

Fatores de risco e boas práticas no manejo do *delirium*: compreensão da equipe de enfermagem

Risk factors and good practices in delirium management: understanding the nursing team

Factores de riesgo y buenas prácticas en la gestión del delirio: entender el equipo de enfermería

Recebido: 18/06/2020 | Revisado: 28/06/2020 | Aceito: 30/06/2020 | Publicado: 12/07/2020

Ruy de Almeida Barcellos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7857-2151>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: rbarcellos@hcpa.edu.br

Mariana Quintana Pires

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9259-0241>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: maripires@hcpa.edu.br

Taciana de Castilhos Cavalcanti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5856-769X>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: tcavalcanti@hcpa.edu.br

Thais dos Santos Donato Schmitz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9608-7707>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: tschmitz@hcpa.edu.br

Miriane Melo Silveira Moretti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5365-5997>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: mmoretti@hcpa.edu.br

Karina de Oliveira Azzolin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2363-2858>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: kazzolin@hcpa.edu.br

Jaqueline Sangiogo Haas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9742-7761>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: jaqhaas@hcpa.edu.br

Resumo

Objetivo: Analisar a compreensão da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco e as boas práticas relacionadas à prevenção do *delirium* em pacientes críticos. **Métodos:** Estudo transversal realizado com a equipe de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva de um hospital terciário e universitário de Porto Alegre/RS. **Resultados:** Verificou-se que grande parte da equipe de enfermagem tem ciência dos fatores de risco para *delirium* existentes na UTI, como barulho, sedação excessiva, maior risco de infecção, aumento da permanência e mortalidade. Da mesma forma, entendem os benefícios de boas práticas, como promover conforto, sedação adequada, presença de familiar, orientação e avaliações diárias através de escalas de *delirium*. **Conclusão:** Percebe-se que a equipe de enfermagem compreende o *delirium* no paciente crítico, as condições que propiciam o seu desenvolvimento, o impacto deste no tempo de permanência na UTI e mortalidade. No entanto, observa-se que ainda são necessárias melhorias referentes às boas práticas no manejo do *delirium*.

Palavras-chave: *Delirium*; Cuidados críticos; Enfermagem; Compreensão.

Abstract

Objective: To analyze the nursing team's understanding of risk factors and good practices related to the prevention of delirium in critically ill patients. **Methods:** Cross-sectional study conducted with the nursing team of Intensive Care Units of a tertiary and university hospital in Porto Alegre/RS. **Results:** It was found that a large part of the nursing team is aware of the risk factors for delirium in the ICU, such as noise, excessive sedation, increased risk of infection, increased permanence and mortality. Likewise, they understand the benefits of good practices, such as promoting comfort, adequate sedation, presence of a family member, guidance and daily evaluations through delirium scales. **Conclusion:** It is noticed that the nursing team understands delirium in critically ill patients, the conditions that favor its development, its impact on the length of stay in the ICU and mortality. However, it is observed that improvements are still needed regarding good practices in the management of delirium.

Keywords: Delirium; Critical care; Nursing; Understanding.

Resumen

Objetivo: analizar la comprensión del equipo de enfermería de los factores de riesgo y las buenas prácticas relacionadas con la prevención del delirio en pacientes críticos. **Métodos:** estudio transversal realizado con el equipo de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de un hospital terciario y universitario en porto alegre/rs. **Resultados:** se descubrió que gran parte del equipo de enfermería conoce los factores de riesgo de delirio en la uci, como ruido, sedación excesiva, mayor riesgo de infección, mayor permanencia y mortalidad. asimismo, entienden los beneficios de las buenas prácticas, como promover la comodidad, la sedación adecuada, la presencia de un miembro de la familia, la orientación y las evaluaciones diarias a través de escalas de delirio. **Conclusión:** se observa que el equipo de enfermería comprende el delirio en pacientes críticos, las condiciones que favorecen su desarrollo, su impacto en la duración de la estadía en la uci y la mortalidad. sin embargo, se observa que aún se necesitan mejoras con respecto a las buenas prácticas en el manejo del delirio.

Palabras clave: Delirio; Cuidado crítico; Enfermería; Comprensión.

1. Introdução

Delirium é um distúrbio orgânico cerebral que ocasiona alterações patológicas de comportamento, cognição e consciência. Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes que proporcionam fatores de risco para *delirium* pelo uso de tecnologia dura, ambientes fechados, privação de sono, etc. (Ribeiro et al., 2015, Mesa et al., 2017, Pincelli, Waters & Hupse., 2015, Tanaka et al., 2015).

A incidência de *delirium* é bastante variável dependendo da condição e características da população estudada. Em idosos é mais frequente (27% a 79%). No Brasil, a incidência de *delirium* na UTI foi de 46,3%, com maior prevalência em pacientes idosos, do sexo feminino, com doenças mais graves, em uso de restrições físicas, em internações clínicas e com maior tempo de permanência na UTI. Alguns fatores de risco podem ser determinantes para o surgimento de *delirium*, destacam-se uso de ventilação mecânica invasiva e contenção mecânica (Barros., 2015, Mori et al., 2016)

Algumas ações não farmacológicas podem contribuir para reduzir o *delirium*, dentre elas destacam-se a luminosidade do ambiente, a presença de familiares, o uso de óculos ou aparelhos auditivos e a qualidade do sono (Zamoscika, Godboldb & Freeman., 2017, Luna, Bridi & Silva., 2015).

O conhecimento adequado sobre o *delirium*, à identificação precoce e sua importância para saúde, são primordiais para a redução do prejuízo funcional e cognitivo dos pacientes, do tempo de internação hospitalar e, conseqüentemente, o alto índice de mortalidade de pacientes acometidos com *delirium* em UTI (Mesa et al., 2017, Tanaka et al., 2015, Barcellos & Chatkin., 2020).

Métodos de avaliação, protocolos e diretrizes são instrumentos essenciais para garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência nos serviços de saúde. Estudos apontam que algumas ferramentas usadas para triagem de *delirium* podem ser mais eficazes que avaliações clínicas realizadas por profissionais de saúde. Dentre estas, destaca-se o *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit* (CAM-ICU), que tem se mostrado como a ferramenta mais sensível para o reconhecimento precoce de *delirium* na UTI (Fabio et al., 2019, Eastwood et al., 2012, Arboit et al., 2020).

O método CAM-ICU consiste na avaliação das flutuações do estado mental do paciente. Embora este método pareça estar crescendo como o instrumento mais comum e de maior sensibilidade para diagnóstico de *delirium* em UTI, ainda gera dúvidas e limitações quando usados por enfermeiros intensivistas. Estes apontam dificuldades e despreparo para este cuidado, o que pode gerar avaliações imprecisas, tempo excessivo para sua aplicação, aumento da carga de trabalho e conseqüentemente falta de motivação e interesse para tal execução (Mori et al., 2016, Zamoscika, Godboldb &Freeman., 2017, Eastwood et al., 2012, Van de Steeg et al., 2014).

Diante da relevância do tema, esta pesquisa tem como objetivo analisar a compreensão da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco e as boas práticas relacionadas à prevenção do *delirium* em pacientes críticos.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, realizado em UTIs de um hospital público e universitário de grande porte, no estado do Rio Grande do Sul-RS.

A amostra incluída no estudo foi constituída por conveniência, ou seja, todos os profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: profissionais em exercício no período da coleta de dados; mínimo de seis meses de experiência no cuidado ao paciente crítico. Já os critérios de exclusão foram: profissionais em período de experiência ou contrato temporário.

Desta forma, a pesquisa foi realizada com 127 profissionais de enfermagem (47 enfermeiros e 80 técnicos de enfermagem), atuantes em diferentes turnos de trabalho. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a setembro de 2018

Os dados foram coletados através de um questionário estruturado pela equipe de pesquisadores após levantamento bibliográfico, referente aos fatores de risco e as boas práticas para a prevenção de *delirium* em pacientes críticos, o qual foi validado por integrantes da equipe multiprofissional não participantes do estudo. A análise dos dados ocorreu descritivamente por frequências absolutas e relativas.

Os aspectos éticos em relação à pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados conforme prevê a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição participante sob parecer número 2.607.821 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Brasil., 2012). Ainda quanto ao cumprimento às questões éticas em pesquisa, conforme a Resolução número 580, de 22 de março de 2018, do Conselho Nacional de Saúde, os resultados da pesquisa serão divulgados para a instituição coparticipante, ao término do estudo (Brasil., 2018).

3. Resultados e Discussão

Participaram do estudo 47 (37%) enfermeiros e 80 (63%) técnicos de enfermagem. Destes, 38 (29,9%) trabalham a 10 anos ou mais em UTI, 65 (51,2%) de 11 a 20 anos e 24 (18,9%) trabalham de 21 a 36 anos em UTI.

Na Tabela 1 são descritas as características da população total do estudo (n=127). Nesta é possível observar que 77,2% (n=98) é composta por mulheres. Ao analisarmos a escolaridade predominante dos Enfermeiros (n=47), observamos que 74,5% dos enfermeiros possuem Especialização, 8,5% Doutorado, 8,5% Mestrado, e 8,5% dos enfermeiros possuem apenas a Graduação em Enfermagem. Com relação à escolaridade dos técnicos de enfermagem 27,5% (n=22) também possuem Graduação, no entanto atuam como técnicos na instituição. A maioria dos participantes atua no turno da noite 38,6% (n=49).

Tabela 1 – Caracterização da amostra.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	98	77,2
Masculino	29	22,8
Escolaridade		
Enfermeiros	47	100
Doutorado	4	8,5
Mestrado	4	8,5
Especialização	35	74,5
Graduação	4	8,5
Turno		
Técnicos de enfermagem	80	100
Graduação	22	27,5
Ensino Médio	58	72,5
Turno		
Manhã	39	30,7
Tarde	33	26
Noite	49	38,6
Finais de semana	6	4,7

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise das respostas ao questionário, foram estruturadas duas categorias para análise: conhecimento da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco para *delirium* (Tabela 2) e boas práticas relacionadas à prevenção e tratamento (Tabela 3).

Tabela 2 – Conhecimento da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco para *delirium*.

Conhecimento da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco para <i>delirium</i>			
	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
	n (%)	n (%)	n (%)
O <i>delirium</i> é pouco valorizado pela equipe de enfermagem?	62 (48,8%)	43 (33,9%)	22(17,3%)
Você concorda que a UTI tem muito barulho?	3 (2,4%)	17 (13,4%)	107(84,2%)
O <i>delirium</i> se desenvolve durante a hospitalização na UTI?	6 (5%)	37 (29%)	84 (66%)
O <i>delirium</i> prejudica a extubação do paciente?	8 (6,3%)	18 (14,2%)	101 (79,5%)
<i>Delirium</i> aumenta taxas de reintubação dos pacientes?	14 (11%)	32 (25,2%)	81 (63,8%)
Paciente com dor tem risco de apresentar <i>delirium</i> ?	10 (7,9%)	29 (22,8%)	88 (69,3%)
O paciente em <i>delirium</i> apresenta maior risco para infecção relacionado a assistência de saúde?	22 (17,3%)	35 (27,6%)	70 (69,3%)
O paciente em <i>delirium</i> apresenta maior risco para desenvolver demência pós alta de UTI?	28 (14,2%)	27 (21,2%)	82 (64,6%)
<i>Delirium</i> na UTI prolonga a permanência dos pacientes?	4 (3,1%)	16 (12,6%)	107(84,3%)
O <i>delirium</i> aumenta a mortalidade dos pacientes dentro da UTI?	19 (15%)	30 (23,6%)	78 (61,4%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 – Conhecimento da equipe de enfermagem sobre as boas práticas relacionadas à prevenção e tratamento do *delirium*.

Conhecimento da equipe de enfermagem sobre as boas práticas relacionadas à prevenção e tratamento			
	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
	n (%)	n (%)	n (%)
É realizado protocolo de sedação em nossas UTIs?	24(18,9%)	36 (28,3%)	67 (52,8%)
Nós sedamos demais nossos pacientes?	52 (40,9%)	58 (45,7%)	17 (13,4%)
Nós manejamos adequadamente a dor do nosso paciente?	7 (5,5%)	33 (26%)	87 (68,5%)
O paciente das nossas UTIs tem dor controlada?	6 (5%)	21 (16%)	100 (79%)
É utilizada escala para avaliar <i>delirium</i> ?	12 (9,4%)	16 (12,6%)	99 (78%)
Os médicos avaliam rotineiramente o <i>delirium</i> ?	33 (26%)	41 (32,3%)	53 (41,7%)
Os enfermeiros avaliam rotineiramente o <i>delirium</i> ?	8 (6,3%)	12 (9,4%)	107(84,3%)
Tem <i>rounds</i> multidisciplinares com a participação da equipe de enfermagem?	23(18,1%)	26 (20,5%)	78 (61,4%)
Podemos prevenir o desenvolvimento de <i>delirium</i> em pacientes internados na UTI?	7 (5,5%)	35 (27,6%)	85 (66,9%)
Você acha adequado coletar exames laboratoriais não emergenciais às 04 ou 05 horas da manhã?	92(72,4%)	21 (16,5%)	14 (11,1%)
O paciente em <i>delirium</i> necessita de reavaliação do cuidado?	3 (2,4%)	11 (8,7%)	113(88,9%)
A orientação do paciente no tempo através do calendário ajuda a prevenir o <i>delirium</i> ?	9 (7,1%)	17 (13,4%)	101(79,5%)

Chamar o paciente pelo nome a cada contato ajuda a prevenir o <i>delirium</i> ?	7 (5,5%)	13 (10,2%)	107(84,3%)
Sentar o paciente fora da cama contribui para diminuir o <i>delirium</i> ?	16(12,6%)	23 (18,1%)	88 (69,3%)
Movimentar o paciente com cicloergômetro (mini-bike) ajuda a prevenir o <i>delirium</i> ?	25(19,7%)	41 (32,3%)	61 (48%)
Deixar a luz acesa no box durante o dia (aonde não há luz natural) ajuda a prevenir o <i>delirium</i> ?	12 (9,4%)	27 (21,3%)	88 (69,3%)
Família a beira-leito ajuda a prevenir o <i>delirium</i> ?	11 (8,7%)	15 (11,8%)	101(79,5%)
Uso de próteses auditivas e óculos (em pacientes que usam previamente) ajudam a prevenir o <i>delirium</i> ?	5 (4%)	13 (10,2%)	109(85,8%)
A orientação do paciente no tempo através do relógio ajuda a prevenir o <i>delirium</i> ?	8 (6,3%)	25 (19,7%)	94 (74%)
A primeira intervenção para tratar pacientes com <i>delirium</i> deve ser a administração de haldol?	51(40,2%)	54 (42,5%)	22 (17,3%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Conhecimento da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco para *delirium*

Podemos constatar que grande parte dos profissionais que responderam ao questionário, reconhecem os fatores de risco associados ao desenvolvimento de *delirium*, assim como os danos que esta condição é capaz de causar ao paciente enquanto internado e após alta hospitalar.

O *delirium* consiste em uma disfunção orgânica, relacionada a vários fatores de risco, estes podem ser preexistentes do paciente ou fatores ambientais e iatrogênicos (modificáveis). Levando em consideração a competência de intervenção, a enfermagem deve estar atenta ao grupo dos modificáveis, principalmente àqueles que apresentam maiores riscos de desenvolver o *delirium* (Farias & Moreno., 2013).

Estudos revelam que pacientes internados em UTI são mais suscetíveis a desenvolver *delirium*, tanto por apresentarem doenças de base mais complexas (distúrbios metabólicos,

neuroológicos, doenças cardíacas, respiratórias, infecções graves), como por motivos ambientais que a UTI dispõe, pois é composta por muitos recursos tecnológicos, interrupções, procedimentos invasivos, uso de medicações constantes e avaliações profissionais frequentes (Mori et al., 2016, Luna, Bridi & Silva., 2015).

A UTI é um local com muitos ruídos, visto que possui muitos equipamentos, o que favorece ao surgimento de *delirium* em pacientes, principalmente pela privação do sono. Problema este, que pode ser exacerbado quando associado a mobilizações desnecessárias à noite, coletas laboratoriais, iluminação inadequada, conversas em voz alta. Todos estes fatores favorecem ao sono inconstante (ciclo sono-vigília), desorientação, confusão mental e, conseqüentemente, *delirium*. Ainda que não sejam evidentes os gatilhos para o aparecimento de *delirium*, a literatura traz que a privação do sono pode causar danos cognitivos, disfunções celulares e humorais, prejuízos na síntese de proteínas e baixar a imunidade, além de irritabilidade, aumento dos níveis pressóricos e da frequência cardíaca e contraturas musculares (Ribeiro et al., 2015, Pincelli, Waters & Hupse., 2015).

O manejo adequado da dor deve ser considerado, assim como o controle e avaliação contínua, embora existam poucos estudos que associam o controle da dor com a prevenção de *delirium*, sabe-se que a dor pode afetar o sono, alterando condições hormonais e diretamente o ciclo sono-vigília, e ambos devem ser tratados como medidas de conforto ao paciente (Pincelli, Waters & Hupse., 2015, Barros., 2015).

Existem poucas evidências sobre a relação de alguns fatores com *delirium*, entretanto algumas publicações trazem uma relação entre o *delirium* e o nível de Proteína C Reativa sérica, associando processos inflamatórios sistêmicos ao mesmo. Acredita-se também, que pacientes com *delirium* apresentam uma capacidade diminuída de tolerar infecções, e como resultado, o aumento da permanência hospitalar devido a complicações respiratórias e neurológicas, prolongando o uso de ventilação mecânica (Ribeiro et al., 2015, Farias & Moreno., 2013).

Pesquisas apontam que a duração da ventilação mecânica tem ligação direta com o acometimento de *delirium* e por consequência, com elevados índices de mortalidade. Ainda, mostram que em um período de seis meses a um ano, para cada dia que o paciente manifestar *delirium*, há um aumento do risco de mortalidade de 10% (Mesa et al., 2017, Salluh et al., 2015).

Estudo prospectivo com 149 pacientes observou que sujeitos com *delirium* não tiveram maior mortalidade em relação aos demais, o *delirium* atualmente tem sido uma preocupação nas unidades que atendem pacientes críticos. No entanto a ocorrência de

delirium deve ser considerada um sinal alarmante de comprometimento do funcionamento do sistema nervoso central de curto a longo prazo (Moris et al., 2016, Kotfis et al., 2018).

Embora seja uma realidade ainda subdiagnosticada, muitos estudos trazem resultados significativos em que o *delirium* está relacionado ao aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes. Além de prolongar a permanência dos pacientes na UTI, aqueles que têm alta podem manifestar permanentemente, sequelas mentais a longo prazo, afetando funções de atenção, memória e execução (Farias & Moreno., 2013).

Muitos fatores de risco poder ser modificados de forma simples e sem custos relevantes, como um controle adequado de analgesia e sedação, correção de distúrbios eletrolíticos, iluminação correta do ambiente, uso de artifícios que mantenham o paciente orientado no tempo e espaço como relógios e calendários e presença de familiares.

Da mesma forma, é importante melhorar a qualidade do sono, garantir mobilização precoce, suspender a ventilação mecânica assim que possível, remover dispositivos desnecessários, ofertar visitação estendida, chamar o paciente pelo nome, oferecer ao paciente o uso de seus óculos e próteses auditivas, entre outras práticas (Farias & Moreno., 2013).

Portanto, através da compreensão prévia sobre os fatores de risco para o *delirium*, é que as equipes de saúde poderão instituir medidas preventivas nas UTIs e desta forma, melhorar os desfechos e prevenir sequelas físicas, emocionais e cognitivas a longo prazo aos doentes críticos. Os cuidados não farmacológicos se apresentam com barreiras importantes no manejo e prevenção do *delirium* em terapia intensiva.

Boas práticas relacionadas à prevenção e tratamento do *delirium*.

A maioria dos profissionais de enfermagem (52,8%), questionados sobre as boas práticas para prevenção de *delirium* tem ciência de como esta condição pode ser evitada e de condutas que devem ser estabelecidas no ambiente em que trabalham.

A prevenção encontra-se como recurso de primeira linha e está dirigida essencialmente a medidas relacionadas com a vigilância, recuperação, manutenção do equilíbrio sensorial (estímulo cognitivo, estímulo da comunicação e orientação da pessoa, pesquisa das causas potenciais de déficit sensorio-perceptual), gestão do ambiente, promoção do repouso, controle da dor, nutrição e hidratação adequadas, mobilização precoce do doente. A otimização da terapêutica como sedação e analgesia, a formação dos elementos da equipe multiprofissional assistencial e o papel dos familiares são também aspectos preponderantes nesta temática (Bento et al., 2018).

Quanto à utilização de um protocolo de sedação os participantes demonstraram não terem clareza quanto à aplicação deste no dia a dia, fato este que pode ser justificado pela significativa maioria de participantes do turno da noite. Uma vez que, neste turno, normalmente as titulações e ajustes de infusões de sedativos e analgésicos não são realizadas, na instituição participante.

Estudos evidenciam que a utilização da menor sedação possível é de suma importância para introdução precoce de terapias e atividades ao paciente crítico. Diferentes fármacos estão relacionados como fatores de risco ao surgimento de *delirium*, em especial analgésicos e sedativos. Alguns resultados mostram que os benzodiazepínicos podem contribuir para o aparecimento de *delirium*, favorecendo ao aumento da permanência dos pacientes na UTI e desmame prolongado da ventilação mecânica (Mori et al., 2016, Farias & Moreno., 2013).

O objetivo dos sedativos é manter o paciente tranquilo, cooperativo, sem dor, com o sono adequado e menos ansioso. Quando isso não acontece, ocorre a exacerbação de funções orgânicas, como agitação, confusão, piora da cognição e, conseqüentemente, agravo de funções cardíacas, pulmonares e intestinais, demandando maior tempo de internação. Os resultados da presente pesquisa encontram-se de acordo com estudos anteriores que destacam que conforto e controle da dor devem ser fatores primordiais no cuidado ao paciente crítico (Ribeiro et al., 2015, Farias & Moreno., 2013).

Estudos evidenciam o benefício do uso de haloperidol na prevenção e tratamento de *delirium*, mostrando uma redução da incidência, complicações, tempo de internação e de mortalidade, porém de acordo com o *guideline*, *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit*, não há evidencia robusta de que o haloperidol diminua a duração de *delirium* (Barr et al., 2013).

Existem muitas discordâncias na literatura sobre os benefícios do haloperidol, portanto o tipo de sedação, principalmente em idosos, deve ser criteriosa, pois em excesso pode provocar um efeito hipoativo. Estudos mais recentes apontam o uso de olanzapina, risperidona e quetiapina como alternativas de tratamento para *delirium* (Barros 2015, Ribeiro et al., 2015, Farias & Moreno 2013). Nesta pesquisa, a equipe ainda não possui clareza sobre a utilização de um protocolo de sedação adequado e de quais medicações oferecem menos riscos ao paciente. Do mesmo modo, a utilização de haloperidol como primeira intervenção para o tratamento de *delirium* ainda gera dúvidas na equipe.

Em relação à presença de familiares junto dos pacientes críticos, 79,5% dos participantes deste estudo, consideram que esta prática beneficia o paciente e previne ou

atenua o desenvolvimento do *delirium*. A presença familiar possui grande relevância quando falamos de boas práticas na UTI, pois os pacientes sofrem pelas mudanças ambientais, de rotina e pelo isolamento.

Em algumas instituições ainda é proibida a entrada de familiares, seja por uma política interna ou problemas estruturais, porém sabemos que muitas já estão aderindo à visita estendida, o que reduz a ansiedade, o estresse provocado pelo ambiente e procedimentos, permitindo ao paciente mais segurança e acolhimento (Barros, 2015).

Autorizar a presença de fotos, objetos que tragam lembranças de casa ou da família, também são importantes para deixar o ambiente mais familiar e evitar que o paciente fique confuso. A maioria dos estudos cita a orientação no tempo e espaço como primordiais para saúde mental dos pacientes assim como considerado por 79,5% profissionais deste estudo (Pincelli, Waters & Hupse., 2015).

Ambientes fechados, que não possuam luz adequada ou luz natural, sem relógios ou calendários, sejam um fator estressor a ponto de aumentar a incidência de *delirium*, pois os pacientes não possuem noção real de passagem do tempo, além de afetar o ciclo sono-vigília. É importante que as equipes orientem seus pacientes quanto ao horário do dia e dias da semana, horário de banho, refeições, visitas, coletas, tornando o ambiente mais iluminado de dia e escuro à noite, e que use de artifícios como relógio de parede e calendários (Pincelli, Waters & Hupse., 2015).

Observa-se também, que muitos pacientes possuem déficits visuais ou auditivos. Oferecer óculos ou aparelhos auditivos, sempre que possível ajuda ao doente a orientar-se e interagir com os que estão a sua volta. É essencial tratar o paciente com dignidade, gerando independência e maior bem-estar. Proporcionar conforto e maior autonomia ao paciente pode diminuir os danos causados pela internação. (Ribeiro et al., 2015, Pincelli, Waters & Hupse., 2015).

Percebe-se que os enfermeiros em geral, avaliam rotineiramente o *delirium*, e são geralmente, os primeiros a fazer a identificação deste distúrbio, logo, devem intervir rotineiramente através de medidas preventivas, avaliações e reavaliações diárias através de escalas, estando atentos a quaisquer alterações do estado mental. Neste contexto, destaca-se a importância de *rounds* multiprofissionais, em que há a discussão de casos, planejamento da continuidade da assistência através da elaboração de um plano de cuidados por toda equipe (Fabio et al., 2019, Eastwood et al., 2012, Barcellos & Chatkin., 2020).

De todas as escalas existentes, o método CAM-ICU tem se mostrado mais sensível e viável para o reconhecimento precoce de *delirium* na UTI. Consiste em uma ferramenta que

avalia as flutuações do estado mental do paciente, a falta de atenção através de testes visuais ou auditivos, avaliação de pensamento desorganizado e alterações no nível de consciência através da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). No entanto, ainda gera incertezas na sua aplicação. Embora a maioria da equipe pesquisada (60,6%) tenha recebido treinamento para avaliar o *delirium*, alguns enfermeiros apontam dificuldades para este cuidado como tempo excessivo para sua aplicação, e salientam a pouca valorização por alguns integrantes da equipe multiprofissional (Zamoscika et al., 2017, Fabio et al., 2019, Eastwood et al., 2012).

4. Considerações Finais

Percebe-se que a equipe de enfermagem compreende o *delirium* no paciente crítico, assim como as condições que propiciam o seu desenvolvimento, o impacto deste no tempo de permanência na UTI e mortalidade. No entanto, observa-se que ainda são necessárias melhorias referentes às boas práticas no manejo do *delirium*, como a utilização efetiva de um protocolo de sedação, manejo adequado da dor e da avaliação diária dos pacientes.

Destaca-se, que as medidas não farmacológicas têm profundo impacto na redução da incidência de *delirium* e, portanto, a equipe de enfermagem pode implementar e gerenciar estes cuidados visando melhores desfechos aos pacientes críticos. Ressalta-se a importância de novos estudos sobre o tema, uma vez que, a produção científica no Brasil, relacionada a intervenções de enfermagem no manejo do *delirium*, ainda é escassa.

Referências

Arboit, É. L., et al. (2020). A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. *Research, Society and Development*, Itabira, 9(5), 2525-3409. e125953088. ISSN.

Barcellos, R. A., & Chatkin, J. M. (2020). Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI. *J Bras Pneumol*. 2020. 46(3):e 20180261.

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., et al. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*; 41, 263-306.

- Barros, M. A. (2015). *Delirium* em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *J. res.: fundam. care. online*.7(3), 2738-2748.
- Brasil.(2013). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde.
- Bento, M. S. P. M., et al. (2018). Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado – uma revisão bibliográfica. *Revista Electrónica trimestral de Enfermería*. n52.
- Eastwood, G. M., et al. (2012). A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to *delirium* assessment before and after introduction of the CAM-ICU. *Aust Crit Care.*; 25(3), 162-9.
- Fabio, S. M., et al. (2019). ABCDE and ABCDEF care bundles: A systematic review protocol of the implementation process in intensive care units. *Medicine (Baltimore)*. 98(11). e14792.
- Farias, R. S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva (Portugal)*. 25(2),137-147.
- Kotfis, K., Marra, A., Ely, E. W.(2018). ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit, *Anaesthesiol Intensive Ther*. 50(2),160–167.
- Luna, A. A., Bridi, A. C., Silva, R. C. L. (2015). *Delirium* em Terapia Intensiva – Um estudo retrospectivo. *Rev enferm UFPE on line (Recife)*. 9(1). 69-75.
- Mesa, P., et al. (2017). *Delirium* em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospectivo em coorte em pacientes em ventilação mecânica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 29(3), 337-345.
- Mori, S., et al. (2016). Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit, *Rev Esc Enferm USP*, 50, 587–593.

Pincelli, E. L., Waters, C., Hupse, Z. N. (2015). Ações de enfermagem na prevenção do *delirium* em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 60, 131-9.

Ribeiro, S. C. L. (2015). Conhecimento de enfermeiros sobre *delirium* no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 24(2), 513-20.

Salluh, J. I., et al. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 350:h2538.

Tanaka, L. M., et al. (2015). *Delirium* em pacientes na unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação não invasiva: um inquérito multinacional. *Rev Bras Ter Intensiva*. 27(4), 360-368.

Van de Steeg, L., et al. (2014). Improving *delirium* care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence. *J Eval Clin Pract*. 20(6), 813-9.

Zamoscika, K., Godboldb, R., & Freeman, P.(2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of *delirium* and *delirium* care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 40, 94–100.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Ruy de Almeida Barcellos – 25%

Mariana Quintana Pires – 25%

Taciana de Castilhos Cavalcanti – 10%

Thais dos Santos Donato Schimitz – 10%

Miriane Melo Silveira Moretti– 10%

Karina de Oliveira Azzolin – 10%

Jaqueline Sangiogo Haas – 10%