivo (s)	Método	Resultados
2016	Compreender a experiência vivida por pacientes intensivos que experimentaram <i>delírium</i> .	Estudo qualitativo, utilizado o método Van Manen de Hermenêutica Fenomenológica e coleta de dados através de áudios registrados em entrevistas semiestruturadas, com 7 homens e 3 mulheres que tiveram <i>delírium</i> de acordo com método CAM-ICU.	Os enfermeiros que trabalham em UTI precisam avaliar o <i>delírium</i> , ajudar os pacientes, oferecer apoio às famílias, afim de orientá-las a lidarem com os efeitos desta experiência.
2015	Explorar as percepções dos pacientes que estavam intubados, recebendo medicação para dor, sedados e contidos na UTI.	Estudo fenomenológico, qualitativo, com entrevista através de questionário semiestruturado com 14 pacientes que foram intubados, receberam medicação para dor enquanto sedados e eram mantidos contidos.	Ser intubado pode ser doloroso e traumático, apesar da administração de sedativos e analgésicos. A sedação pode mascarar a dor incontrolada para pacientes.
2015	Descrever as interações entre pacientes da UTI com o ambiente, relacionando-as com suas memórias pós-alta.	Pesquisa qualitativa/quantitativa, onde foram gravados através de vídeo 4 pacientes por um período de 24 horas. Posteriormente entrevistados após 3 e 6 meses após a alta.	O paciente tem contato direto e indireto durante o cuidado, porém reage à eventos no ambiente da UTI que não incluem necessariamente o contato, possuindo memórias de si mesmo como externas a si.
2014	Explorar o significado da experiência vivenciada pelos pacientes intensivos e suas reflexões sobre a mesma.	Pesquisa qualitativa, sendo implantado um "diário de cabeceira" onde eram anotados os acontecimentos, sendo estes acrescidos de fotos. Posteriormente realizou-se entrevistas sobre a experiência e memórias dos pacientes.	A conversa e a demonstração do livro elucidaram e tornaram consistentes memórias ainda não muito bem delineadas pelos pacientes.

Continua...

...Continuação

2014	Examinar a relação entre o <i>delírium</i> observado em UTI e recordação dos pacientes de eventos factuais até dois anos após a alta.	Estudo de coorte prospectivo multicêntrico constituída de 152 pacientes que participaram de uma entrevista. As entrevistas envolveram uma mistura de perguntas fechadas e abertas.	Os pacientes delirantes tinham significativamente menos memória factual do que os pacientes não delirantes. Sequelas psicológicas adversas expressas como síndrome de estresse pós-traumático foram raras no estudo. Todas as tentativas devem ser feitas para garantir que o ambiente da UTI seja mais hospitaleiro. Explicações contínuas e um ambiente de cuidado podem ajudar para uma recuperação física e mental completa.
2014	Explorar as percepções utilizando os diários dos pacientes sobreviventes e familiares.	Estudo descritivo qualitativo. Os participantes foram pesquisados 3, 6 e 12 meses após a alta hospitalar. Dezoito participantes completaram uma ou mais etapas.	O uso de diários de pacientes foi recebido positivamente pelos participantes neste estudo. Os diários são simples, eficazes em termos de custos, que permitiu aos sobreviventes reconstituir o tempo perdido.
2013	Identificar o conteúdo preferido e a utilidade de um diário na terapia intensiva quando descritos por pacientes.	Estudo de coorte descritivo e exploratório com abordagem de método misto. Os pacientes responderam 1 questionário (n = 115) e participou de uma entrevista (n = 15) seis meses após a internação na UTI. A análise foi realizada em três etapas; O questionário foi analisado por estatística descritiva e categorizado por conteúdo (quatro perguntas abertas) e as entrevistas foram analisadas por conteúdo de manifesto análise.	Os pacientes releam o diário da UTI durante a recuperação o que os ajudou a preencher a memória. Para construir uma história coerente, era essencial que o diário da UTI fosse completo e ampliado por fotos, todos aparecendo em uma ordem cronológica. Os resultados deste estudo poderão corroborar para o desenvolvimento de padrões e diretrizes para diários de UTIs.

Continua...

...Continuação

2013	O objetivo do estudo foi primeiro identificar o <i>delírium</i> , posteriormente foi contabilizar os dias de VM, duração a internação na UTI e mortalidade. Na terceira parte, resgatar memórias de fatos, sentimentos ou <i>delírium</i> .	Foi realizado um estudo prospectivo de coorte com acompanhamento da entrevista. Os pacientes foram incluídos em três estudos multidisciplinares, sendo entrevistados em três momentos durante a internação, sendo à beira leito com uso do CAM-ICU. As entrevistas de acompanhamento foram realizadas por telefone 2 e 6 meses após a alta.	Entre as 3.066 admissões em menos de dois anos, 641 pacientes foram incluídos, representando 6.427 dias na UTI e mais de 18.000 avaliações de <i>delírium</i> . O <i>delírium</i> foi detectado em 65% dos pacientes durante a primeira entrevista na UTI. Em uma visão geral das entrevistas com o uso da ferramenta de memória ICU, algumas memórias da UTI foram lembradas em pelo menos uma vez. Das três entrevistas realizadas por 99% dos participantes eram não delirantes e 89% dos pacientes delirantes.
2013	O objetivo desta análise de conteúdo de oito desses diários é compreender os benefícios potenciais para os pacientes e famílias desta intervenção de cuidado.	Estudo exploratório, qualitativo e descritivo, utilizando a análise de conteúdo convencional para descrever diários escritos para 8 pacientes de UTI.	O conhecimento gerado a partir deste estudo mostrou compreensão de diários escritos para pacientes graves. Através de diários, enfermeiros e familiares compartilharam com o paciente o tempo da UTI, experimentaram e cocriaram os diários. Foram narradas a doença, o tratamento e reações do paciente. Nestes, os escritores mostraram seu cuidado pelo paciente através de sua presença e apoio expressando sentimentos.
2013	Explorar memórias dos pacientes em VM e a existência de uma correlação entre a dor relatada pelo paciente e a percepção da família em relação à esses momentos, ainda, mensurar a satisfação de ambos durante o uso da VM.	Estudo descritivo com entrevista de 84 pacientes da UTI e 77 membros da família dos mesmos.	Membros da família tiveram suas memórias correlacionadas com a avaliação comportamental feita pela enfermeira, porém não condiziam com as memórias de dor relatadas pelos pacientes.

Continua...

...Continuação

2011	Descrever memórias agradáveis e desagradáveis no uso de VM, durante a estadia na UTI, a fim de melhorar o conforto dos pacientes durante e após alta do setor, explorando a perspectiva dos pacientes sobre a experiência dos cuidados intensivos.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, com realização de entrevista com 250 pacientes, sendo que 81% se lembravam da permanência na UTI, 71% descreveram memórias e 59% classificaram-nas como agradáveis.	A maioria dos pacientes possuem algum tipo de memória durante a internação na UTI. Memórias agradáveis como suporte e serviço de assistência são importantes para aliviar o estresse e equilibrar o impacto das memórias angustiantes.
2009	Descrever o conteúdo de memórias em pacientes com <i>delírium</i> na UTI.	O estudo qualitativo e exploratório que usou hermenêutica fenomenológica. A análise textual de 325 consultas presenciais (após duas semanas) e telefone (após 2 semanas e seis meses) foi inspirada pela teoria da interpretação de Ricoeur usando a Ferramenta de Memória da UTI.	Insights sobre temas em pacientes de UTI mostra necessidade de mais estudos para compreender o significado das memórias delirantes comuns nos pacientes. Pois, é benéfico aos enfermeiros para que minimizem sentimentos de ansiedade e medo dos pacientes.
2008	Investigar a relação entre sedação e as memórias relatadas por pacientes submetidos à VM após a alta da UTI.	Estudo de coorte prospectivo, observacional, realizado com pacientes submetidos à VM e que permaneceram por mais de 24 horas na UTI, com avaliação 3 meses após a alta UTI.	Dos 128 pacientes avaliados 84,4% relataram lembranças da internação na UTI, com uma combinação de eventos reais e ilusórios. Sendo que os que estavam em sedação profunda tenderam a obter mais memórias ilusórias.
2007	O objetivo deste estudo foi descrever as experiências das pessoas em um diário pessoal escrito quando estavam gravemente doentes e recebendo cuidados intensivos.	Foram realizadas entrevistas pessoais qualitativas com nove pessoas que anteriormente eram criticamente doentes. Os textos das entrevistas foram uma análise qualitativa de conteúdo.	O diário forneceu o conhecimento necessário sobre o que havia acontecido durante o tempo em que os participantes estavam internados, onde os pacientes possuíam lembranças fragmentadas. Embora tenha despertado sentimentos fortes, a leitura do diário foi um suporte importante por muito tempo após sua permanência na UTI.

Continua...

...Continuação

2007	Descrever as experiências de pacientes que estiveram na UTI em uso de VM.	Foram realizadas entrevistas qualitativas com 8 pacientes que fizeram uso de VM em uma UTI no norte da Suécia.	Ser dependente de outras pessoas e equipamentos para a sobrevivência cria uma sensação de ser entregue nas mãos dos outros e dependência da tecnologia, como se o corpo não pudesse funcionar.
------	---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao nível de evidência, 11 (73,4%) foram classificados como nível VI. Em relação ao delineamento do estudo, oito (53,3%) foram qualitativos, 4 (26,7%) coorte prospectiva e 3 (20%) descritivos. Entre as percepções identificadas, a mais frequente foi o *delírium* em sete (46,7%) estudos, seguido pela valorização do diário de cabeceira como auxiliar da memória em quatro (26,7%), dor e medo em dois (13,4%), memória agradáveis (6,7%) e sensação de dependência (6,7%) com um artigo cada (Quadro 7).

Quadro 7 - Síntese dos artigos da revisão integrativa de acordo com o nível de evidência, delineamento metodológico, número de participantes e percepções identificadas. Ribeirão Preto - SP, 2018.

Nível de evidência	Delineamento metodológico	Número de participantes	Percepções identificadas
VI	Qualitativo	325 pacientes	Memórias de <i>delírium</i> em entrevista face-a-face após duas semanas e em entrevista telefônica após dois e seis meses eram mistura de fatos vividos e ficção
VI	Descritivo	84 pacientes 77 familiares	Memórias de dor sem correlação com a percepção do familiar
VI	Qualitativo	10 pacientes	Memórias de <i>delírium</i> , medo e insegurança
VI	Qualitativo	14 pacientes	Memória de intubação e dor incontrolada mesmo com a administração de sedativos e analgésicos
IV	Coorte prospectiva	128 pacientes	Memória de internação na UTI, com uma combinação de eventos reais e ilusórios
VI	Qualitativo	18 pacientes	Memória de medo e percepção de morte
VI	Qualitativo	4 pacientes	Memórias de si mesmo como externas a si
VI	Qualitativo	8 pacientes	Memórias de dependência e entrega a outras pessoas, dependência da tecnologia como se o corpo não pudesse funcionar
IV	Coorte prospectiva	641 pacientes	O <i>delírium</i> foi detectado em 65% dos pacientes durante a primeira entrevista na UTI
IV	Coorte prospectiva	115 pacientes	O uso do diário auxiliou na recuperação da memória

Continua...

...Continuação

VI	Descritivo	250 pacientes	Memórias agradáveis de assistência, alívio de estresse e memórias angustiantes de sofrimento físico e angústia perceptiva
VI	Qualitativo	24 pacientes	O uso do diário de cabeceira possibilitou o resgate de memórias consistentes
VI	Qualitativo	9 pacientes	O diário forneceu conhecimento sobre os acontecimentos dos quais os pacientes possuíam lembranças fragmentadas
IV	Coorte prospectiva	152 pacientes	Menor memória factual dos pacientes delirantes em relação aos não delirantes
VI	Descritivo	8 pacientes	Os diários possibilitaram lembranças da doença, do tratamento, de reações do paciente e da presença e apoio de profissionais

Fonte: Elaborado pela autora.

A leitura criteriosa dos artigos identificou estudos relacionados à percepção do paciente durante o estado de coma induzido, porém a forma como tais percepções ocorrem ainda não estão claramente estabelecidas a ponto de reorientar o cuidado aos pacientes críticos, respeitando sua individualidade.

As vivências relatadas por pacientes após alta da UTI, sejam elas positivas ou não, têm acarretado um crescente interesse de estudo, afim de pesquisar as alterações emocionais, sua percepção e suas consequências após a alta da UTI.

O tratamento intensivo tem sido associado a uma variedade de fatores que ainda necessitam de explicações sobre o que acontece durante a estadia de um paciente na UTI, alguns estudos demonstram o quanto este tipo de tratamento pode ser desgastante, para os familiares e pacientes e desafiador para equipe que integra o setor. Siqueira et al. (2006) salientam que a comunicação e o inter-relacionamento são fatores de grande importância na tentativa de amenizar a angústia e apoiar, passando confiança e sobretudo, acolhimento ao paciente e seus familiares.

Contudo, na UTI a comunicação com o paciente é limitada, sendo que o paciente se encontra na maioria das vezes sedado, pela sua gravidade e necessidade de dispositivos invasivos para manutenção da vida, fazendo com que a enfermagem supere suas formas de comunicação, sendo necessário uso da linguagem não verbal em 90% dos casos que internam nesta unidade (ROBERTS, et al., 2007).

Poucos estudos têm sido feitos para mensurar as percepções reais do paciente, a maioria dos relatos identificados na literatura são focados na tentativa de identificar o *delírium* durante o uso de sedação. Com isto, identifica-se uma lacuna no conhecimento, demonstrando a necessidade de se desenvolver uma forma de verificar a manutenção dos sentidos do paciente, como por exemplo a audição, uma vez que o mesmo pode estar de fato sabendo o que o permeia, porém é impedido de falar verbalmente o que sente. Diante deste cenário, os profissionais podem estar despreparados para tal cuidado, com a ideia errônea de que o paciente ao se encontrar em estado de coma não está percebendo muito do que ocorre à sua volta, sendo necessário maior grau de discernimento, empatia e sensibilidade para avaliar cada fato, na tentativa de amenizar a síndrome do estresse pós-traumático ocorrido após os dias de internação (CORREA, 1998).

A maioria dos pacientes possui memórias factuais da sua permanência na UTI sendo de vital importância promover um ambiente hospitaleiro na tentativa de diminuir possíveis danos psicológicos advindos do tempo de internação. Os pacientes

ressaltam ainda, falta de privacidade, excesso de ruídos, iluminação excessiva e a má comunicação como fatores que tendem a aumentar sua ansiedade quando submetidos ao tratamento intensivo (ROBERTS et al., 2007).

Rattary, Jonston e Wildsmith (2004) entrevistaram 109 pacientes em um estudo que demonstrou satisfação pelo cuidado recebido por 80% dos pacientes participantes da pesquisa, 64 % relataram “lembranças borradas”, 58% não sabiam distinguir se era dia ou noite, 54% relataram sobre o excesso de barulho na unidade.

Estudo de Storli e Lind (2009) demonstra que pacientes que já tiveram experiência de estar na UTI, relatam que tal fato permanece enraizado em suas memórias, portanto, uma forma de amenizar esse estresse é preencher as lacunas do irreal, com fatos reais. Para isso os pesquisadores utilizaram no estudo um “diário de cabeceira”, o qual foi escrito por enfermeiros e acrescido por fotos, na tentativa de reorganizar a reflexão e lembranças dos pacientes após a alta. Quando indagados sobre sua estadia, constatou-se que os pacientes conseguiram “sentir o espaço”, sendo esta sensação facilitada quando lhes era mostrado o “diário de cabeceira”, e suas experiências se encaixavam e podiam ser integradas de uma maneira mais verdadeira.

É conhecido que os pacientes que passaram por terapia intensiva podem sofrer problemas cognitivos significativos, incluindo síndrome do estresse pós-traumático, que pode ser explicado como um atraso ou resposta prolongada de um evento gerador de estresse. O uso de diários nas UTIs tem sido feito como uma técnica de *debriefing* para os pacientes que estiveram internados, sendo tal técnica utilizada na Dinamarca pela primeira vez em 1984 (EGEROD et al., 2007).

De acordo com a literatura as principais memórias relatadas após o coma induzido são a sede, frio e dor. Os pacientes afirmam que não sabiam distinguir inúmeras vezes se estavam acordados ou sonhando, se era real ou irreal. Quanto às percepções externas relataram um sentimento desagradável de serem objetos de cuidados, pois quando se encontravam sob tratamento, se sentiam totalmente dependente do outro e das tecnologias disponíveis. Ressalta-se ainda, percepções quanto ao paciente do lado sabendo relatar a causa de internação do companheiro próximo ao seu leito, chamando atenção a mais um aspecto da comunicação realizada entre profissionais no setor (MERILAINEN; KYNGAS; ALLA-KOKKO, 2012).

Dados de um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos, reuniu 239 memórias de pacientes após alta da terapia intensiva para avaliação e mostrou

sentimentos angustiantes e delirantes dos pacientes, sendo que 83% apresentaram memórias precisas do período de sedação, e a percepção mais comum relatada foi a visita dos familiares (RINGDAL et al., 2006).

Por meio do presente estudo, identificou-se que as investigações que avaliaram a percepção do paciente enquanto estava submetido ao tratamento intensivo confirmaram a existência de percepções desses quanto ao que ocorre consigo e a sua volta durante o tempo de coma induzido. Contudo, ainda há lacunas no modo de mensuração dessa percepção quando real, uma vez que há métodos que transcrevem apenas o irreal ou *delírium*. Pode-se identificar ainda certo despreparo da equipe ao realizar o cuidado, onde os profissionais agem muitas vezes como se o paciente que ali se encontra não tivesse nenhuma percepção auditiva, tátil e até mesmo visual.

Dados de um estudo multicêntrico desenvolvido na Nova Zelândia e Austrália, expôs relatos de pacientes que informaram memórias de angústia e medo, revelando claramente por meio da reprodução de explicações que lhes foram dadas, que os pacientes possuem memórias detalhadas do pessoal de enfermagem. O estudo identificou ainda uma má comunicação, falta de privacidade e ruídos/barulhos estressores. Apesar de memórias anedóticas que alguns pacientes relataram a grande proporção deles (83%) têm memórias factual e clara de sua estadia na UTI (ROBERTS et al., 2007).

No que diz respeito as memórias ilusórias, estas também puderam ser identificadas nos relatos de pacientes alvos de estudos de percepção. Pacientes que experimentaram sensações delirantes, relataram que se sentiam dentro de uma bolha e lá dentro ninguém podia ajuda-los ou ouví-los. Os pacientes descreveram momentos de percepção como: audição musical e de ondas do mar, o atravessar de um túnel com cores escuras e o passear de navio. Acrescentaram ainda que se presenciavam em diversos locais sendo suas mudanças em curtos períodos de tempo, se viam em boates, salão de beleza, edifícios, pista de corrida, campo de futebol, podendo tais locais e sensações serem descritas com riqueza de detalhes após a alta (ROBERTS et al., 2007).

Dentre toda a equipe interdisciplinar atuante na terapia intensiva, a enfermagem tem sido o suporte de linha de frente enquanto o paciente está na UTI, fornecendo explicações sobre todas as intervenções a serem realizadas, aliviando a dor e a ansiedade, enfatizando-se que o cuidado de qualidade tem impulsionado as

lembranças satisfatórias dos pacientes durante o tratamento. Ressalta-se que a grande maioria dos pacientes possuem lembranças do pessoal de enfermagem, portanto há a necessidade de uma reeducação constante para os detalhes e ações de cuidado (ROBERTS et al., 2007).

O estudo que avaliou a percepção do enfermeiro em relação aos sinais emitidos pelo paciente mostrou que estes subestimaram dados subjetivos em detrimento aos objetivos (ROBERTS et al., 2007).

Estudo de Grossbach, Stranberg e Chlan (2011) mostrou a importância do uso de ferramentas de comunicação com pacientes de terapia intensiva, ressaltando o uso de artefatos para comunicação não verbal. Os autores sugerem placas, aplicação de escalas para mensurar dor e observação de sinais emitidos pelos pacientes, podendo ser traduzidos pela expressão facial acompanhados de variabilidade de sinais vitais. Enfatizam ainda, a necessidade de enfermeiros intensivistas estarem atentos à emissão de sinais de *delírium* durante o cuidado, de se apoderarem de meios de comunicação e linguagem que facilitem a transferência dos acontecimentos recorrentes do quadro clínico aos familiares, juntamente ao médico e a equipe interdisciplinar, levando em consideração que os familiares estão com seu estado emocional e psicológico abalados.

Os resultados dos artigos sintetizados mostraram percepções do paciente sobre o cuidado recebido na terapia intensiva, relatos de angústia e dor, falta de correlação entre os sentimentos dos pacientes e os relatados pelos familiares, evidenciaram a visão dos enfermeiros sobre o *delírium* e estratégias de como auxiliar na recuperação das memórias e sua associação com as vivências durante a permanência na UTI.

4.2 Fase 2 Elaboração do questionário

Obteve-se a versão protótipo do “Questionário de avaliação das percepções do paciente após o coma induzido”, composto de uma breve introdução para apresentação de seu objetivo e instruções de preenchimento, seguido de 15 itens.

O questionário é composto de duas seções, sendo a primeira relativa a temática das percepções e a segunda sobre dados de caracterização sociodemográfica, integração social, religiosidade e sono.

Na primeira seção os itens foram divididos em oito (8) questões fechadas cujas respostas serão assinaladas em uma escala ordinal tipo Likert de cinco pontos e uma questão de classificação das percepções. A segunda seção contém sete (7) questões mistas (fechadas e abertas), onde cinco (5) são respondidas por meio de escala nominal e duas (2) por escrito.

Finaliza-se o questionário com uma despedida e agradecimento ao respondente.

O questionário foi idealizado como autoaplicável, a ser respondido pelo próprio paciente entre 24 a 48 horas após a alta da UTI.

Uma terceira seção é apresentada em separado para que o pesquisador obtenha dados sobre a internação do paciente por meio da pesquisa em prontuário, após o questionário ter sido respondido.

Questionário de avaliação das percepções do paciente após o coma induzido

(Versão Protótipo)

Prezado(a) Paciente,

Com este questionário queremos saber quais são as percepções que você tem sobre o período que esteve em coma induzido “(anestesiado)” na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Essas informações nos ajudarão a entender o que uma pessoa se lembra desse período, após sair da UTI. Não existem respostas corretas.

Por favor, responda todas as perguntas marcando um “X” na caixa apropriada. Se você não tiver certeza sobre como responder, escolha a melhor resposta que se aplique ao que você consegue se lembrar neste momento.

Seção 1. Nesta seção considere somente a percepção que você tem do momento em que esteve em coma induzido.

Percepções	Nenhuma lembrança	Pouca lembrança	Moderada lembrança	Muita lembrança	Total lembrança
1. Presença de pessoas (Familiares, amigos, pessoas próximas, profissionais)					
2. Sons					
3. Estímulos táteis (Toque, vibração, contato com objetos, dor)					
4. Frio					
5. Sede					
6. Aspiração de via aérea					
7. Turnos (Manhã, tarde, noite)					

8. Caso você tenha alguma lembrança, como você a considera?

() real () irreal () não sei

Seção 2. Nesta seção, gostaríamos de fazer algumas perguntas e solicitar dados para caracterizar os respondentes deste questionário.

9. Data de nascimento: ____ / ____ / ____	10. Sexo: () M () F
11. Escolaridade: () Nível Fundamental () Nível Médio () Nível Superior () Pós Graduação	
12. Qual é a pessoa de maior afinidade para você: () companheiro(a) () pais () filhos(as) () amigo(a) () outros familiares: _____	
13. Você participa em atividades familiares? () Sim () Não	
14. Você se considera mais próximo(a) de qual religião: _____	
15. Você considera seu sono () bom () regular () ruim	

Agradecemos sua atenção e tempo dedicado a responder esse questionário!

Seção 3. Dados da internação e sedação.

Dados da Internação	
Data de entrada: ____ / ____ / ____	Data de saída: ____ / ____ / ____
Procedência de setor: () Não () Sim, qual? _____	
Comorbidades colhidas do prontuário: () HAS () DM () DPOC () AVC prévio () DLP () Cardiopatia () Hipotireoidismo	
Diagnóstico de entrada:	
Déficit em órgãos dos sentidos: () Não () Sim () Audição () Tátil () Gustativa () Olfativa () Visão	
Distúrbios do sono () Não () Sim	

Dados da Sedação
() Contínua () Intermitente
Tipo de medicamento sedativo: () Propofol () MDZ () MDZ + FNT () Precedex () Outros: _____
RASS: () 4 () 3 () 2 () 1 () 0 () -1 () -2 () -3 () -4 () -5
Ventilação: () VM () VNI () CN
CAM-ICU: () Há delirium () Não há delirium

Fonte: Elaborado pela autora.

CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

A presente revisão integrativa proporcionou a identificação de evidências científicas quanto ao conhecimento da enfermagem sobre experiências relativas à percepção do paciente enquanto sedado e em estadia na UTI, mensuração do *delírium* nessas unidades e implicações no que diz respeito a forma que a família vivencia todo esse período crítico e suas satisfações.

Foi possível identificar dificuldades para enfermeiros intensivistas se comunicarem com o paciente em estado crítico e em coma induzido, evidenciando lacunas para mensuração das percepções dos sinais emitidos pelos pacientes e sobretudo, da análise dos mesmos, afim de melhorar a assistência de enfermagem, realizando-a de uma forma integral e individualizada.

Após verificação da literatura científica fica evidente a necessidade de obter um método que mensure a percepção real do paciente após o coma induzido, para tanto é necessário eleger uma escala para quantificação desta percepção e classificação do ponto de vista do paciente. Assim, propõe-se a elaboração de um questionário que possa nos traduzir a vivência do paciente em coma durante o período de internação na UTI.

O instrumento apresentado deverá ter suas propriedades psicométricas validadas para adoção na prática clínica.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALDRIDGE, D.; GUSTORFF, D.; HANNICH, H. J. Where am I? Music therapy applied to coma patients. **J R Soc Med. United States**. England, v. 83, n. 6. p. 345-346. 1990.

AMARAL, J. L. G. et al. I Consenso Brasileiro sobre Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular em Terapia Intensiva. In: AMARAL, J. L. G., editor. **Clínicas Brasileiras de Medicina Intensiva. Sedação, Analgesia e Bloqueio Neuromuscular em UTI**. São Paulo: Editora Atheneu; 1997. p. 241-55.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 976p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais (DSM- IV- TR)**. Porto Alegre: Art Med, 2004.

AKERMAN, E.; ERSSON, A.; FRIDLUND, B.; SAMUELSON, K. Preferred content and usefulness of a photodiary as described by ICU patients: A mixed method analysis. **Australian Critical Care**. Austrália, n. 26, p. 29-35, 2013.

AKERMAN, E. et al. Use and practice of patient diaries in Swedish intensive care units: a national survey. **Nurs in Critical Care**. England, v. 15, p. 606-617, 2002.

ARAÚJO, J. A. M. **Escala de coma de Glasgow – Orientações e associação com a avaliação pupilar**. Grupo de Respostas e Ensino em Emergências Pré-Hospitalar (GREEPH). Núcleo de Estudos Científicos em Emergências (NECE). Qualis Educação Continuada & Consultoria. Ceará, 2018.

BAGATINE, A. et al. Dexmedetomidina: Farmacologia e uso clínico. **Rev. Bras Anesthesiol**. São Paulo, v. 52, n. 5, p. 606-617, 2002.

BARR, J. et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. **Crit Care Med**. United States, v. 41, n. 1, p. 263-306, 2013.

BASTO, P. A. S. et al. Repercussões da sedação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **ASSOBRAFIR Ciência**, v.5, n. 2, p.59-72, 2014.

BENSEÑOR, F. E. M; CICALLELLI, D. D. Sedação e analgesia em terapia intensiva. **Rev Bras Anesthesiol**. São Paulo, v.53, n. 5 p. 680-693, 2003.

BERBIGIER, E.J. **Estudo comparativo da clonidina com a dexmedetomidina para a sedação do paciente crítico sob ventilação mecânica**. 2012. 53f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

BRENNAN, P. M.; MURRAY, G. D.; TEASDALE, G. M. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury: Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity. **Journal of Neurosurgery**. Reino Unido, p. 1-9, 2018.

CABRAL, F. A. et al. Estimulação multissensorial em pacientes comatosos: uma revisão da literatura. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 32, n. 1, p. 64-69, 2008.

CARNEIRO, A. V.; ANTUNES, J. L.; FREITAS, A. F. **Conselho Nacional para as ciências da vida**. 2005. 20 p. Relatório sobre o estado vegetativo persistente.

CASTRO, A.; SCHERER, A. A. Características do manejo técnico e interpessoal apresentadas por profissionais da saúde na interação com pacientes em estado de coma. **Ciências & Cognição**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 14-27, 2012.

CLUKEY, L. et al. Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. **American Journal of Critical Care**. United States, v. 23, n. 3, p. 216-220, 2014.

CORREA, A. K. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 297-301, 1998.

COSTA, J. B; MARCON, S. S. Elaboração e avaliação de um instrumento para identificar memórias referentes à Unidade de Terapia Intensiva. **J Bras Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 223-230, 2009.

COSTA, J. B. et al. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva.** São Paulo, v. 26, n. 2, p.122-129, 2014.

CRUZ, D.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 415-22, 2005.

DANSKI, M. T. R. et al. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá, v. 16, n. 2, 2017.

EIJIK, M.M; SLOOTER, A. J. Delirium em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Semin Anesthesiol Vasc Cardiothorac.** v. 14, n. 2, p.141-147, 2010.

EGEROD, I.; SCHWARTZ-NILSEN, K. H.; HANSEN, G. M.; LAERKNER, E. The extent and application of patients diaries in Danish ICUs in 2006. **Nurs in Critical Care.** England, v. 12, n. 3, p. 159-167, 2007.

ENGSTROM, A.; GRIP, K.; HAMRÉM, M. Experiences of intensive care unit diaries: touching a tender wound. **Nursing in Critical Care.** England, v. 14, n. 2, p. 61-67, 2008.

ENGSTROM, A. et al. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. **Intens and Crit. Care Nurs.** Netherlands, v. 29, p. 88-95, 2013.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. D.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev Mineira de Enferm.** Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

EWENS, B.; CHAMPMAN, R.; TULLOCH, A.; HENDRICKS, J. M. ICU survivors' utilisation of diaries post discharge: A qualitative descriptive study. **Australian Critical Care**. Austrália, v. 27, p. 28-35, 2014.

FILHO, L. F. **Delirium: uma revisão sistemática**. 2011. 36f. Dissertação (Mestrado em Terapia Intensiva) – Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, Rio de Janeiro, 2011.

FINK, R. M. et al. The Ventilated Patient's Experience. **Dimens Critical Care Nurs**. United States, v. 34, n.5, p. 301-308, 2015.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GALVÃO, M. C.; SAWADA, N. O.; TREVISAN, M. A. Revisão sistemática: recursos que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. United States, v. 10, n. 1, p.1-11, 1987.

GERBER, C.S. Understanding and managing coma stimulation: Are we doing everything we can? **Crit Care Nurs Q**. United States, v. 28, n. 2, p. 94-108, 2005.

GROSSBACH, I; STRANBERG, S; CHLAN, L. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. **Critical Care Nursing**. England, v. 31, n. 3, p. 46-60, 2011.

GÜNTHER, H. (2003). **Como Elaborar um Questionário (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais)**.n. 1. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental. 2003. Disponível em: <<http://www.psi-ambiental.net/pdf/01Questionario.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

HAASE, V. G; CRUZ, M. F; DINIZ, L. F. M. Reabilitação neuropsicológica precoce: uma proposta de atendimento para pacientes em coma e suas famílias. **Psiquiatr. biol**, v. 7, n. 4, p.163-167, dez. 1999.

IANKOVA, A. The Glasgow coma scale clinical application in emergency department. **Emerg Nurs**. v. 14, n. 8, p. 45-57, 2006.

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Cienc. Cuid Saúde**. Maringá, v.11, n. (suplem), p. 11-15, 2012.

LUNA, A. A. **Delirium em terapia intensiva - um estudo retrospectivo**. 2013. 87f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e da Saúde) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

MCNAMARA, D. M. C. **Escala de coma de Glasgow ganha atualização esclarecedora**. 2018. Disponível em: <<http://https://portugues.medscape.com/verartigo/6502288>>. Acesso em: 12 Maio de 2018.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, M. C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**. Santa Catarina, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MERLAINEN, M.; KYNGAS, H.; ALA-KOKKO, T. Patient`s interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. **Intensive and Crit. Care Nursing**. Netherlands, v. 29, p. 78-87, 2013.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Annals of internal medicine**. United States, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.

MORITZ, R. D. Sedação e analgesia em UTI: velhos fármacos-novas tendências. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 52-55. 2005.

MORITZ, R. D; SOUZA, R. L; MACHADO, F. O. Avaliação de um algoritmo para adequação da sedoanalgesia de pacientes internados em UTI e submetidos à ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 265-269, 2005.

MOTTA, A. P. G. **Eventos adversos relacionados à sonda nasogástrica / nasoentérica em pacientes adultos: revisão integrativa da literatura**. 2018. 121f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. Coma Information Page. [Internet]. 2017 [cited 2017 Dez 20]. Available from: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Coma-Information-Page>

NOGUEIRA, R. **Elaboração e análise de questionários: uma revisão da literatura básica e a aplicação dos conceitos a um caso real**. Rio de Janeiro: UFRJ / COPPEAD, 2002. 26p.; Relatórios Coppead; 350.

PAREJO, L. S. **Delírio como foco de atenção para os enfermeiros de terapia intensiva**. 2014. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM & IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003. 397p.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 43, p. 992-994, 2009.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**. Paraná. v. 14, n. 4, 2009.

POTT, F. S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, p. 174-179, 2013.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 62, n. 3, p. 435-441, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300016>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P.; ARAUJO, M. M. T. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 21, n. 2, p. 249-255. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000200003>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

POLIT, D. F., BECK, C. T. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9 Ed., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, **2012** – Medical. 2012. 802 p

RATTARY, J.; JONSTON, M.; WILDSMITH, J. The intensive care experience: development of the ICE questionnaire. **Journal of Advanced Nursing.** England, v. 47, p. 64-73, 2004.

RANDER, I.; LERDAL, A; BJORK, I. T. Nurse`s perceptions of unpleasant symptoms and sings in ventilated and sedated patients. **Nurs in Critical Care.** England v. 18, n. 4, p. 176-186, 2013.

REIS, M. R.; SOARES, L. G. Humanização na UTI – dificuldades encontradas para sua implementação uma revisão integrativa. **Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá.** Paraná, v. 6, n. 1, 2015.

REPPOLD, C. T; GURGEL, L. G; HUTS, C.S. O processo de construção de escalas psicométricas. **Avaliação Psicológica,** Campinas, v. 13, n. 2, p. 307-310, 2014.

RINGDAL, M. et al. Delusional memories from the intensive care unit – experienced by patients with physical trauma. **Intens Crit. Care Nurs,** Netherlands, v. 22, n. 6, p. 346-354, 2006.

ROBERTS, B. L.; RICKARD, C. M.; RAJBHANDARI, D.; REYNOLDS, P. Factual memories of ICU: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission – a multicenter cohort study. **J of Clin Nursing**. England, v.16, p. 1669–1677, 2007.

ROULIN, M J.; HURST, S.; SPIRIG, R. Diaries Written for ICU Patients. **Qual Health Res**. England, v. 17, n. 7, p. 893-901, 2007.

SAMUELSON, K. A. M. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patient – Findings from 250 interviews. **Intens and Crit Care Nurs**. Netherlands, v. 27, p. 76-84, 2011.

SANTOS, F. S. **Delirium: Uma síndrome mental orgânica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, 2007.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006. 467p.

SIQUEIRA et al. **Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência**. Arquivos Médicos do ABC, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 73-77, 2006.

SOARES, C. B. et al. Revisão Integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm.USP**. São Paulo. v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOSNOWSKI, T. G.; USTTIK, M. Early intervention: coma stimulation in the intensive care unit. **J Neurosci Nurs**. United States, v. 26, n. 6, p. 336-341, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7706836>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. .

STORLI, S. L; LIND, R. The meaning of follow-up in intensive care: perspectiva do paciente. **Scand. J. Caring Sci.** Sweden, v. 23, p. 45-56, 2009.

SVENNINGSSEN, H. Associations between sedation, delirium and posttraumatic stress disorder and their impact on quality of life and memories following discharge from an intensive care unit. **Danish Medical Journal.** England, v. 60, n. 4, p. 1-22, 2013.

SVENNINGSSEN, H.; EGEROD, I.; DREYER, P. Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. **J of Clin Nurs.** England, v. 25, p. 2807- 2815, 2016.

TEASDALE G. Acute impairment of brain function-1. Assessing 'conscious level'. **Nursing Times.** England, v. 71, n. 24, p.914-17, 1975.

TOLLER, P.; REIMER, M. Do we need stimulation programs as a part of nursing care for patients in persistent vegetative state? A conceptual analysis. **Axone.** United States, v. 25, n. 2, p. 20-26, 2003.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 128p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VIEIRA T. G.; SOCCOL, K. L. S.; VIERO, N. C. et al. Comunicação entre equipe de enfermagem e paciente em uma unidade de terapia intensiva. **XV Simpósio de Ensino Pesquisa e Extensão (SEPE).** Santa Maria. Out. 2011. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 14 mai. 2015.

WHITEHORNE, K. et al. Lived experience of the intensive care unit for patients who experienced delirium. **American Journal of Critical Care.** Unites States, v. 24, n. 6, 2015.

WOOD, R. L. Critical analysis of the concept of sensory stimulation for patients in vegetative states. **Brain Inj.** United States. v. 5, n. 4, p. 401-409. 1991. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1786503>>. Acesso em: 01 set. 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Instrumento de análise dos artigos selecionados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1- IDENTIFICAÇÃO

Título do Artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome: Instituição: Graduação:
	Nome: Instituição: Graduação:
	Nome: Instituição: Graduação:
	Nome: Instituição: Graduação:
	Nome: Instituição: Graduação:
	Nome: Instituição: Graduação:
País	
Idioma	
Ano de publicação	
Bases de dados Indexada	() SOCOPUS () CINAHL () WEB OF SCIENCE () LILACS () MEDLINE () BDENF
Instituição sede do estudo	() hospital () universidade () centro de pesquisa () pesquisa multicêntrica () outras instituições () Instituição não informada
Tipo de revista científica	() publicação em enfermagem geral () publicação em enfermagem intensiva () publicação em saúde coletiva () publicação em urgência e emergência () publicação em especialidade médica () publicação em outras áreas da saúde () publicação em outras áreas do conhecimento

2 – CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ARTIGO

Tipo de publicação	() Abordagem quantitativa	() experimental () quase experimental () não experimental
	() Abordagem qualitativa	
	() Revisão	() narrativa () meta-análise () sistemática () qualitativa () integrativa
Objetivo ou Questão de estudo		
Amostra	Seleção	() randômica () conveniência () outra. Qual? _____
	Tamanho	Inicial? _____ Final? _____
	Crterios de inclusão	
	Crterios de exclusão	
Tratamento dos dados		
Intervenção	() variável dependente	
	() variável independente	
	() grupo controle	
	() instrumento de mensuração	
Método empregado para mensuração da variável		
Duração do estudo		
Qual a percepção real e ilusória do paciente em coma induzido?		
Resultados		
Análise	Tratamento estatístico	Nível de significância
Implicações		

Nível de evidência	<p>Nível I: revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC) relevantes, ou de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ECRC.</p> <p>Nível II: evidência derivada de um ou mais ECRC adequadamente delineados.</p> <p>Nível III: a evidência obtida de ensaios clínicos devidamente delineados, sem randomização.</p> <p>Nível IV: evidência proveniente de estudo de caso-controle ou coorte com delineamento apropriado.</p> <p>Nível V: revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos.</p> <p>Nível VI: é composto por evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo.</p> <p>Nível VII: é aquela oriunda da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas</p>
--------------------	--

3 AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, amostra, critérios de elegibilidade, intervenção e resultados).	
Limitações ou vieses	

Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Ursi e Galvão (2005).