

Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium

Validation of a multidisciplinary care protocol for critically ill patients with delirium
Validación de protocolo multiprofesional de cuidados para paciente crítico con delirium



Thieli Lemos de Souza^a
 Karina de Oliveira Azzolin^b
 Emiliane Nogueira de Souza^c

Como citar este artigo:

Souza TL, Azzolin KO, Souza EN. Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190165. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190165>

RESUMO

Objetivo: Validar um protocolo multiprofissional para manejo de pacientes com delirium internados em unidade de terapia intensiva.

Método: Estudo metodológico com finalidade de verificar junto aos juizes a recomendação dos cuidados propostos no protocolo. Para o processo de validação de conteúdo foi considerado o índice de validade de conteúdo $\geq 0,90$.

Resultados: Dos 48 cuidados submetidos à validação de conteúdo, apenas quatro não obtiveram consenso através do índice de validade de conteúdo. O protocolo multiprofissional para paciente em delirium na unidade de terapia intensiva englobou cuidados referentes ao diagnóstico de delirium, pausa de sedação, mobilização precoce, cuidados para dor, agitação e delirium, orientação cognitiva, promoção do sono, intervenções ambientais e participação da família.

Conclusão: Os cuidados do protocolo multiprofissional qualificam a assistência prestada ao paciente crítico em delirium, melhorando os desfechos clínicos.

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

ABSTRACT

Objective: To validate a multiprofessional protocol for the care of patients with delirium admitted to an intensive care unit.

Method: Methodological study with the purpose of confirming with experts the care recommendations proposed in the protocol. For the content validation process, the content validity index of ≥ 0.90 was considered.

Results: Of the 48 recommendations submitted to content validation, only four did not reach consensus through the content validity index. The multiprofessional protocol for patients with delirium in the intensive care unit included care related to the diagnosis of delirium, pause in sedation, early mobilization, pain management, agitation and delirium, cognitive guidance, sleep promotion, environmental interventions, and family participation.

Conclusion: The multiprofessional protocol qualifies the care provided to critically ill patients with delirium, improving clinical outcomes.

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

RESUMEN

Objetivo: Validar un protocolo multiprofesional para manejo de pacientes con delirium internados en unidad de terapia intensiva.

Método: Estudio metodológico con enfoque cuantitativo con el fin de verificar junto a los expertos la recomendación de los cuidados propuestos en el protocolo. Para el proceso de validación de contenido se consideró el índice de validez de contenido $\geq 0,90$.

Resultados: De los 48 cuidados sometidos a la validación de contenido, sólo cuatro no obtuvieron consenso a través del índice de validez de contenido. El protocolo multiprofesional para paciente en delirium en la unidad de terapia intensiva englobó cuidados referentes al diagnóstico de delirium, pausa de sedación, movilización precoz, cuidados para dolor, agitación y delirium, orientación cognitiva, promoción del sueño, intervenciones ambientales y participación de la familia.

Conclusión: Los cuidados del protocolo multiprofesional califica la asistencia prestada al paciente crítico en delirium, mejorando los resultados clínicos.

Palabras clave: Delirio. Cuidados críticos. Unidades de cuidados intensivos. Equipo de atención al paciente.

^a Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O delirium é uma disfunção neurológica que causa alteração no nível de consciência e da atenção, déficits cognitivos e desorientação nos pacientes, apresentando início agudo e curso flutuante⁽¹⁾. Esta condição clínica apresenta elevada incidência em pacientes críticos, variando de 18,9% a 68,3% nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), podendo ser mais acometidos aqueles submetidos à ventilação mecânica⁽¹⁻⁴⁾.

Outros desfechos podem estar associados a pacientes que desenvolvem delirium na UTI, como maior morbimortalidade, tempo de internação e de ventilação mecânica, além de pior funcionalidade^(1,3,5). Muitas vezes, pelo seu curso flutuante, esta disfunção não é diagnosticada nem tratada de forma sistematizada ou adequada nos serviços de saúde⁽⁴⁾.

O diagnóstico de delirium é feito à beira do leito por meio do exame clínico e por qualquer profissional devidamente capacitado, em sua maioria enfermeiros, com a utilização de ferramentas validadas. A mais comumente utilizada na UTI é o *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*^(2,6-7). Em 2011, foi desenvolvido um estudo multicêntrico para a validação do CAM-ICU no Brasil, o qual já era amplamente utilizado na prática clínica. Os resultados demonstraram alta especificidade (96,2%), boa sensibilidade (72,5%), além de bom poder preditivo quando a escala é utilizada de forma sistemática⁽⁶⁾. Esta escala pode ser utilizada por enfermeiros para o diagnóstico de delirium, o qual é uma condição associada ao Diagnóstico de Enfermagem (DE) Confusão Aguda⁽⁸⁾, que pode ser frequentemente estabelecido nas UTIs devido à elevada incidência de delirium.

Na prática clínica, uma vez que o DE Confusão Aguda seja estabelecido de modo acurado, as Intervenções de Enfermagem mais apropriadas podem ser instituídas⁽⁸⁾ a fim de obter os resultados esperados. É neste cenário que a utilização de protocolos assistenciais tem reconhecida importância, pois a partir das melhores evidências os profissionais conduzem o manejo para os pacientes em delirium.

A relevância deste estudo ocorre em virtude da elevada incidência de delirium na UTI, determinando piores desfechos clínicos. Ainda há falta de consenso quanto aos cuidados eficazes para o delirium, visto que intervenções farmacológicas não demonstram eficácia na prevenção e/ou no tratamento de delirium⁽⁹⁾, enquanto estratégias não farmacológicas e multiprofissionais estão apresentando melhores resultados⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Assim sendo, pretende-se responder à seguinte questão de pesquisa: Quais cuidados devem compor um protocolo multiprofissional de cuidados a serem implementados para pacientes críticos em delirium?

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico para validação de conteúdo de um protocolo multiprofissional de cuidados. O processo de validação se desenvolve em duas etapas⁽¹²⁾. Neste estudo, a primeira foi a elaboração do protocolo pelo mapeamento cruzado das intervenções propostas pela *Nursing Intervention Classification (NIC)*⁽¹³⁾ para o DE Confusão Aguda, relacionada ao delirium, e que, na edição atual da NANDA-I⁽⁸⁾, passa a ser considerado condição associada a este diagnóstico, ao invés de fator relacionado, com os cuidados encontrados a partir de uma revisão integrativa. Assim, foi estabelecida uma correlação por similaridade entre os cuidados para delirium oriundos da literatura científica e a linguagem padronizada da NIC, uniformizando e validando cada cuidado encontrado de forma a construir o protocolo. Salienta-se que a NIC é uma estrutura taxonômica que pode ser utilizada por profissionais da saúde⁽¹³⁾.

Para determinação da amostra, estudos sugerem de três até 42 participantes no processo de validação^(12,14-15). A fim de obter resultados consistentes, foram convidados 60 profissionais para participar da pesquisa. Essa amostra foi definida pela estratégia de amostragem de rede, em que os membros iniciais da amostra indicam outros indivíduos⁽¹⁴⁾. A identificação inicial desses profissionais foi realizada pela Plataforma Lattes em buscas por autores com publicações científicas sobre delirium. Os profissionais foram selecionados seguindo pelo menos um dos seguintes critérios de inclusão: ter experiência clínica em UTI adulto de pelo menos dois anos e/ou ser especialista em Terapia Intensiva. Foram convidados profissionais da região Sul e Sudeste do Brasil.

Após a seleção, a abordagem dos avaliadores aconteceu por meio eletrônico (e-mail). Foi enviada uma carta explicativa com o objetivo do estudo, métodos utilizados e o instrumento para validação do protocolo. O retorno foi considerado como aceite e, assim, garantiu-se a confidencialidade. O prazo estabelecido para retorno foi de 30 dias e, após este período, foi realizado um novo contato a fim de obter maior número de retornos. Os cuidados presentes no protocolo foram avaliados apenas uma vez por cada profissional. O período de coleta de dados foi de agosto de 2016 a janeiro de 2017.

Os resultados das avaliações, inicialmente e para fins de discussão, foram apresentados por meio de uma análise descritiva por categorias: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e outros (nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos). Na avaliação por categoria profissional a concordância foi estabelecida com percentuais de $\geq 70\%$ ⁽¹²⁾.

Para o processo de validação foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual é bastante utilizado na

área da saúde e mede a proporção das recomendações dos elementos do protocolo^(12,14-15). O IVC emprega valores para as respostas, tendo sido adaptado neste estudo: 1 para “não recomendo” e 4 para “recomendo”. Este método é calculado pela soma dos itens que foram avaliados como “recomendo” – ou seja, com pontuação 4 – utilizando a seguinte fórmula⁽¹⁵⁾:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas 4}}{\text{número total de respostas}}$$

Por tratar-se de um protocolo multiprofissional, o estabelecimento do consenso e a consequente inclusão do cuidado no protocolo foi considerado com IVC de $\geq 0,90$.

A pesquisa foi desenvolvida em consonância com as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi encaminhada à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido aprovada sob a numeração 1.526.221.

RESULTADOS

Participaram do processo de validação 43 profissionais, sendo 19 enfermeiros (44,2%), 10 médicos (23,3%), oito fisioterapeutas (18,6%), dois farmacêuticos (4,7%), dois psicólogos (4,7%) e dois nutricionistas (4,7%). A maioria dos profissionais era do sexo feminino (62,8%), com idade média de $34,51 \pm 4,29$ anos e uma média de 7,5 anos de experiência em UTI. Todos tinham pós-graduação, 20 eram especialistas em Terapia Intensiva (46,6%) e 13 tinham mestrado (30,2%). A maioria atuava na assistência (81,4%).

Para o processo de validação do protocolo, os cuidados foram organizados de acordo com as tabelas a seguir, sendo o IVC demonstrado na última coluna. A Tabela 1 apresenta diagnóstico de delirium, manejo da dor, pausa de sedação e administração de antipsicóticos.

Na Tabela 2 estão apresentados os cuidados relacionados à orientação cognitiva dos pacientes críticos em delirium.

Tabela 1 – Diagnóstico, manejo da dor, pausa de sedação e medicamentos. Protocolo Multiprofissional de cuidados para pacientes críticos em delirium

Cuidados	Recomendação				IVC*
	Enfermeiro n(%)	Fisioterapeuta n(%)	Médico n(%)	Outros n(%)	
Despertar o paciente diariamente	18(94,7)	8(100)	9(90,0)	2(33,3)	0,97
Pausar sedação às 6h30min	5(27,8)	5(62,5)	4(40,0)	2(50,0)	
Pausar sedação às 7h30min	13(72,2)	3(37,5)	6(60,0)	2(50,0)	
Realizar teste de ventilação espontânea	13(68,4)	6(75,0)	7(70,0)	1(16,7)	0,81
Despertar e realizar teste de ventilação	15(78,9)	7(87,5)	9(90,0)	1(16,7)	0,91
Monitorar o delirium com o CAM-ICU [†]	18(94,7)	7(87,5)	8(80)	4(66,7)	0,97
Realizar mobilização precoce	19(100)	8(100)	10(100)	6(100)	1
Avaliar a dor com escalas validadas	17(89,5)	7(87,5)	10(100)	4(66,7)	0,97
Usar opióide como droga de escolha para tratar a dor	9(50,0)	5(62,5)	7(70,0)	0(0,0)	0,75
Administrar analgésicos não opióides	18(100)	7(87,5)	9(90,0)	5(83,3)	1
Assegurar analgesia antes de intervenções	19(100)	7(87,5)	10(100)	5(83,3)	1
Limitar o uso de medicamentos associados ao delirium	18(94,7)	7(87,5)	9(90,0)	4(66,7)	1
Escolher sedações que não são fator de risco para delirium	19(100)	8(100)	8(80,0)	4(66,7)	1
Administrar haloperidol	9(50,0)	6(75,0)	10(100)	10(100)	0,93

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *IVC – Índice de Validade de Conteúdo; [†]CAM-ICU – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

Tabela 2 – Orientação cognitiva. Protocolo Multiprofissional de cuidados para pacientes críticos em delirium

Cuidados	Recomendação				IVC*
	Enfermeiro n(%)	Fisioterapeuta n(%)	Médico n(%)	Outros n(%)	
Estimular a equipe à prática de orientações verbais/escritas, sempre que possível	19(100)	8(100)	10(100)	6(100)	1
Chamar o paciente pelo nome quando iniciar uma interação	19(100)	8(100)	10(100)	6(100)	1
Estimular o paciente com perguntas predeterminadas, estabelecidas em protocolo	16(84,2)	6(75,0)	9(90,0)	5(83,3)	0,92
Informar as características da unidade, horário de visitas, alimentação e procedimentos	19(100)	8(100)	10(100)	6(100)	1
Explicar qualquer ruído produzido por bombas de infusão, alarmes e/ou ventilador	19(100)	8(100)	10(100)	5(83,3)	0,97
Fornecer informações ao paciente sobre o seu estado de saúde, prognóstico e tratamentos	18(94,7)	7(87,5)	7(70)	6(100)	0,97
Oferecer meios de ouvir música e televisão. No horário das 6 às 20 horas	18(94,7)	8(100)	10(100)	5(83,3)	1
Fornecer óculos e aparelho auditivo de uso pessoal, logo que possível	19(100)	8(100)	10(100)	5(83,3)	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *IVC – Índice de Validade de Conteúdo

Os cuidados para a promoção do sono estão descritos na Tabela 3.

Na Tabela 4 estão apresentados os demais cuidados do protocolo relacionados ao ambiente, à participação da família, entre outros.

Tabela 3 – Promoção do Sono. Protocolo Multiprofissional de cuidados para pacientes críticos em delirium

Cuidados	Recomendação				IVC*
	Enfermeiro n(%)	Fisioterapeuta n(%)	Médico n(%)	Outros n(%)	
Avaliar os pacientes para manutenção do sono	19(100)	7(87,5)	10(100)	4(66,7)	0,97
a) Período de sono 00:00 às 4h	5(26,3)	2(25,0)	1(11,1)	0(0,0)	
b) Período de sono 22:00 às 4h	14(73,7)	6(75,0)	8(88,8)	5(100)	
Evitar que o paciente durma durante o dia	18(94,7)	8(100)	8(80,0)	6(100)	1
Agrupar cuidados para sono ininterrupto. Durante a noite: banho até 22h	18(94,7)	8(100)	9(90)	6(100)	0,97
Evitar administrar medicamentos à noite – reaprazar. Não interromper o sono	19(100)	8(100)	10(100)	5(83,3)	0,97

Tabela 3 – Cont.

Cuidados	Recomendação				IVC*
	Enfermeiro n(%)	Fisioterapeuta n(%)	Médico n(%)	Outros n(%)	
Registrar os sinais vitais pelo monitor central durante o sono	18(94,7)	8(100)	9(90,0)	3(33,3)	1
Fornecer tampões de ouvidos e/ou máscara para os olhos para o sono	13(68,4)	6(75,0)	6(60,0)	2(33,3)	0,90
Individualizar os limites de alarmes	18(94,4)	8(100)	10(100)	5(83,3)	1
Verificar a preferência do paciente ao ambiente para dormir	15(83,3)	6(75,0)	9(90,0)	6(100)	1
Informar os benefícios do ciclo sono-vigília	19(100)	8(100)	10(100)	5(8,3)	1
Avaliar risco de UP [†] e avaliar permanência sem mudança de decúbito no sono	17(89,5)	7(87,5)	9(90,0)	5(83,3)	1
Interromper o período de sono se alterações clínicas/instabilidades do paciente	19(100)	7(87,5)	9(90,0)	4(66,7)	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *IVC – Índice de Validade de Conteúdo; †UP – Úlcera por Pressão

Tabela 4 – Ambiente e família. Protocolo Multiprofissional de cuidados para pacientes críticos em delirium

Cuidados	Recomendação				IVC*
	Enfermeiro n(%)	Fisioterapeuta n(%)	Médico n(%)	Outros n(%)	
Orientar com o uso de relógios e calendários	19(100)	8(100)	10(100)	6(100)	1
Permitir que os familiares tragam itens: revistas, livros, etc	18(94,7)	7(87,5)	10(100)	6(100)	0,97
Reduzir luz à noite	19(100)	8(100)	10(100)	6(100)	1
Orientar profissionais – evitar falar em torno do leito	19(100)	8(100)	10(100)	6(100)	1
Controlar os ruídos à noite	16(84,2)	6(75,0)	10(100)	6(100)	0,97
Flexibilizar o acesso da família	19(100)	7(87,5)	10(100)	6(100)	1
Promover planejamento dos cuidados, facilitando o acesso da família	18(100)	7(87,5)	9(90,0)	6(100)	0,97
Realizar rondas no horário de visitas para oferecer educação sobre delirium	19(100)	7(87,5)	6(60,0)	5(83,3)	0,95
Incentivar a interação da família com o paciente	14(73,7)	8(100)	8(80,0)	5(83,3)	1
Desenvolver folhetos educativos	18(94,7)	7(87,5)	9(90,0)	6(100)	0,95
Retirar dispositivos precocemente	19(100)	8(100)	10(100)	6(100)	1
Realizar contenção mecânica desenvolvendo “luva de box”	15(78,9)	5(62,5)	6(60,0)	4(66,7)	0,93

Tabela 4 – Cont.

Cuidados	Recomendação				
	Enfermeiro n(%)	Fisioterapeuta n(%)	Médico n(%)	Outros n(%)	IVC*
Não prender a contenção no leito	13(68,4)	5(62,5)	7(70,0)	7(70,0)	0,87
Manter elevadas as grades do leito	19(100)	8(100)	9(90,0)	5(83,3)	1
Fornecer ao paciente meio de chamar os profissionais, p.ex., campainha ou luz	19(100)	7(100)	9(90,0)	5(100)	1
Proporcionar duas vezes ao dia 90 minutos de período calmo	12(63,2)	5(62,5)	3(30)	1(16,7)	0,87
Identificar o leito do paciente que estiver em delirium, a fim de manter os cuidados do protocolo	18(94,7)	8(100)	6(60,0)	6(100)	0,97

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *IVC – Índice de Validade de Conteúdo

Dos 48 cuidados submetidos à validação, apenas quatro não alcançaram o consenso estabelecido por meio do IVC $\geq 0,90$ e, portanto, não foram recomendados para compor o protocolo (conforme Anexo). Os cuidados não validados foram: “Realizar teste de ventilação espontânea”, “Usar opióide como droga de escolha para o tratamento da dor”, “Não prender a contenção mecânica no leito” e “Proporcionar duas vezes ao dia 90 minutos de período calmo”.

DISCUSSÃO

Ao analisar a validade de conteúdo, os resultados obtidos pelo cálculo do IVC recomendaram a maioria dos cuidados propostos neste estudo, assim totalizando 44 cuidados para compor um protocolo multiprofissional de cuidados. Já durante a avaliação por categoria profissional, houve algumas diferenças de concordância, o que pode identificar diferentes níveis de conhecimento sobre delirium.

O diagnóstico de delirium é usualmente realizado a partir da aplicação do CAM-ICU por qualquer profissional devidamente capacitado. Entretanto, apesar de ser uma ferramenta diagnóstica validada e desenvolvida há mais de 15 anos^(2,6), ainda necessita melhorar a adesão pela equipe multiprofissional. A avaliação sistemática de delirium por profissionais médicos, fisioterapeutas e enfermeiros na América Latina e na Europa, identificada em estudo prévio, mostrou que o CAM-ICU foi o mais empregado (66,9%), sendo este o instrumento significativamente mais utilizado no Brasil se comparado aos demais países (83% vs 43,5%, $P < 0,001$)⁽⁷⁾.

Os resultados supracitados convergem com as evidências deste estudo em relação ao uso do CAM-ICU para o diagnóstico de delirium, recomendando e reforçando sua

importância na prática clínica. No entanto, o conhecimento e a utilização desta ferramenta requerem melhor entendimento em todas as categorias profissionais que atuam na UTI. Predominantemente, o CAM-ICU é utilizado na UTI por enfermeiros capacitados, podendo ser uma ferramenta para o raciocínio diagnóstico.

Na atual edição dos DE da NANDA I⁽⁸⁾, o delirium é uma condição associada do DE Confusão Aguda, apesar de ser passível de cuidados multiprofissionais. Esta nova categorização pode ser contestada, uma vez que o enfermeiro possui ações independentes e compartilhadas com a equipe multiprofissional, tanto para a prevenção quanto para o tratamento de delirium.

A implementação de cuidados multiprofissionais é destacada em estudos. Uma coorte de 70 pacientes demonstrou os benefícios das intervenções para dor, agitação e delirium desenvolvendo orientações com um profissional farmacêutico. Em uma segunda fase, foram incorporados os cuidados de pausa de sedação, teste de ventilação espontânea e mobilização precoce. Foram acompanhados 436 pacientes, prospectivamente. Os resultados da primeira fase apresentaram redução de sedoanalgesia ($P=0,001$) e tempo de internação na UTI ($P=0,01$), enquanto na segunda fase, foi observada redução nos dias de ventilação mecânica ($P=0,03$) e na mortalidade ($P=0,01$)⁽¹⁶⁾. Tais achados corroboram os resultados encontrados neste estudo: cuidados referentes à pausa de sedação e à mobilização precoce foram recomendados a fim de obter melhores desfechos com a assistência prestada. Assim, trata-se o delirium com ações factíveis, multiprofissionais – associando os cuidados da equipe de enfermagem aos da fisioterapia – e não farmacológicas, possivelmente diminuindo os fatores de risco.

Outro estudo retrospectivo demonstrou os benefícios de incorporar os cuidados de despertar e coordenar teste de ventilação espontânea, monitorar delirium e mobilizar precocemente. Foram analisados 159 registros de pacientes em UTI, sendo observado que a prevalência de delirium diminuiu significativamente (38% vs 23%, $P=0,01$) e que houve redução na média de dias em delirium (3,8 para 1,72 dias, $P<0,001$)⁽¹⁰⁾. Desta forma, ressalta-se o consenso estabelecido, uma vez que parece eficaz no manejo de delirium, além de melhorar outros desfechos clínicos.

A mobilização precoce foi um cuidado considerado relevante para o doente crítico acometido por delirium. Vale ressaltar a importância da participação de toda a equipe multiprofissional durante o processo de mobilização, desde o momento da avaliação das condições clínicas do paciente até a execução do procedimento, o que se torna muito complexo no âmbito de Terapia Intensiva. Um estudo clínico randomizado multicêntrico envolvendo 200 pacientes desenvolveu um protocolo de mobilização precoce por metas: sem mobilização, movimentos passivos no leito, colocação do paciente em pé e deambulação. No grupo intervenção, os pacientes apresentaram mais dias livres de delirium em comparação ao grupo controle (25 vs 22 dias, $P=0,01$), demonstrando a eficiência da mobilização para o manejo do delirium⁽¹⁷⁾. Estas evidências respaldam e direcionam o desenvolvimento de protocolos assistenciais, incentivando a mobilização precoce em pacientes críticos em delirium apesar de algumas dificuldades encontradas na prática clínica, tais como problemas de infraestrutura e demanda de trabalho. Neste contexto, a equipe multiprofissional precisa estar engajada para mobilizar de maneira segura, evitando possíveis eventos adversos, e ciente dos benefícios e dos melhores resultados para o paciente.

Do mesmo modo, a fim de acrescentar qualidade assistencial, os cuidados direcionados para manejo da dor, agitação e delirium⁽¹⁸⁾ em sua maioria foram recomendados para compor o protocolo. A avaliação da dor a partir da escala *Critical Care Pain Observation Tool* foi aplicada em um estudo com 106 enfermeiros intensivistas. Os resultados demonstraram que, após uma intervenção educativa, os profissionais mostraram-se mais favoráveis ao uso da escala (22,6% vs 53,8%, $P<0,001$), além de desenvolver manejos analgésicos mais adequados⁽¹⁹⁾. Assim, enfatiza-se a necessidade de avaliar e tratar adequadamente a dor para que a mesma não potencialize quadros de agitação e, possivelmente, delirium.

O tratamento medicamentoso com haloperidol apresentou divergências no presente estudo, assim como na literatura científica. Os estudos desenvolvidos até o momento não possuem evidências que justifiquem a utilização rotineira de antipsicóticos para manejo de delirium^(9,20). Todavia, vale

ressaltar que, em uma situação de agitação aguda do paciente, talvez haja espaço para a utilização desta medicação. O uso de haloperidol foi reforçado pelos médicos que participaram deste estudo, uma vez que consideraram esse cuidado relevante. Isto também foi demonstrado em um inquérito multiprofissional com médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, no qual o haloperidol foi o fármaco mais frequentemente escolhido (65,5%) para controle de delirium⁽⁷⁾. Na busca de corroborar a recomendação do manejo farmacológico com haloperidol no paciente crítico em delirium, os resultados de uma revisão sistemática se apresentaram conflitantes em relação ao uso de antipsicótico. Os autores afirmam que, mesmo sem evidência forte, o haloperidol permanece como droga de escolha para tratamento de delirium⁽²⁰⁾.

Os cuidados para promoção do sono, como a disponibilização de protetor auricular e máscaras para os olhos, demonstraram algumas divergências nas avaliações das categorias profissionais. Isto pode estar relacionado às diferentes realidades encontradas nas UTIs brasileiras, às mais diversas dificuldades enfrentadas na prática clínica ou, ainda, estar refletindo a resistência à incorporação de novos cuidados e tecnologias. Contudo, estes cuidados apresentaram consenso, sendo assim considerados relevantes no protocolo multiprofissional, uma vez que a interrupção do sono é um fator de risco para o desenvolvimento de delirium⁽¹⁸⁾.

Em relação às intervenções referentes à orientação cognitiva, todas obtiveram consenso, não havendo dúvidas quanto à sua indicação. Já que possuem fácil execução e não exigem grande envolvimento financeiro e de estrutura, tais cuidados necessitam somente de equipe capacitada e empenhada no desenvolvimento das atividades. A maioria dos cuidados de reorientação já é realizada no ambiente de Terapia Intensiva pelos profissionais de saúde de maneira aleatória.

Finalmente, sabe-se que a presença da família na UTI, promovendo uma visita ampliada, pode diminuir a ocorrência de delirium e o tempo de permanência dos pacientes^(3,11), melhorando os desfechos clínicos. Da mesma forma, os cuidados relacionados à presença dos familiares foram recomendados neste estudo, pois os profissionais de saúde entendem a relevância da família em uma assistência qualificada e humanizada.

Associada às melhores evidências, é necessária a tomada de decisão em conjunto com todos os profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional e atuam junto ao paciente crítico em delirium, desenvolvendo suas atribuições com clareza e precisão. Isto pode ser garantido por *rounds* multiprofissionais ou em conversa à beira do leito, elencando as atividades que serão desenvolvidas e estabelecendo metas de cuidados. Neste momento, o enfermeiro tem o papel fundamental de gerir as diferentes práticas e organizá-las em um cuidado sistematizado.

O tratamento de delirium ainda não está completamente esclarecido, seja pela fisiopatologia complexa desta disfunção neurológica, seja pelos resultados conflitantes de alguns estudos. Todavia, o protocolo desenvolvido e validado neste estudo pode auxiliar na assistência frente ao delirium na UTI, já que os cuidados foram selecionados a partir de evidências científicas, validados e recomendados por profissionais com expertise em cuidado crítico, podendo favorecer a resolução de delirium e, ainda, contribuir para a melhora de outros desfechos clínicos.

■ CONCLUSÃO

Este estudo validou um protocolo multiprofissional de cuidados para pacientes críticos com delirium, sendo que apenas quatro cuidados não foram recomendados. Tendo em vista que delirium é uma disfunção multifatorial, os cuidados são abrangentes, englobando aspectos fisiológicos; aspectos farmacológicos, a partir do manejo da dor, agitação e delirium, como o uso de haloperidol; e aspectos psicológicos, com cuidados de reorientação cognitiva, promoção do sono e participação da família, entre outros.

Uma limitação deste estudo foi a composição da amostra, visto que não foram selecionados avaliadores de todas as regiões do país. Entretanto, os participantes preenchem os critérios condizentes com expertise clínica na temática avaliada.

Destaca-se a importância deste estudo, visto a necessidade iminente de prevenir e tratar os pacientes que desenvolvem delirium na UTI, agregando inúmeras complicações e piorando desfechos clínicos. Vale ressaltar, também, a incorporação de linguagens padronizadas (NANDA-I e NIC) em um estudo com foco na prática clínica e cuidado multiprofissional, assim atendendo às demandas complexas desses pacientes. Porém, ainda são necessárias mais pesquisas relacionadas ao tratamento e à prevenção do delirium.

■ REFERÊNCIAS

- Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001;29(7):1370-9. doi: <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>
- Wan RYY, McKenzie CA, Taylor D, Camporota L, Ostermann M. Acute kidney injury as a risk factor of hyperactive delirium: a case control study. *J Crit Care*. 2020;55:194-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrr.2019.10.013>
- Rosa RG, Falavigna M, Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the Intensive Care Unit: the ICU visits randomized trial. *JAMA*. 2019;322(3):216-28. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>
- Ritter SRF, Cardoso AF, LINS MMP, Zoccoli TLV, Freitas MPD, Camargos EF. Underdiagnosis of delirium in the elderly in acute care hospital settings: lessons not learned. *Psychogeriatrics*. 2018;18(4):268-75. doi: <https://doi.org/10.1111/psyg.12324>
- Oliveira DS, Fernandes FM, Silveira MGM, Ventura MM. Factors related to delirium and mortality in older adults with femur fracture on an orthopedic unit. *Geriatr Gerontol Aging*. 2019;13(2):75-9. doi: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520191900020>
- Gusmão-Flores DG, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MASD, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*. 2011;66(11):1917-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011001100011>
- Tanaka LMS, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Barreto BB, Zantieff R, Tobar E, et al. Delirium in intensive care unit patients under noninvasive ventilation: a multinational survey. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(4):360-8. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150061>
- Herdman HT, Kamitsuru S, editors. *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020*. 11th ed. New York: Thieme; 2018.
- van den Boogaard M, Slooter AJC, Brüggemann RJM, Schoonhoven L, Beishuizen A, Vermeijden JW, et al. Effect of haloperidol on survival among critically ill adults with a high risk of delirium: the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;319(7):680-90. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.0160>
- Bounds RN, Kram S, Speroni KG, Brice K, Luschinski MA, Harte S, et al. Effect of ABCDE bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients. *Am J Crit Care*. 2016;25(6):535-44. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2016209>
- Rosa RG, Tonietto TF, Silva DB, Gutierrez FA, Ascoli AM, Madeira LC, et al. Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. *Crit Care Med*. 2017;45(10):1660-7. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002588>
- Santos EC, Oliveira ICM, Feijão AR. Validation of a nursing care protocol for patients undergoing palliative care. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(4):363-73. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600051>
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Machado RC, Gironés P, Souza AR, Moreira RSL, Jakitsch CBV, Branco JNR. Nursing care protocol for patients with a ventricular assist device. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):353-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0363>
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Louzon P, Jennings H, Ali M, Kraisinger M. Impact of pharmacist management of pain, agitation, and delirium in the intensive care unit through participation in multidisciplinary bundle rounds. *Am J Health Syst Pharm*. 2017;74(4):253-62. doi: <https://doi.org/10.2146/ajhp150942>
- Schaller SJ, Antey M, Blobner M, Edrich T, Grabitz SD, Gradwohl-Matis I, et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;388(10052):1377-88. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31637-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31637-3)
- 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;70(1):53-8. doi: <https://doi.org/10.1093/ajhp/70.1.53>

19. Asadi-Noghabi AA, Gholizadeh M, Zolfaghari M, Mehran A, Sohrabi M. Nurses use of critical care pain observational tool in patients with low consciousness. *Oman Med J.* 2015;30(4):276-82. doi: <https://doi.org/10.5001/omj.2015.55>
20. Barbateskovic M, Larsen LK, Oxenbøll-Collet M, Jakobsen JC, Perner A, Wetterslev J. Pharmacological interventions for delirium in intensive care patients: a protocol for an overview of reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):211. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0391-5>

■ ANEXO

Cuidados do Protocolo Multiprofissional para Paciente em Delirium na UTI

Diagnóstico, manejo da dor, pausa de sedação e medicamentos

Despertar o paciente diariamente (Pausa de sedação: 6h30min ou 7h30min).

Despertar e realizar teste de ventilação.

Monitorar o delirium com o CAM-ICU.

Realizar mobilização precoce.

Avaliar a dor com escalas validadas.

Administrar analgésicos não opióides.

Assegurar analgesia antes de intervenções.

Limitar o uso de medicamentos associados ao delirium.

Escolher sedações que não são fator de risco para delirium.

Administrar haloperidol.

Orientação Cognitiva

Estimular a equipe à prática de orientações verbais/escritas, sempre que possível.

Chamar o paciente pelo nome quando iniciar uma interação.

Estimular o paciente com perguntas predeterminadas, estabelecidas em protocolo.

Informar as características da unidade, horário de visitas, alimentação e procedimentos.

Explicar qualquer ruído produzido por bombas de infusão, alarmes e/ou ventilador.

Fornecer informações ao paciente sobre o seu estado de saúde, prognóstico e tratamentos.

Oferecer meios de ouvir música e televisão. No horário das 6 às 20 horas.

Fornecer óculos e aparelho auditivo de uso pessoal, logo que possível.

Promoção do Sono

Avaliar os pacientes para manutenção do sono (Período de sono: 00:00 às 4h ou 22:00 às 4h).

Evitar que o paciente durma durante o dia.

Agrupar cuidados para sono ininterrupto. Durante a noite: banho até 22h.

Evitar administrar medicamentos à noite - reaprazar. Não interromper o sono.

Registrar os sinais vitais pelo monitor central durante o sono.
Fornecer tampões de ouvidos e/ou máscara para os olhos para o sono.
Individualizar os limites de alarmes.
Verificar a preferência do paciente ao ambiente para dormir.
Informar os benefícios do ciclo sono-vigília.
Avaliar risco de UP e avaliar permanência sem mudança de decúbito no sono.
Interromper o período de sono se alterações clínicas/instabilidades do paciente.
Ambiente e Participação da Família
Orientar com o uso de relógios e calendários.
Permitir que os familiares tragam itens: revistas, livros, etc.
Reduzir luz à noite.
Orientar profissionais - evitar falar em torno do leito.
Controlar os ruídos à noite.
Flexibilizar o acesso da família.
Promover planejamento dos cuidados, facilitando o acesso da família.
Realizar rondas no horário de visitas para oferecer educação sobre delirium.
Incentivar a interação da família com o paciente.
Desenvolver folhetos educativos.
Retirar dispositivos precocemente.
Realizar contenção mecânica desenvolvendo "luva de box".
Manter elevadas as grades do leito.
Fornecer ao paciente meio de chamar os profissionais, p.ex., campainha ou luz.
Identificar o leito do paciente que estiver em delirium, a fim de manter os cuidados do protocolo.

■ **Autor correspondente:**

Thieli Lemos de Souza
E-mail: thielils@gmail.com

Recebido: 08.05.2019
Aprovado: 18.12.2019

Editor associado:

Wiliam Wegner

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti