

Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva

Nursing actions in preventing delirium in patients in the Intensive Care Unit

Erick Lagonegro Pincelli¹, Camila Waters², Zelia Nunes Hupsel²

Resumo

Introdução: O delirium é muito comum em pacientes críticos, e está associado a eventos adversos, aumento do tempo de internação hospitalar e dos custos e aumento da mortalidade. **Objetivo:** Identificar, em artigos de periódicos, as ações de enfermagem na prevenção do delirium no paciente adulto crítico internado na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** realizada uma pesquisa bibliográfica, selecionados artigos de periódicos publicados na literatura nacional e internacional, disponíveis para acesso na íntegra, que abor-dassem a população de adultos e publicados no período entre setembro de 2010 a setembro de 2014. Excluídos artigos de revisão de literatura ou revisão integrativa. **Resultados:** Dos seis artigos selecionados para este estudo, dois foram publicados em 2012, dois artigos em 2013 e dois outros em 2014, sendo desenvolvidos na Inglaterra, Estados Unidos, Coréia e Holanda. As ações de enfermagem para prevenção do delirium em pacientes internados em UTI foram organizadas nos temas: ambiente; mobilização; higiene do sono; equipamento e dispositivos; família e amigos e controle fisiológico. **Conclusão:** A assistência de enfermagem direcionada auxilia no tratamento adequado, previne agravos e reduz complicações. O tratamento mais efetivo do delirium ainda é o preventivo.

Descritores: Delírio, Unidades de terapia intensiva, Enfermagem

Abstract

Introduction: Delirium is very common in critically ill patients, and is associated with adverse events, increased length of hospital stay and costs and increased mortality. **Objective:** To identify, in journal articles, nursing actions in preventing delirium in critical adult patient hospitalized in the Intensive Care Unit. **Methods:** A literature search using articles were selected published in national and international literature, available for access in full, that addressed the population of adult and published between September 2010 to September 2014. Excluded review articles or integrative review. **Results:** Of the six articles selected for this study, two were published in 2012, two articles in 2013 and two others in 2014, being developed in England, the United States, Korea and the Netherlands. Nursing actions for prevention of delirium in ICU patients were organized in: environment; mobilization; sleep hygiene; equipment and devices; family and friends and physiological control. **Conclusion:** Targeted nursing care assists in appropriate treatment, prevent injuries and reduce complications. The most effective treatment of delirium is even preventive.

Keywords: Delirium, Intensive care units, Nursing

Introdução

O termo delirium deriva do latim “delirare” o que significa “estar fora do lugar”. No entanto, seu significado figurado é “estar insano, confuso, fora de si”. As referências do conjunto de sintomas do delirium são encontradas nos trabalhos de Hipócrates (460-366), indicando a patologia como uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica na época, mas só entrou para a nosografia psiquiátrica durante os anos 1980. Apesar de ser caracterizada há mais de 2500 anos, ainda não é compreendida totalmente do ponto de vista fisiopatológico⁽¹⁾. Estudos evidenciam que o aparecimento de delirium é muito comum em pacientes críticos, tendo sua incidência entre 47% a 80%. Entretanto, nem sempre é diagnosticado devido a desvalorização e/ou não reconhecimento, ou por não ser considerado como a razão primária da internação.

1. Pós-Graduado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem na Assistência ao Adulto em Unidade de Terapia Intensiva

2. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Enfermagem

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem na Assistência ao Adulto em Unidade de Terapia Intensiva

Endereço para correspondência: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Camila Waters. Rua Dr. Cesário Motta Jr, 61 – Vila Buarque, 01221-020 - São Paulo – SP - Brasil. E-mail: camila.waters@fcmcasasasp.edu.br

Cerca de 30% a 66% dos casos de delirium não são devidamente diagnosticados e tratados corretamente, o que pode causar a morte do paciente⁽²⁻³⁾.

Deste modo, por ser subvalorizado, o delirium é erroneamente tratado apenas como uma iatrogenia induzida por fármacos. Existem evidências de que pacientes críticos que apresentam sinais e sintomas de delirium tendem a aumentar sua estadia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e está associado a intercorrências como auto extubação, remoção de cateteres, alteração cognitiva a longo prazo, mortalidade de seis meses a um ano e aumento dos custos⁽³⁻⁴⁾.

Dentre os fatores de risco, que variam individualmente de paciente para paciente, para o desenvolvimento de delirium, podemos citar: a própria doença crítica, administração de certos medicamentos como os sedativos, a utilização de morfina através de cateter peridural, imobilidade, interrupção do sono, idade avançada, entre outros. Dessa forma, a equipe deveria buscar uma estratégia individualizada para a prevenção do delirium para cada paciente. A identificação desses fatores pode contribuir para a prevenção e dessa forma, reduzir o tempo de internação hospitalar e na UTI⁽³⁻⁴⁾.

Os mecanismos que levam a um pior prognóstico e o aumento da mortalidade ainda não são completamente compreendidos. As possíveis explicações dos motivos que levam à piora do prognóstico são: a confusão mental, identificada durante a admissão hospitalar e que pode conduzir a um exame mais minucioso para o diagnóstico, resultando em atraso para a realização de procedimentos; a imobilidade prolongada é o maior risco de complicações; a limitação da reabilitação, contribuindo para a perda da atividade diária, pois um longo período de confusão pode levar a prejuízos e atrasos na recuperação; o desequilíbrio de vários neurotransmissores, pode levar a uma resposta inflamatória aumentando o nível de cortisol, impossibilitando a regulação dos neurotransmissores e prolongando os sintomas neuropsiquiátricos; a inflamação ativa à resposta imune do sistema nervoso central (SNC), produzindo grandes quantidades de mediadores inflamatórios, que levam ao desenvolvimento da síndrome de falência múltipla dos órgãos; a lesão do SNC, induzida por endotoxinas intracerebrais pode levar à perda da função hepática na metabolização de medicações⁽⁵⁻⁶⁾.

O delirium devido a suas características pode ser caracterizado como uma disfunção encefálica aguda ou síndrome neuropsiquiátrica. O paciente apresenta déficit de atenção e cognição (desorientação temporal, comprometimento do juízo, memória e pensamento) combinadas com flutuação do estado mental e humor (apatia, irritabilidade, euforia ou ansiedade), nível alterado de consciência, alterações da senso percepção

(distorções ou ilusões sensoriais), perturbações psicomotoras (letargia ou movimentos desorganizados) e possível inversão do ciclo de sono-vigília⁽⁷⁻⁸⁾.

Por ser considerado como uma manifestação heterogênea, foram descritos três subtipos para melhor caracterizá-los: hiperativo, caracterizado pelo aumento da atividade psicomotora, perturbação das percepções e alucinações; hipoativo, caracterizado pela desatenção e a diminuição da atividade psicomotora; misto, caracterizado pela flutuação imprevisível dos outros subtipos^(2,9).

A incidência de delirium não acontece somente no ambiente de UTI, ocorre em diversas situações médicas, sendo comum em situações subsequentes às cirurgias, podendo ocorrer em até 42% de pacientes enfermos que não necessitaram de procedimentos cirúrgicos⁽¹⁰⁾.

O conhecimento e a avaliação física e psíquica do paciente são importantes para um diagnóstico preciso, tratamento adequado e a busca de fatores de risco para a prevenção^(8,11).

Apesar da fisiopatologia do delirium ainda não ser completamente entendida, sua identificação não é difícil, já que foram desenvolvidas escalas de avaliação para o diagnóstico. Entre elas citamos a escala *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU), criada especificamente para utilização em UTIs para se diagnosticar delirium, adaptada para a triagem de pacientes entubados ou com ventilação mecânica, podendo ser aplicada por médicos e enfermeiros⁽⁷⁾. A escala pode ser aplicada uma vez ao dia ou a cada período, de acordo com a necessidade do paciente⁽³⁻⁴⁾. Esta escala verifica quatro questões: flutuação do estado mental, inatenção, pensamento desorganizado e nível de consciência alterado^(7,12-13).

Outra escala criada recentemente é a *PREDiction of DELIRium in ICU patients* (PRE-DELIRIC), tem como objetivo apontar quais pacientes estariam mais propensos a desenvolver delirium na UTI. Ainda não é amplamente utilizado em hospitais, o que poderia levar a uma diminuição dos casos de pacientes com a patologia^(3,11-12). Para se obter a porcentagem de chance do paciente desenvolver delirium, considera-se: a idade do paciente, o escore obtido, presença e tipo de coma, grupo diagnóstico (cirúrgico, trauma, neurológico ou médico), uso e quantidade de morfina administrada, presença de infecção, se houve admissão urgente, uso de sedativos, nível de uréia e presença de acidose metabólica⁽¹¹⁾.

A escala pode ser aplicada, por médicos e enfermeiros, em pacientes com até 24h de admissão na UTI, e deve ser repetida ao menos uma vez ao dia para que se tenha um controle das chances do paciente desenvolver a patologia. Essa escala ainda não foi validada no Brasil⁽¹¹⁾.

Com base nas informações e avaliações obtidas, os profissionais devem usar seus conhecimentos para identificar e implementar a melhor assistência possível.

Pelo fato de ser pouco reconhecido no ambiente de UTI, o delirium não é uma prioridade de prevenção para a equipe multiprofissional das UTIs. Entendemos que a qualificação da equipe, principalmente do enfermeiro, contribuirá para o planejamento das intervenções, melhoria da assistência e diminuição das ocorrências nefastas. Desta forma, propusemo-nos a investigar as publicações técnicas que indicam a prevenção e reconhecimento de delirium em pacientes internados em UTI, o que poderia contribuir para a prevenção de óbitos relacionados à patologia e a diminuição do tempo de internação hospitalar, com consequente diminuição dos gastos hospitalares.

Objetivo

Identificar, em artigos de periódicos, as ações de enfermagem na prevenção do delirium no paciente adulto crítico internado na Unidade de Terapia Intensiva.

Método

Para a elaboração deste estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica, exploratória. Este método apoia-se nas leituras exploratória e seletiva de pesquisas, isto é, materiais já elaborados, contribuindo para o processo de análise e síntese de vários artigos, para assim criar um corpo de literatura compreensível e direcionada⁽¹⁴⁾. Foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no site: www.bireme.br, utilizando as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca foi realizada com combinações dos seguintes descritores da BIREME, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Unidades de Terapia Intensiva", "Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos", "Prevenção & controle" e "Enfermagem", sem nenhum resultado encontrado, sendo então optada a utilização das palavras-chave "Unidade de Terapia Intensiva, Delirium, Prevenção, Enfermagem", que foram cruzadas entre si até a saturação.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos que apresentassem informações relevantes ao tema de pesquisa, publicados na literatura nacional e internacional a partir de setembro de 2010 a setembro de 2014, idiomas português, espanhol e inglês; disponíveis para acesso na íntegra; conteúdo de pacientes adultos internados em

UTI. Os artigos de periódicos de revisão de literatura e integrativa foram excluídos.

A pesquisa foi iniciada no mês outubro de 2014, com a aprovação do projeto pela Comissão Científica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo protocolo 036/14.

Após a seleção dos artigos de periódicos, todos os resumos foram lidos, a fim de se obter uma visão global do material, considerando-o de interesse ou não à pesquisa. Os trechos sobre as ações de enfermagem na prevenção do delirium ao paciente adulto crítico internado na UTI foram então destacados e agrupados de acordo com a semelhança de conteúdo, para uma melhor visualização e inseridos num instrumento de coleta de dados com os seguintes itens: título do artigo, nome dos autores, nome do periódico, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, ações de enfermagem para a prevenção do delirium na UTI. Utilizando as palavras chaves foram "filtrados" inicialmente 540 artigos e posteriormente removidos 534 em consonância com o objetivo adotado neste estudo, restando seis artigos, todos na língua inglesa.

Resultados e Discussão

O Quadro 1 apresenta os seis artigos selecionados e evidencia os autores, nome do periódico, ano de publicação e o país onde o estudo foi realizado.

Observamos que dois artigos foram publicados em 2012, dois artigos em 2013 e dois em 2014. Metade dos artigos são oriundos da Inglaterra, e os outros da Holanda, Coréia e Estados Unidos. Não foi encontrada produção nacional que atendesse o objetivo. Entende-se que a nossa área da Enfermagem deve repensar a extensão das linhas de investigação e os estudos serem encaminhados para as necessidades apontadas na literatura relativas aos estudos divulgados, pois assim, poderá contribuir para a possibilidade de introduzir novas práticas que ofereçam soluções pertinentes.

Na análise do conteúdo dos estudos, constatou-se que o cuidado de enfermagem dispensado aos pacientes com delirium é percebido em diferentes perspectivas, indicando uma gama de ações de enfermagem para a prevenção do delirium. As ações encontradas foram destacadas e agrupadas em seis temáticas, conforme a semelhança de conteúdo: *ambiente; mobilização; higiene do sono; equipamento e dispositivos; família e amigos; controle fisiológico*.

De acordo com as diretrizes para o delirium da *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e outras literaturas^(9,20-22), a prevenção do delirium é voltada principalmente para a melhoria do sono, orientação do paciente, oferecimento de estímulos cognitivos, facilitação do acesso de familiares, verificação da hidratação e sinais de hipóxia, mobilização

Quadro 1

Identificação dos artigos segundo o título, nome dos autores, nome do periódico, ano de publicação e país onde o estudo foi realizado. São Paulo, 2014.

Identificação	Título do artigo	Nome dos autores	Nome do periódico	Ano	País
A	Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study ⁽¹¹⁾ .	Boogaard MVD, Pickkers P, Slooter AJC, Kuiper MA, Spronk PE, Voort PHJVD, et al.	BMJ	2012	Holanda
B	Introducing delirium screening in a cardiothoracic critical care unit ⁽¹⁵⁾ .	Shaughnessy L	Nursing in Critical Care	2012	Inglaterra
C	The Experience of Delirium Care and Clinical feasibility of the CAM-ICU in a Korean ICU ⁽¹⁶⁾ .	Jung JH, Lim JH, Kim EJ, An HC, Kang MK, Lee J, et al.	Clin Nurs Res	2013	Coréia
D	Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven participatory study ⁽¹⁷⁾ .	Godfrey M, Smith J, Green J, Cheater F, Inouye SK, Young JB	BMC Health Serv Res	2013	Inglaterra
E	Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcome of older adults ⁽¹⁸⁾ .	Bryczkowski SB, Lopreiato MC, Yonclas PP, Sacca JJ, Mosenthal AC	J Surg Res	2014	Estados Unidos
F	The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients ⁽¹⁹⁾ .	Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S	Anaesthesia	2014	Inglaterra

precoce, manejo da dor, verificação de má nutrição e déficits sensoriais.

As ações de enfermagem relativas ao ambiente hospitalar podem ser um fator impeditivo para o desenvolvimento do delirium. Assim sendo, o cuidado com o ambiente é indicado para reduzir os fatores que podem exacerbar o quadro. Ao criar e manter um ambiente mais familiar, permitir a presença de fotos de família ou objetos preferidos, o enfermeiro promove a diminuição nos pacientes das interpretações errôneas e confusão⁽²³⁾. A UTI é vista como um ambiente geralmente hostil, frio e mudar este conceito deve ser um dos focos do enfermeiro.

Não foram encontradas evidências sobre como o

delirium pode ser prevenido ao minimizar os movimentos da cama.

A orientação no tempo espaço está presente na maioria dos artigos, e é possível notar a sua importância para o estado da saúde mental dos pacientes. Em um ambiente hospitalar, onde muitas vezes não há a presença de janelas, luz natural, é difícil a percepção da passagem do tempo, o que pode ser uma experiência enervante. A orientação, a existência de janelas ou a mudança na iluminação durante a passagem do tempo, a presença de relógios e calendários contribuem para a melhora do ciclo de sono-vigília e consequentemente para a manutenção do sono do paciente⁽²³⁻²⁵⁾. É importante que o enfermeiro informe quanto aos dias

Quadro 2

Ações de enfermagem citadas nos artigos para a prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo, 2014.

<i>Ações de enfermagem</i>	<i>Identificação dos artigos</i>
AMBIENTE	
Promover um ambiente favorável, tranqüilo e limpo, através de quartos espaçosos, estrutura de vidro, e possibilidade de ver a enfermeira do lado de fora com o contato com os olhos ⁽¹⁶⁾	C
Minimizar movimentos da cama em pacientes submetidos à longa internação em UTI ⁽¹⁵⁾	B
Orientar os pacientes a cada 8 horas a respeito de lugar, data e hora ^(16,19)	C, F
Manter um calendário e relógio em um local de fácil visualização ^(15,17)	B, C, D
Colocar placa de orientação com os nomes dos membros da equipe de atendimento e a programação diária ⁽¹⁷⁾	D
Fornecer sinalização clara ⁽¹⁷⁾	D
Reduzir e controlar luminosidade ^(15,19)	B, F
Diminuir as luzes principais da UTI entre 23:00 horas e 07:00 horas ⁽¹⁹⁾	F
Oferecer máscara para os olhos para todos os pacientes ⁽¹⁹⁾	F
Usar iluminação de cabeceira para atendimento de pacientes ⁽¹⁹⁾	F
Fornecer iluminação adequada ⁽¹⁷⁾	D
Promover estratégias para reduzir e controlar ruídos em toda a unidade ^(17,19)	D, F
Manter os corredores silenciosos ⁽¹⁷⁾	D
Fechar todas as portas entre 23:00 horas e 07:00 horas ⁽¹⁹⁾	F
Reduzir conversas não clínicas no setor ⁽¹⁹⁾	F
Reduzir os volumes dos telefones entre 23:00 horas e 07:00 horas ⁽¹⁹⁾	F
Orientar funcionários e visitantes para falar baixo ⁽¹⁹⁾	F
Realizar massagem terapêutica desenvolvida por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas ⁽¹⁸⁾	E
Manter monitores e máquinas com alarmes reduzidos entre 23:00 horas e 07:00 horas ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾	E, F
Oferecer tampão auditivo para todos os pacientes ⁽¹⁹⁾	F
Proporcionar musicoterapia ^(11,18)	A, E
MOBILIZAÇÃO	
Promover um posicionamento eficaz para garantir conforto ao paciente ⁽¹⁵⁾	B
Promover e encorajar mobilização precoce e freqüente no leito, através de exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento três vezes ao dia ^(11,15,17,19)	A, B, D, F
Encorajar deambulação, fornecendo auxílio e dispositivos ⁽¹⁷⁾	D
HIGIENE DO SONO	
Desenvolver um protocolo de sono ⁽¹⁵⁾	B
Promover o sono e eliminar fatores que interfiram com o ciclo normal de sono ⁽¹⁸⁾	E
Programar e oferecer intervenções para promover o sono, como incentivar o banho à noite e não acordar o paciente no início da manhã, quando ele ainda está dormindo, para dar o banho ⁽¹⁵⁾	B
Não dar banho de rotina nos pacientes à noite ⁽¹⁷⁾	D
Promover o sono, aquecendo o leite, o chá, proporcionando massagem e musicoterapia ⁽¹⁶⁾	C
Promover o sono, apagando a luz à noite ⁽¹⁶⁾	C
Desligar luzes e televisores à noite ⁽¹⁷⁾	D
Programar trechos de sono ininterruptos, ajustando horário de medicamentos, rotinas e procedimentos e minimizando distúrbios e intervenções à noite ^(15,17-18)	B, D, E

Quadro 2

Ações de enfermagem citadas nos artigos para a prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo, 2014.

<i>Ações de enfermagem</i>	<i>Identificação dos artigos</i>
Otimizar os procedimentos e programar procedimentos não imediatos antes das 23:00 horas ou após as 08:00 horas ⁽¹⁹⁾	F
Promover períodos de descanso na parte da tarde ⁽¹⁵⁾	B
Programar 90 minutos de silêncio durante a tarde e a noite ⁽¹⁸⁾	E
Oferecer medicações para promover o sono ⁽¹⁵⁾	B
EQUIPAMENTOS / DISPOSITIVOS	
Promover atividades de estímulo cognitivo ao menos três vezes ao dia e deixar o ambiente menos cansativo com televisão, rádio, DVD, jogos de palavras, jornal, livro, revista e discutir os acontecimentos atuais ^(11,15-17)	A, B, C, D
Remover ou minimizar equipamentos que não sejam essenciais ou que dificultem a mobilização ^(15,17)	B, D
Promover equipamentos de adaptação, como teclados grandes e livros grandes ^(11,15-17)	A, B, C, D
Proporcionar recursos visuais, como óculos ou lentes de aumento ⁽¹⁷⁾	D
Promover equipamentos de adaptação, como teclados grandes e livros grandes ⁽¹⁷⁾	D
FAMÍLIA E AMIGOS	
Incentivar, encorajar e permitir a visita regular e participação freqüente de familiares e amigos ⁽¹⁶⁾	C
Fornecer panfletos informativos às famílias ⁽¹⁸⁾	E
Encorajar a família a participar da assistência do paciente, especialmente a alimentação, massagem suave e reorientação ⁽¹⁸⁾	E
Realizar massagem terapêutica desenvolvida por familiares e visitantes ⁽¹⁸⁾	E
CONTROLE FISIOLÓGICO	
Avaliar a hidratação do paciente e reconhecer precocemente a desidratação ^(15,17)	B, D
Incentivar a ingestão oral de líquidos e a reposição hídrica ⁽¹⁷⁾	D
Evitar constipação ⁽¹⁵⁾	B
Avaliar a hipóxia e otimizar a saturação de oxigênio ⁽¹⁷⁾	D
Manejo da dor, com avaliação e controle, para otimizar analgesia e garantir conforto ao paciente ^(15,19)	B, F
Definir sedação adequada ⁽¹⁹⁾	F
Promover auxílio na alimentação e incentivo durante as refeições ⁽¹⁷⁾	D

da semana, os horários de refeições, banho, exames de rotina, visitas. A literatura ainda não é clara em relação ao motivo da privação de sono ser um gatilho para o aparecimento do delirium. É referido também que a privação do sono adequado prejudica a cognição⁽²⁴⁾; pode levar à ocorrência de efeitos prejudiciais na síntese de proteínas, na imunidade celular e humoral, e gastos de energia que podem contribuir para uma disfunção orgânica, levando o paciente ao delirium⁽²⁵⁾. A falta do sono também diminui o estímulo respiratório reduzindo a resposta para hipóxia e hiperapnéia, o que contribui para o estado de confusão⁽⁶⁾. Estudos apontam que a sedação e/ou analgesia inadequada não afeta o tempo total de sono, mas afeta o padrão de movimento rápido dos olhos (REM), o que sugere impacto na qualidade do sono, bem como a ilumina-

ção, sons e ruídos e os cuidados ao paciente durante horas inapropriadas⁽²⁶⁾.

Pode-se notar que o sono adequado é de grande importância para que o paciente não venha a desenvolver nenhum prejuízo cognitivo. Mesmo quando separados em categorias diferentes, grande parte dos cuidados estão direcionados para um sono adequado, sendo observados na literatura com resultados positivos⁽²⁴⁻²⁶⁾. 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.

A sensação de intemporalidade, ou falta de percepção da passagem de tempo presente nas UTIs, agrava casos de confusão e fadiga⁽²³⁾. O paciente deve ser estimulado a realizar seus próprios cuidados, isso

estimula a autoestima e a preservação da autonomia, mesmo que limitada.

A equipe multiprofissional e a família devem contribuir para a reorientação tempo-espacial do paciente na UTI fornecendo suporte cognitivo e emocional para o fortalecimento da função adaptativa cognitiva. O objetivo é a redução da ansiedade fornecendo-se compreensão, apoio, e lembrando-o do local onde se encontra, data e o horário, procedimentos que estão sendo realizados, em todos os momentos em que houver interações⁽²³⁾. Sempre que possível deve-se estimular a participação da família no cuidado ao paciente.

O ambiente de terapia intensiva contribui para o aparecimento de delirium devido aos ruídos de equipamentos, mobilização desnecessária e em horários impróprios. Isso provoca o sono inconstante. Assim sendo, havendo a possibilidade, deve-se diminuir o ruído e a quantidade dos equipamentos, evitar conversas em alto tom, e fornecer tampões de ouvido e máscaras para dormir^(5,27-28).

Nas ações para a prevenção do ruído e o controle da iluminação, podem não aparentar nenhuma relação, porém quando associadas, pode-se notar uma tentativa para a melhora de sono do paciente^(5,27-28). Alguns trabalhos sugerem a presença de delirium devido ao aumento da atividade dopaminérgica e a redução da atividade colinérgica, o que leva a uma produção em menor escala da melatonina, um hormônio regulador do sono^(5,25-26,28).

Em relação à mobilização precoce, existe um consenso de sua necessidade para a prevenção do delirium, e melhorar os desfechos cognitivos em longo prazo, principalmente quando associada à terapia ocupacional nos intervalos da sedação e respiração espontânea^(5,25-26,29-30). Ao se manter a atividade muscular, passiva ou ativa, minimiza-se a atrofia muscular, melhorando a recuperação do paciente e diminuindo a incidência de delirium e a sua estadia na UTI⁽⁵⁾. Pode-se também 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. Pode-se ajustar as intervenções do protocolo de modo prático, quando necessário⁽³¹⁾ e retirar quando possível materiais como tubos, cateteres e drenos que fornecem suporte à vida.

A terapia ocupacional está inserida na terapia intensiva quando já existe um déficit físico ou cognitivo instalado, estudos revelam que seu uso reduz a incidência de delirium e melhora a funcionalidade e a cognição do paciente⁽⁵⁾.

Pode haver agravamento do quadro do paciente

quando existe alguma deficiência sensorial, geralmente visual ou auditiva, a qual pode ser rapidamente corrigida ao retornar o uso dos óculos ou aparelhos para audição, sempre que necessário, para minimizar os efeitos de desorientação⁽²³⁾ e favorecer a interação com o meio. 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. Deve-se evitar a mudança constante dos profissionais que prestam a assistência. A utilização da massagem terapêutica visa o relaxamento do paciente, contribuindo para a melhora do conforto e sono ao reduzir a ansiedade e a tensão⁽³²⁻³³⁾.

Sobre as ações relativas à família e amigos, estudos sugeriram que a presença da família é importante na prevenção do delirium, ajudando na reorientação e em outras terapias devido ao apoio emocional^(5,23). O trabalho de Black et al (2011)⁽³⁴⁾ demonstra que esta intervenção não oferece muito efeito, porém, como analisado em outros artigos, o delirium pode ser prevenido ao se criar um ambiente mais familiar ao paciente, o que torna a presença da família um ponto em debate^(16,34-35). A família é entidade histórica representativa e base fundamental para a vida humana.

Em relação às ações do controle fisiológico, a desidratação é uma causa de delirium, pois causa a perda de eletrólitos e diminui a oxigenação dos órgãos, causando hipóxia. Deste modo as ações para preservar a hidratação previnem não só o delirium, mas outras comorbidades, devendo ser avaliada a hidratação do paciente, incentivada a ingestão hídrica sempre que possível, evitando a constipação e hipóxia⁽³⁵⁾. Estudos indicam que a má alimentação pode, muitas vezes, levar à um baixo nível sérico de proteínas ou pode interferir na cognição por alteração nos níveis de oxigênio, glúceose e uma baixa pressão de perfusão encefálica⁽³⁶⁾.

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 conseqüentemente diminui a atividade gabaérgica, levando a uma das possíveis causas de Delirium⁽³⁷⁾.

Não existem muitos artigos que relacionam o manejo da dor com a prevenção do Delirium, porém é teorizado que a dor pode interferir no ciclo de sono-vigília e alterar os níveis hormonais⁽³⁷⁾.

A literatura é vaga em relação ao controle da constipação na prevenção do Delirium. Entretanto a sintomatologia da constipação tem relação com alguns fatores que podem influenciar no aparecimento do Delirium, como a dor e a agitação que podem interferir no sono do paciente⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Conclusões

Foram selecionados seis artigos de publicações internacionais, dois foram publicados recentemente, no ano de 2014. Identificadas as ações de enfermagem para a prevenção do delirium em pacientes internados em UTI, relacionadas aos cuidados referentes às temáticas: *ambiente, mobilização, higiene do sono, equipamentos e dispositivos, família e amigos, controle fisiológico*, interligados como estratégias preventivas. A assistência de enfermagem direcionada auxilia no tratamento adequado, previne agravos e reduz complicações. O tratamento mais efetivo do delirium ainda é o preventivo.

Considerações Finais

São muitas as ações de prevenção do delirium que podem ser aplicadas pelo enfermeiro e sua equipe. Algumas já são de rotina, como a avaliação do estado físico, mental, orientação tempo espacial e o posicionamento adequado. Algumas destas ações são fáceis de implantar no ambiente de terapia intensiva, como instalar relógios e calendários, por exemplo. As intervenções para a melhora do sono são destacadas como essenciais para prevenir o desenvolvimento da patologia e são facilmente implantáveis. Consideramos importante, juntamente com a sensibilização, a instrumentalização dos enfermeiros, como estímulo a uma prática avançada, buscando dispor de recursos e conhecimentos que os capacitem a refletir, criar e agir. Os artigos que discutem as estratégias para a prevenção, poucos comentam o motivo destas ações, sendo necessário mais estudos em relação a estas intervenções para melhor averiguar a sua eficácia. Esta pesquisa evidenciou a relevância da assistência de enfermagem para a prevenção do delirium em pacientes internados em UTI que deve ser considerado como uma medida de qualidade da assistência de enfermagem.

Referências Bibliográficas

1. Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. Delirium: uma perspectiva histórica. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). 2005; 32:97-103.
2. Faria RSB, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. Rev Bras Ter Intensiva. 2013; 25:137-47.
3. Pessoa RF, Nácil FE. Delirium em pacientes críticos. Rev Bras Ter Intensiva. 2006; 18:190-5.
4. Salluh JIF, Pandharipande P. Prevenção do delirium em pacientes críticos: um recomeço? Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24:1-3.
5. Flôres DG, Capone Neto A. Delirium no paciente grave. São Paulo: Atheneu; 2013. 250p. (CMIB – Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira, n. 18, v. 23)
6. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell Jr FE, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA. 2004; 291:1753-62.
7. Hipp MD, Ely EW. Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients. Neurotherapeutics. 2012;9:158-75.
8. van den Boogaard M, Pickkers P, van der Hoeven H, Roodbol G, van Achterberg T, Schoonhoven L. Implementation of a delirium assessment tool in the ICU can influence haloperidol use. Crit Care. 2009;13R131.
9. Castelões TW. A importância do enfermeiro no reconhecimento do delirium. In: Viana RAPP, editores. Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 243-8.
10. Mathews SB, Arnold SE, Epperson CN. Hospitalization and Cognitive Decline: Can the Nature of the Relationship Be Deciphered? Am J Geriatr Psychiatry. 2014; 22: 465-80.
11. Boogaard MVD, Pickkers P, Slooter AJC, Kuiper MA, Spronk PE, Voort PHJVD, et al. Development and Validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patient) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicenter study. BMJ. 2012;344:e420.
12. Palencia Herrejón E. Diagnóstico del delirio en el enfermo crítico. Med Intensiva. 2010; 34:1-3.
13. Soja SL, Pandharipande PP, Fleming SB, Cotton BA, Miller LR, Weaver SG, et al. Implementation, reliability testing, and compliance monitoring of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) in trauma patients. Intensive Care Med. 2008; 34:1263-8.
14. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2010.
15. Shaughnessy L. Introducing delirium screening in a cardiothoracic critical care unit. Nurs Crit Care. 2012; 18:8-13.
16. Jung JH, Lim JH, Kim EJ, An HC, Kang MK, Lee J, et al. The experience of delirium care and clinical feasibility of the CAM-ICU in a Korean ICU. Clin Nurs Res. 2013; 22:95-111.
17. Godfrey M, Smith J, Green J, Cheater F, Inouye SK, Young JB. Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. BMC Health Serv Res. 2013; 13:341-9.
18. Bryczkowi SB, Lopreiato MC, Yonclas PP, Sacca JJ, Mosenthal AC. Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcome of older adults. J Surg Res. 2014; 190:280-8.
19. 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; 69:540-9.
20. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium. NICE quality standard [QS63] Published date: July 2014. [online]. London: NICE; 2014. Available from: guidance.nice.org.uk/qs63 [12 Apr 2015]
21. Bourthwick M, Bourne R, Craig, Annette E, Oxley J. Detection, prevention and treatment of delirium in critically ill patients. Intensive Care Society. [online]. Wigston: United Kingdom Clinical Pharmacy Association; 2006. Disponível em: <http://www.scottishintensivecare.org.uk/uploads/2014-07-24-19-57-26-UKCPADeliriumResourcepdf-92654.pdf> [12 Apr 2015]
22. Oliveira AML, Ferrari CMM, Kröger MMA, Fürbringer e Silva SC, Bianchini SM. Assistência de enfermagem ao paciente crítico com alterações na função neurológica. In: Kröger MMA, Bianchini SM, de Oliveira AML, Santos LSC. Enfermagem em terapia intensiva: do ambiente da unidade à assistência ao paciente. São Paulo: Martinari; 2010. p. 77-114.
23. Trzepacz P, Breitbart W, Franklin J, Levenson J, Martini DR, Wang P. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. In: American psychiatric association steering committee on practice guidelines. [online]. Arlington, VA: American

- Psychiatric Association. 2010. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/delirium.pdf [15 Apr 2015]
24. Tawar A, Liman B, Greenberg H, Feinsilver S, Vijayan VK. Sleep in the intensive care unit. *Indian J Chest Dis Allied Sci*. 2008; 50:151-62.
 25. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care*. 2008; 12 (Suppl 3):S3.
 26. Connor D, English W. Delirium in critical care. *Anaesthesia Tutorial of the Week* 232. 18th July 2011. [on line]. London: World Federation of Societies of Anaesthesiologists; 2011. Available from: <http://www.frca.co.uk/Documents/232%20Delirium%20in%20Critical%20Care.pdf>. [12 Apr 2015]
 27. Alway A, Halm MA, Shilhanek M, Pierre J. Do earplugs and eye mask affect sleep and delirium outcomes in the critically ill?. *Am J Crit Care*. 2013; 22:357-60.
 28. Santos FS. Mecanismos fisiopatológicos do delirium. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 2005; 32:104-12.
 29. Stevens RD, Neufeld KJ, Sharshar T. Delirium in the ICU: time to probe the hard questions. *Crit Care*. 2011; 15:118.
 30. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigros C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009; 373:1874-82.
 31. Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, Boehm L, Pun BT, Olsen KM, et al. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Crit Care Nurse*. 2012; 32:35-47.
 32. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009; 5:210-20.
 33. Richards KC, Gibson R, Overton-McCoy AL. Effects of massage in acute and critical care. *AACN Clin Issues*. 2000; 11:77-96.
 34. Black P, Boore JRP, Parahoo K. The effects of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *J Adv Nurs*. 2011; 67:1091-101.
 35. Reyes-Ortiz CA. Dehydration, delirium, and disability in elderly patients. *JAMA*. 1997; 278:287-8.
 36. Culp KR, Cacchione PZ. Nutritional status and delirium in long-term care elderly individuals. *Appl Nurs Res*. 2008; 21:66-74.
 37. Ruiz-Neto PP, Moreira NA, Furlaneto MA. Delírio pós-anestésico. *Rev Bras Anesthesiol*. 2002; 52:242-50.
 38. Robinson S, Vollmer C, Jirka H, Rich C, Midiri C, Bisby D. Aging and delirium: too much or too little pain medication? *Pain Manag Nurs*. 2008; 9:66-72.
 39. Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, Lima MASD, Salluth JIF. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22: 274-9.
 40. Mostafa SM, Bhandari S, Ritchie G, Gratton N, Wenstone R. Constipation and its implications in the critically ill patient. *Br J Anaesth*. 2000; 9:815-9.

Trabalho recebido: 17/05/2015

Trabalho aprovado: 24/09/2015