

DELIRIUM EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS

 <https://doi.org/10.56238/arev7n4-147>

Data de submissão: 14/03/2025

Data de publicação: 14/04/2025

Glaucia Dellaqua Crepaldi

Médica Clínica e Paliativista

Faculdade de Medicina de Marília

E-mail: glauciadellaquacrepaldi@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6073-8023>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/2557750190231124>

Antônio Carlos Siqueira Junior

Enfermeiro Professor Doutor

Faculdade de Medicina de Marília

E-mail: antoniosiqueirajunior@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2351-6256>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0399651029326056>

RESUMO

INTRODUÇÃO: Delirium é uma alteração neuropsiquiátrica de início agudo e curso flutuante, que afeta atenção, consciência, pensamento, percepção, memória e comportamento. Tem alta prevalência entre pacientes que se apresentam nas unidades hospitalares, principalmente os mais idosos. Interfere na morbimortalidade, aumenta o tempo de internação, causa declínio funcional e cognitivo a curto e longo prazo. Estudos mostram que o conhecimento sobre o delirium tem impacto na prática profissional interdisciplinar. O objetivo da pesquisa foi de identificar e analisar o conhecimento de estudantes e profissionais enfermeiros e médicos, sobre delirium em pacientes internados.

MÉTODOS: Estudo quantitativo descritivo transversal, com aplicação de questionário sociodemográfico e escala likert sobre conhecimento e manejo de delirium, em que se esperava a concordância total dos participantes com a literatura. Os dados foram analisados em correlação, a associação entre o padrão de respostas foi obtida por meio do teste de qui-quadrado (χ^2). Foi adotado um nível de significância igual a 5%. **RESULTADOS:** Obteve-se uma amostra de 168 participantes, 87 estudantes (51,79%) e 81 profissionais (48,21%). No geral, 143 (85,12%) assinalaram sim, e 25 (14,88%) declararam que não sabiam reconhecer delirium. Porém, no questionário de conhecimento e manejo, a assertiva de maior concordância total com a literatura ficou abaixo desta expectativa, com 71,43%, e a de menor com 18,56%. Houve diferença significativa ($P < 0,05$) entre o padrão de respostas de concordar total ou parcialmente com as afirmações. **CONCLUSÃO:** O estudo demonstrou falta de conhecimento dos participantes e que são necessárias intervenções na formação acadêmica e na prática profissional para melhorar o manejo do delirium em pacientes internados.

Palavras-chave: Delirium. Conhecimento. Estudantes. Enfermeiros. Médicos.

1 INTRODUÇÃO

Delirium é uma síndrome de início agudo e curso flutuante, pode apresentar perturbações da consciência, atenção, percepção, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoções e do ciclo sono-vigília. O quadro ter duração variável e ser leve a muito grave. (FREITAS, 2022)

É um transtorno neuro cognitivo envolvendo os domínios da atenção, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, percepto motor e cognição social. Os critérios diagnósticos definidos são: perturbação da atenção e da consciência, que se desenvolve em um breve período e tende a oscilar ao longo do dia, com uma perturbação adicional na cognição, em que as alterações não são mais bem explicadas por outro transtorno preexistente. Além disso, há evidências de que é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica. (DSM 5, 2013)

Para o diagnóstico é preciso pensar em delirium logo na apresentação do paciente ao hospital, considerando: piora da concentração, respostas lentas, confusão, alucinações visuais ou auditivas, mobilidade reduzida, movimento reduzido, inquietação, agitação, alterações no apetite, distúrbios do sono, dificuldade em atender ou seguir solicitações, retraimento ou alterações na comunicação, humor e/ou atitude. (NICE, 2023)

Pode ser classificado nos subtipos: *Hiperativo* (agitação psicomotora acompanhado ou não de oscilação de humor e/ou recusa a cooperar), *Hipoativo* (nível hipoativo de atividade psicomotora que pode estar acompanhado de lentidão, letargia e estupor), ou *misto* (perturbação da atenção e da percepção, e o nível de atividade psicomotora pode oscilar). (DSM 5, 2013)

É considerado comum, ocorrendo em 20% a 70% dos pacientes hospitalizados, sendo que sua prevalência na comunidade varia de 1 a 2%, aumentando para até 30% em idosos que chegam ao pronto-socorro. Nas unidades de internação geral, a prevalência aumenta para aproximadamente 14 a 24%. As taxas pós-operatórias variam de aproximadamente 15 a 53% dos adultos mais velhos. (ALI, 2023)

Múltiplas teorias descrevem possíveis causas do delirium: comprometimento do metabolismo oxidativo cerebral, alterações em neurotransmissores como a acetilcolina, geração de marcadores inflamatórios, desequilíbrio no funcionamento do organismo e desorganização da atividade neural. Modelos multifatoriais definem o delirium como um resultado da combinação entre um paciente vulnerável com fatores predisponentes, exposição a insultos nocivos e associação com fatores precipitantes. (RAMÍREZ, 2023)

É necessária uma avaliação completa das suas possíveis causas reversíveis, sendo as principais causas identificáveis: infecção, intoxicação ou abstinência de álcool/substância, Doença de Wernicke, distúrbios metabólicos, hipoglicemia, medicamentos, trauma, convulsões, acidente vascular cerebral,

hipóxia, deficiências de vitaminas, endocrinopatias, ingestão de toxinas ou metais pesados, dentre outras. (ALI, 2023)

Da síndrome decorrem inúmeras complicações e quando apresentada pelo paciente já na admissão hospitalar pode triplicar o risco de mortalidade em idosos. Na maioria dos casos o diagnóstico não está registrado nos prontuários. (LAMA-VALDIVIA, 2023)

O delirium é considerado preditor de declínio funcional em pessoas hospitalizadas maiores de 70 anos. Sua apresentação afeta a trajetória funcional do paciente e sua recuperação mesmo após 3 meses da alta hospitalar. (TAVARES, 2021)

Representa um fator de risco modificável para demência e sua progressão, e intervenções que previnam ou minimizem o delirium também podem reduzir ou prevenir o comprometimento cognitivo a longo prazo. (FONG, 2022)

Além do risco aumentado de 70% de morte em seis meses e resultados desfavoráveis, também é importante considerar o impacto econômico e a utilização dos recursos, na medida em que aumenta o custo total dos cuidados de saúde. (RAMÍREZ, 2023)

Os pacientes devem ser avaliados com exame físico e história clínica completa, a avaliação clássica de orientação para pessoa, lugar, situação e tempo pode não ser suficiente. Além de levantar informações para a definição da etiologia, deve-se incluir história de abuso de substâncias ou álcool que pode sugerir intoxicação, abstinência ou deficiência vitamínica (ALI, 2022)

Existem ferramentas validadas para o diagnóstico sendo o CAM uma das mais difundidas e foi validada com sensibilidade de 94% a 100% e especificidade de 90% a 95%, incluindo os critérios de mudança aguda no estado mental, curso flutuante, desatenção, pensamento desorganizado e nível alterado de consciência. (RAMÍREZ, 2023)

A confiabilidade do CAM como um instrumento para triagem de delirium em pacientes de enfermaria foi testada sendo considerada uma ferramenta válida, confiável e rápida. (SEDERSTROM, 2021)

Os fatores de risco são divididos em *não modificáveis e modificáveis*. Os principais fatores de risco *não modificáveis* incluem o aumento da idade e a história de um distúrbio neurodegenerativo subjacente, como a demência. Dentre os principais fatores de risco *modificáveis* estão os medicamentos, as infecções, e os fatores ambientais. (RAMÍREZ, 2023)

Foram identificados 33 fatores predisponentes, sendo idade avançada e comprometimento cognitivo ou demência os mais comuns, e 112 fatores precipitantes, os quais foram agrupados em 8 categorias principais: fatores cirúrgicos, doença sistêmica ou disfunção orgânica, anormalidades metabólicas, farmacologia, fatores iatrogênicos e ambientais, trauma, biomarcadores e

neurotransmissores. (ORMSETH, 2023)

Prevenir a sua ocorrência e identificar os pacientes em risco é a intervenção mais eficaz. O direcionamento de fatores de risco modificáveis e abordagens multidisciplinares podem diminuir a sua incidência e duração. São recomendadas intervenções que melhorem o comprometimento cognitivo, que promovam higiene do sono, mobilização precoce do paciente, uso de aparelho auditivo ou de óculos, controle da dor, hidratação, nutrição, funcionamento intestinal e vesical. (RAMÍREZ, 2023)

Mesmo sendo evitável em 30-40% dos casos, a prevenção do delirium continua sendo um desafio para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros que constituem a base do cuidado ao paciente. (VREESWIJK, 2022)

O conhecimento sobre o delirium pode interferir na prática profissional interdisciplinar, tanto para diagnosticar e tratar, como para a prevenção dos casos. Então, a pesquisa teve como objetivo analisar o conhecimento de estudantes e profissionais enfermeiros e médicos sobre delirium em pacientes internados.

2 METODOLOGIA

2.1 ASPECTOS ÉTICOS

Houve aprovação pelo Comite de Ética em Pesquisa medicante o parecer número 6.544.124 e foram seguidas as recomendações da resolução 466 sobre pesquisa que envolve seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (presencial ou online) cuja anuênciia era requisito para acesso ao instrumento de coleta de dados.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado estudo de natureza quantitativa, descritivo e transversal, seguido de correlação das variáveis e análise estatística.

2.3 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES

A pesquisa ocorreu com alunos do último ano de enfermagem e medicina de uma autarquia municipal de ensino superior de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Também com profissionais enfermeiros e médicos de uma Santa Casa de Misericórdia de um município do interior do Estado de São Paulo, entidade sem fins lucrativos de nível de complexidade secundária, pertencente ao Departamento Regional Saúde (DRS) IX - Marília, e que é referência para cerca de 120 mil habitantes das cidades circunvizinhas.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos alunos do sétimo termo de enfermagem e do décimo primeiro termo de medicina, visto que na ocasião da pesquisa os alunos estavam no primeiro semestre do último ano de seus cursos. Também foram incluídos enfermeiros e médicos contratados do corpo clínico do hospital, que trabalhavam há mais de 6 meses. Foram excluídos os profissionais de férias ou afastados no período da coleta de dados.

2.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e junho de 2024. Foram entregues ao público-alvo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido presencial ou online, cuja anuência gerava acesso ao questionário sociodemográfico cujas perguntas eram atuação como estudante ou profissional, sexo, idade, tempo e setor de atuação profissional. Ao final desta sessão o participante era convidado a responder se considerava saber, ou não, reconhecer paciente em delirium.

Após, o participante tinha acesso ao questionário com afirmações do CAM, a partir do instrumento original validado, em cujo estudo de validação, foi encontrado sensibilidade de 94,1% e especificidade de 96,4%, com alta confiabilidade, sendo considerado um instrumento atual e padrão ouro para avaliar delirium em idosos por não psiquiatras. O estudo de validação e confiabilidade da tradução para a língua portuguesa do CAM foi realizado por especialistas da escola de medicina da Santa Casa de São Paulo, cuja equipe incluía geriatra, neurologista e psiquiatra. (FABBRI, 2001)

As afirmações do CAM foram complementadas com afirmações sobre o manejo do delirium, as quais foram retiradas a partir de um instrumento baseado nas recomendações do instituto NICE, o qual foi validado com especialistas no tema e publicado em 2022 na Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. Para o estudo presente, em adequação aos objetivos dos pesquisadores, que visavam estudar os pacientes hospitalizados em geral, foram excluídas as questões relacionadas especificamente ao manejo do delirium em paciente sob cuidados intensivos que envolviam ventilação mecânica e sedação, por apresentarem critérios restritos ao ambiente de terapia intensiva. (SOUZA, 2022)

Dessa maneira foi constituído o instrumento de pesquisa em escala likert de 5 pontos, contendo 16 afirmativas sobre conhecimento e manejo de delirium, em que se esperava que o participante concordasse totalmente com o preconizado na literatura. Cada enunciado continha 5 possibilidades de resposta, classificadas de 1 a 5: 1 - discordo totalmente (DT), 2 – discordo parcialmente (DP), 3 – não concordo nem discordo (NN), 4 – concordo parcialmente (CP), 5 – concordo totalmente (CT).

2.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram digitalizados, tabulados e analisados estatisticamente em correlação, sendo então estudados dentro dos padrões técnicos de confiabilidade pertinentes. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio da frequência absoluta e relativa de cada fator avaliado. A associação entre o padrão de respostas foi obtida por meio do teste de qui-quadrado (X^2). As análises estatísticas foram realizadas no Software R (R Core Team, 2022), sendo adotado um nível de significância igual a 5%. (R CORE TEAM, 2022)

3 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 168 participantes dos quais 87 eram estudantes (51,79%) e 81 eram profissionais (48,22%). No total foram 113 mulheres (67,26%) e 55 homens (32,74%). No que se refere à idade, no geral, a maioria tinha entre 20 e 30 anos. (Tabela 1).

Dentre os 87 estudantes, 15 eram alunos do último ano da enfermagem e 72 do último ano da medicina. Entre os 81 profissionais, 36 eram enfermeiros e 45 eram médicos. Com relação aos profissionais, houve a participação de todos os setores pesquisados, a maioria tinha mais de 5 anos de atuação. (Tabela 1)

Ao final do questionário sociodemográfico havia a pergunta se o participante considerava saber reconhecer o delirium em pacientes. Obteve-se como resposta que 85,12% (143) assinalaram sim, e 14,88% (25) consideravam não saber reconhecer. De modo que, segundo a autoavaliação dos participantes, a maioria considerava-se capaz de identificar o paciente com delirium.

No entanto, conforme a frequência relativa por questão, a expectativa ficou muito abaixo dos 85% dos participantes que responderam saber reconhecer delirium. O percentual de acertos ficou abaixo deste valor em todas as assertivas, sendo o máximo de 71,43% de CT na assertiva 16, caindo para 18,56% de CT na questão de número 7, a qual teve o menor número de acertos, no geral. (Tabela 2)

Tabela 1 - Caracterização da amostra: dados sociodemográficos

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Atuação		
Estudante de enfermagem	15	8,93
Profissional da enfermagem	36	21,43
Estudante de medicina	72	42,86
Profissional da medicina	45	26,79
Setor		
Pronto socorro, urgência ou emergência	32	19,04
Enfermaria clínica e/ou cirúrgica	36	21,55
Unidade de Terapia Intensiva – UTI	9	5,35

Hemodiálise	4	2,38
Estudante	87	51,79
Tempo de atuação		
Há mais de 6 meses e menos de 1 ano	7	4,16
Há mais de 1 ano e menos de 5 anos	18	10,71
Há mais de 5 anos e menos de 10 anos	23	13,69
Há mais de 10 anos	33	19,64
Estudante	87	51,79
Sexo		
Feminino	113	67,26
Masculino	55	32,74
Idade		
Entre 20 e 30 anos	77	45,83
Entre 30 e 40 anos	46	27,38
Entre 40 e 50 anos	30	17,86
Entre 50 e 60 anos	11	6,55
Maior que 60 anos	4	2,38

Fonte: Próprio autor, baseado nos dados da pesquisa

Tabela 2 - Tabela de frequência geral nas 5 possibilidades de resposta

Questão	Frequência relativa (%)				
	DT	DP	NN	CP	CT
1	4,17	2,98	6,55	38,69	47,62
2	14,88	7,74	4,76	44,64	27,98
3	4,76	4,76	1,79	32,74	55,95
4	6,55	7,74	4,76	33,93	47,02
5	4,76	4,17	11,90	46,43	32,74
6	2,98	2,98	3,57	30,36	60,12
7	16,77	16,17	11,38	37,13	18,56
8	5,99	4,79	4,79	32,34	52,10
9	15,48	15,48	12,50	36,90	19,64
10	11,90	15,48	10,12	39,88	22,62
11	12,50	12,50	13,10	33,33	28,57
12	6,51	15,38	4,73	45,56	27,81
13	11,31	8,33	6,55	33,33	40,48
14	1,20	4,19	8,98	29,94	55,69
15	32,74	20,24	5,36	29,76	11,90
16	71,43	13,10	2,98	7,74	4,760

Legenda: DT: Discordo totalmente; DP: Discordo parcialmente; NN: Nem concordo nem discordo; CP: Concordo parcialmente; CT: Concordo totalmente. **Fonte:** Próprio autor com dados da pesquisa

Quadro 1 - Percentual Geral de respostas por questão, de CT (1-14) e DT (15 e 16)

Enunciado das Assertivas de 1 a 16	%
1. A mudança aguda do estado mental do paciente é um dos critérios para diagnóstico de delirium.	47,62
2. A falta de atenção do paciente, com dificuldade de focar atenção em uma conversa ou entrevista, por exemplo, é um dos critérios para diagnóstico de delirium.	27,98
3. O pensamento desorganizado ou incoerente, fluxo de ideias pouco claras ou mudança imprevisível de assunto, é um dos critérios para diagnóstico de delirium.	55,95
4. A alteração do nível de consciência que pode oscilar entre alerta, vigilante, (hiper vigilante, assustando-se facilmente), letárgico (sonolento, facilmente despertável), estupor (dificuldade para despertar), até o como; é um dos critérios diagnósticos.	47,02

5. Quando há falta de atenção, este comportamento pode variar na entrevista ou ao longo do dia, flutuando entre surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade, é uma das características do delirium.	32,74
6. Estar desorientado na entrevista ou ao longo do dia, em tempo e espaço, pensando que está em outro lugar que não o hospital, ou com uma noção errada da hora do dia, indicam delirium.	60,12
7. Prejuízo de memória como incapacidade de se lembrar de eventos ou de instruções, indicam delirium.	18,56
8. Distúrbios de percepção como alucinações, ilusões ou interpretações errôneas, indicam delirium.	52,10
9. Agitação psicomotora durante a entrevista ou algum momento do dia como beliscar cobertas, tamborilar os dedos ou mudança súbita e frequente de uma posição, indicam delirium.	19,54
10. Diminuição anormal da atividade motora como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por muito tempo, ou lentidão exagerada nos movimentos, indicam delirium.	22,62
11. Alteração do ciclo sono-vigília como sonolência diurna excessiva e insônia noturna, indicam delirium.	28,57
12. Considerando suas características principais, para a confirmação do diagnóstico de delirium é imprescindível o distúrbio de atenção.	27,81
13. As medidas de prevenção do delirium incluem o uso de órteses auditivas e visuais, visitas regulares de familiares e amigos, controle rigoroso no uso de benzodiazepínicos, controle da dor e diminuição da interrupção do sono noturno.	40,48
14. O enfermeiro tem papel importante na identificação e prevenção de delirium, portanto, é fundamental que ele realize o rastreio da afecção de forma sistematizada.	55,69
15. Para aplicação da avaliação do delirium a beira leito, não há necessidade do fluxograma. A melhor maneira é conversar com o paciente sobre ele mesmo, questionar sobre sua situação atual da doença tentando prever alterações do nível de consciência. Isso torna suficiente para dizer se ele está em delirium ou não.	32,74
16. A avaliação feita pelo profissional do turno anterior é confiável, o que torna desnecessário uma nova avaliação.	71,43

Legenda: DT: Discordo totalmente; CT: Concordo totalmente. Fonte: Próprio autor com dados da pesquisa

O **quadro 1** mostra as respostas dos estudantes e profissionais, com o percentual de concordância total nas assertivas 1 a 14, e de discordância total com as assertivas 15 e 16. Percebeu-se que muitos dos participantes concordaram apenas parcialmente nas questões 1 a 14, e muitos discordaram apenas parcialmente nas questões 15 e 16. De maneira que a análise estatística revelou uma diferença significativa ($P<0,05$) entre o padrão de respostas concordância parcial e total nas respostas de 1 a 14, e no padrão de respostas discordância parcial e total nas respostas de 15 e 16 (tabela 2).

A primeira afirmação trazia o conceito de mudança aguda do estado mental do paciente como um dos critérios para diagnóstico de delirium. A maioria das pessoas concordou totalmente, 47,62%, porém 38,69% concordaram parcialmente, mostrando que existem dúvidas sobre este critério diagnóstico (tabela 2).

A afirmativa seguinte trazia a falta de atenção do paciente, dificuldade de focar atenção em uma conversa ou entrevista, como um dos critérios para diagnóstico de delirium. A maioria concordou apenas parcialmente, 44,64%, o que também chama a atenção, por este ser outro critério diagnóstico importante (tabela 2).

Na sequência, o questionário trazia uma frase sobre pensamento desorganizado ou incoerente, fluxo de ideias pouco claras ou mudança imprevisível de assunto, compondo um dos critérios para diagnóstico de delirium. A maioria dos participantes concordou totalmente, 55,95%, e 32,74% concordaram parcialmente (tabela 2).

Outro critério diagnóstico era sobre a alteração do nível de consciência, que pode oscilar entre alerta, vigilante, (hiper vigilante, assustando-se facilmente), letárgico (sonolento, facilmente despertável), estupor (dificuldade para despertar), até o coma. A maioria concordou totalmente, 47,02%, e 33,93% concordaram parcialmente. (tabela 2)

Uma característica fundamental para compreensão do delirium é a flutuação, podendo haver falta de atenção, com comportamento que pode variar na entrevista ou ao longo do dia, flutuando entre surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade. Observa-se que 32,74% concordaram totalmente e 46,93% concordaram parcialmente (tabela 2).

A partir da sexta afirmação, até à décima primeira, eram enunciados que diziam o que pode vir a indicar delirium, para que seja cogitada a hipótese diagnóstica para o paciente pelo profissional.

O fato de o paciente estar desorientado na entrevista ou ao longo do dia, em tempo e espaço, pensando que está em outro lugar que não seja o hospital, ou com uma noção errada da hora do dia, pode indicar delirium, e esta foi no geral a segunda questão mais acertada, 60,12% concordaram totalmente (tabela 2).

Por outro lado, sobre o prejuízo de memória, incapacidade de se lembrar de eventos ou de instruções, como indicador de delirium, apenas 18,56% concordaram totalmente e 37,13 % concordaram parcialmente (tabela 3).

Com relação aos distúrbios de percepção, alucinações e ilusões ou interpretações errôneas da realidade, situações as quais podem indicar delirium, a maioria, 52,10%, concordou totalmente e 32,34% concordaram parcialmente (tabela 2).

Na questão que descrevia a agitação psicomotora durante a entrevista ou algum momento do dia, como beliscar cobertas, tamborilar os dedos ou uma mudança súbita e frequente de uma posição, como indicadores de delirium, apenas 19,64% concordaram totalmente, 36,90% concordaram parcialmente. (tabela 2).

A diminuição anormal da atividade motora, a letargia, o olhar fixo no vazio, a permanência na mesma posição por muito tempo, ou uma lentidão exagerada nos movimentos, são outras situações que podem ser consideradas como indicadoras de delirium. Apenas 22,62% concordaram totalmente, 39,88% concordaram parcialmente com o enunciado (tabela 2).

A alteração do ciclo sono-vigília, sonolência diurna excessiva e insônia noturna, também podem ser indicadores de delirium. Nesta questão, 33,33% concordaram parcialmente, e somente 28,57% concordaram totalmente (tabela 2).

Frente a afirmativa que para a confirmação do diagnóstico, é imprescindível o distúrbio de atenção, apenas 27,81% concordaram totalmente, 45,56% concordaram parcialmente. (tabela 2).

Compondo as medidas de prevenção do delirium, as quais incluem o uso de órteses auditivas e visuais, visitas regulares de familiares e amigos, controle rigoroso no uso de benzodiazepínicos, controle da dor e diminuição da interrupção do sono noturno, a maioria, 40,48% concordaram totalmente com a assertiva, porém 33,33% concordaram parcialmente (tabela 2).

O enfermeiro tem papel importante na identificação e prevenção de delirium, portanto, é fundamental que ele realize o rastreio de forma sistematizada, e a maioria dos participantes, 55,59%, concordou totalmente com esta afirmação, porém 29,94% concordaram parcialmente (tabela 2).

Para aplicação da avaliação a beira leito, o questionário trazia que não há necessidade do fluxograma, a melhor maneira seria conversar com o paciente, o que seria suficiente para dizer se ele está em delirium ou não. O esperado neste caso era discordar totalmente, no entanto apenas 32,74% dos participantes discordaram totalmente, 20,24% discordaram parcialmente, e 41,66% concordaram com uma afirmativa falsa. (tabela 2).

Sobre a avaliação feita pelo profissional do turno anterior ser confiável, o que torna desnecessário uma nova avaliação, foi a questão com maior número de sujeitos assinalando aquilo que era esperado, 71,43% discordaram totalmente e de fato era uma afirmativa falsa. (tabela 2).

4 DISCUSSÃO

A atuação profissional com competência para a prestação de cuidados em saúde depende de conhecimentos, habilidades e atitudes. Para identificação do quadro clínico é necessário conhecimento dos critérios envolvidos, alguma dúvida ou um conhecimento parcial prejudicam a avaliação e o manejo dos pacientes que possam vir a apresentar delirium ao longo de uma internação, ou que já estejam com a síndrome instalada desde a admissão hospitalar. (MYAKAVA, 2021)

4.1 INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE

Quando observados os itens 1 e 5 do quadro 1 tem-se assertivas sobre início agudo e curso flutuante. O desenvolvimento em um curto período com flutuação ao longo do dia são critérios indispensáveis para a detecção de delirium. (DMS, 2013)

As assertivas destes itens tiveram respostas de concordância total dos participantes de 47,62% e 32,74% respectivamente, evidenciando dúvidas a respeito.

O ensino do delirium na graduação em saúde é essencial para capacitar futuros profissionais a reconhecer e manejar essa condição frequentemente subdiagnosticada em ambientes clínicos. A identificação precoce do delirium é crucial, pois influencia significativamente a recuperação do paciente e pode reduzir a morbidade e mortalidade associadas. Integrar o ensino sobre delirium no currículo permite que os estudantes compreendam sua fisiopatologia, fatores de risco, apresentação clínica e estratégias de prevenção e manejo. Essa educação é especialmente importante em áreas como medicina e enfermagem, onde a avaliação do estado mental e a comunicação eficaz com pacientes são fundamentais. Uma abordagem educacional pode preparar os alunos para lidar com essa condição de maneira eficaz, melhorando a qualidade do cuidado prestado. (DORIGON, 2023)

4.2 PERTURBAÇÃO DA ATENÇÃO

Os itens 2 e 12 do quadro 1 sinalizam a desatenção, a dificuldade de focar a atenção ou distração do paciente, e que são critérios necessários para diagnósticos de delirium. A partir dos enunciados desta categoria, os participantes responderam 27,98% e 27,81% de concordância total, respectivamente.

O dado coletado é alarmante e contribui para o subdiagnóstico do delirium, que na literatura pode chegar até 70% dos casos, o que certamente tem como consequências a falta de condutas apropriadas, o aumento do tempo de internação e complicações. (MACIEL, 2021)

Estudos mostram que o subdiagnóstico de delirium é um problema significativo na prática clínica, especialmente em ambientes hospitalares. As causas do subdiagnóstico frequentemente estão relacionadas *a falta de conhecimento* pelos profissionais de saúde, os quais podem não estar suficientemente familiarizados com os sinais e sintomas envolvidos. Além disso também *o estigma* (que pode levar a confusão com a demência ou como parte normal do envelhecimento), *a avaliação inadequada e superficial* especialmente em pacientes com múltiplas comorbidades ou em emergências, e *a própria variabilidade dos sintomas*, os quais podem flutuar, dificultando o seu reconhecimento. (INOUYE, 2014)

A desatenção tem impacto significativo sobre a capacidade do paciente de participar de atividades diárias e de interagir com os outros, aumentando ainda mais o risco de complicações. Reconhecer a desatenção como um critério para o diagnóstico de delirium é essencial, pois permite a identificação precoce e a intervenção adequada, melhorando os resultados para o paciente. A utilização de ferramentas de triagem como o CAM pode ajudar a identificar o delirium e avaliar a desatenção de forma sistemática. (INOUYE, 2014)

4.3 PENSAMENTO DESORGANIZADO

Com relação a assertiva de pensamento desorganizado, item 3 do quadro 1, o percentual de concordância total dos participantes foi de 55,95%.

O pensamento desorganizado, incoerente, desordenado, constitui critério para o diagnóstico, podendo ou não estar presente no paciente com delirium. É uma alteração cognitiva significativa, considerada comum, que faz diagnóstico diferencial com outras transtornos mentais, e o seu reconhecimento é essencial. (INOUYE, 2014)

A avaliação do pensamento desorganizado pode ser desafiadora para enfermeiros e médicos pois a alteração pode se manifestar de várias maneiras, variando entre os indivíduos e ao longo do tempo. Em ambientes de emergência ou hospitalares, os profissionais podem estar mais concentrados em tratar condições físicas agudas, o que pode levar a uma avaliação incompleta dos aspectos psicológicos e cognitivos. (INOUYE, 2014)

O pensamento desorganizado frequentemente ocorre em conjunto com outros sinais e sintomas, como alucinações, que podem desviar a atenção do profissional e dificultar a avaliação do paciente.³⁶

Outra análise que também deve ser feita, é a de que nem todos os profissionais de saúde têm treinamento específico em saúde mental, o que pode resultar na dificuldade de avaliação dos sintomas relacionados ao pensamento. (FONG, 2009)

Por outro lado, estudos mostram que os estigmas associados a transtornos mentais podem influenciar a percepção dos profissionais, resultando em preconceitos que afetam a abordagem ao paciente. (WITLOX, 2010)

Uma discussão recorrente na literatura é a de que embora existam ferramentas para avaliar o estado mental e a cognição, os profissionais podem não ter acesso, ou não dispor de protocolos para fazer o uso destes recursos ou ainda, não ter o conhecimento necessário para utilização de um instrumento de avaliação de maneira eficaz. (HSHIEH, 2018)

4.4 ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Nas assertivas dos itens 4, 9, 10 e 11, do quadro 2, sobre as alterações do nível de consciência do escopo do delirium, que podem ou não estar presentes nos pacientes acometidos, obteve-se os percentuais de concordância total de 47,02%, 19,54%, 22,62% e 28,67% respectivamente.

Claramente as duas categorias de participantes mostraram desconhecimento sobre o tema, principalmente sobre as alterações mais sutis, incluindo a sonolência e leves inquietações, situações as quais podem levar ao diagnóstico de delirium hipoativo ou misto. De acordo com a literatura, esta é uma circunstância clínica de delirium frequente, porém é a mais subdiagnosticada e a menos relatada em prontuários. Estudos indicam que o delirium hipoativo é menos reconhecido que o delirium hiperativo. Isso ocorre porque no delirium hipoativo os pacientes são menos perturbadores. Nessas situações, os cuidadores podem fornecer informações sobre a presença de delirium hipoativo ao relatarem sonolência excessiva, tristeza, alteração do apetite e do sono. (RAMÍREZ. 2023)

Constitui-se assim um achado que vai em encontro com os dados da literatura. Além da necessidade de formação teórica que aborde o tema de maneira adequada, estudos mostram que a deficiência ocorre devido à falta de experiência prática dos estudantes em ambientes clínicos que permitam observação e reconhecimento dos diferentes tipos de delirium, incluindo o hipoativo. A prática em situações reais seria fundamental para o desenvolvimento de habilidades de avaliação. (FONG, 2009)

Complementarmente, existe uma tendência a associar o delirium principalmente a comportamentos hiperativos ou agitados. Isso pode levar os profissionais e os alunos a subestimarem ou ignorar a apresentação hipoativa, resultando em um diagnóstico tardio ou incorreto. (WITLOX, 2010)

4.5 OUTRAS ALTERAÇÕES COGNITIVAS: DESORIENTAÇÃO, PREJUÍZO DE MEMÓRIA E DISTÚRBIOS DA PERCEPÇÃO

O delirium frequentemente inclui desorientação em relação ao tempo, lugar e, em alguns casos, à identidade. A assertiva 6 do quadro 1 teve 60,12% de concordância total dos participantes.

Sobre prejuízo de memória o item 7 do quadro 1 apresentou 18,56% de concordância total dos participantes. A dificuldade de memória do paciente, como lembrar-se de eventos ou instruções, pode indicar delirium ou diagnóstico diferencial para outras patologias como a demência por exemplo. No entanto há que se atentar para a avaliação clínica completa investigando se o déficit atual representa uma piora aguda em relação ao basal do paciente, o que indicaria delirium sobreposto a demência. (FONG, 2022)

O reconhecimento do prejuízo de memória como parte do quadro clínico do delirium é crucial para um diagnóstico precoce. A existência da flutuação dos sintomas cognitivos, incluindo os da memória, pode influenciar no diagnóstico errôneo ou tardio. (FRIEDMAN, 2015)

Concomitantemente a alteração da memória, o delirium pode afetar a atenção, o que tem impacto na capacidade do paciente de se concentrar durante as avaliações cognitivas. Tal dificuldade resulta em um desempenho deficiente em testes de memória, o que pode confundir os profissionais sobre a gravidade do estado do paciente. (WITLOX, 2010)

A afirmativa de número 8 do quadro 1, traz a discussão dos distúrbios da percepção, e resultou em 52,10% de concordância total dos participantes. Os distúrbios da percepção podem incluir alucinações, ilusões e despersonalização. Os pacientes com delirium podem apresentar alucinações visuais ou auditivas, e ilusões que podem ser confundidas com outros distúrbios psiquiátricos. A identificação dessas experiências perceptivas pode levar ao diagnóstico de delirium, de onde vem sua importância. (INOUE, 2014)

4.6 PREVENÇÃO

Com relação a prevenção do delirium, observada no item 13 do quadro 1, os participantes apresentaram 40,48% de concordância total. A forma mais eficaz de evitar o delirium é a prevenção de sua ocorrência, visto que não existe uma medicação específica, mas sim um conjunto de medidas não farmacológicas e multidisciplinares. Os participantes mostraram desconhecimento sobre práticas de prevenção eficazes, que quando realizadas melhoram a trajetória do doente hospitalizado. (NICE, 2023)

O delirium é evitável em 30-40% dos casos, porém a sua prevenção segue sendo um desafio para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros que constituem a base do cuidado ao paciente. (VREESWIJK, 2022)

Dada a sua importância, o resultado é preocupante pois foi abaixo da expectativa. Estudantes e profissionais enfermeiros e médicos, muitas vezes enfrentam dificuldades em seu conhecimento sobre a prevenção do delirium, o que tem impacto na qualidade do atendimento aos pacientes.

Estudos mostram que diversos fatores podem contribuir estas lacunas de conhecimento: a) formação formal mais focada nos tratamentos do que na prevenção; b) as oportunidades limitadas para estudantes e novos profissionais para a prática clínica e desenvolvimento de competências na identificação e prevenção do delirium. c) a falta do uso de diretrizes atualizadas. d) a falta de treinamento e educação continuada para manter os profissionais informados das melhores práticas; e) a baixa adesão dos profissionais nos programas de formação contínua; f) a subestimação do risco do

delirium e do seu impacto negativo sobre a população acometida, em que muitos profissionais minimizam a importância da prevenção do delirium, por desconhecimento, considerando-o um fenômeno inevitável em populações vulneráveis, como idosos. (HSHIEH, 2018)

4.7 PAPEL DA ENFERMAGEM

Sobre o papel da enfermagem na identificação e prevenção, questão sinalizada no item 14, obteve-se 55,59% de concordância total dos participantes. O enfermeiro é o profissional que está mais próximo ao paciente e seus familiares, conseguindo identificar as alterações de maneira mais precoce e assim sinalizar aos outros membros da equipe multidisciplinar, incluindo ao médico. (RAMÍREZ, 2023)

4.8 MÉTODO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nos itens 15 e 16 do quadro 1, sobre método de avaliação dos pacientes, os enunciados eram falsos, e, portanto, era esperado que os participantes discordassem totalmente. Obteve-se discordância total de 32,74% e 71,43%, respectivamente.

Apesar de existirem vários protocolos disponíveis para o desenvolvimento de programas hospitalares de prevenção de delirium, eles ainda não são habitualmente utilizados em muitas instituições. (VREESWIJK, 2022)

Há necessidade de conscientização da equipe com relação a importância do delirium. Estudos mostram que as ferramentas de triagem e as intervenções não farmacológicas precisam de aprimoramento, com criação de uma cultura favorável de desenvolvimento de protocolos institucionais para a gestão do delirium. (ZHOU, 2023)

É conhecido que a implementação de protocolos para a avaliação do delirium é fundamental na prática clínica, especialmente em ambientes hospitalares e de cuidados a longo prazo. Esses protocolos ajudam a garantir que o delirium seja identificado e tratado de maneira eficaz.

No entanto, na ocasião da pesquisa, o hospital onde trabalhavam os profissionais enfermeiros e médicos convidados a responderem o questionário, não utilizava nenhum protocolo ou fluxograma de delirium em pacientes. A detecção precoce a partir de protocolos bem definidos permitem iniciar intervenções o mais breve possível, melhorar os desfechos clínicos, reduzir a duração do delirium e as complicações associadas. (HSHIEH, 2018)

A padronização da avaliação por meio de protocolos oferece uma abordagem garantindo que todos os profissionais de saúde utilizem os mesmos critérios e ferramentas. Isso ajuda a minimizar a variabilidade na prática clínica e assegura consistência na identificação de sintomas. (INOUYE, 2014)

Os protocolos quando instituídos, fornecem uma base para a educação dos profissionais envolvidos em sua utilização, a partir do que pode ser realizado treinamento da equipe multidisciplinar, sobre como reconhecer o delirium e aplicar as ferramentas de avaliação corretamente. (FRIEDMAN, 2015)

A implementação de protocolos pode levar a uma melhoria geral na qualidade do cuidado assistencial, pois assegura que a avaliação do delirium seja parte integrante do cuidado ao paciente, promovendo intervenções preventivas e terapêuticas apropriadas. (WITLOX, 2010)

A documentação e o monitoramento é outro aspecto facilitado pela existência de protocolos em uma instituição, pois permitem a documentação sistemática dos achados da avaliação e o monitoramento da evolução do paciente ao longo do tempo, abrindo espaço para planos de tratamento e intervenções necessárias. (FONG, 2009)

Há ainda que ser considerado o custo operacional do delirium para os hospitais. É certo que a identificação e o manejo adequados do delirium através de protocolos, podem reduzir a incidência de complicações, que por sua vez pode levar a uma diminuição dos custos hospitalares e da duração da internação. (HSHIEH, 2018)

5 CONCLUSÃO

Os resultados gerais corroboraram com a literatura no tocante ao subdiagnóstico como um todo, ainda mais evidente nos quadros de delirium hipoativo. Além do subdiagnóstico e suas consequências, também foi demonstrado uma baixa performance acerca das estratégias de prevenção. No geral, os participantes apresentaram dificuldade no tema, com percentual abaixo do esperado em todas as assertivas.

Dessa maneira, a pesquisa evidenciou que são necessárias intervenções na formação acadêmica e na prática profissional para melhorar o conhecimento sobre delirium. Assim, os autores consideram que do ponto de vista da formação acadêmica mostram-se necessárias intervenções de ensino que levem a competência frente a pacientes com delirium, principalmente no que diz respeito ao entendimento dos domínios cognitivos, aos critérios diagnósticos e a prevenção. Para tanto, há necessidade de incluir na graduação cenários que proporcionem também a avaliação do estado mental dos pacientes.

Na realidade profissional, os autores consideram necessárias intervenções de educação permanente e instituição de protocolos, além da conscientização sobre melhores práticas com relação ao tema.

A partir do presente estudo, os autores pretendem elaborar um produto técnico para a

graduação com intervenção em metodologia ativa para melhor entendimento dos domínios cognitivos e do delirium pelos alunos, com a elaboração de uma situação problema para atividades de tutoria. Bem como um protocolo institucional de padronização de condutas e sua implementação no hospital estudado.

Finalmente, em decorrência da abrangência do tema em todos os setores hospitalares e da complexidade de sua abordagem, considera-se necessárias intervenções futuras de educação e conscientização, que proporcionem as competências profissionais relacionadas e a melhoria da assistência aos doentes hospitalizados.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, a qual agradecemos.

REFERÊNCIAS

ALI, M.; CASCELLA, M. ICU delirium. 2022. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: . Acesso em: 17 fev. 2025.. PMID: 32644706.)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

DELIRIUM: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 18 jan. 2023. PMID: 31971702. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553009/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

DORIGON, Alícia Tamanini et al. Tecnologias digitais de ensino-aprendizagem para equipes de saúde sobre delirium em idosos hospitalizados: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 97, n. 4, p. e0232, 2023. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1870/3473>. Acesso em: [data de acesso].

FABBRI, R. M. A.; MOREIRA, M. A.; GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet], v. 59, n. 2A, p. 175–179, jun. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000200004>. Acesso em: 17 fev. 2025.

FREITAS, Evandro G. de; TAVARES, Bruno F. (orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022.

FRIEDMAN, S. M.; SWEENEY, M.; KUEHNLE, K.; et al. The impact of continuing education on healthcare professionals' knowledge and practice regarding delirium: A pilot study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 35, n. 3, p. 177-183, 2015.

FONG, T. G.; JONES, R. N.; SHI, P.; et al. Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer's disease. *Neurology*, v. 72, n. 18, p. 1570-1575, 2009.

FONG, T. G.; INOUYE, S. K. The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nat. Rev. Neurol.*, v. 18, n. 10, p. 579-596, out. 2022. DOI: 10.1038/s41582-022-00698-7. Epub 26 ago. 2022. PMID: 36028563; PMCID: PMC9415264. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41582-022-00698-7#Tab5>. Acesso em: 17 fev. 2025.

HSHIEH, T. T.; YANG, T.; INOUYE, S. K. Delirium: a review of the evidence for diagnosis, prevention, and management. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 66, n. 2, p. 274-281, 2018.

INOUYE, S. K.; WESTENDORP, R. G. J.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. *The Lancet*, v. 383, n. 9920, p. 911-922, 2014.

LAMA-VALDIVIA, J.; CEDILLO-RAMIREZ, L.; SOTO, A. Factors associated with mortality in hospitalized elders in an internal medicine department. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública* [Internet], v. 38, n. 2, p. 284-290, jul. 2021. Disponível em: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/6982>. Acesso em: 26 ago. 2023. DOI: 10.17843/rpmesp.2021.382.6982.

MACIEL, M. C.; NIWA, L. M. S.; CIOSAK, S. I.; NAJAS, M. S. Fatores precipitantes de delirium em pacientes idosos hospitalizados. *REVISA*, v. 10, n. 1, p. 117-126, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p117a126>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MYAKAVA, L. H. K.; SANTOS, M. A. dos; PÜSCHEL, V. A. de A. Knowledge, skills, and attitudes of nursing students on evidence-based practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online], v. 55, e20200428, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0428>. Acesso em: 17 fev. 2025.

ORMSETH, C. H.; LAHUE, S. C.; OLDHAM, M. A.; JOSEPHSON, S. A.; WHITAKER, E.; DOUGLAS, V. C. Predisposing and precipitating factors associated with delirium: a systematic review. *JAMA Netw. Open*, v. 6, n. 1, e2249950, 3 jan. 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.49950. PMID: 36607634; PMCID: PMC9856673. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49950>. Acesso em: 17 fev. 2025.

RAMÍREZ ECHEVERRÍA, MdL; SCHOO, C.; PAUL, M. Delirium. [Atualizado em 19 nov. 2022]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, jan. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470399/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

R CORE TEAM. R: a language and environment for statistical computing. Viena: R Foundation for Statistical Computing, 2022. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SEDERSTROM, J. R.; ALIORY, C. D.; HANEMAN, E. M.; BURAS, M. R. Delirium Triage Screen/Brief Confusion Assessment Method in adult orthopaedic and hematological patients: a validation study. *Orthop. Nurs.*, v. 40, n. 1, p. 16-22, jan.-fev. 2021. DOI: 10.1097/NOR.0000000000000726. PMID: 33492905. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/nor.0000000000000726>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SOUZA, R. C. S. Enfermeiros e as práticas recomendadas no manejo de delirium: estudo transversal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 12, e4553, 2022. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4553>.

TAVARES, João Paulo de Almeida; NUNES, Lisa Alexandra Nogueira Veiga; GRÁCIO, Joana Catarina Gonçalves. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet], v. 29, e3399, 2021. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100306&lng=pt. Acesso em: 26 ago. 2023. DOI: 10.1590/1518-8345.3612.3399.

VREESWIJK, R.; MAIER, A. B.; KALISVAART, K. J. Recipe for primary prevention of delirium in hospitalized older patients. *Aging Clin. Exp. Res.*, v. 34, n. 12, p. 2927-2944, dez. 2022. DOI: 10.1007/s40520-022-02249-y. Epub 22 set. 2022. PMID: 36131074. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02249-y>. Acesso em: 12 de mar de 2025.

WITLOX, J.; EURELINGS, L. S.; DE JONGHE, J. F.; et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*, v. 304, n. 4, p. 443-451, 2010.

ZHOU, Chenxi; QU, Xi; WANG, Lan; WU, Qiansheng; ZHOU, Yanrong. Knowledge, attitude, and practice regarding postoperative delirium among cardiac surgery nurses: A cross-sectional multi-

centre study. *Journal of Clinical Nursing*, 12 maio 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16751>. Acesso em: 10 de mar de 2025.