

## OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis representam aspectos relevantes dos fenómenos, é importante saber individualiza-las e utiliza-las de modo adequado na investigação. É necessária a operacionalização inicial dos conceitos formulados de forma a predispor os dados de modo correcto para as operações de recolha de dados, de análise e interpretação. (DIAS, 2010)

### Operacionalização das Variáveis Independentes

As **variáveis sócio-demográficas**, consideradas foram as seguintes:

**Idade** – “é o número de anos que uma pessoa ou animal conta desde o seu nascimento até à época em que ou de que se fala” (COSTA E MELO, 1999)

PHIPPS (2003), refere que “faixas etárias diferentes têm diferentes tipos de experiências com doenças agudas e crónicas. Os jovens têm mais probabilidades de experimentar situações agudas, (...). Os idosos são mais propensos a doenças crónicas, (...) mas também é verdade que qualquer pessoa pode ter uma doença aguda ou doença crónica, em qualquer idade.”

Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta. Este tipo de perguntas deixam o sujeito livre para responder como entender, sem que tenham de escolher respostas pré-determinadas e uma vez que a idade é uma variável contínua obtêm-se uma resposta mais concreta (FORTIN, 2009). Assim sendo, para facilitar a análise desta variável foi necessário recodificá-la em classes etárias: [<55]; [56-74]; [>75].

**Sexo** – O sexo corresponde a “características físicas que diferenciam o ser humano, (...) cada um dos dois intervenientes no processo de reprodução das espécies” (ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA, 2001, p.3406)

É uma variável dicotómica, existindo na sua distinção um conjunto de caracteres biológicos, sociais, psicológicos e morais.

Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada e dicotómica com duas alternativas de resposta:

- Sexo Masculino;
- Sexo Feminino.

**Estado civil** - A ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA (2001) define estado civil como “uma condição que atesta a existência ou não de contrato matrimonial. São quatro os estados civis:

- **Solteiro** – pessoa que ainda não contraiu casamento;
- **Casado** – pessoa que está unida a outra pessoa pelo matrimónio;
- **Divorciado** – indivíduo que obteve a dissolução legal do matrimónio e não contraiu novo casamento;
- **Viúvo** – indivíduo a quem morreu o cônjuge e que não voltou a casar;
- **União de facto** – situação de duas pessoas que vivem como cônjuges, sem vínculos matrimoniais.

Para operacionalizar esta variável, foi elaborada uma questão fechada com cinco alternativas de resposta:

- Solteiro;
- Casado;
- Divorciado;
- Viúvo;
- União de facto.

**Residência** - pode ser definida como “o lugar onde se mora habitualmente” (COSTA E MELO, 1999).

Para mensurar esta variável foi formulada uma questão fechada e dicotómica com duas alternativas de resposta:

- Meio Urbano;
- Meio Rural

**Habilitações literárias** – são “os conhecimentos ou provas documentais precisas para exercer ou requerer determinado cargo; conjunto de qualificações académicas” (COSTA E MELO, 1999).

Para avaliar esta variável formou-se uma questão fechada e foram agrupadas as habilitações literárias em quatro grupos:

- Analfabeto;
- Ensino primário;

- Ensino secundário;
- Ensino superior.

**Situação Laboral** – define-se como “acto ou efeito de ocupar-se relativamente ao trabalho” (ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA, 2001, p.2209).

Com esta variável pretendeu-se conhecer a situação da actividade profissional do indivíduo, através de uma pergunta fechada com quatro opções de escolha, e uma pergunta aberta a fim de conhecer a profissão. Posteriormente procedeu-se á recodificação da mesma em grupos profissionais segundo a Classificação Nacional de Profissões. (CNP/94)

Profissão \_\_\_\_\_

- Emprego
- Desemprego;
- Doméstica
- Reformado.

São os seguintes, os grupos profissionais que foram considerados:

- Grupo 1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa
- Grupo 2 - Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas
- Grupo 3 - Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
- Grupo 4 - Pessoal Administrativo e Similares
- Grupo 5 - Pessoal dos Serviços e Vendedores
- Grupo 6 - Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas
- Grupo 7 - Operários, Artífices e Trabalhadores Similares
- Grupo 8 - Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem
- Grupo 9 - Trabalhadores Não Qualificados

As **variáveis clínicas**, consideradas foram as seguintes:

**Proveniência do doente** – Indica o local de onde veio o doente. Se veio do serviço de urgência onde se dirigiu por uma situação aguda, ou se vem de um serviço de internamento, aqui englobado o bloco operatório. Foi efectuada uma pergunta fechada, com duas hipóteses de resposta:

- Serviço de urgência;
- Internamento.

**Diagnóstico Clínico** - segundo a ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA (2001, p.1245) é a determinação ou reconhecimento de uma doença pela observação dos sintomas, dos sinais com que se manifesta.

**Antecedentes clínicos** – segundo a ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA (2001, p.258), o termo “antecedente” é designado como um facto ocorrido anteriormente e que é causa de outros, posteriormente permitem compreender e explicar uma situação actual ou um acontecimento.

Assim, para o presente estudo considerou-se importante conhecer se os doentes possuem antecedentes de doença clínica e qual a doença activa neste período.

Foi elaborada então uma questão aberta, para cada uma destas variáveis, uma em que nos diz qual o antecedente clínico e outra para o diagnóstico clínico. Posteriormente, foram agrupadas as doenças, tendo em conta a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 2008)

Os grupos de doenças considerados são:

- Grupo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias;
- Grupo II – Neoplasias;
- Grupo III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários;
- Grupo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas;
- Grupo V – Transtornos mentais e comportamentais;
- Grupo VI – Doenças do sistema nervoso;
- Grupo VII – Doenças do olho e anexos;

- Grupo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide;
- Grupo IX – Doenças do aparelho circulatório;
- Grupo X – Doenças do aparelho respiratório;
- Grupo XI – Doenças do aparelho digestivo;
- Grupo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo;
- Grupo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;
- Grupo XIV – Doenças do aparelho genito-urinário;
- Grupo XV – Gravidez, parto e puerpério;
- Grupo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal;
- Grupo XVII – Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas;
- Grupo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte;
- Grupo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas;
- Grupo XX – Causas externas de morbilidade e de mortalidade;
- Grupo XXI – Factores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde;
- Grupo XXII – Códigos para propósitos especiais.

CIRURGIA – Pode-se definir cirurgia como um ramo da medicina que permite praticar intervenções cirúrgicas ou operações para tratamento de lesões internas ou externas, interromper a evolução de uma doença ou patologia, praticar alterações num organismo vivo ou parte dele, através de processos manuais e com o auxílio de instrumentos (ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA, 2001, p.829). Esta situação foi tida em conta no diagnóstico clínico.

HABITOS TABAGICOS – “O consumo de tabaco é reconhecido como a mais importante causa de morte evitável nos países industrializados, geradora de custos directos e indirectos elevados.” (FERREIRA, BORGES; FILHO, 2004. p. 13)

A dependência do tabaco é um fenómeno complexo, que resulta da interacção de vários factores entre os quais a presença de nicotina, que é uma substância

química psicoactiva capaz de produzir dependência física e psicológica. Para além dos aspectos neuroquímicos, outros factores são igualmente necessários num processo de iniciação do consumo e dependência do tabaco, entre os quais: factores de aprendizagem e condicionamento social, factores de personalidade, factores genéticos e factores de natureza económica.

O consumo de tabaco, nas suas diferentes formas, constitui um dos mais importantes factores de risco aumentando, desta forma a probabilidade de ocorrência de diversas doenças. Esta situação foi tida em conta nos antecedentes clínicos.

**HÁBITOS ÁLCOOLICOS** – o álcool é uma droga legal e comercializável, que integra os hábitos alimentares humanos, estando também associado a eventos sociais e recreativos. O seu consumo não implica problemas individuais nem sociais por si só, no entanto, quanto maior o seu consumo maior é também o número de indivíduos que apresentam problemas relacionados com o seu uso (FERREIRA - BORGES; FILHO, 2004). Esta situação foi tida em conta nos antecedentes clínicos.

Os **diagnósticos clínicos** foram posteriormente reagrupados em três classes:

- Lesões e envenenamentos;
- Doenças médicas;
- Cirurgias.

**Medicação administrada** – deve ser entendida como um ponto primordial no tratamento dos doentes, que atende às suas necessidades básicas.

A operacionalização desta variável, efectuou-se através de uma questão aberta em que foi enumerada a medicação administrada durante o internamento. Posteriormente foi reformulada a questão, sendo os medicamentos agrupados nos seguintes grupos farmacológicos, com acção no sistema nervoso, alterações mentais e comportamentais:

- Analgésico opióides; (Tramadol, Morfina)
- Anestésicos Opiáceos (Fentanil)
- Anestésico; (Propofol)
- Antipsicóticos; (Haldol)
- Ansiolíticos e Sedativos Benzodiazepinas; (Midazolam, Diazepam, Oxazepam e lorazepam)

Por último foi efectuada uma questão de opinião ao enfermeiro responsável pelo doente, que consistia numa pergunta fechada de resposta múltipla, com base nos factores causais, do desencadeamento do delirium:

- Doença aguda;
- Antecedentes clínicos;
- Medicamentos administrados;
- Factores ambientais.

Os factores ambientais não foram alvo de análise, como uma variável independente, por serem múltiplos e exigirem por parte do investigador outras avaliações não possíveis em virtude da contenção de tempo e meios.

Para finalizar foram agrupados todos os factores de risco considerados nos vários estudos como causa de delirium, seguindo os seguintes critérios:

- Um ponto para a idade superior a 54 anos;
- Um ponto para o sexo masculino;
- Um ponto para o diagnóstico;
- Um ponto por cada antecedente clínico;
- Um ponto pela administração de sedativos;
- Um ponto pela administração de analgésicos opióides.

∴ ∴

Para a avaliação do delirium no doente de cuidados intensivos procedeu-se à aplicação dos seguintes instrumentos de medida:

### **ESCALA DE RASS** (The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS)

A determinação da escala de RASS, consiste em três passos:

- 1º. Observar o doente. Se está alerta, inquieto ou agitado (0 a +4);
- 2º. Se não está alerta, dizer o nome do doente e pedir-lhe para abrir os olhos e olhar para o profissional. Se acordado com abertura dos olhos sustentada e realizando contacto visual (-1); Se acordado realizando abertura dos olhos e contacto visual breve (-2); se é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contacto visual (-3).

3º. Quando o doente não responde ao estímulo verbal, realizar estímulos físicos. Se ele realiza algum movimento ao estímulo físico (-4); Se ele não responde a qualquer estímulo (-5).

Os doentes com nível de sedação RASS entre -4 até -5, não são testados com a escala CAM-ICU.

<b>PONTOS</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
<b>+4</b>	Agressivo, violento, perigoso
<b>+3</b>	Muito agitado, comportamento agressivo, remoção de tubos ou cateter
<b>+2</b>	Agitado, movimentos sem coordenação
<b>+1</b>	Inquieto, ansioso mas sem movimentos vigorosos ou agressivos
<b>0</b>	Alerta, calmo
<b>-1</b>	Sonolento, não se encontra totalmente alerta, mas tem o acordar sustentado ao som da voz (> 10 Seg.)
<b>-2</b>	Sedação leve. Acorda rapidamente e tem contacto visual com o som, voz ( < 10 seg.)
<b>-3</b>	Sedação moderada. Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contacto visual
<b>-4</b>	Sedação profunda. Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
<b>-5</b>	Incapaz de ser despertado. Não responde ao som da voz ou estímulo.

**ESCALA CAM – ICU** – (Confusion Assessement Method in a intensive Care Unit: Translated into Portuguese by DR Jorge Salluh, MD and DR Laura Vidal, MD, 2007)

Para o diagnóstico do delirium é necessário identificar quatro passos:

1º. Início agudo ou flutuante – Há evidência de alguma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal? Este comportamento flutuou nas últimas 24 horas, ou seja, teve tendência a aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciadas flutuações na escala de RASS ou avaliação clínica prévia de delírio?

2º. Falta de atenção – O doente teve dificuldade para focar a atenção?

3º. Nível de consciência alterado – O nível de consciência do doente é outro qualquer que não “Alerta”.

4º. Pensamento desorganizado – Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente, de acordo com a evidência de respostas incorrectas a duas ou mais das quatro questões: Uma pedra pode flutuar na água? Existem peixes no mar? Um quilo pesa mais do que dois quilos? Pode usar um martelo para bater madeira? Ou ainda o doente não conseguiu obedecer aos seguintes comandos: “levante estes dois dedos”, o doente levanta primeiro com a mesma mão e depois com a outra.

Existe delirium quando os passos 1+2+3 ou 4 são positivos.

A avaliação através da escala CAM-ICU compõe-se da observação do padrão de resposta não verbal do doente através da resposta a comandos simples e da vigilância e respostas lógicas com sim ou não a perguntas simples.

Para se fazer o diagnóstico de delirium é preciso associar a monitorização da sedação e do delirium, através da escala de RASS, inicialmente e só se o valor for > -4 se avalia o delirium através da escala CAM-ICU.