

## ■ Revisão Integrativa

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157>

# Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa

*Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review**Cuidados multiprofesionales para pacientes en delirium en la terapia intensiva: revisión integrativa*

Thieli Lemos de Souza<sup>a</sup>  
Karina de Oliveira Azzolin<sup>b</sup>  
Vivian Rodrigues Fernandes<sup>c</sup>

**Como citar este artigo:**

Souza TL, Azzolin KO, Fernandes VR. Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0157. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157>.

**RESUMO**

**Objetivo:** Descrever os cuidados multiprofissionais para manejo de pacientes críticos em delirium na UTI a partir das evidências encontradas na literatura.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de 1º de fevereiro a 30 de junho de 2016 através de busca nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science e CINAHL com os descritores *delirium*, *critical care* e *intensive care units* que finalizou com 17 estudos originais.

**Resultados:** Foram encontrados um *bundle* e uma diretriz, duas revisões sistemáticas, evidência 1a e quatro ensaios clínicos, evidência 1b e 2b, os demais estudos de coorte e observacionais. Os cuidados multiprofissionais foram apresentados para melhor entendimento em diagnóstico de delirium, pausa de sedação, mobilização precoce, diretrizes para dor, agitação e delirium, agitação psicomotora, orientação cognitiva, promoção do sono, ambiente e participação da família.

**Conclusão:** Os cuidados para delirium são abrangentes e pouco específicos, determinando seu aspecto multifatorial.

**Palavras-chave:** Delírio. Unidades de terapia intensiva. Cuidados críticos. Equipe de assistência ao paciente. Revisão.

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the multiprofessional care for the management of critical patients in delirium in the ICU from the evidences found in the literature.

**Methods:** This integrative review was carried out in the period from February 1 to June 30, 2016 through searches on PubMed, Scopus, Web of Science, and CINAHL, with the following descriptors: *delirium*, *critical care* e *intensive care units*, which brought up 17 original papers.

**Results:** A bundle and a guideline, two systematic reviews, evidence 1a and four clinical trials, evidence 1b and 2b, cohort and observational studies were found. The multiprofessional care was presented to better understand the diagnosis of delirium, sedation pause, early mobilization, pain, agitation and delirium guidelines, psychomotor agitation, cognitive orientation, sleep promotion, environment and family participation.

**Conclusion:** The care for delirium is wide and not specific, which determines its multifactorial aspect.

**Keywords:** Delirium. Intensive care units. Critical care. Patient care team. Review.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Se objetivó describir los cuidados multiprofesionales para manejo de pacientes críticos en delirium en la UTI a partir de las evidencias encontradas en la literatura.

**Métodos:** Se trata de una revisión integradora realizada en el período del 1 de febrero al 30 de junio de 2016 a través de búsqueda en PubMed, Scopus, Web of Science, and CINAHL con descriptores *delirium*, *critical care* e *intensive care units* que finalizó 17 estudios originales.

**Resultados:** Fueron encontrados un *bundle*, una directriz, dos revisiones sistemáticas, evidencia 1a, cuatro ensayos clínicos, evidencia 1b y 2b, los demás estudios de cohorte y observacionales. Los cuidados multiprofesionales fueron presentados para mejor entenderse el diagnóstico de delirium, pausa de sedación, movilización temprana, directrices para dolor, agitación, y delirium, agitación psicomotora, orientación cognitiva, promoción de sueño, ambiente y participación de la familia.

**Conclusión:** Los cuidados para delirium son más amplio y poco específicos, determinando su aspecto multifactorial.

**Palabras clave:** Delírio. Unidades de cuidados intensivos. Cuidados críticos. Grupo de atención al paciente. Revisión.

<sup>a</sup> Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

<sup>c</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A incidência de delirium nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é elevada, estudos demonstram que este agravo neurológico apresenta-se em 21% a 79% dos pacientes críticos, sendo mais frequente em pacientes submetidos à ventilação mecânica<sup>(1-3)</sup>.

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. Tal situação pode ser desencadeada 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<sup>(4-5)</sup>.

O delirium é um distúrbio que desencadeia importante declínio funcional, maior morbidade, mortalidade, período de internação, tempo de ventilação mecânica e custos em doentes críticos<sup>(2,6-7)</sup>. O aumento no período de internação é de um a 10 dias quando comparados com pacientes que não desenvolveram o delirium<sup>(8)</sup>. Além disso, a maior duração da disfunção é associada a comprometimento cognitivo em longo prazo após a resolução da doença crítica<sup>(7-9)</sup>.

A relação entre a mortalidade e o delirium em doentes críticos não está completamente estabelecida, mas em seis meses as chances de morrer triplicam em indivíduos que apresentaram essa condição. Estima-se que a cada dia em delirium há um aumento de 10% de risco de morte<sup>(10)</sup>.

Perante este contexto alarmante do delirium, tal distúrbio deve ser considerado uma patologia de importância epidemiológica que necessita ser melhor investigada e tratada, visto a presente dificuldade na sua identificação e a incerteza sobre as intervenções que sejam realmente eficazes na resolução do quadro<sup>(11)</sup>.

Tendo em vista a necessidade de uma assistência ampla ao paciente em delirium internado na UTI, uma equipe multiprofissional torna-se imprescindível para atender as demandas desses pacientes.

Frente ao exposto este estudo torna-se relevante considerando a alta incidência de delirium no ambiente de terapia intensiva, as consequências negativas desse distúrbio para o paciente a curto e a longo prazo, os altos custos institucionais e a falta de um consenso quanto as intervenções efetivas a serem implementadas. Então, pretende-se descrever os cuidados multiprofissionais para manejo de pacientes críticos em delirium na UTI a partir das evidências encontradas na literatura.

## ■ MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) desenvolvida a partir da adaptação do referencial teórico do modelo de Stetler<sup>(11)</sup>, o qual propõe o desenvolvimento de diretrizes para a prática assistencial baseada em evidências, esclarecendo questões controversas e implementando atividades que visem melhorar a qualidade do cuidado.

Os propósitos da RI foram determinados de acordo com a questão norteadora e as palavras-chave embasando o levantamento de dados e a identificação de estudos relevantes<sup>(11-12)</sup>. A questão norteadora para a temática estudada foi: "Quais são os cuidados multiprofissionais recomendados para manejo de pacientes críticos em delirium na UTI descritos na literatura?"; Para a busca dos estudos foram utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Web of Science*. Os descritores (DeCS) utilizados foram: *Delirium*, *Critical care* e *Intensive care units*, os quais foram associados com operador booleano "AND".

Em cada base de dados foram realizadas duas buscas com os respectivos DeCS, *Delirium AND Critical care* e *Delirium AND Intensive care units*, nessa ordem e com os mesmos parâmetros de busca, sendo selecionados os últimos dez anos de publicações. As buscas foram realizadas no período de 1º de fevereiro a 30 de junho de 2016.

Os critérios de inclusão foram: ser artigo original; pesquisa realizada em adultos. Ainda, foram incluídos o *bundle* *Awaken the patient daily, Breathing, Coordination, Delirium monitoring, Exercise/Early mobility* (ABCDE)<sup>(13)</sup> e as diretrizes para dor, agitação e delirium<sup>(14)</sup> devido à relevância dessas publicações. Não foram previstos critérios de exclusão.

Inicialmente foi realizada a leitura dos resumos a fim de determinar quais respondiam a questão norteadora e, após, a leitura na íntegra dos artigos, *bundle* e diretriz selecionados. Nessa etapa os cuidados foram avaliados pelos pesquisadores quanto à sua aplicabilidade a prática clínica. Uma ficha descritiva foi desenvolvida para cada estudo selecionado que continha o título, os autores, o ano de publicação, o delineamento metodológico e os cuidados desenvolvidos para pacientes críticos em delirium. Posteriormente, os artigos foram classificados quanto ao nível de evidência de acordo com a classificação de Oxford<sup>(15)</sup>.

Este estudo faz parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1.526.221)<sup>(16)</sup>.

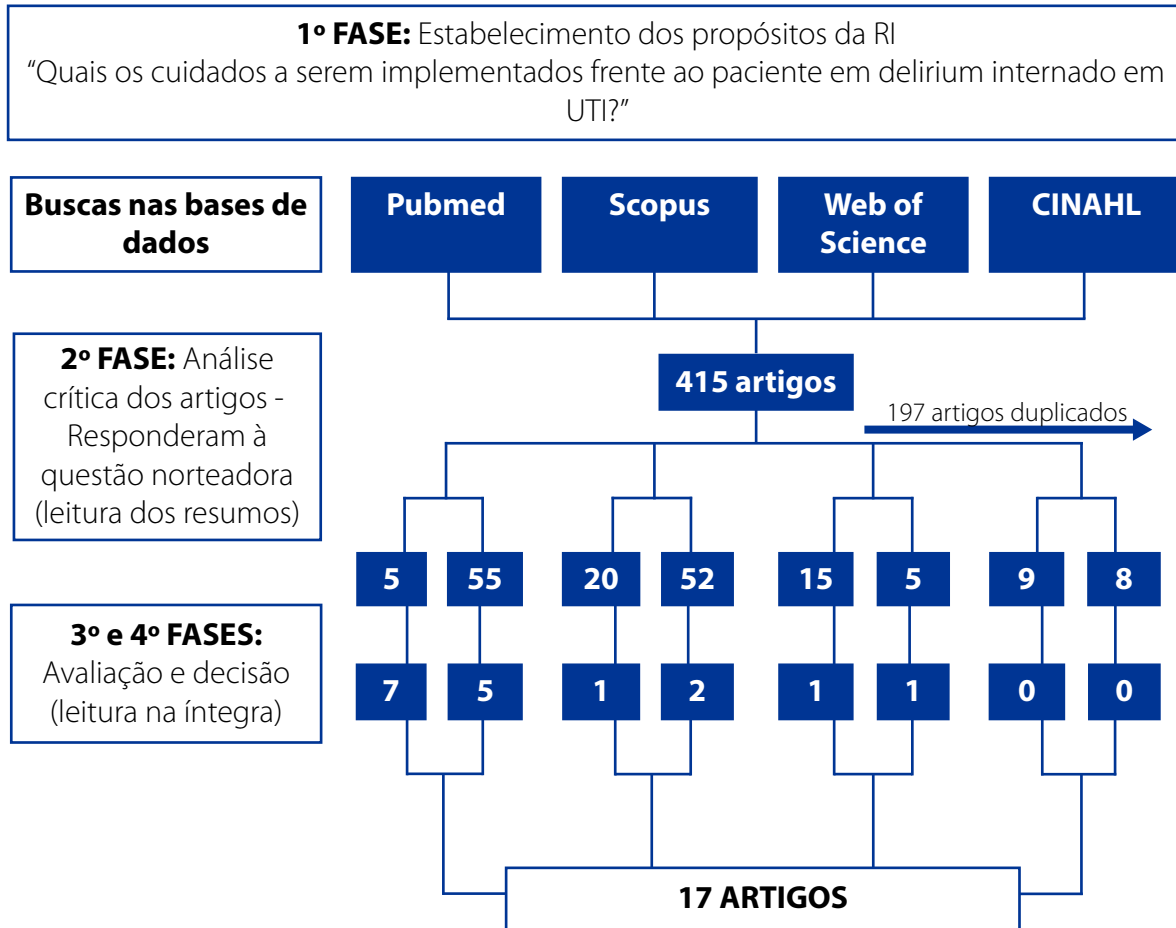
## ■ RESULTADOS

Durante as buscas nas bases de dados foram encontrados 415 artigos relacionados à temática delirium, desses

foram excluídos 197 por duplicação entre as bases, totalizando 218 artigos, os quais tiveram seus resumos avaliados quanto à questão norteadora proposta. Após a leitura dos resumos foram excluídos 201 artigos por tratar-se de editoriais, estudos desenvolvidos com outro tipo de amostra e estudos exclusivamente farmacológicos.

Nas buscas efetuadas para a elaboração da RI, foram selecionados: 15 artigos originais, o *bundle* ABCDE e a diretriz para dor, agitação e delirium. Assim, a amostra foi com-

posta por 17 estudos (Fluxograma 1), sendo 12 no *Pubmed* (*delirium AND critical care* = cinco artigos; *delirium AND intensive care units* = sete artigos), três artigos na *Scopus* (*delirium AND critical care* = um artigo; *delirium AND intensive care units* = dois artigos), dois artigos na *Web of Science* (*delirium AND critical care* = um artigo; *delirium AND intensive care units* = um artigo) e nenhum na CINAHL. O idioma predominante foi o inglês, apenas um artigo em espanhol e nenhum em português.



**Fluxograma 1** - Buscas nas bases de dados

Fonte: Autores

Dos 17 estudos selecionados foram encontradas duas revisões sistemáticas, evidência 1a e quatro ensaios clínicos, evidência 1b e 2b, sendo dois randomizados, um em andamento e um não foi randomizado, os demais estudos estão classificados no quadro abaixo (Quadro 1).

Ao final do processo de revisão foram encontrados nos artigos selecionados inúmeros cuidados desenvolvidos pela equipe multiprofissional para prevenção/

tratamento do delirium em paciente crítico. Dentre eles a realização do diagnóstico de delirium através de escalas validadas, realização de pausa de sedação, mobilização precoce, orientações para assistência/manejo da dor, da agitação e do delirium em pacientes críticos, cuidados de orientação cognitiva/modificações ambientais, promoção do sono e participação da família na assistência.

Ano/Base de dados	Autores	Desenho metodológico	Nível de evidência (Oxford)*
2016 Web of Science	Litton E, Carnegie V, Elliott R, Weeb SAR. <sup>(30)</sup>	Revisão sistemática e Meta-análise	1a
2016 Web of Science	Collinsworth AW, Priest EL, Campbell CR, Vasilevskis EE, Masica AL. <sup>(3)</sup>	Revisão sistemática	1a
2016 Scopus	Tovar LOG, Suárez LD, Muñoz FC. <sup>(26)</sup>	Estudo prospectivo, pré-experimental	2c
2015 Scopus	Moon KJ, Lee SM. <sup>(25)</sup>	Ensaio clínico randomizado	1b
2015 Scopus	Fraser D, Spiva LA, Forman W, Hallen C. <sup>(17)</sup>	Estudo retrospectivo longitudinal	2c
2014 PubMed	Bryczkowski SB, Lopreiato MC, Yonclas PP, Sacca JJ, Mosenthal AC. <sup>(11)</sup>	Coorte prospectiva, pré e pós- intervenção	2b
2014 PubMed	Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. <sup>(29)</sup>	Estudo de coorte antes e depois	2b
2014 PubMed	Hata RK, Han L, Slade J, Miyahira A, Passion C, Ghows M, et al. <sup>(28)</sup>	Estudo prospectivo, pré-pós intervenção.	2c
2014 PubMed	Wheeler M, Crenshaw C, Gunn S. <sup>(23)</sup>	Estudo de caso	4
2013 PubMed	Foster J, Kelly M. <sup>(18)</sup>	Coorte prospectivo	2b
2013 PubMed	Kamdar BB, King LM, Collop NA, Sakamuri S, Colantuoni E, Neufeld KJ, et al. <sup>(22)</sup>	Estudo observacional, pré-pós.	2c
2013 PubMed	Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. <sup>(14)</sup>	Diretrizes baseadas em evidências	Classificação GRADE
2012 PubMed	Van Rompaey B, Elseviers MM, Van Drom W, Fromont V, Jorens PG. <sup>(27)</sup>	Ensaio clínico randomizado	1b
2012 PubMed	Colombo R, Corona A, Praga F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, Raimondi F. <sup>(24)</sup>	Estudo observacional prospectivo	2c
2011 PubMed	Black PP, Boore JRP, Parahoo K. <sup>(31)</sup>	Ensaio clínico não randomizado	2b
2011 PubMed	Campbell NL, Khan BA, Farber M, Campbell T, Perkins AJ, Hui SL, et al. <sup>(21)</sup>	ECR – em andamento	2b
2010 PubMed	Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, Pun BT, Boehm L, Dittus RS. <sup>(13)</sup>	<i>Bundle</i> ABCDE baseado em evidências.	5

**Quadro 1** - Resultados dos artigos selecionados na RI

Fonte: Autores

\* Classificação de Oxford (2009)

## DISCUSSÃO

Essa revisão evidenciou que os cuidados para prevenção/tratamento de delirium são demasiadamente abrangentes e necessitam de engajamento multiprofissional, pois o delirium é uma doença multifatorial que exige uma assistência que corresponda às suas demandas. Assim, há necessidade de avaliações diárias do estado mental dos pacientes críticos e, posteriores intervenções multiprofissionais.

Para uma melhor discussão, os cuidados identificados nesta RI foram organizados em: Diagnóstico de delirium, pausa de sedação e mobilização precoce (*bundle* ABCDE); Diretrizes para dor, agitação e delirium; Agitação psicomotora; Orientação cognitiva; Promoção do sono; Ambiente e participação da família.

Visando ao fortalecimento do atendimento multiprofissional ao paciente e dos benefícios para a resolução dos agravos clínicos, o conjunto de ações coordenadas do *bundle* ABCDE busca reforçar as bases assistenciais, possuindo

grande relevância para a rotina do cuidado intensivo, motivo que justifica sua inclusão nessa revisão.

A utilização do *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU) ou do *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) é fortemente recomendada para realizar o diagnóstico de delirium em pacientes críticos<sup>(13)</sup>.

O rastreamento de delirium, na maioria dos estudos avaliados, foi realizado por meio do CAM-ICU. Dos 13 estudos clínicos, 11 utilizaram esse instrumento, um utilizou o ICDSC e outro o NEECHAM *Confusion Scale*, achado que pode ser justificado pela facilidade de compreensão e execução do CAM-ICU, que pode ser utilizado por diferentes categorias profissionais atuantes na UTI com o intuito de diagnosticar o delirium à beira do leito.

Para a aplicação das ferramentas diagnósticas supracitadas, é necessária a avaliação do sensório após pausa de sedação ocasionando o despertar dos pacientes. Os estudos desenvolveram pausa de sedação determinando o momento da pausa às 6:30 horas ou às 7:30 horas, realizada diariamente pela enfermeira e utilizaram a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) para avaliar o nível de sedação dos pacientes<sup>(3,13-14)</sup>.

Em uma revisão sistemática que analisou eficácia, implementação e custos de abordagens multifacetadas para prevenção e tratamento de delirium, houve destaque para a interrupção diária e gerenciamento de sedação, demonstrando uma redução significativa nos dias em coma ( $P < 0,02$ )<sup>(17)</sup>.

Outro cuidado fortemente recomendado nos estudos refere-se à mobilização precoce, entendida como a provisão proativa de fisioterapia em pacientes críticos<sup>(17)</sup>. Tal conduta demonstrou melhora no quadro de delirium, além de outros desfechos positivos: diminuição do tempo de ventilação mecânica, de internação hospitalar e da morbimortalidade, otimizando as condições clínicas do paciente e favorecendo a sua recuperação<sup>(3,13-14,17-18)</sup>.

Corroborando os achados que demonstraram os benefícios da mobilização precoce na resolução do delirium, um estudo longitudinal com 132 pacientes implementou um protocolo que incluía exercícios passivos no leito, reposicionamento a cada duas horas realizados pelos profissionais de saúde ou familiares e, em uma fase seguinte, sentar o paciente na beira do leito, levantar, transferir do leito para a cadeira e deambular. Durante o "round" multiprofissional era decidido quais pacientes seriam mobilizados. O grupo mobilidade apresentou significativamente menos dias de delirium em relação ao grupo de cuidados de rotina (5,0 vs 3,6 dias,  $P = 0,05$ ), além de menos reinternações ( $P < 0,001$ ) e menor mortalidade ( $P < 0,001$ )<sup>(17)</sup>.

Entretanto, em uma coorte piloto de 32 pacientes submetidos a um protocolo assistencial com mobilização pre-

coce, pausa de sedação, promoção do sono, estimulação sensorial e preferência musical por dois meses mostrou que houve pouca diferença na proporção de delirium antes e depois da intervenção (28% vs 31%). Contudo, 24% das avaliações mostraram falta de dados interferindo na validade da comparação<sup>(18)</sup>. Por se tratar de um estudo piloto, os resultados ainda não podem ser considerados de forma definitiva. Além disso, os achados do estudo de Fraser et al.<sup>(17)</sup> são considerados mais robustos no que tange à mobilização precoce para tratamento de delirium. Os estudos que implementaram a mobilização precoce na assistência ao doente crítico em delirium mostraram força de evidência 1a, 2b e 2c e demonstraram melhora no quadro clínico de delirium, sendo assim um cuidado recomendado para a prática clínica.

Também com a finalidade de direcionar condutas assistenciais para melhores resultados, foram elaboradas as diretrizes para gestão da dor, agitação e delirium em pacientes críticos por meio de uma força-tarefa multidisciplinar e multi-institucional do *American College of Critical Care Medicine* em 2013. Foram realizadas inúmeras revisões e as recomendações tiveram a força de evidência estabelecida de acordo com a classificação GRADE<sup>(14)</sup>.

No tratamento da dor, as diretrizes ressaltaram a necessidade de avaliações rotineiras por meio de instrumentos validados – *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) e *Behavioral Pain Scale* (BSP) – sendo a primeira uma escala observacional de fácil execução em pacientes intubados ou não, e a segunda aplicada apenas a pacientes sob ventilação mecânica. Também, trazem recomendações de diferentes condutas analgésicas<sup>(14,19-20)</sup>.

A CPOT ainda não foi validada no Brasil, porém é bastante utilizada na prática clínica. Sua aplicação envolve a avaliação da expressão facial, movimentos corporais, complacência com a ventilação mecânica ou verbalização em pacientes não intubados e tensão muscular<sup>(20)</sup>. Já a BSP foi validada para o português do Brasil, também avalia a expressão facial, movimentos de membros superiores e adaptação à ventilação mecânica<sup>(19)</sup>. Destas duas escalas, a CPOT parece ser a mais conhecida e utilizada no ambiente de Terapia Intensiva, provavelmente pela possibilidade de aplicação em pacientes intubados ou não, visto que as duas são de fácil execução.

Na assistência ao doente crítico, torna-se relevante considerar que estímulos algícos podem ser disparadores de agitação psicomotora, potencializando quadros de delirium. Assim, a avaliação e o manejo da dor conferem cuidados essenciais no ambiente de Terapia Intensiva.

As diretrizes para dor, agitação e delirium não recomendam a utilização de protocolo farmacológico para tratamento e prevenção de delirium, já que evidências farmaco-

lógicas na redução da incidência desse agravo neurológico ainda não apresentaram resultados definitivos<sup>(1,14,21-22)</sup>.

Contraopondo as diretrizes, cinco estudos (evidências 2b, 2c e 4) desenvolveram cuidados não farmacológicos associados à utilização de antipsicótico. Todos utilizaram o haloperidol, três associaram um antipsicótico atípico (olanzapina, risperidona ou quetiapina) na presença de QT alongado nos pacientes. Destes, apenas um estudo descreveu a dose de haloperidol utilizada: 0,5 a 1mg a cada oito horas por via oral ou parenteral<sup>(21)</sup> os demais referiram apenas o uso de “dose baixa”<sup>(1,22-24)</sup>.

Uma coorte com 123 pacientes de UTI teve por objetivo avaliar a eficácia de um protocolo com intervenções não farmacológicas e farmacológicas para delirium. Foi utilizada baixa dose de haloperidol associada a medidas para promoção do sono, educação em saúde para os pacientes e a família e limitação de medicamentos associados ao delirium. O grupo pós-intervenção experimentou delirium na mesma proporção que o grupo pré-intervenção ( $P=0,26$ ). No entanto, houve uma redução significativa na duração de tempo de delirium, indicada pelo aumento dos dias livre de delirium (pré 24 dias vs pós 27 dias,  $P=0,002$ )<sup>(1)</sup>. Embora a resolução do agravo neurológico não tenha sido evidenciada, o fato de reduzir os dias em delirium já confere benefícios aos pacientes.

Na prática clínica, a agitação psicomotora, normalmente, necessita de manejo farmacológico devido o risco de ocorrência de eventos adversos, tais como tração de dispositivos, extubação ou até mesmo queda do paciente. Ainda, a equipe multiprofissional necessita de um paciente tranquilo, desperto e colaborativo para desenvolver todas as intervenções pertinentes para prevenção e tratamento de delirium, tais como mobilização precoce, interação com a família e reorientação.

As intervenções desenvolvidas para orientação cognitiva com modificações ambientais também foram exploradas nos estudos e diretrizes. Foram desenvolvidas por meio do envolvimento da equipe multidisciplinar, a fim de promover a orientação do paciente em relação a tempo e espaço, assim como o fornecimento de informações sobre a realidade e com a utilização de objetos pessoais.

Um estudo de coorte com 314 pacientes implementou estratégias de reorientação, como chamar o paciente pelo nome, fornecer informações sobre o hospital, sobre sua doença e tempo de internação, estimulados a lembrar o nome de familiares, assim como a data e o horário. Foi desenvolvida estimulação ambiental, visual e acústica por meio do uso de relógios, livros, jornais e ouvir preferência musical. O uso de antipsicótico foi associado. Os resultados demonstraram que a estratégia de reorientação oportuna foi relacionada à

menor ocorrência de delirium na UTI entre a fase observacional e intervencionista (35,5% vs 22,5%,  $P<0,02$ )<sup>(24)</sup>.

Divergindo desses dados, um ECR com 134 pacientes críticos divididos em grupo intervenção e controle testou a eficácia de intervenções ambientais, orientação cognitiva e terapêutica precoce: monitoramento dos fatores de risco para delirium. As intervenções consistiam em cuidados de reorientação, quanto a tempo e espaço com uso de relógios e calendários junto ao leito. Foram disponibilizados óculos e aparelho auditivo, a fim de garantir a capacidade sensorial; luz indireta foi promovida para melhorar o sono durante a noite e autorizado aos familiares trazerem itens pessoais dos pacientes. No entanto, neste caso, os resultados não mostraram diferença significativa entre os grupos controle e intervenção quanto à incidência de delirium nas análises univariada (OR: 0,5 (IC: 0,22-1,14,  $P=0,1$ )) e multivariada (OR: 0,52 (IC: 0,23-1,21,  $P=0,13$ ))<sup>(25)</sup>.

A associação de uma intervenção farmacológica aos cuidados não farmacológicos mais uma vez parece auxiliar na melhora dos desfechos, pois o estudo que abordou entre suas intervenções o uso de antipsicótico<sup>(24)</sup> apresentou resultados mais favoráveis para tratar o delirium. Vale ressaltar que os delineamentos metodológicos são díspares – evidências 1b e 2c – assim como o tamanho das amostras. Os achados não podem ser desconsiderados, mas sim utilizados com cautela na tentativa de resolver ou amenizar os sinais e sintomas do quadro clínico de delirium na UTI.

Da mesma forma, a promoção do sono dos pacientes críticos deveria ser melhor compreendida na Terapia Intensiva, visto que, durante a hospitalização, a manutenção do sono noturno é prejudicada em virtude da estrutura física e organização hospitalar, desregulando o ciclo circadiano e, possivelmente, prejudicando a atenção e a orientação do paciente.

O prejuízo do sono foi abordado como disparador das disfunções neurológicas, as quais podem potencializar o desenvolvimento de delirium. Entretanto, a relação existente entre sono, som e delirium ainda não foi adequadamente estabelecida<sup>(26-27)</sup>.

Os estudos que abordaram intervenções para a manutenção do sono estabeleceram um período para o paciente dormir que variou de quatro a oito horas, no qual os procedimentos, atividades de rotinas, exames e administração de medicações foram reorganizados tanto quanto possível, exceto cuidados urgentes<sup>(18,27-28)</sup>.

Um ECR com 136 pacientes utilizou protetores auriculares e máscaras para os olhos, no período das 22 às 6h, a fim de diminuir ruídos e luminosidade na UTI e otimizar o sono noturno. O grupo intervenção apresentou 19% de delirium e o grupo controle 20%, o que não conferiu diferença estatisticamente significativa ( $P=0,006$ ). Não obstante, no gru-



po intervenção, os pacientes apresentaram menos perturbações cognitivas ( $P=0,006$ ) referente à categoria confusão leve, demonstrada pela escala NEECHAM<sup>(27)</sup>.

Outro estudo, quase-experimental com 300 pacientes, desenvolveu um protocolo para a promoção do sono com a utilização de protetor auricular e máscara para os olhos, associados a modificações ambientais, como escurecer o quarto, diminuir barulho e disponibilizar música suave. Também incluiu o uso de haloperidol ou antipsicótico atípico. Os resultados demonstraram uma melhoria significativa quanto à incidência de delirium, quando comparados pré e pós-intervenção (69% vs 49%,  $P=0,02$ ) e dias livres de delirium (272 dias, 43% vs 399 dias, 48%,  $P = 0,03$ )<sup>(22)</sup>.

Os estudos que abordaram cuidados para a promoção do sono ainda são incipientes e seus resultados pouco convergem<sup>(22-29)</sup>. Contudo, é relevante observar que a associação de múltiplas intervenções, incluindo administração de antipsicótico, parece favorecer a resolução do delirium, porém estudos clínicos com delineamentos mais robustos ainda são necessários.

Corroborando os resultados positivos, uma revisão sistemática com nove estudos avaliou a eficácia do uso de protetor auricular, máscara para os olhos e redução de ruídos como estratégias para tratamento de delirium em UTI. Destes, apenas dois estudos avaliaram o impacto do uso desses dispositivos à carga de delirium e os resultados apresentaram uma melhoria significativa na redução desse distúrbio ( $P\leq 0,04$ ). Os autores concluíram que a colocação de protetor auricular de forma isolada ou como parte de um pacote de cuidados melhorou a manutenção do sono e foi associada à redução significativa do delirium. Porém, as estratégias ideais para a manutenção do sono ainda não foram suficientemente estudadas<sup>(30)</sup>.

Todos os estudos que abordaram a promoção do sono (evidências 1a e 1b) apresentaram resultados de redução na incidência e/ou duração de delirium e melhora das condições clínicas dos pacientes. Tais cuidados podem ser incorporados à prática clínica, pois de fácil execução, baixo custo e não acrescem prejuízo ou risco ao paciente.

Ainda, na busca da melhor forma de assistir os pacientes críticos em delirium, a participação dos familiares parece ter um papel relevante no desenvolvimento do cuidado. Nessa perspectiva, a família deve ser inserida no ambiente de Terapia Intensiva de forma gradual e devidamente orientada pela equipe multiprofissional.

Um ensaio clínico com 138 pacientes reforçou a necessidade de orientação prévia da família. Foi confeccionado um folheto contendo informações sobre delirium e formas de orientar e auxiliar no atendimento aos pacientes, o qual foi entregue às famílias e, ainda, foram fornecidas informações verbais. Os cuidados desenvolvidos foram: flexibilizar

o horário de visitas, incentivar a interação verbal e física e organizar as demandas da unidade. O protocolo foi implementado durante 14 dias. O ICDSC foi aplicado todos os dias e a recuperação psicológica foi mensurada por meio do *The Sickness Impact Profile*, avaliando atividades físicas, psicossociais e emocionais após a alta para a enfermaria. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos para incidência de delirium ( $P=0,176$ ). Porém, foi observado que investir na intervenção com os familiares durante o momento crítico proporcionou benefícios a longo prazo ao paciente, pois a família foi capaz de realizar a manutenção do cuidado após a fase aguda<sup>(31)</sup>.

A introdução da família na assistência prestada na UTI é algo que precisa ser aprimorado a fim de desenvolver cuidados mais qualificados e humanizados. A participação da família traz alguns desafios à equipe multiprofissional, os quais devem ser superados a fim de beneficiar os pacientes. Dessa forma, os protocolos assistenciais devem ser estruturados considerando a presença dos familiares no desenvolvimento dos cuidados a fim de prevenir e tratar o delirium.

A padronização de medidas a partir da construção de protocolos e/ou diretrizes tende a qualificar a prática assistencial, visto o embasamento em evidências científicas, saindo do limbo do empirismo. Além disso, a uniformização dos cuidados tende a minimizar avaliações subjetivas por parte dos profissionais de saúde e otimizar os resultados terapêuticos dos pacientes críticos em delirium.

## ■ CONCLUSÃO

Os cuidados identificados a partir desse estudo foram referentes ao diagnóstico de delirium, pausa de sedação, mobilização precoce, manejo analgésico, tratamento da agitação psicomotora, orientação cognitiva, promoção do sono e participação da família. A partir do desenvolvimento dessas intervenções é esperado qualificar a assistência prestada e, também, melhorar os resultados clínicos dos pacientes críticos, dentre eles o delirium.

Os cuidados implementados para tratamento do delirium são pouco específicos e incipientes, uma vez que as causas ainda não são inteiramente conhecidas, determinando seu aspecto multifatorial. Porém, todas as melhorias encontradas em relação ao quadro clínico dos pacientes devem ser consideradas e valorizadas, pois não apenas a presença, mas também a duração do delirium podem determinar piores resultados a longo prazo.

No desenvolvimento dessa revisão houve algumas limitações, já que estudos exclusivamente farmacológicos não a compuseram, uma vez que a temática estudada abordava a assistência desenvolvida pela equipe multiprofissional. Vale

ressaltar também, que o uso de medicamentos no manejo do delirium ainda não apresenta benefícios comprovados.

São necessárias mais pesquisas no ambiente de Terapia Intensiva a fim de determinar com maior exatidão quais cuidados farmacológicos e não farmacológicos são eficazes no tratamento de delirium.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Bryczkowski SB, Lopreiato MC, Yonclas PP, Sacca JJ, Mosenthal AC. Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. *J Surg Res*. 2014 Jul;190(1):280-8.
2. Hsieh SJ, Soto GJ, Hope AA, Ponea A, Gong MN. The association between acute respiratory distress syndrome, delirium, and in-hospital mortality in intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015 Jan;191(1):71-8.
3. Collinsworth AW, Priest EL, Campbell CR, Vasilevskis EE, Masica AL. A review of multifaceted care approaches for the prevention and mitigation of delirium in intensive care units. *J Int Care Med*. 2016 Feb;31(2):127-41.
4. Sánchez JC, González MI, Gutiérrez, JC. Delirium en pacientes mayores de 60 años en un hospital público de tercer nivel en la ciudad de Pereira (Colombia): subdiagnóstico y subregistro. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013 Jun;42(2):191-7.
5. Tropea J, Slee JA, Brand CA, Gray L, Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Australas J Ageing*. 2008 Sep;27(3):150-6.
6. Shehabi Y, Riker RR, Bokesch PM, Wisemandle W, Shintani A, Ely EW. Delirium duration and mortality in lightly sedated, mechanically ventilated intensive care unit patients. *Crit Care Med*. 2010 Dec;38(12):2311-8.
7. Brummel NE, Jackson JC, Torres RE, Shintani AK, Ely EW, Girard TD. Does duration of ICU delirium predict long-term functional impairment? *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183:A2653.
8. Fan E, Shahid S, Kondreddi VP, Bienvenu OJ, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, et al. Informed consent in the critically ill: a two-step approach incorporating delirium screening. *Crit Care Med*. 2008 Jan;36(1):94-9.
9. Girard TD, Jackson JC, Pandharipande PP, Pun BT, Thompson JL, Shintani AK, et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit Care Med*. 2010 Jul;38(7):1513-20.
10. Pisani MA, Kong SY, Kasl SV, Murphy TE, Araujo KL, Van Ness PH. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009 Dec;180(11):1092-7.
11. Stetler BC. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998 Nov;11(4):195-206.
12. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 abr;48(2):335-45.
13. Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, Pun BT, Boehm L, Dittus RS. Reducing iatrogenic risks: ICU acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. *Chest*. 2010 Nov;138(5):1224-33.
14. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: executive summary. *Am J Health Syst Pharm*. 2013 Jan;70(1):53-8.
15. Centre for Evidence based Medicine (UK). Levels of evidence [Internet]. Oxford: 2009 [Update 2010 Jul, cited 2016 Jun 10]. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
16. Souza TL. Confusão aguda relacionada ao delirium: desenvolvimento e validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
17. Fraser D, Spiva LA, Forman W, Hallen C. Original research: implementation of an early mobility program in an ICU. *Am J Nurs*. 2015 Dec;115(12):49-58.
18. Foster J, Kelly M. A pilot study to test the feasibility of a nonpharmacologic intervention for the prevention of delirium in the medical intensive care unit. *Clin Nurse Spec*. 2013 Sep;27(5):231-8.
19. Batalha LM, Figueiredo AM, Marques M, Bizarro V. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPSIP/PT). *Rev Enf Ref*. 2013 Mar;9(3):7-16.
20. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006 Jul;15(4):420-7.
21. Campbell NL, Khan BA, Farber M, Campbell T, Perkins AJ, Hui SL, et al. Improving delirium care in the intensive care unit: the design of a pragmatic study. *Trials*. 2011 Jun;12:139.
22. Kamdar BB, King LM, Collop NA, Sakamuri S, Colantuoni E, Neufeld KJ, et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med*. 2013 Mar;41(3):800-9.
23. Wheeler M, Crenshaw C, Gunn S. Incidence and prevention of delirium in critical care patients. *Crit Care Nurs Clin N Am*. 2014 Dec;26(4):461-8.
24. Colombo R, Corona A, Praga F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill: results of an interventional study. *Minerva Anestesiol*. 2012 Sep;78(9):1026-33.
25. Moon KJ, Lee SM. The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015 Sep;52(9):1423-32.
26. Tovar LOG, Suárez LD, Muñoz FC. Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *Enferm Glob*. 2016;15(1):49-63.
27. Van Rompaey B, Elseviers MM, Van Drom W, Fromont V, Jorens PG. The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Crit Care*. 2012 May;16(3):R73.
28. Hata RK, Han L, Slade J, Miyahira A, Passion C, Ghows M, et al. Promoting sleep in the adult surgical intensive care unit patients to prevent delirium. *Nurs Clin North Am*. 2014 Sep;49(3):383-97.
29. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*. 2014 Jun;69(6):540-9.
30. Litton E, Carnegie V, Elliott R, Weeb SA. The efficacy of earplugs as a sleep hygiene strategy for reducing delirium in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2016 May;44(5):992-9.
31. Black P, Boore JR, Parahoo K. The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Am J Nurs*. 2011 May;67(5):1091-101.

## ■ Autor correspondente:

Thieli Lemos de Souza  
E-mail: [thielils@gmail.com](mailto:thielils@gmail.com)

Recebido: 07.08.2017

Aprovado: 15.01.2018