

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
HECI
ENFERMAGEM - INTENSIVISMO

JESSICA BICALHO MIRANDA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM
DELIRIUM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
JANEIRO/2020

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM DELIRIUM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING CARE IN DELIRIUM PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

MIRANDA, Jessica Bicalho¹
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira ²
VITTORAZZI, Élide Lucia Gomes ³

RESUMO

O *delirium* é uma disfunção cerebral aguda potencialmente reversível, que se desenvolve em um curto período de tempo, caracterizado pela diminuição das funções cognitivas, nível reduzido de consciência, falta de atenção, aumento ou diminuição na atividade psicomotora e desordem no ciclo de sono-vigília. Sua ocorrência tem sido observada em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo ocorrer em consequência direta da condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, medicação, exposição a toxinas, ou em combinação desses fatores. Está associado a piores desfechos para pacientes criticamente enfermos, inclusive aumento da duração da ventilação mecânica, duração da permanência no hospital e mortalidade, além de déficit funcional e cognitivo em longo prazo. Sua prevalência é de aproximadamente 70% e a sua incidência pode chegar a 89%. Apesar disso, o distúrbio permanece subdiagnosticado em cerca de 25% a 75% dos pacientes e tido pouca atenção dos profissionais que atuam em UTI. Os enfermeiros possuem papel fundamental no reconhecimento da patologia, uma vez que possuem maior contato com o paciente, tornando-os capazes de observar as flutuações de atenção. A detecção precoce, monitorização e o manejo dos sintomas são fundamentais para o curso clínico do delirium. No entanto, os profissionais possuem pouco conhecimento teórico sobre o tema e seu tratamento. Sendo assim, foi realizada uma pesquisa exploratória, por meio de levantamento bibliográfico de referências teóricas, buscando identificar e disponibilizar aos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, conhecimento teórico sobre o tema e os principais cuidados adotados em pacientes críticos em delirium na UTI.

Palavras-chave: Enfermagem; Delirium; Unidade de terapia intensiva; Cuidados.

¹ Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - ES, jessicabicalho92@hotmail.com

² Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro, Enfermeiro Mestre em Administração de Empresas, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - ES, gustavo.ribeiro@heci.com.br

³ Élide Lúcia Gomes ittorazzi, Enfermeira Pós-Graduado em Terapia Intensiva, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - ES, elidaluciagomes@hotmail.com

ABSTRACT

Delirium is a potentially reversible acute brain dysfunction that develops over a short period of time, characterized by decreased cognitive functions, reduced level of awareness, lack of attention, increased or decreased psychomotor activity, and sleep-wake cycle disorder. Its occurrence has been observed in intensive care unit (ICU) patients, and may occur as a direct consequence of the medical condition, intoxication or abstinence syndrome, medication, toxin exposure, or a combination of these factors. It is associated with worse outcomes for critically ill patients, including increased duration of mechanical ventilation, length of hospital stay and mortality, and long-term functional and cognitive impairment. Its prevalence is approximately 70% and its incidence can reach 89%. Nevertheless, the disorder remains underdiagnosed in about 25% to 75% of patients and has had little attention from ICU professionals. Nurses play a fundamental role in recognizing the pathology, since they have greater contact with the patient, making them able to observe fluctuations in attention. Early detection, monitoring and management of symptoms are critical to the clinical course of delirium. However, professionals have little theoretical knowledge about the subject and its treatment. Thus, an exploratory research was conducted, through a bibliographic survey of theoretical references, seeking to identify and make available to health professionals, especially nursing, theoretical knowledge on the subject and the main care to be adopted in critically ill delirium patients in the ICU.

Keywords: Nursing; Delirium; Intensive Care Unit; Care.

INTRODUÇÃO

A alteração do padrão neurológico observado em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), antigamente chamada psicose, hoje é mais compreendida, sendo denominada *delirium*, uma disfunção cerebral aguda potencialmente reversível, que se desenvolve em um curto período de tempo (horas ou dias) (BASTOS *et al.*, 2019), caracterizado pela diminuição das funções cognitivas, nível reduzido de consciência, falta de atenção, aumento ou diminuição na atividade psicomotora e desordem no ciclo de sono-vigília (CRUZ *et al.*, 2012).

Pode ocorrer em consequência direta da condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, medicação, exposição a toxinas, ou em combinação desses fatores (LUNA; ENTRINGER; SILVA, 2016).

A prevalência do delirium é de aproximadamente 70% e a sua incidência pode chegar a 89% (MORI *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2019). Sua prevalência em pacientes submetidos à ventilação mecânica pode ser de até 80% (MARTINS *et al.*, 2019). Apesar da alta incidência, o delirium permanece subdiagnosticado em cerca de 25% a 75% dos

pacientes, chegando a 100% em quadros clínicos caracterizados pelo estado hipotativo (SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018).

Esta situação pode ser ocasionada pela natureza flutuante do quadro, associada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a patologia, ao baixo uso de ferramentas de avaliação e ao não registro do fenômeno pelos profissionais (SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018).

Existem evidências de que o *delirium* está associado a piores desfechos para pacientes criticamente enfermos, inclusive aumento da duração da ventilação mecânica, duração da permanência no hospital e mortalidade (PITROWSKY *et al.*, 2010), além de déficit funcional e cognitivo em longo prazo (MARTINS *et al.*, 2019). O aumento no período de internação é de um a 10 dias quando comparados com pacientes que não desenvolveram o *delirium*, associado ao risco 3 vezes maior de óbito em um período de 6 meses e aumento de 10% de risco de morte a cada dia em delirium (SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018).

As consequências negativas do *delirium* necessitam de observação, devendo os profissionais da saúde reconhecê-los como condição clínica importante no contexto da terapia intensiva (MORI *et al.*, 2016). No entanto, o *delirium* tem recebido pouca atenção dos profissionais que atuam em UTI, principalmente porque raramente é a razão primária de admissão de pacientes (PESSOA; NÁCUL, 2006). Assim, este distúrbio necessita ser melhor investigado e tratado, visto sua difícil identificação e incerteza sobre as intervenções realmente eficazes (SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018).

Segundo Eberle *et al.* (2019), enfermeiros intensivistas possuem um papel fundamental no reconhecimento da patologia, uma vez que possuem maior contato com o paciente, o que permite observar as flutuações de atenção, nível de consciência e função cognitiva. Ainda segundo os autores, a detecção precoce, a monitorização e o manejo dos sintomas são fundamentais para o curso clínico do delirium.

O enfermeiro deve ter como meta mudar a prevalência de *delirium*, além de identificar os fatores de risco, sobretudo os modificáveis e os grupos de maior risco ou vulnerabilidade, promovendo qualidade de vida e uma diminuição de agravos ao estado de saúde (SOUZA *et al.*, 2019). Além disso, a equipe de enfermagem deve atuar nas estratégias de educação em saúde e no apoio às famílias, explicando-as o processo de saúde/doença, a importância de sua participação no processo, bem como reiterar a integralidade do cuidado prestado (SOUZA *et al.*, 2019).

Trata-se de um tema relevante, uma vez que se observa alta incidência de *delirium* em pacientes em UTI, diversas consequências e sequelas deste tipo de distúrbio, aliado ao fato de existir entre os profissionais pouco conhecimento teórico sobre o tema e seu tratamento, o que impacta de forma negativa os cuidados com os pacientes. Sendo assim, o objetivo do estudo foi identificar e disponibilizar aos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, conhecimento teórico sobre o tema e os principais cuidados a serem adotados em pacientes críticos em *delirium* na UTI.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória, no intuito de proporcionar uma maior familiaridade dos profissionais envolvidos com o problema (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Optou-se pelo levantamento bibliográfico de referências teóricas, por meios escritos e eletrônicos, tais como livros, artigos científicos, páginas de web sites, entre outros. Tal procedimento permite recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

DESENVOLVIMENTO

Delirium é uma condição neuropsiquiátrica caracterizada por um distúrbio no nível de consciência de início relativamente agudo, associado à incapacidade de focar, manter e mudar a atenção juntamente a um comprometimento da memória recente e imediata. (JAYASWAL *et al.*, 2019). Trata-se de uma disfunção cerebral aguda potencialmente reversível, que se desenvolve em um curto período de tempo (horas ou dias) (BASTOS *et al.*, 2019), que pode apresentar diminuição das funções cognitivas, nível reduzido de consciência, falta de atenção, aumento ou diminuição na atividade psicomotora e desordem no ciclo de sono-vigília (CRUZ *et al.*, 2012).

Tem um curso flutuante devido à consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, uma substância intoxicante ou uso de medicamentos. Embora extremamente comum e capaz de complicar qualquer diagnóstico médico ou cirúrgico, geralmente não é reconhecido, apesar de ser em grande parte evitável e tratável (JAYASWAL *et al.*, 2019). A falha no diagnóstico do *delirium* não apenas aumenta as taxas de morbimortalidade, mas também é uma fonte de angústia para os cuidadores e toda equipe de saúde (JAYASWAL *et al.*, 2019).

A incidência de *delirium* varia amplamente, dependendo do cenário (hospital *versus* centros de assistência ao idoso) e dos critérios de diagnóstico utilizados (JAYASWAL *et al.*, 2019). Frequentemente, manifestam-se nos pacientes graves internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a fatores de risco, tais como idade elevada, uso de ventilação mecânica, submissão a procedimentos invasivos, interrupções dos ciclos de sono, hipertensão arterial sistêmica, etilismo, distúrbios metabólicos, acidose, intervenções cirúrgicas e uso de drogas, como por exemplo a morfina (MARTINS *et al.*, 2019).

A prevalência do *delirium* é de aproximadamente 70% e a sua incidência pode chegar a 89% (MORI *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2019). Sua prevalência em pacientes submetidos à ventilação mecânica pode ser de até 80% (MARTINS *et al.*, 2019). Está associado a alta mortalidade, ao aumento do tempo de internação em UTI e de ventilação mecânica, além de déficit funcional e cognitivo em longo prazo (MARTINS *et al.*, 2019).

As UTIs surgiram com o objetivo de oferecer suporte a pacientes graves e são considerados setores peculiares, possuindo fatores intrínsecos que podem gerar alto grau de stress aos pacientes e seus familiares, causando efeitos negativos pelo excesso de luz, ruído, isolamento e gravidade dos pacientes que ali se encontram (PESSOA; NÁCUL, 2006; GARNETT; CARDOSO, 2014). Estes fatores estão associados à causa de comorbidades como o *delirium*, podendo ser minimizados pelo cuidado humanizado por parte dos profissionais, oferecendo não apenas clínico mas também cuidado terapêutico e integral a ponto de reduzir os fatores agravantes (GARNETT; CARDOSO, 2014).

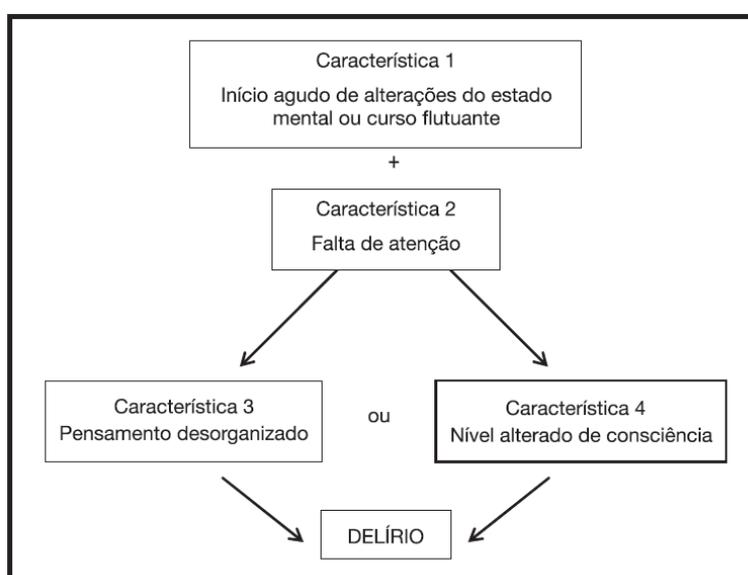
Pitrowsky *et al.* (2010) e Faria e Moreno (2013) dividem os fatores de risco para *delirium* em modificáveis e não modificáveis. Destaca-se entre os fatores não modificáveis as características do paciente como idade, gênero, hábitos pessoais (por exemplo: tabagismo, abuso de álcool), comorbidades, doenças prévias do sistema nervoso, características genéticas (por exemplo, mutação APO-E4) e demência (PITROWSKY *et al.* (2010). Considerando o potencial para intervenção, o enfoque deve ser no grupo de modificáveis, especialmente nos doentes com maior risco para o desenvolvimento de *delirium* (FARIA; MORENO, 2013). O ambiente típico de uma UTI representa um fator de risco em si mesmo, notadamente pela ausência de iluminação natural, ausência de relógios, perturbação dos padrões de sono e vigília, e pelo isolamento do doente (FARIA; MORENO, 2013).

Jayaswal *et al.* (2019) utilizam outra nomenclatura para os fatores de risco, porém com conceitos parecidos. Para estes autores, os fatores de risco para *delirium* podem ser

categorizados em fatores predisponentes (aqueles que estão presentes bem antes da admissão no hospital) e fatores precipitantes (aqueles que operam na UTI). A complexidade do *delirium* reside no fato de que fatores predisponentes e precipitantes interagem de inúmeras maneiras aleatoriamente para influenciar o resultado em um determinado momento (JAYASWAL *et al.*, 2019).

O quadro clínico do *delirium* pode variar em: (i) hipoativo (quadro mais frequente), onde o paciente apresenta-se sonolento e (ii) hiperativo (relativamente rara, menor que 5%), onde o paciente apresenta-se com importante agitação psicomotora e alucinações. O déficit de atenção é o fenômeno mais aparente, embora possam ser observados outros distúrbios cognitivos e comportamentais como perda de memória, alucinações e agitação (LUNA; ENTRINGER; SILVA, 2016). Segundo Pessoa e Nácul (2006) o quadro clínico pode também apresentar: a) comprometimento do nível de consciência e atenção (capacidade reduzida para manter e mudar o foco de atenção); b) comprometimento generalizado do funcionamento cognitivo; c) aumento ou redução da atividade psicomotora; d) comprometimento do ciclo sono-vigília; e e) transtornos emocionais (depressão, ansiedade, medo, irritabilidade, euforia, apatia, perplexidade). As manifestações clínicas têm início abrupto, apresentam flutuação em intensidade durante o dia e de um dia para outro e duração limitada, conforme apresentado no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Diagrama de Fluxo do Método CAM-ICU



Fonte: adaptado de Pessoa e Nácul (2006)

Devido aos aspectos negativos do *delirium* na evolução dos pacientes, observa-se sua valorização e seu reconhecimento pelos profissionais da saúde como uma condição clínica importante no contexto da terapia intensiva (MORI *et al.*, 2016). Apesar da alta incidência, o *delirium* permanece subdiagnosticado em cerca de 25% a 75% dos pacientes, chegando a 100% em quadros clínicos caracterizados pelo estado hipoativo (SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018). Tais informações nos levam a reforçar a necessidade de cuidados para a sua prevenção e identificação (MORI *et al.*, 2016).

Diariamente nas UTIs, os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem (em geral a primeira a identificar as alterações comportamentais), preocupam-se com o paciente em quadros confusionais ou de agitação em razão de eventos adversos que podem colocar em risco sua segurança e ocasionar consequências (MORI *et al.*, 2016). Portanto, a enfermagem possui papel elementar na avaliação e identificação do distúrbio cognitivo, já que é a equipe profissional que permanece 24 horas com o paciente, e qualquer oscilação do estado de humor que este apresente será identificado (LUNA; ENTRINGER; SILVA, 2016).

A leitura dessas alterações, infelizmente, não ocorre de forma ideal, podendo mascarar um importante diagnóstico, acarretando consequências ao paciente hospitalizado (LUNA; ENTRINGER; SILVA, 2016). O *delirium* não diagnosticado pode evoluir com desfechos desfavoráveis, pois o tratamento adequado e o seguimento do paciente deixam de ser feitos. Dessa forma, considerando as elevadas taxas de morbimortalidade relacionada ao *delirium*, a segurança do paciente fica comprometida, bem como a qualidade da assistência, que implica na efetividade, segurança e otimização dos resultados (LUNA; ENTRINGER; SILVA, 2016).

Nos pacientes da UTI, a capacidade de prever o delirium pode ajudar a reduzir sua incidência, duração e severidade (SOSA *et al.*, 2018). Assim, é importante a identificação precoce do *delirium* realizada pelo enfermeiro, bem como o conhecimento dos possíveis fatores relacionados à sua ocorrência em pacientes internados na UTI (MORI *et al.*, 2016).

O conhecimento e a avaliação física e psíquica do paciente são importantes para um diagnóstico conciso, tratamento adequado e a busca de fatores de risco para a prevenção (MARTINS *et al.*, 2019). Assim sendo, o uso de instrumentos que facilitam o reconhecimento do *delirium* deve ser estimulado (MORI *et al.*, 2016).

O *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU, sigla em inglês) tem sido amplamente utilizado para a identificação do *delirium* em pacientes de

UTI (MORI *et al.*, 2016, SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018; LUNA; ENTRINGER; SILVA, 2016). A escala foi criada especificamente para utilização em UTIs e busca verificar quatro questões: flutuação do estado mental, inatenção, pensamento desorganizado e nível de consciência alterado (MARTINS *et al.*, 2019).

Pitrowsky *et al.* (2010) ressaltam que Inouye *et al.* (1991) desenvolveram um método fácil de usar e identificar confusão mental denominado Método para Avaliação da Confusão (sigla em inglês, CAM), baseado na população idosa fora da UTI. Após 10 anos, Ely *et al.* realizaram um estudo prospectivo visando avaliar a eficácia do Método CAM modificado para pacientes incapazes de expressão verbal (CAM-ICU) admitidos em uma UTI clínica, detectando *delirium* com uma elevada confiabilidade (PITROWSKY *et al.* (2010). No mesmo ano, o método CAM-ICU foi validado para pacientes em ventilação mecânica, diagnosticando *delirium* em 83,3% dos pacientes (PITROWSKY *et al.* (2010).

Segundo Mori *et al.* (2016), o instrumento foi adaptado para o português brasileiro e possui alta sensibilidade (72,5%) e especificidade (96,2%), sendo de simples aplicação e aplicável por profissionais da equipe multidisciplinar. Após a utilização do CAM-ICU, 91,5% dos enfermeiros que começaram a utilizar o método afirmaram que seus conhecimentos sobre o *delirium* aumentaram sistematicamente, sendo que 85,1% mencionaram que o instrumento é de fácil aplicação (MORI *et al.*, 2016).

Segundo Pessoa e Nácúl (2006), a utilização do método CAM-ICU exige apenas um rápido treinamento, uma vez que possui um formulário para diagnóstico de fácil aplicação, o que permitiu uma rápida e acurada medida em pacientes críticos. Ainda segundo os autores, para diagnóstico do *delirium*, é necessário associar a monitorização da sedação e do *delirium*, através do método de duas etapas para avaliação da consciência. O primeiro passo se refere à avaliação da sedação, que é quantificada pela escala de agitação e sedação de Richmond (*The Richmond Agitation and Sedation Scale – RASS*), constante no Quadro 2. Se o RASS for superior a -4 (-3 até +4), deve-se então seguir para o segundo passo, que é a avaliação do *delirium* (PESSOA; NÁCUL, 2006), apresentado no Quadro 3.

A abordagem em duas etapas do CAM-ICU é adequada para a maior parte dos pacientes que não consegue se comunicar com o avaliador. Os pacientes que não progredem para o passo número 2, como aqueles com nível de sedação RASS -4 a -5, não são testados com o restante da avaliação CAM-ICU (PESSOA; NÁCUL, 2006). Por isso, os que atingem o passo 2 e apresentam abertura dos olhos apenas com estimulação verbal, a incapacidade para realizar ou completar os componentes do teste de atenção é

atribuída à falta de atenção (PESSOA; NÁCUL, 2006). A qualificação da equipe em reconhecer precocemente o delirium, bem como o conhecimento de sua prevalência na UTI, será importante no planejamento das intervenções, melhoria da assistência e diminuição das complicações causadas pelo distúrbio (MARTINS et al., 2019). O conhecimento dos enfermeiros sobre fatores que favorecem a ocorrência do delirium é essencial para o planejamento da assistência de enfermagem, bem como para estabelecer eficazmente uma rede de comunicação com os pacientes, seus familiares e com os demais membros da equipe multidisciplinar, no intuito de obter resultados positivos na evolução dos pacientes (MORI et al., 2016).

Quadro 2 - Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

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

Procedimento da medida do RASS:

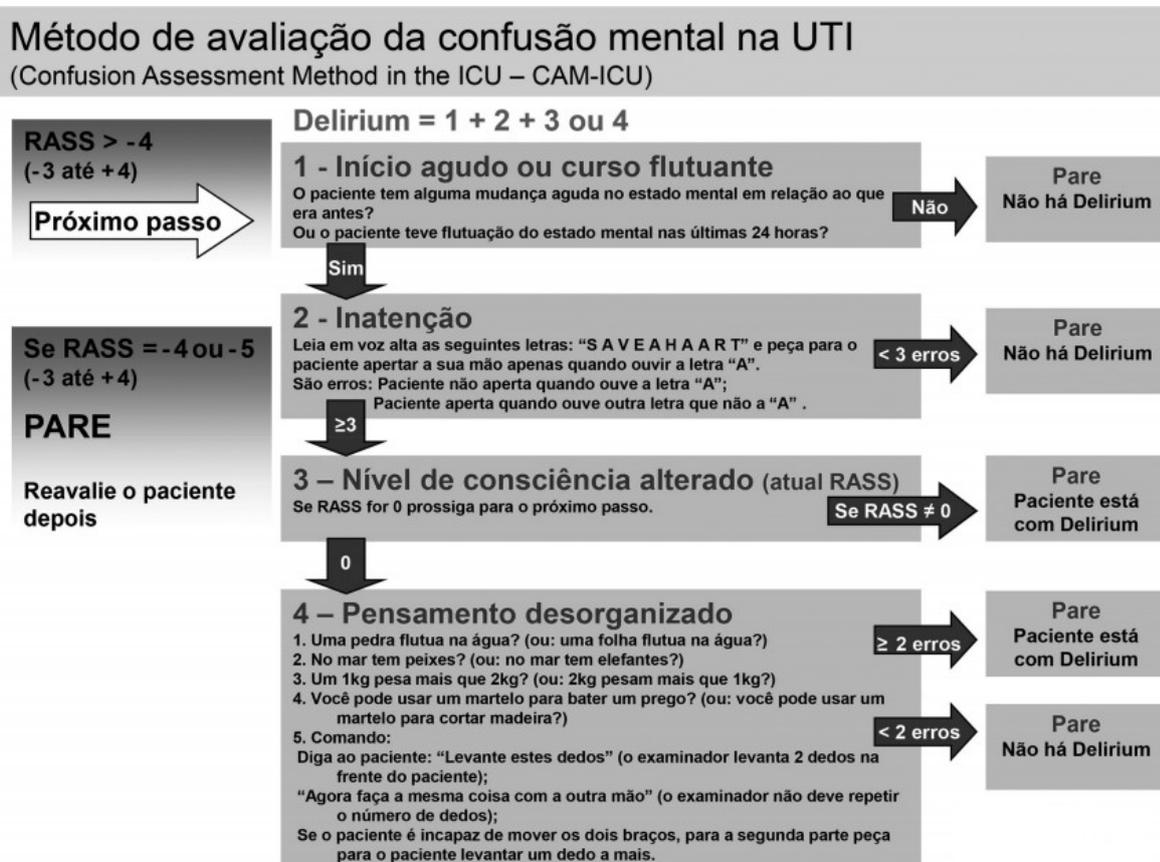
1. Observar o paciente
 - Paciente está alerta, inquieto ou agitado.(0 a +4)
2. Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.
 - Paciente acordado com abertura de olhos sustentada e realizando contato visual. (-1)
 - Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve. (-2)
 - Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual. (-3)
3. Quando paciente não responde ao estímulo verbal realizar estímulos físicos.
 - Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico. (-4)
 - Paciente não responde a qualquer estímulo. (-5)

Fonte: adaptado de Pessoa e Nácul (2006).

O tratamento do *delirium* varia com a condição específica que o causa e objetiva controlar ou reverter suas manifestações, de forma a proteger o paciente de qualquer lesão (PESSOA; NÁCUL, 2006). Nesse sentido, é necessária a atenção precoce da equipe de enfermagem para diminuir a ocorrência do distúrbio (PESSOA et al., 2019). Entre as manifestações clínicas importantes para a identificação do *delirium*, a equipe de enfermagem deve estar atenta à presença de agitação psicomotora, desorientação, falas desconexas, alucinações e perda súbita de memória, sendo o problema reconhecido quando estas são intensas, no entanto, os sinais do tipo hipoativo como letargia, apatia e redução do grau de resposta aos estímulos não foram considerados (PESSOA et al., 2019). Enfermeiros não priorizam os pacientes com delirium hipoativo, por conta da falha de reconhecimento do quadro, sendo este um problema comum até para especialistas (PESSOA et al., 2019). Deve-se tratar as condições que contribuam para a confusão mental, dentre elas: a insuficiência cardíaca,

hipóxia, hipercapnia, alterações tireoidianas, anemia, desordens nutricionais, infecções, insuficiência renal, insuficiência hepática e condições psiquiátricas, como a depressão (PESSOA; NÁCUL, 2006).

Quadro 3 - Método de avaliação da confusão mental na UTI (CAM-ICU).



Fonte: adaptado de Faria e Moreno (2013).

O tratamento do *delirium* pode incluir medidas como a flexibilização do horário de visitas para permitir maior interação com familiares e amigos. É importante que o enfermeiro informe quanto aos dias da semana, os horários de refeições, banho, exames de rotina, visitas (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

A presença dos familiares é importante como parceiros no cuidado, prevenção e redução dos danos causados pelo *delirium*, ampliando os horários de visita e realizando atividades como a exposição a objetos preferidos ou fotos de familiares para estimular a memória e assim diminuir o isolamento. (PESSOA *et al.*, 2019; PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

Pode-se utilizar outras medidas, tais como o uso de relógios e calendários no ambiente para permitir uma maior orientação de tempo e espaço (PESSOA; NÁCUL,

2006, PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015). Entende-se que a redução da luminosidade e dos ruídos do monitor multiparamétrico contribuem para um bom sono (PESSOA *et al.*, 2019) e conseqüentemente o aumento do conforto do paciente.

Acredita-se que pequenas intervenções possam tornar o ambiente da UTI menos inóspito, permitindo uma melhor percepção do ambiente, como noite e dia por janelas e luzes, acesso a próteses visuais e auditivas e intervenções para minimizar a privação de sono (PITROWSKY *et al.*, 2010; PESSOA *et al.*, 2019). Em idosos hospitalizados, a interrupção do sono durante a noite aumenta as chances de desenvolvimento do delirium, sendo necessário que a equipe de enfermagem limite os cuidados no período noturno (PESSOA *et al.*, 2019).

A privação do sono precipita a ocorrência de *delirium*, sendo prevenido quando a enfermagem mantém o sono e repouso adequados (PESSOA *et al.*, 2019). Uma medida importante e necessária para melhorar a qualidade do sono, seria adequar e organizar os horários das medicações e procedimentos com o intuito de não alterar o ciclo sono-vigília, além de diminuir o ruído e a quantidade dos equipamentos, evitar conversas em alto tom, e fornecer tampões de ouvido e máscaras para dormir (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

A presença de suporte à vida invasivo, tubos, cateteres e drenos também são considerados fatores de risco, e devem ser removidos logo que possível (PITROWSKY *et al.* (2010). Embora ainda precisem ser testados, outros fatores de risco devem sempre ser verificados e corrigidos, tais como as alterações eletrolíticas, infecções, abstinência de drogas e controle da dor (PITROWSKY *et al.* (2010), uma vez que representam boa prática clínica e são fatores de risco bem conhecidos (PITROWSKY *et al.* (2010).

Evitar sedação excessiva é benéfico, pois esta desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de *delirium* e outra ampla variedade de desfechos clínicos, inclusive infecções adquiridas na UTI, duração da ventilação mecânica, e duração da internação na UTI (PITROWSKY *et al.* (2010). O tipo de sedativo também pode influenciar no desenvolvimento de delirium, existindo evidências que indicam os benzodiazepínicos como droga associada a maior ocorrência de delirium, assim como o lorazepam pode ser um fator independente de risco capaz de precipitar *delirium* em pacientes ventilados mecanicamente (PITROWSKY *et al.* (2010).

Pessoa *et al.* (2019) afirmam que a equipe de enfermagem apresenta dificuldade para reconhecer o distúrbio em pacientes que utilizaram benzodiazepínicos, sendo

necessária uma avaliação criteriosa de drogas que possam precipitar o desenvolvimento do delirium.

O desenvolvimento de ações educativas com a equipe de enfermagem é importante. Segundo Pessoa *et al.* (2019), as ações realizadas contribuíram para o desenvolvimento de uma consciência crítica acerca do *delirium*, ampliação do conhecimento, bem como para a melhoria das práticas de enfermagem. Além disso, a realização de treinamentos com enfermeiros na terapia intensiva aumentou a taxa de reconhecimento entre os profissionais, sugerindo a continuação da estratégia, bem como a avaliação de rotina dos pacientes com potencial para o quadro confusional (PESSOA *et al.*, 2019). A educação pode proporcionar o conhecimento e compreensão adequados, munindo os profissionais de atitudes mais proativas para reconhecerem as manifestações clínicas do *delirium* (BENTO; MARQUES; SOUSA, 2018).

A utilização de protocolos de vigilância, monitoração e até mesmo interação com familiares é recomendado. Bento, Marques e Sousa (2018) destacam o uso de *guidelines* como ABCDE *bundle*, o DPB ou ainda o *Nursing Delirium Interventions in the Intensive Care Unit* (UNDERPIN-ICU). Segundo os autores, tratam-se de guias que visam melhorar a qualidade da prática dos cuidados, que são implementadas pela equipe de saúde (enfermeiros majoritariamente, médicos e fisioterapeutas).

Existem outras atividades terapêuticas de enfermagem que podem promover o sono e facilitar o equilíbrio sensorial e a manutenção de um ambiente seguro, tais como a musicoterapia, a massagem, o relaxamento e a avaliação do controle da dor (BENTO; MARQUES; SOUSA, 2018). Evidências indicam que a dor não controlada é causadora do *delirium*, sendo importante a avaliação deste parâmetro, sendo que os enfermeiros dispõem de diversas escalas para avaliar o estado neurológico do doente (BENTO; MARQUES; SOUSA, 2018).

A mobilização precoce é indicada em estudos como atividade a ser utilizada para reduzir o risco de confusão mental (BENTO; MARQUES; SOUSA, 2018). As técnicas válidas de enfermagem remetem-se a estimular e ensinar movimentos no leito, a alternância de decúbitos ou conforme tolerado, o encorajar a deambulação (com vigilância) (BENTO; MARQUES; SOUSA, 2018). Deve-se estimular o paciente a realizar seus próprios cuidados, pois isso estimula a autoestima e a preservação da autonomia, mesmo que limitada (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

A contenção física pode aumentar em 2,82 vezes a probabilidade de desencadear o *delirium*, pelo que outra das intervenções a destacar nas investigações, relaciona-se

exatamente com o precaver essa ação (BENTO; MARQUES; SOUSA, 2018). Também os dispositivos invasivos (como cateteres ou sistemas de soros) surgem como potenciais fatores de risco para esta problemática, minimizando-os/afastando-os os enfermeiros contribuem para a manutenção de um ambiente mais seguro (BENTO; MARQUES; SOUSA, 2018).

Existe a possibilidade de se instalar o protocolo ABCDE – composto pelas intervenções “Despertar (Awakening)”, “Coordenação da respiração (Breathing Coordination)”, “Monitorização e tratamento do Delirium” e “Mobilização Precoce (Early mobilization)”- o qual agrupa as melhores evidências pertinentes ao *delirium*, como: imobilidade, manejo da ventilação mecânica, sedação e analgesia na UTI (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

Quanto ao controle fisiológico, a desidratação é uma causa de *delirium*, pois causa a perda de eletrólitos e diminui a oxigenação dos órgãos, causando hipóxia (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015). Assim, a hidratação previne não só o *delirium*, mas outras comorbidades, devendo ser avaliada e incentivada a ingestão hídrica sempre que possível, evitando-se também a constipação e hipóxia (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

Segundo Pincelli, Waters e Hupsel (2015), estudos indicam que a má alimentação pode levar à um baixo nível sérico de proteínas ou pode interferir na cognição por alteração nos níveis de oxigênio, glucose e uma baixa pressão de perfusão encefálica. Na hipóxia há o aumento da produção de dopamina intracelular e redução na liberação de acetilcolina, o que interfere com o glutamato, aumentando sua concentração e consequentemente diminui a atividade gabaérgica, levando a uma das possíveis causas de *delirium* (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

A equipe multidisciplinar geralmente é composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, nutrólogos e nutricionistas, psicólogo e assistente social que devem estar integrados no cuidado ao paciente, devendo-se, na medida do possível, evitar a mudança constante dos profissionais que prestam a assistência (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

CONCLUSÃO

A presente revisão bibliográfica teve por objetivo identificar e disponibilizar aos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, conhecimento teórico sobre o tema e os principais cuidados a serem adotados em pacientes críticos em *delirium* na UTI. Baseado nos estudos analisados, verifica-se que o *delirium* ocorre com frequência, principalmente em unidades de terapia intensiva. Entretanto, trata-se de ocorrência de difícil identificação, acarretando prejuízos nas intervenções da equipe.

A equipe de enfermagem passa a maior parte do tempo próxima ao paciente. Assim, é importante despertar a consciência crítica, priorizando ações de prevenção, por meio da adoção de medidas voltadas especialmente à vigilância e manutenção do equilíbrio do paciente (sensorial, cognitivo, etc), monitoramento do ambiente (luz, ruídos, entre outros), repouso, controlo da dor, hidratação, mobilização precoce do doente entre outros.

Ressalta-se a importância dos treinamentos e utilização de protocolos que qualifiquem a equipe a reconhecer o *delirium*. O conhecimento e a avaliação física e psíquica do paciente é essencial, sendo recomendável o uso de instrumentos que facilitam o reconhecimento do *delirium*, tais como o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU), escala criada especificamente para utilização em UTIs.

Por fim, ressalta-se que a identificação precoce do distúrbio é de grande importância, assim como o registro em prontuário, a fim de que a equipe multiprofissional possa agir em conjunto na prevenção, identificação e manejo do *delirium*. A assistência de enfermagem direcionada auxilia no tratamento adequado, previne agravos e reduz complicações.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Alessandra Soler et al. Identificação de delirium e delirium subsindromático em pacientes de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 463-467, Apr. 2019.

BENTO, Marta Sofia Pão-Mole; MARQUES, Rita Margarida Dourado; SOUSA, Patricia Pontífice. Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado – uma revisão bibliográfica. **Rev. Enfermería Global**, Portugal, n. 52, p. 657-673, outubro, 2018.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTOS, José Luís Guedes dos. Empreendedorismo na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 289-298, fev. 2019.

CRUZ, Julia Niehues da et al . Incidência de delirium durante a internação em unidade de terapia intensiva em pacientes pré-tratados com estatinas no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 52-57, Mar. 2012.

EBERLE, Carolina Chitolina; SANTOS, Adriana Alves dos; MACEDO JÚNIOR, Luís Joeci Jacques de Macedo ; MARTINS, Juliana Bessa. O manejo não farmacológico do delirium sob a ótica de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Rev. Pesqui. Univ. Fed. Estado Rio Janeiro**, [online], Rio de Janeiro, vol. 11, n. 5, p. 1242-1249, out./dez. 2019.

FARIA, Rita da Silva Baptista; MORENO, Rui Paulo. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 137-147, Jun. 2013.

GARNETT, Larissa Caetano; CARDOSO, Patricia Goulart Rosa. Ocorrência do delirium nas unidades de terapia intensiva. **Enfermagem Brasil**, Paraíba, vol. 13, n. 2, p 1-5, abril. 2014.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

JAYASWAL, Ayush Kumar; SAMPATH, Harshavardhan; SOOHINDA, Geeta; DUTTA, Sanjiba. Delirium in medical intensive care units: Incidence, subtypes, risk factors, and outcome. **Indian Journal of Psychiatry**, India, vol. 61, p. 352-358, July-August. 2019.

LUNA, Aline Affonso; ENTRINGER, Aline Piovezan; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. Prevalência do subdiagnóstico de delirium entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 1, p. 1-5, 2016.

MARTINS, Juliana Bessa; SANTOS, Adriana Alves dos; MACEDO JÚNIOR, Luís Joeci Jaques de; EBERLE, Carolina Chitolina. Avaliação da prevalência de delirium em uma unidade de terapia intensiva pública. **Enfermagem em Foco**, Brasília, vol. 10, n. 3, p. 76-81, 2019.

MORI, Satomi et al. Incidência e fatores relacionados ao delirium em unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 587-593, ago. 2016.

PESSOA Larissa Simões da Cruz; MENEZES, Tânia Maria de Oliva; GOMES, Nildete Pereira et al. Cuidado de enfermagem ao idoso com delirium em unidade intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, Pernambuco, vol. 13, 2019.

PESSOA, Renata Fittipaldi; NACUL, Flávio Eduardo. Delirium em pacientes críticos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, vol. 18, n. 2, p. 190-195, June 2006.

PINCELLI, Erick Lagonegro; WATERS, Camila; HUPSEL, Zelia Nunes. Ações de enfermagem na prevenção do delirium em paciente na Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo. 60:131-9. 2015.

PITROWSKY, Melissa Tassano et al . Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, vol. 22, n. 3, p. 274-279, Sept. 2010 .

SOARES, C.B.; HOGA L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, vol. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOSA, Fernando Ariel et al . Avaliação de delirium com uso do modelo PRE-DELIRIC em uma unidade de terapia intensiva na Argentina. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 50-56, Mar. 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, vol. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010.

SOUZA, Rafaela Alexandre de; SANTOS, Luciana Soares Costa; DEVEZAS, Acácia Maria Lima de Oliveira; SOARES, Rosimeire Angela de Queiroz. Caracterização de pacientes com delirium internados em unidades de terapia intensiva adulto. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v. 64, n,1, p. 47-54, jan./abr. 2019.

SOUZA, Thieli Lemos de; AZZOLIN, Karina de Oliveira; FERNANDES, Vivian Rodrigues. Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e 2017-0157, 2018.

STETLER, Cheryl B et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, Estados Unidos, vol. 11, n. 4, p. 195-206, nov. 1998.