



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

FABRICIANA PEREIRA DAS CHAGAS

**INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DELIRIUM:
Uma revisão integrativa**

Brasília - DF

2018

FABRICIANA PEREIRA DAS CHAGAS

**INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DELIRIUM:
Uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Prof^a Dtn^a Leticia Meda
Vendrusculo Fangel

Brasília – DF

2018

FABRICIANA PEREIRA DAS CHAGAS

**INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DELIRIUM:**

Uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dtdª Letícia Meda Vendrusculo Fangel

Orientadora

Profª Karoline Lazzarotto de Souza

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília, 26 de Junho de 2018.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, que com toda paciência, me apoiou. Toleraram meus erros e me encorajaram. Em especial à minha irmã, Fabiana, que tanto me incentivou no caminho da Terapia Ocupacional. Diante dos momentos mais difíceis, nunca me deixaram desistir do sonho da Universidade de Brasília.

A todos meus colegas de turma que de alguma forma contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e me deram apoio para seguir. Em especial, a Ana Beatriz, que com muito carinho acolheu as minhas angústias nessa jornada. Minha gratidão a vocês que estiveram mais perto e diante das incertezas, foram como luz para os meus dias: Amanda Cabral, Carla, Graciene, Marjorie, Tainara e Thamires.

Agradeço aos idosos do projeto TO Clicando, que tanto me ensinaram e foram minha inspiração para continuar. Às idosas do Lar dos Velhinhos, que me ensinaram a essência do que é ser terapeuta ocupacional. E a todos aqueles que fizeram parte das minhas práticas, me dando a oportunidade de crescer.

Aos meus professores que plantaram essa semente, todas as vezes que expressaram seu amor pela terapia ocupacional, semeavam em mim o desejo de ir mais longe. À Kátia Menezes, pela oportunidade e rica experiência no projeto TO Clicando. À Flávia Mazzitelli, por ter me apresentado à terapia ocupacional e assim, optei por ficar. À Grasielle Tavares, me faltam as palavras que possam expressar tal pessoa, seria algo como “a mais pura expressão do Amor”. À Carolina Becker, que me confortou com toda doçura e sabedoria, diante das dificuldades existenciais.

E por fim, e mais especial, minha gratidão a minha orientadora, Letícia Fangel. Por todas suas aulas cheias de paixão, por ter me acolhido no momento em que eu mais precisava, por toda sua grandeza como pessoa e como profissional, por sua doce tolerância diante da minha indisciplina, por ser minha inspiração. Enfim, agradeço por me conduzir tão sabiamente nesta jornada.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” (Carl Jung)

RESUMO

Introdução: Delirium é uma alteração cognitiva definida por início repentino, que ocorrem alterações da consciência, memória, pensamento, percepção e comportamento provocados por descompensação metabólica ou distúrbios infecciosos. O delirium tem alta incidência em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo associada a maior permanência no hospital e altas taxas de mortalidade. Dessa forma, faz-se necessário investigar possíveis estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional (TO) nesses casos. **Objetivo:** Buscar intervenções da Terapia Ocupacional utilizadas em pacientes hospitalizados com delirium. **Metodologia:** Estudo de revisão integrativa da literatura. Foi realizada busca nas seguintes bases de dados: PUBMED, BVS, SCIELO e SCORPUS, com os descritores “delirium” e “occupational therapy”, com uso do operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram artigos publicados em Inglês, Português e Espanhol nos últimos dez anos. Foram excluídos artigos a qual a temática não se enquadrava no assunto principal e aqueles que tratavam de intervenções exclusivas de outros profissionais. **Resultados e Discussão:** A busca obteve como resultado um total de 166 artigos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para análise 15 artigos. As intervenções mais utilizadas foram mobilização precoce, posicionamento e treino de atividades básicas de vida diária (ABVD), estas práticas foram consideradas eficazes, com redução no tempo e intensidade do delirium. **Conclusão:** Existem evidências da eficácia das intervenções da TO, contudo entende-se que existe a necessidade de mais estudos na área.

Palavras chave: Delirium. Terapia Ocupacional. Intervenções não farmacológicas.

ABSTRACT

Introduction: Delirium is a cognitive change defined by sudden onset, which occurs changes in consciousness, memory, thinking, perception and behavior caused by metabolic decompensation or infectious disorders. Delirium has a high incidence in patients of Intensive Care Unit (ICU), being associated with a longer stay in the hospital and high mortality rates. Thus, it is necessary to investigate possible intervention strategies of Occupational Therapy (OT) in these cases. **Objective:** To search Occupational Therapy interventions used in hospitalized patients with delirium. **Methodology:** An integrative review of the literature. We searched the following databases: PUBMED, BVS, SCIELO and SCORPUS, with the descriptors "delirium" and "Occupational therapy", using the Boolean operator "AND". The inclusion criteria were articles published in English, Portuguese and Spanish in the last ten years. Articles that did not fit the main topic and those dealing with interventions exclusive to other professionals were excluded. **Results and Discussion:** The search resulted in a total of 166 articles, after applying the inclusion and exclusion criteria, 15 articles were selected for analysis. The most used interventions were early mobilization, positioning and training of basic activities of daily living (BADLs), these practices were considered effective, with reduction in the time and intensity of delirium. **Conclusion:** There is evidence of the effectiveness of OT interventions, however it is understood that there is a need for further studies in the area.

Keywords: Delirium. Occupational therapy. Non-pharmacological interventions.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Resultados

Quadro 02: Artigos selecionados

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 11 |
| 3. OBJETIVOS | 11 |
| 3.1. Objetivo Geral: | 12 |
| 3.2. Objetivos Específicos: | 12 |
| 4. METODOLOGIA | 12 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 14 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 23 |

REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

Delirium é uma alteração cognitiva definida por início repentino, que ocorrem alterações da consciência, memória, pensamento, percepção e comportamento (LÔBO et al., 2010). Complementando esse conceito Papaléo Netto (2002, p.305) define como: “confusão mental aguda provocada por descompensação metabólica ou distúrbios infecciosos, que cursam com alteração do nível de consciência”.

O termo delirium deriva do latim “delirare”, que significa, literalmente, “estar fora do lugar”. No entanto, seu significado figurado é “estar insano, confuso, fora de si”. O delirium foi umas das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica, há mais de 2.500 anos por Hipócrates (460-366 a.C.), onde já se descrevia uma síndrome com tais características, a qual dava-se o nome de “frenite” (WACKER;NUNES; FORLENZA, 2005).

Quanto à epidemiologia, a maioria dos estudos mostram dados com pacientes hospitalizados:

No momento da admissão os dados mostram prevalência de delirium de 14 a 24%, enquanto a incidência de casos durante a internação varia de 6 a 56%. As taxas de delirium pós-operatório vão de 15 a 53% e após trauma variam de 10 a 52%. Pacientes internados em unidade de terapia intensiva desenvolvem a condição em 70 a 87% dos casos. Já as taxas de mortalidade em pacientes internados com delirium variam de 22 a 76%. (LÔBO et al., 2010, p.250).

As estatísticas têm demonstrado fatores que predispõem ao delirium, como preexistência de demência e idade avançada. Uma possível explicação para maior recorrência em idosos seria as mudanças que ocorrem no cérebro com o envelhecimento, como declínio do fluxo sanguíneo e perda neuronal. Assim, com a ocorrência de distúrbios fisiológicos o cérebro do idoso teria mais dificuldade de retomar o equilíbrio (SANTOS, 2005).

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o delirium é uma condição importante, devido sua elevada prevalência, e por está associado a piores desfechos para pacientes críticos, como aumento da duração da ventilação mecânica, maior permanência no hospital e altas taxas de mortalidade, além de sequelas neurocognitivas em longo prazo, com piora na qualidade de vida (PITROWSKY et al.,2010).

De acordo com Lôbo et al. (2010), o mecanismo fisiopatológico exato causador de delirium permanece indefinido.

Trata-se, provavelmente, da via final de diferentes mecanismos patogênicos, culminando na redução global do metabolismo oxidativo cerebral e falência da transmissão colinérgica. Estudos eletroencefalográficos demonstram redução de atividade cortical cerebral, não relacionada à doença de base. A principal hipótese para o desenvolvimento de delirium permanece focada no papel dos neurotransmissores, inflamação e estresse crônico. (LÔBO et al., 2010, p.250).

Critérios diagnósticos para delirium, segundo DSM-5 (2014, p.596):

- a) Perturbação da atenção (capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
- b) A perturbação se desenvolve em um período breve de tempo (normalmente de horas a poucos dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.
- c) Perturbação adicional na cognição (p. ex., déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).
- d) As perturbações dos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.
- e) Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

O delirium pode ser do tipo hipoativo, no qual o paciente encontra-se calmo e quieto, nesse caso não se costuma fazer uso de tratamento medicamentoso específico. Enquanto no delirium hiperativo, o paciente apresenta agitação e coloca em risco a própria saúde. Nesses casos, recomenda-se fazer uso de medicação. Quanto à prevenção há evidências demonstrando que se pode reduzir a incidência global de delirium abordando preventivamente fatores de risco como deficiências (cognitiva, visual e

auditiva); privação do sono; imobilidade e desidratação. Essas intervenções podem reduzir a incidência de delirium em até 40% (MEIRA, 2006).

Tendo em vista estas possibilidades de intervenção, a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) apresenta os conceitos que fundamentam e constroem uma compreensão sobre os princípios básicos da profissão (AOTA, 2015).

A Terapia Ocupacional é definida como o uso terapêutico de atividades diárias (ocupações) em indivíduos ou grupos com o propósito de melhorar ou possibilitar a participação em papéis, hábitos e rotinas em diversos ambientes como casa, escola, local de trabalho, comunidade e outros lugares. (AOTA, 2015, p.1)

No contexto hospitalar, existem diversas ações que podem ser efetuadas pelo terapeuta ocupacional, algumas delas são: intervenções no cotidiano hospitalar para promover a qualidade de vida; ajudar a família no processo terapêutico; preparação para alta; mobilização no leito; atividades de vida diária e estimular criatividade e lazer (DE CARLO; LUZO, 2004).

Dessa forma, diante de diversas possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional, é possível realizar intervenções dentro do contexto hospitalar. Assim, cabe investigar formas de atuação junto ao paciente com delirium que tragam benefícios a estes sujeitos.

2 JUSTIFICATIVA

O seguinte tema surgiu como interesse, a partir de temáticas estudadas durante a graduação, percebendo-se assim a necessidade de um olhar diferenciado para questão do delirium por se tratar de uma questão fisiológica, que merece devida atenção tendo em vista o alto número de pacientes afetados por essas alterações. Dessa forma, faz-se necessário que o terapeuta ocupacional tenha conhecimento deste quadro e das possíveis intervenções com este paciente, tendo por base evidências científicas.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

Verificar as intervenções da Terapia Ocupacional utilizadas em pacientes hospitalizados com delirium.

3.2. Objetivos Específicos:

- Mapear os estudos e resultados das intervenções da Terapia Ocupacional, incluindo-se intervenções preventivas, curativas e adaptativas.
- Avaliar as evidências das práticas utilizadas nas intervenções em pacientes com delirium.
- Identificar os recursos terapêuticos utilizados pela Terapia Ocupacional nas intervenções com o paciente com delirium.
- Identificar os resultados dos atendimentos de Terapia Ocupacional nesse contexto.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada com o método da revisão integrativa, que “trata-se de uma abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado”. (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010, p.103).

A pesquisa terá uma abordagem qualitativa, de acordo com o descrito por Creswell:

O processo de pesquisa envolve as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados indutivamente construída a partir das particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados. (CRESWELL, 2010, p.26).

Uma revisão integrativa é realizada em seis fases, de acordo com Sousa, Silva e Carvalho (2010), sendo elas:

1ª Fase - elaboração da pergunta norteadora: A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determinam quais serão os estudos incluídos,

2ª Fase - busca ou amostragem na literatura: a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, tendo-se claro os critérios de inclusão e exclusão para se garantir a representatividade da amostra.

3ª Fase - coleta de dados: a coleta deve ser realizada com uso de instrumento adequado, para assegurar que sejam extraídos dados relevantes.

4ª Fase - análise crítica dos estudos incluídos: esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo.

5ª Fase - discussão dos resultados: comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico.

6ª Fase - apresentação da revisão integrativa: deve conter informações claras e detalhadas, de forma que o leitor possa avaliar criticamente os resultados.

Com base nisso, a pergunta norteadora do presente trabalho foi: Quais as intervenções utilizadas pela TO no atendimento do paciente com delirium?

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e SCOPUS. No período de 02 de Abril a 07 de Maio de 2018 com os seguintes descritores em língua inglesa: “delirium”, e “occupational therapy”, fazendo uso do operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis on-line na íntegra, publicados em Português, Inglês ou Espanhol nos últimos dez anos. Foram excluídos os artigos a qual a temática não se enquadrava no assunto principal e aqueles que tratavam de intervenções exclusivas de outros profissionais.

Após a busca foi realizada leitura de títulos e resumos a fim de selecionar os artigos que atendiam aos critérios de inclusão. Posteriormente foi realizada leitura completa dos textos sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios.

A análise dos dados foi organizada fazendo uso de uma matriz de síntese, que é uma forma de organizar os artigos para que possam ser analisados separadamente, tanto em nível de metodologia, quanto de resultados. A matriz permite uma visão geral dos dados, possibilitando que sejam interpretados corretamente (CUNHA, 2014).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca realizada na PUBMED, foram encontrados 24 resultados, sendo que destes 2 foram excluídos por terem mais de 10 anos. Dos 22 restantes, 11 foram excluídos por não se encaixarem na temática principal da pesquisa, sendo selecionados 09 artigos que atendiam aos critérios de inclusão.

Na BVS foram encontrados 42 resultados, destes 17 foram excluídos por terem mais de 10 anos, dos 25 restantes 19 foram repetidos do PUBMED, sendo pré-selecionados 06 artigos para leitura. Finalmente somente um atendia aos critérios de inclusão.

Em busca realizada na SCIELO foi encontrado apenas 1 artigo, sendo que este já fora encontrado na PUBMED.

A base SCOPUS, retornou 99 resultados, em pesquisa realizada dia 07 de maio de 2018. Numa primeira seleção considerando título e resumo, 35 artigos foram excluídos por terem mais de 10 anos, 14 artigos já haviam sido encontrados em outras bases e 26 artigos não tratavam da temática principal da pesquisa. Restando 24 artigos que foram pré-selecionados, após leitura apenas 5 foram escolhidos por atenderem a todos os critérios de inclusão.

O resultado dos artigos encontrados foi resumido no quadro abaixo:

Quadro 1- Resultados

| Base | Número de artigos encontrados | Número de artigos excluídos | Total de artigos |
|--------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|
| PUBMED | 24 | 15 | 9 |
| BVS | 42 | 41 | 1 |
| SCIELO | 1 | 1 | 0 |
| SCOPUS | 99 | 94 | 5 |
| Total | 166 | 151 | 15 |

Após leitura e análise de artigos foram selecionados para o estudo 15 artigos, dos quais os dados são apresentados no quadro abaixo:

Quadro 2- Artigos selecionados

| Autor, ano | Título | Objetivos | Método | Intervenções | Resultados |
|---------------------------------|--|---|----------------------------|---|--|
| Álvarez et al. (2017) | Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial | Determinar o impacto da intervenção da terapia ocupacional, na duração, incidência e gravidade de delirium em pacientes idosos, na UTI. | Ensaio clínico randomizado | Estimulação multissensorial e cognitiva; posicionamento; treinamento de ABVD; estimulação motora da extremidade superior e participação familiar. | A TO se mostrou eficaz na diminuição da duração e incidência de delirium e também houve melhora da funcionalidade na alta. |
| Rains e Chee (2017) | The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care. | Desenvolver um mnemônico, que poderá facilitar o trabalho colaborativo em pacientes com delirium. | Revisão. | Higiene do sono e estimulação cognitiva. | As evidências sugerem que um trabalho multidisciplinar trás benefícios, contudo quanto ao papel da TO, as evidências ainda são incertas. |
| Tobar, Álvarez e Garrido (2017) | Estimulação Cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de delirium. | Avaliar os estudos que discutem o papel da TO na prevenção do delirium em | Revisão. | Estimulação multissensorial, motora e cognitiva; posicionamento; treinamento de ABVD | As pesquisas reconhecem o papel da TO, contudo são necessários estudos adicionais. |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|-----------------------------|---|---|
| | | pacientes críticos. | | e envolvimento da família. | |
| Brumme l et al. (2013) | Feasibility and safety of early combined cognitive and physical therapy for critically ill medical and surgical patients: the Activity and Cognitive Therapy in ICU (ACT-ICU) trial | Avaliar a viabilidade e segurança da administração combinada de terapia física e ocupacional precoce em pacientes críticos. | Ensaio clínico randomizado | Terapia física e cognitiva | A reabilitação precoce física e cognitiva é viável, contudo os resultados foram inconclusivos. |
| Lorenzo, Aldecoa e Rico (2013) | Delirium in the critically ill patient | Definição, diagnóstico e tratamento do delirium em pacientes críticos. | Revisão. | Modificações no ambiente, e na rotina; higiene do sono; mobilidade e uso de música. | A prevenção de fatores de risco reduz a duração do delirium. |
| Álvarez et al. (2012) | Terapia ocupacional precoce e intensiva en la prevención del delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico. Ensayo clínico randomizado: Resultados preliminares. | Comparar a eficácia da prevenção não farmacológica padrão versus prevenção não farmacológica adicionada de TO, na incidência de delirium em idosos em UTI. | Ensaio clínico randomizado. | Estimulação multissensorial e cognitiva; posicionamento; treinamento de ABVD; estimulação motora da extremidade superior e participação familiar. | A TO precoce e intensiva se mostrou eficaz na prevenção de delirium em idosos, com menos dias de hospitalização e mais independência funcional na alta. |
| Cavallazzi, Saad e Marik | Delirium in the ICU: an overview. | Trazer uma visão geral do delirium na UTI, incluindo | Revisão. | Modificação de fatores ambientais (luz, ruído, temperatura) e | TO e fisioterapia reduzem a duração do delirium. Essas práticas devem ser encorajadas |

| | | | | | |
|---------------------------|--|--|---------------------|---|---|
| (2012) | | terapia não farmacológica. | | qualidade do sono. | |
| Hughes et al. (2012) | Future directions of delirium research and management | Revisar estudos sobre delirium e traçar a necessidade de novas pesquisas. | Revisão. | Reabilitação cognitiva e física. | Essas intervenções amenizam e diminuem o tempo do delirium, no entanto há poucas evidências necessitando novos estudos. |
| Pawlik (2012) | Early mobilization in the management of critical illness. | Revisar pesquisas atuais abordando a mobilização precoce em pacientes críticos. | Revisão | Ajudar o paciente a sentar-se, ficar em pé, movimentar-se e treino de ABVD. | Pacientes que receberam TO e fisioterapia tiveram menos dias com delirium. |
| Girard (2012) | Brain dysfunction in patients with chronic critical illness | Examinar os conhecimentos existentes em relação à disfunção cerebral em longo prazo em pacientes críticos. | Revisão. | Orientações de sono visão e audição. Mobilidade precoce e reabilitação cognitiva. | TO e fisioterapia precoce reduziu a duração do delirium e foi eficaz na prevenção, contudo são necessários mais estudos randomizados. |
| Schweickert et al. (2011) | Implementing Early Mobilization Interventions in Mechanically Ventilated Patients in the ICU | Mostrar que a mobilização precoce, pode trazer benefícios físicos e mentais. | Revisão. | Mobilização precoce | Mobilização precoce se mostrou viável e segura, trazendo vários benefícios, dentre ele a redução do delirium. |
| Needham et al. (2010) | Early physical medicine and rehabilitation for patients with acute respiratory failure: a | Reduzir a sedação profunda e o delirium para permitir a mobilização e | Estudo prospectivo. | Mobilização; transferência e deambulação. | Delirium e mobilidade funcional foram marcadamente melhoradas. |

| | | | | | |
|---------------------------|---|--|-----------------------------|--|---|
| | quality improvement project. | aumentar a frequência de atendimento terapêutico. | | | |
| Pohlman (2010) | Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation. | Descrever um protocolo de interrupção diária de sedação e o início de fisioterapia e TO. | Estudo descritivo. | Treinamento de ABVD, e deambulação. | A TO é viável desde o início da ventilação mecânica, pacientes ficaram mais alerta e com menos delirium. |
| Jakob, (2009) | Physical and occupational therapy during sedation stops. | Revisar os efeitos da TO e fisioterapia durante as paradas de sedação. | Revisão. | Deambulação, treinamento muscular, respiratório e de membros inferiores. | Se a mobilidade reduz o delirium, ou se há falhas nas avaliações ainda é inconclusivo, havendo necessidade de mais estudos. |
| Schweickert et al. (2009) | Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. | Avaliar a eficácia de combinar a interrupção diária da sedação com TO e Fisioterapia nos desfechos funcionais do paciente crítico. | Ensaio clínico randomizado. | Exercícios passivos; transferências; marcha e treinamento de ABVD. | Pacientes do grupo intervenção tiveram menor duração do delirium e maior habilidade funcional na alta. |

Foram selecionados 15 artigos as quais atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, dessa forma traziam a TO e o delirium dentro da temática, sendo como foco do estudo ou como informação secundária.

Quanto ao tipo de estudo apenas 4 se tratam de ensaio clínico randomizado, que é um tipo de estudo com alto grau de evidência, sendo também o mais adequado para avaliar intervenções (OLIVEIRA, 2010, p.30). Foi encontrado também um estudo descritivo, com evidência nível 4 e um estudo de delineamento prospectivo. Sendo que os outros 9 estudos restantes são de revisão de literatura, um estudo que proporciona uma síntese do conhecimento e a verificação da aplicabilidade na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Nesse sentido, percebeu-se uma limitação nos resultados, devido ao número reduzido de estudos experimentais.

Os estudos realizaram pesquisas com pacientes críticos em UTI, devido ao delirium ser um diagnóstico com alta incidência nesses espaços, tendo efeitos prejudiciais que incluem disfunção cognitiva e aumento da mortalidade (JACKSON; KHAN, 2015). Os estudo de Needham et al. (2010) e Schweickert, et al. (2009,2010) tratam de pacientes com ventilação mecânica, nesses casos também foi avaliado a viabilidade de realização de intervenções com estes pacientes, tendo em vista as limitações geradas pelo uso do aparelho. As pesquisas de Alvarez et al. (2012, 2017) foram realizadas especificamente com pacientes idosos. O delirium é uma síndrome geriátrica relevante, sendo uma das complicações mais frequentes nesta população, o grupo de pacientes com maior fator de risco são idosos com comprometimento cognitivo prévio, com adição de patologia médica (ALVAREZ et al., 2012)

A maioria dos estudos tratou de intervenções com uma equipe multiprofissional, por vezes, foram realizadas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em conjunto. Apenas três estudos tratam exclusivamente da TO, sendo estes escritos pela mesma equipe de pesquisadores, o que mostra que a TO ainda possui limitações em relação a publicações científicas. A falta de estudos específicos na área, também trouxe limitações à pesquisa, tendo em vista, a baixa especificidade na descrição das intervenções realizadas, em sua maioria os estudos apenas citaram a possibilidade da intervenção. Outro ponto a ser considerado, é o fato das intervenções comuns a diversos profissionais, dificultando assim a análise da eficácia do trabalho realizado por terapeutas ocupacionais.

Dentre os artigos analisados foram encontradas as seguintes possibilidades de intervenções da TO: estimulação multissensorial, cognitiva e motora; mobilização precoce; posicionamento; treinamento de ABVD; higiene do sono; orientação; educação familiar e modificações ambientais. Com destaque para mobilização precoce que foi citada por praticamente todos os estudos, seguido de estimulação cognitiva e treinamento de ABVD. Em sua maioria os autores consideraram que essas intervenções foram eficazes, com redução do tempo e intensidade do delirium, se mostrando eficazes também na prevenção. Contudo, todas as pesquisas apontam a necessidade de novos estudos na área, para que se obtenham resultados mais concretos.

O estudo de Schweickert et al. (2009) relata o efeito de exercícios de mobilização durante os períodos de parada de sedação. Foram randomizados 104 pacientes com ventilação mecânica, sendo que o grupo de intervenção recebeu treinamento físico e TO. O delirium foi avaliado de forma secundária. Os exercícios foram realizados de forma graduada, todas as manhãs os pacientes eram submetidos às sessões. Com os pacientes que ainda não respondiam ativamente, eram realizados exercícios de amplitude passiva de movimentos, com 10 repetições em todos os membros. Uma vez alcançada a interação com o paciente, os exercícios passam a serem realizados com assistência manual, até que se alcance a independência no movimento ativo. O tratamento avança com mobilidade da cama, transferência para cadeira, participação em ABVD e por fim a marcha. A pesquisa obteve resultados positivos, a duração mediana do delirium foi significativamente reduzida de 4 dias no grupo controle, para 2 dias no grupo que recebeu as intervenções. Ainda foi avaliado que os pacientes obtiveram ganho de funcionalidade após a alta. Sendo que, a mobilização precoce se mostrou viável e segura para pacientes com ventilação mecânica em terapia intensiva. Estes resultados mostram que as intervenções realizadas têm evidência de eficácia.

O delirium e a função neuromuscular são indubitavelmente ligados, sem uma cognição intacta a atividade física é autolimitada, havendo pouca interação com a terapia, sendo que o delirium durante a hospitalização está associado ao subsequente risco de comprometimento cognitivo ou demência, esta pode ser a razão mais provável para alta mortalidade associada ao delirium em longo prazo (SCHWEICKERT et al., 2009). Esses dados reforçam a necessidade de intervenções tanto na prevenção quanto para redução do tempo com delirium.

Em artigo de revisão, também de Schweickert et al. (2011), foi realizada uma análise da implementação da mobilização precoce na UTI. O autor faz uma interessante reflexão sobre a importância da mudança de cultura dentro da UTI, a qual durante anos se reduzia apenas a sedação profunda do paciente, onde os objetivos de curto prazo em relação à sobrevivência, parecem ter permeado uma abordagem para o cuidar com pouca atenção dada ao cognitivo e função muscular em longo prazo, para aqueles que sobrevivem da doença aguda. Pawlik (2012) afirma que, o impacto da doença crítica não se limita a permanência do paciente na UTI, os prejuízos físicos e cognitivos podem persistir por mais de um ano após a alta hospitalar, tendo efeitos na qualidade de vida do sobrevivente. A literatura recente mostra que a mobilização precoce é viável e segura com benefícios em curto e longo prazo.

O estudo de Needhan et al. (2010), propõe um delineamento antes-depois avaliando pacientes com insuficiência respiratória aguda, por meio da implantação de um projeto de melhoria da qualidade, que dentre as mudanças se incluía intensificar a fisioterapia e TO. Em conjunto a equipe realizou exercícios de mobilização, transferência e deambulação. Obteve-se um maior número de dias sem delirium, além de melhoria na mobilidade funcional e diminuição dos dias de internação.

As pesquisas de Álvarez et al. (2012,2017) se destacam por vários motivos, primeiramente por tratar-se de ensaio clínico randomizado, também por a autora ser terapeuta ocupacional e ainda por ser tratar especificamente das intervenções da TO em pacientes com delirium. Desta autora, foram encontrados dois artigos, um que trata da prevenção outro do manejo, ambos de idosos em UTI. As intervenções utilizadas são semelhantes, sendo elas detalhadas a seguir, de acordo com Alvarez (2017):

- a) Estimulação multissensorial: estímulos ao paciente por meio de diferentes canais sensoriais, com objetivo de aumentar o nível de alerta.
- b) Posicionamento: uso de dispositivos e adaptações para prevenir edema e escaras sobre as áreas do corpo vulnerável. Foi realizado em todas as sessões (duas vezes por dia).
- c) Estimulação cognitiva: conjunto de exercícios com objetivo de ativar funções mentais, que incluem as seguintes áreas, entre outros: alerta, percepção visual, memória, cálculo, resolução de problemas e linguagem. Cada paciente recebeu um caderno de anotações com exercícios cognitivos e ferramentas como cartões

de sequenciamento e jogos (cartas, dominó, memória e jogos de construção visuoespacial). Esta tarefa foi executada em todas as sessões (duas vezes por dia).

- d) Atividades básicas de vida diária: Grupo de atividades que promovem a independência como higiene pessoal, arrumar-se e alimentar-se. Foi realizado em todas as sessões pela manhã.
- e) Estimulação motora das extremidades superiores: exercícios para manter membros superiores ativos e funcionais. Foi realizado em todas as sessões da tarde.
- f) Participação da família: Visitas diárias de familiares treinados.

Os pacientes receberam estas intervenções nas primeiras 24 horas de internação na UTI, duas vezes por dia, com sessões de 40 minutos cada, uma na manhã e outra à tarde, por 5 dias consecutivos. Os estudos de Alvarez et al. (2012,2017) mostraram que a TO precoce e intensiva é eficaz na diminuição, duração e incidência, assim como, na prevenção de delirium em idosos sem ventilação mecânica. Os pacientes também obtiveram um nível mais alto de independência funcional e um melhor desempenho cognitivo.

Brummel et al. (2013) avalia a viabilidade e segurança do uso de terapia cognitiva e fisioterapia em pacientes graves. Foi realizado um ensaio clínico randomizado, comparando três grupos: um somente com os cuidados habituais; um segundo com fisioterapia precoce uma vez por dia e o terceiro, com fisioterapia mais terapia cognitiva (orientação, memória, atenção e exercícios de resolução de problemas). Os resultados mostraram que a combinação de terapia física e cognitiva é viável, contudo não houve diferença entre os grupos controle e intervenção, tornando o estudo inconclusivo.

Para Rains e Chee (2017), os terapeutas ocupacionais desempenham um papel fundamental na avaliação e reabilitação cognitiva, particularmente na população com lesão cerebral e acidente vascular cerebral, no entanto, pouca pesquisa tem sido feita na UTI, tendo em vista que muitos pacientes sofrem de comprometimento cognitivo após doença grave, é essencial a incorporação de terapia cognitiva precoce, apontando assim a necessidade de estudos na área.

Intervenções não farmacológicas tem papel importante na prevenção e tratamento do delirium. O uso de algumas estratégias contribui para diminuir o impacto de delirium, são elas: redução do ruído; exposição à luz natural durante o dia; minimização da exposição à luz artificial à noite; otimização da temperatura e melhoria da comunicação (CAVALLAZZI; SAAD; MARIK, 2012).

As formas de intervenções variam entre físicas, cognitivas e também a combinação entre elas, nesse sentido Hugues et al. (2012) aponta que interação entre cérebro e corpo é complexa, é crescente o número de estudo indicando efeitos pró-cognitivos da atividade física, destacam-se assim a eficácia da reabilitação física para melhorar a capacidade cerebral.

É conveniente refletir a respeito da viabilidade de realizar as intervenções tendo em vista a composição da equipe e os custos. Alguns desafios são: a falta de profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) e os gastos com cada paciente. Ao avaliar a mobilização precoce, não houve diferença nos custos hospitalares por paciente, comparando os que receberam os cuidados habituais e os que receberam a intervenção (PAWLIK, 2012). Considerando ainda que alguns estudos mostram que as intervenções não farmacológicas diminuem o tempo de internação, poderia se apontar uma possível redução de gastos.

Considerando o delirium uma comorbidade comum em UTIs, é válido refletir como tem sido a atuação dos terapeutas ocupacionais nesses espaços, sendo que o contexto hospitalar é uma especialidade que foi regulamentada no ano de 2013, é questionável se na prática os profissionais já conquistaram esses espaços. Os estudos trouxeram inúmeros benefícios das intervenções realizadas nesse contexto, ganhos que vão muito além da melhora do delirium. Contudo, observa-se a baixa frequência de autores terapeutas ocupacionais, fato que põem em dúvida a existência de uma prática baseada em evidências. Estas são questões que podem servir de orientação para pesquisas futuras.

6 CONCLUSÃO

O delirium é um acometimento comum do paciente em estado crítico, que gera agravamento do estado do paciente em curto e longo prazo. As intervenções mais

frequentes foram mobilidade, estimulação cognitiva e treinamento de ABVD, sendo que as mesmas se mostraram eficazes, reduzindo intensidade e número de dias com delirium. Contudo, entende-se que existe a necessidade de mais estudos com foco na atuação do terapeuta ocupacional.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, E. et al. Terapia ocupacional precoce e intensiva en la prevención del delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico: ensayo clínico randomizado: resultados preliminares. **Rev Chil Ter Ocup.**, v.12, n.1, p.45-58, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-704357>>. Acesso em: 23 maio. 2018.

ÁLVAREZ, E. et al. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit. A pilot randomized clinical trial. **Journal of Critical Care**, v. 37, p.85–90, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>>. Acesso em: 07 maio. 2018.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, p. 1-49, apr. 2015. ISSN 2238-6149. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496/96423>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, DSM-5**. Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <<https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRUMMEL, N.E. et al. Feasibility and safety of early combined cognitive and physical therapy for critically ill medical and surgical patients: the Activity and Cognitive Therapy in ICU (ACT-ICU) trial. **Intensive Care Med.**, v.40, n.3, p.370-9, 2014. doi:10.1007/s00134-013-3136-0. Disponível em: <<http://sci-hub.tw/10.1007/s00134-013-3136-0>>. Acesso em: 07 maio. 2018.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/mailhena/creswell-john-w-projeto-de-pesquisa>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

CAVALLAZZI, R.; SAAD, M.; MARIK, P. Delirium in the ICU: an overview. **Ann Intensive Care**, v.49, n.2, p.1-11, Dec, 2012. doi: 10.1186/2110-5820-2-49. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539890/>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

CUNHA, P. P. da (Org.). **Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014. 58 p.

DE CARLO, M. M. R. P; LUZO, M.C..M, **Terapia Ocupacional Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004.

GIRARD, T. Brain dysfunction in patients with chronic critical illness. **Respir Care**, v.57, n.6, p.947-957, June. 2012. doi: 10.4187/respcare.01708. Disponível em: <<http://rc.rcjournal.com/content/57/6/947.short>>. Acesso em: 09 abr.2018.

HUGUES, C.G. et al. Future directions of delirium research and management. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v.26, n.3, p. 395–405, 2012. Disponível em:< <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2012.08.004>>. Acesso em: 07 maio.2018.

JACKSON P; KHAN A. Delirium in critically ill patients. **Crit Care Clin.**, v.31, n.3, p.589-603, Jul.2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26118922>>. Acesso em: 12 jun. 2018

JAKOB, M.; TAKALA, J. Physical and occupational therapy during sedation stops. **Lancet**.v.373, p.1824-1826, May. 2009. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60866-7. Disponível em:< [http://sci-hub.tw/10.1016/S0140-6736\(09\)60866-7](http://sci-hub.tw/10.1016/S0140-6736(09)60866-7)>.Acesso em 07 maio,.2018.

LÔBO, R. R. et al. Delirium. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 249-257, Sept. 2010. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/182>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

LORENZO, M.; ALDECOA, C.; RICO, J. Delirium in the critically ill patient. **Reids in Anaesthesia and Critical Care**, v. 3, n. 5, p. 257 – 264, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2013.05.005>. Disponível em:<[https://www.trendsanaesthesiacriticalcare.com/article/S2210-8440\(13\)00066-X/fulltext](https://www.trendsanaesthesiacriticalcare.com/article/S2210-8440(13)00066-X/fulltext)>. Acesso em 07 maio. 2018.

MEIRA, R. L.C. Delirium no paciente idoso. **Psiquiatria na prática médica-UNIFESP/EPM**, 2006. Disponível em:< http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu3_02.htm 17>. Acesso em: 07 nov. 2017.

NEEDHAM, D. et al. Early physical medicine and rehabilitation for patients with acute respiratory failure: a quality improvement project. **Arch Phys Med Rehabil.**, v.91, n.4, p.536-542, Apr, 2010. doi: 10.1016/j.apmr.2010.01.002. Disponível em:< <http://sci-hub.tw/10.1016/j.apmr.2010.01.002>>. Acesso em 09 abr. 2018.

OLIVEIRA, D. **Práticas clínicas baseadas em evidências: módulo pedagógico**. UNASUS/UNIFESP; 2010. Disponível em: <https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Pr_ticas_cl_nicas_baseadas_em_evid_ncias.pdf>. Acesso em 12 jun. 2018.

PAPALÉO NETTO, Matheus (Org). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.305.

PAWLIK, A. Early mobilization in the management of critical illness. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 24, n. 3, p. 481-490, Sept. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2012.05.003>>. Acesso em 07 maio. 2018.

PITROWSKY, M. et al. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 274-279, Sept. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2018.

POHLMAN, M. Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation . **Crit Care Med**, v.38, n. 11. p. 2089-2094, 2010. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f270c3. Disponível em: < <http://sci-hub.tw/10.1097/CCM.0b013e3181f270c3>>. Acesso em: 09 abr.2018.

RAINS, J.; CHEE N. The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care. **Journal of the Intensive Care Societ**, v.18, n.4, p.318-322, 2017. doi:10.1177/1751143717720589. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5661800/>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

SANTOS, F. S. Mecanismos fisiopatológicos do delirium. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 104-112, June 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300002&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300002>. Acesso em 06 nov.2017.

SCHWEICKERT, W.D. et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled Trial. **Lancet**, v. 373, p. 1874–82, May. 2009. doi:10.1016/S0140. Disponível em:< [http://sci-hub.tw/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](http://sci-hub.tw/10.1016/S0140-6736(09)60658-9)>. Acesso em: 09 abr.2018.

SCHWEICKERT, W.D.; KRESS, J.P. Implementing early mobilization interventions in mechanically ventilated patients in the ICU. **Chest**, v.140, n.6, p.1612-1617, Dec.2011. doi: 10.1378/chest.10-2829. Disponível em:< <http://sci-hub.tw/10.1378/chest.10-2829>>. Acesso em: 07 maio. 2018.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R.. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Eistein**, v. 8, n.1, p. 102-106, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102>. Acesso em: 10 out.2017.

TOBAR, E.; ALVAREZ, E.;GARRIDO, M. Estimulação Cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de delirium. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, V.29, n.2, p.248-252, 2017. doi:10.5935/0103-507X.20170034. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496760/>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

WACKER P.; NUNES, P.; FORLENZA, O. Delirium: uma perspectiva histórica. **Rev Psiq Clín**, v.32, n.3, p.97-103, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a01v32n3>>. Acesso em: 06 nov. 2017.