

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EWELINY ELLEN DUARTE MENEZES DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS COM *DELIRIUM*: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

MOSSORÓ

2020

EWELINY ELLEN DUARTE MENEZES DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS COM *DELIRIUM*: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^ª. Mestra Jamile Rodrigues Cosme de Holanda.

MOSSORÓ

2020

Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

O48a Oliveira, Eweliny Ellen Duarte Menezes de.
Assistência de enfermagem a crianças com Delirium: uma
revisão integrativa / Eweliny Ellen Duarte Menezes de
Oliveira. – Mossoró, 2020.
38 f. : il.

Orientadora: Profa. Ma. Jamile Rodrigues Cosme de
Holanda.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade
Nova Esperança de Mossoró.

1. Delirium. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Pediatria.
4. Cuidados de enfermagem. I. Holanda, Jamile Rodrigues
Cosme de. II. Título.

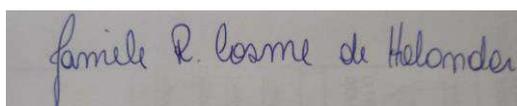
CDU 616.89-008.42-053.2

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS COM *DELIRIUM*: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Eweliny Ellen Duarte Menezes de Oliveira, para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, tendo o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovação em 30 / 11 / 2020

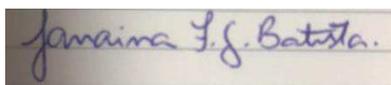
BANCA EXAMINADORA



Profª MSc. Jamile Rodrigues Cosme de Holanda - FACENE/RN
Orientadora



Profª. MSc. Maria das Graças Mariano Nunes Paiva – FACENE/RN
Examinador



Profª. Esp. Janaina Fernandes Gasques Batista – FACENE/RN
Examinador

MOSSORÓ/RN

2020

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, pela dádiva da vida e por guiar os meus passos, me dando força, ânimo e coragem para realizar o meu maior sonho.

A minha família que sempre esteve ao meu lado e que de forma direta e indireta me deu forças para enfrentar essa trajetória. Em especial quero agradecer a minha mãe Ewerly Duarte, ao meu pai Francisco Freire e ao meu tio Elison Duarte, pelo total esforço, amor e dedicação em tornar o meu sonho realidade. Sem vocês essa conquista não seria a mesma.

Ao meu namorado Luanderson Nonato que sempre esteve ao meu lado durante a construção desse sonho, me ajudando e incentivando nos momentos mais difíceis dessa jornada, sou grata por todo amor, carinho, dedicação, e por toda euforia a cada conquista minha.

Meus agradecimentos as minhas amigas, Fabiana Rebouças, Luana Souza, Laura Saldanha e Ozana Nunes que são companheiras da faculdade e irmãs de coração que fizeram parte da minha formação e que vão continuar sempre presentes em minha vida.

Sou grata as minhas amigas Sabrina Neves e Clara Mariane que mesmo não estudando comigo sempre estiveram ao meu lado, demonstrando uma amizade incondicional e apoio ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho.

A equipe do Hospital Wilson Rosado que tem me ensinado a cada dia como ser uma profissional de qualidade, exercendo o meu papel com sabedoria, responsabilidade e confiança. Agradeço especialmente a equipe do posto 4, que me acolheu desde o princípio como uma filha, não medindo esforços para me ensinar e apoiar até o dia de hoje.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a demonstração do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a nós, não somente

por terem nos ensinado, mas por terem nos feito aprender. Especialmente quero agradecer as professoras Isabelline Paiva minha orientadora de projeto de pesquisa e a minha orientadora de monografia Jamile Holanda por ouvir e solucionar todas as minhas dúvidas e problemas que surgiram durante a elaboração desse trabalho e pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo.

Agradeço a minha banca examinadora composta por Janaina Batista e Maria das Graças, excelentes profissionais que acompanham a minha evolução desde o princípio, por terem atendido ao convite para desempenhar este papel, dispondo de seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

RESUMO

O paciente pediátrico gravemente enfermo em Unidade de Terapia Intensiva é rigorosamente monitorizado e sedado a fim de evitar complicações, porém, essa atitude pode resultar em um prejuízo cerebral por iatrogenia ocasionando uma disfunção neurológica, sendo capaz de provocar diversas sequelas cognitivas, as quais podem manter-se até anos após a internação. A enfermagem é a equipe que primeiro observa os comportamentos de confusão mental e agitação, portanto a equipe deve estar apta a prestar os cuidados específicos para os sintomas destes pacientes onde se alia a tecnologia e a humanização na assistência assumindo uma posição ética e de respeito. Objetiva identificar os cuidados de enfermagem diante de episódios de *delirium* em crianças internas em unidades de terapia intensiva pediátrica. Tratou-se de uma revisão integrativa de literatura, que aconteceu entre os dias 01 de agosto a 15 de setembro, a pesquisa sobre a temática foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS, CINAHL, COCHRANE, WEB OF SCIENCE, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), nos portais de busca Pub MED e MEDLINE nas bibliotecas digitais: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). foram incluídos na pesquisa artigos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos disponíveis de forma gratuita na íntegra e foram excluídos da pesquisa artigos editoriais. A organização dos dados selecionados foi realizada por meio de planilhas do programa Microsoft Word 2018, a análise de dados inicialmente foi realizada a partir da leitura do título, e seguidamente realizada a leitura do resumo, se mostrando relevante ao tema foi realizada a leitura do artigo na íntegra. Com os resultados percebemos uma quantidade de medidas cabíveis para o diagnóstico e avaliação como: avaliação diária do paciente utilizando escalas de delirium, familiarização do ambiente da UTI, terapia ocupacional, avaliação clínica específica diária o que auxilia no acompanhamento e melhora do quadro de *delirium*, incluindo opções farmacológicas e não farmacológicas, sobretudo, partindo da equipe de enfermagem que comumente mantém maior contato com os pacientes nas unidades de terapia intensiva pediátrica. Nesse sentido concluímos que os cuidados e ações de enfermagem encontradas com a pesquisa realizada, favorecem o prognóstico do paciente, aliviando os sintomas de dor e desconforto, diminuindo o medo e a solidão que comumente pacientes hospitalizados em UTI refere. Sugerimos para estudos posteriores a realização de pesquisas que busquem alcançar nosso foco investigativo em campo, por meio do trabalho com crianças com delirium internadas em UTIP.

Palavras-chave: *Delirium*, Unidades de terapia intensiva, Pediatria, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The severely ill pediatric patient in the Intensive Care Unit is closely monitored and sedated in order to avoid complications, however, this attitude can result in brain damage due to iatrogenesis causing neurological dysfunction, being able to cause several cognitive sequelae, which can maintain up to years after hospitalization. Nursing is the team that first observes behaviors of mental confusion and agitation, so the team must be able to provide specific care for the symptoms of these patients, where technology and humanization in care are combined, assuming an ethical and respectful position. It aims to identify nursing care in the face of

episodes of delirium in inpatients in pediatric intensive care units. It was an integrative literature review, which took place between August 1 and September 15, the research on the theme thematic was carried out in the following databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), SCOPUS, CINHAI, COCHRANE, WEB OF SCIENCE, Nursing Database (BDENF), in the search portals Pub MED and MEDLINE in digital libraries: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Virtual Health Library (VHL). Articles available in Portuguese, English and Spanish, articles available free of charge in full, and editorial articles were excluded from the research. The organization of the selected data was carried out using Microsoft Word 2018 spreadsheets, the data analysis was initially carried out from the reading of the title, and then the reading of the summary was performed, showing itself relevant to the theme, the article was read in full. With the results we noticed a number of measures suitable for diagnosis and evaluation such as: daily assessment of the patient using delirium scales, familiarization of the ICU environment, occupational therapy, daily specific clinical assessment which helps in monitoring and improving the delirium condition, including pharmacological and non-pharmacological options, especially from the nursing team that usually maintains greater contact with patients in pediatric intensive care units (PICU). In this sense, we conclude that the nursing care and actions found with the research performed, favor the patient's prognosis, relieving the symptoms of pain and discomfort, reducing the fear and loneliness that patients commonly referred to in the ICU refer to. We suggest for further studies to carry out research that seeks to achieve our investigative focus in the field, by working with children with delirium admitted to the PICU.

Keywords: Delirium, Intensive care units, Pediatrics, Nursing care

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

CAM - Confusion Assessment Method

CAM-ICU - Confusion Assessment Method for the Intensive Care United

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

CTD - Cognitive Test of Delirium ,

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CDSC - Intensive Care Delirium Screening Checklist

MEEM - MiniExame do Estado Mental

NEECHAM - The Neelon and Champagne Confusion Scale

PRE-DELIRIC - PREdiction of DELIRium in ICU patients.

UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VM- Ventilação Mecânica

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	9
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.3 HIPÓTESES	10
1.4 OBJETIVO GERAL	11
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 DELIRIUM	11
2.2 DELIRIUM NA CRIANÇA	13
2.3 SINAIS E SINTOMAS.....	14
2.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	15
2.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM	17
3 METODOLOGIA.....	19
3.1 TIPO DE PESQUISA	19
3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	19
3.3 ANÁLISE DE DADOS	20
3.4 PREVISÃO FINANCEIRA.....	21
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

A evolução da fase infantil é um processo único de cada criança, que se manifesta através de transformações contínuas nas suas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, elevando progressivamente a complexidade das suas atividades cotidianas e o desempenho dos deveres sociais. Os primeiros anos da infância são fundamentais no processo de desenvolvimento do sujeito, que é determinado pela interação entre suas características biológicas e psicológicas e as vivências oferecidas pelo ambiente no qual está inserido, sendo necessário a oferta de cuidados em resposta às suas necessidades de progresso, seu acompanhamento exige uma abordagem ampliada e em equipe (RIO DE JANEIRO, 2018).

O *delirium* é uma patologia de disfunção neurológica resultante de uma condição de prejuízo cerebral ou por iatrogenia, muito frequente em crianças que estão internadas em unidade de terapia intensiva (UTI), ocasionando assim diversas sequelas cognitivas, as quais podem estender-se até anos após a internação. O diagnóstico de *delirium* na pediatria é bastante complicado, devido a diversos fatores tais como: diferentes desenvolvimentos cognitivos, diferentes efeitos das doenças agudas e necessidade de tempo hábil para a realização da avaliação dessas crianças. As avaliações, normalmente precisam acontecer mais que uma vez ao dia, o que demanda mais tempo e esforço da equipe (MOLON *et al.*, 2018).

Essa alteração neuropsiquiátrica é considerada uma emergência médica, de consequências significativas e constantemente experimentado por 10 a 50% dos pacientes, hospitalizados. É um distúrbio que se desenvolve em 60 a 80% dos pacientes em ventilação mecânica, situação que frequentemente acontece e passa despercebida, conforme fala Ribeiro (2011). Que por muitas vezes é negligenciado, além de que o atraso no diagnóstico, pode repercutir com diversas complicações sistêmicas a esses pacientes, como por exemplo complicações respiratórias, neurológicas e cardíacas (MOLON *et al.*, 2018).

A enfermagem trabalha com um cuidado direto a esses pacientes durante todo o seu internamento, e é a equipe que primeiro observa os comportamentos confusão mental e agitação. Assim, a equipe de enfermagem deve ser apta a desenvolver uma avaliação precoce e eficiente com a ajuda de instrumentos facilitadores, causando assim a redução de dependência da equipe psiquiátrica, podendo então obter um poder de ação mais rápido, favorecendo o paciente (MORI *et al.*, 2016).

Diante disso, surgem as seguintes questões norteadoras: Quais os cuidados de enfermagem efetivos no manejo da criança com *delirium*? Como esses cuidados podem trazer resultados positivos com precisão em melhorar o prognóstico de crianças com *delirium*?

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha dessa temática deu-se a partir da experiência em um estágio extra curricular, no qual foi observado que grandes quantidades de adultos enfermos apresentavam episódios de *delirium* em UTI ou após a sua alta. Atrelado a isso, pude perceber o quão complexo são esses episódios, e a relevância da atuação da enfermagem nessas ocasiões. Por saber que esses pacientes estavam internos em uma UTI, surgiu a dúvida de como é o diagnóstico, manejo e cuidado ao *delirium* nesse local, contudo, manifestou-se uma inquietação de saber como seriam esses episódios em crianças internadas em UTIP, já que cada uma delas está em um nível de cognição e desenvolvimento diferente, apresentando reações distintas e em conjunto a isso, emergiu a inquietação em investigar como é realizado o cuidado a essas crianças

Diante desses questionamentos, foi iniciando uma pesquisa sobre a temática para observar se essa era realmente uma realidade em UTI pediátrica. Ao realizar tal investigação foi perceptível que a pesquisa sobre o *delirium* é algo indispensável, visto que ele existe e existem poucos estudos relacionada à assistência de enfermagem às crianças com essa patologia em UTIP.

Em face ao exposto, essa pesquisa evidencia a importância do cuidado efetivo, e precoce, no *delirium* e a realização da sua avaliação diariamente pela enfermagem sem necessidade da presença de uma equipe especializada no momento, reduzindo a dependência e facilitando as intervenções da equipe presente. Contudo, o estudo busca evidencia a importância da autonomia da equipe de enfermagem quanto a avaliação e ao cuidado direto a esses pacientes.

1.3 HIPÓTESES

H1: Os cuidados de enfermagem efetivos para um bom prognóstico em crianças que apresentam episódios de *delirium* são: avaliação diária do paciente utilizando escalas de delirium, familiarização do ambiente da uti, terapia ocupacional, avaliação clínica específica diária.

H0: Os cuidados de enfermagem a crianças em episódios de *delirium*, como utilização de escalas para a sua avaliação, familiarização do ambiente de UTI, terapia ocupacional, avaliação clínica específica diária não são efetivos para um bom prognóstico.

1.4 OBJETIVO GERAL

Identificar os cuidados de enfermagem diante de episódios de *delirium* em crianças internas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar quais são as ações da equipe de enfermagem no reconhecimento precoce dos episódios de *delirium*;
- Especificar os diferentes cuidados de enfermagem a crianças com *delirium*.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DELIRIUM

O *delirium* é um distúrbio neurológico manifestado com frequência pelos pacientes que se encontram inseridos em uma UTI, definido como uma síndrome clínica caracterizada por um desordenamento de atenção aguda, cujo acontecimento por tempo prolongado pode causar um conjunto de complicações frequentemente assoladoras. Esse distúrbio é considerado uma emergência psiquiátrica por se manifestar de forma psíquica aguda, ou de maneira comportamental, o que apresenta um grande risco para a saúde física e neurológica do indivíduo e das pessoas com quem esses pacientes têm convívio (SILVA *et al.*, 2013).

A sua importância não se deve somente ao elevado número de casos no ambiente hospitalar mas também as suas consequências, as quais acabam induzindo o aumento dos níveis de morbimortalidade e também ocasionando o prolongamento do tempo da internação assim elevando os custos dos tratamentos clínicos (SILVA *et al.*, 2013). Sua etiologia é complexa, multifatorial, e ainda está em fase de estudo, provavelmente, trata-se de um extenso número de vias fisiopatológicas que ocasionam a redução global do mecanismo oxidativo cerebral e falência de transmissão colinérgica (LÔBO *et al.*, 2010).

A maioria dos pesquisadores acreditam que o *delirium* resulta de uma combinação de fatores predisponentes, que são referentes aos fatores de risco já existentes nesses pacientes, como idade, gênero, hábitos pessoais, comorbidades prévias, demência prévia, e, os fatores precipitantes que estão relacionados a intensidade da doença, a terapêutica empregada ao ambiente, ao uso de sedativos e de analgésicos, procedimentos invasivos, dor, estresse, entre outros (EDUVIRGEM, 2012).

Segundo Castro (2018), as possibilidades de apresentação do *delirium* são diversas podem manifestar inúmeros sintomas a depender do seu tipo. O início agudo, a atenção prejudicada e o curso flutuante são as principais características, assim como déficits cognitivos podendo caracterizar-se por distorções perceptuais, comprometimento da memória, da compreensão e de pensamento abstratos, disfunção executiva, desorientação, déficits de atenção, distúrbios da consciência e habilidade reduzida para focar, sustentar e mudar a atenção, interrupção do ciclo circadiano, descontrole emocional, perplexidade, medo, ansiedade, irritabilidade e desregulação psicomotora que podem ser de lentificação e agitação. Essas manifestações têm início abrupto, apresentam flutuações durante o dia e bem como de um dia para o outro.

Apresentação do *delirium* pode surgir em 5 fenótipos que são, subsindrômico, hipoativo, hiperativo, misto e prolongado. O *delirium* subsindrômico é termo utilizado para identificar uma situação subclínica onde os pacientes apresentam um ou mais sintomas de *delirium*, preenchendo então parcialmente os critérios diagnósticos; o *delirium* hipoativo é definido pela presença de apatia e redução da capacidade de resposta; o hiperativo é caracterizado por agitação e modificações emocionais intensas; o misto é um tipo onde há uma combinação dos sintomas de *delirium* hipoativo e de *delirium* hiperativo; o *delirium* prolongado normalmente acontece em pacientes com comprometimento cognitivo basal ou com sequelas provenientes de novas lesões intracranianas, podendo este ser identificado em vários momentos até mesmo após a alta hospitalar (CASTRO, 2018).

O mesmo também pode ser classificado de acordo com o tempo de evolução, o que inclui, o *delirium* prevalente quando o mesmo é detectado no momento da admissão, o *delirium* incidente quando surge durante a estadia hospitalar que é o mais comum; e o *delirium* persistente que acontece quando os sintomas persistirem durante um longo período de tempo (FARIAI, 2013).

Embora o *delirium* esteja bem documentado em adultos e idosos hospitalizados, ocorrendo entre 42 e 80% desta população, os dados epidemiológicos do *delirium* em pediatria

não são bem descritos. Esta escassez de dados sobre a epidemiologia em crianças ocorre, em parte, devido à insuficiência de rastreamento generalizado, ao desconhecimento sobre o tema e a carência de estudos baseados em evidências. Sabe-se, no entanto, que é uma complicação comum em UTIP em pacientes entubados devido a necessidade de sedação contínua. Pesquisas mais atuais mostram que a prevalência de *delirium* em UTIP varia de 8,9 a 65,6% e a incidência pode chegar a 57% em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca (CASTRO, 2018).

2.2 DELIRIUM NA CRIANÇA

Conforme fala Colleti Junior et al. (2019), a internação em terapia intensiva expõe o paciente a dor e a uma série de eventos estressantes que podem ocasionar episódios de *delirium*. Em crianças, a distinção entre dor, ansiedade e *delirium* pode ser algo desafiador para os profissionais, associado às limitações de comunicação relacionadas ao desenvolvimento e à presença de doenças graves. Atrelado a isso, sabe-se que os medicamentos mais utilizados como opioides e benzodiazepínicos podem provocar risco de instabilidade hemodinâmica e respiratória, Ventilação Mecânica (VM) prolongada, sintomas de abstinência, infecção hospitalar e neuromiopia associada à doença grave, causando assim sérias consequências a esses pacientes.

O *delirium* na pediatria é um distúrbio comportamental e emocional grave e agudo em crianças gravemente enfermas. Em vista disso, é recomendado que médicos pediátricos e psiquiatras infantis estejam cientes de suas chaves semiológicas e de diagnóstico, bem como de suas estratégias de gerenciamento oportunas e eficazes na tentativa de evitar super sedação reduzindo assim os níveis de delirium (TORALES; NAVARRO, 2019).

A analgesia e sedação são elementos fundamentais para o atendimento a esses pacientes críticos, principalmente aqueles em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). As principais indicações para o uso desses medicamentos são: gerenciar melhor a dor, a ansiedade e a agitação; promover amnésia; facilitar a sincronia com a ventilação mecânica; evitar a perda de cateteres e tubo endotraqueal; e reduzir o metabolismo celular. No entanto, apesar de ajudar a gerenciar essas condições, ainda é difícil alcançar um nível adequado de sedação e uma algesia, buscando evitar os excessos. (MOTTA; LUGLIO; DELGADO; CARVALHO, 2016).

Segundo Motta et al., (2016), um nível ideal de sedação é descrito como um estado em que o paciente está com sono, respondendo a estímulos ambientais, sem riscos e movimentos excessivos. Nessa condição, a criança está consciente, com respiração espontânea e confortável

na VM, tolerando outras intervenções. Contudo, a prática demonstrou que a sedação excessiva, geralmente causada pelo medo de perda de dispositivos e/ou extubação traqueal acidental, resulta em aumento da duração da VM em dias, assim levando a um maior tempo de permanência na UTI e permanência hospitalar causando geral disfunção, tolerância a drogas e abstinência, levando então os pacientes a flutuações de consciência a altas crises de *delirium*.

Assim como ocorre em pacientes adultos, o *delirium* em crianças pode ser classificado de acordo com a sua atividade motora em hipoativo, hiperativo ou misto. A partir disso, a criança com *delirium* hipoativo é apática e desinteressada, em geral, está silenciosa no leito, não faz contato ocular e não alcança seus brinquedos, encontra-se em estado letárgico. A criança com *delirium* hiperativo é irritada, apesar do tratamento adequado da dor, e pode debater-se em seu leito. A criança que apresenta um estágio de *delirium* misto demonstra uma combinação de sintomas de *delirium* hiperativo e hipoativo, apresentando variação entre eles dificultando assim a sua identificação (CASTRO, 2018).

Uma criança agitada, lutando contra o ventilador e recebendo doses crescentes de sedativos por ser difícil de sedar, deve ser considerada delirante até que se prove o contrário. Portanto, a “criança inconsolável” deve chamar a atenção da equipe para o *delirium* hiperativo. No subtipo misto, a criança flutua entre estados de hipoatividade e de hiperatividade. Somado a isso pesquisas sobre *delirium* em crianças têm mostrado uma predominância do subtipo hipoativo em pacientes internos em UTIP (CASTRO, 2018).

A prevalência relatada de *delirium* em crianças gravemente doentes varia de 20% a 30%. As taxas dependem da idade sendo mais comuns em crianças mais jovens, variando da gravidade da doença, número de medicamentos administrados, ferramentas de diagnóstico utilizadas e grupo em estudo a depender se está interno em UTIP ou em enfermarias (SCHIEVELD *et al.*, 2009).

2.3 SINAIS E SINTOMAS

Crianças com confusão aguda ou *delirium* podem apresentar alguns dos sintomas a seguir: agitação ou apatia, não ficam atentas como habitualmente, como se não notassem as coisas ao redor, e não reconhecessem onde estão, elas podem não lembrar de coisas que lhes acabaram de ser ditas e podem não estar cientes da sua falta de memória, uma vez que ocasionalmente elas não reconhecem o ambiente ao redor (SCHIEVELD *et al.*, 2009).

As reações podem ser bem diferentes do comum; podem apresentar-se hiper vigilantes, suspeitosas, irritáveis ou até mesmo agressivas; é importante ressaltar que crianças bem adoçadas, especialmente se delirantes, regressivas, podem comportar-se como se fossem mais jovens ainda, elas também podem apresentar uma visão distorcida da realidade, podendo ver ou ouvir coisas que não estariam presentes lá, para elas, entretanto, tais experiências são muito reais, podem ser assustadoras, e é melhor não as confrontar eventualmente; os sintomas do *delirium* variam bastante durante o dia, geralmente piorando durante a noite, períodos de agitação alternar com períodos de calma ou sonolência (SCHIEVELD *et al.*, 2009).

2.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de *delirium* em crianças graves é complexo devido a diversos fatores, sendo estes: diferentes níveis de desenvolvimento cognitivo, efeitos da doença aguda e das intervenções na capacidade de comunicação, falta de conhecimento e de consciência sobre a relevância do *delirium*, falhas no ensino, carência de tempo hábil para repetidas avaliações clínicas, semelhança com sintomas de abstinência e escassez de profissionais psiquiatras disponíveis na UTI. (MOLON *et al.*, 2018).

O seu diagnóstico depende de suspeita clínica, observação diária e cautelosa por parte da equipe presente que presta assistência ao paciente e da confiança nos dados fornecidos pela família (SILVA *et al.*, 2011). O *delirium* normalmente é subdiagnosticado, especialmente em crianças de menor idade e criticamente doentes. Possivelmente pelo fato de que a equipe plantonista não observa especificamente os sintomas do *delirium* e que é difícil os avaliar em pacientes pré-verbais; no entanto vários sintomas de *delirium* se sobrepõem àqueles observados em outras condições, como na dor, angústia e abstinência de opioides ou benzodiazepínicos (SCHIEVELD *et al.*, 2009).

O acontecimento repentino de uma desordem da cognição, emoções, consciência ou distúrbio comportamental em uma criança gravemente doente deve levantar a suspeita de *delirium* pediátrico e deve-se atentar para a necessidade de consultar um psiquiatra infantil, pois enfermeiros e médicos podem achar difícil avaliar sintomas de *delirium*, incluindo alterações cognitivas, especialmente em crianças que não sabem expressar de forma clara o que sentem, principalmente as criticamente doentes e em VM, nessas crianças, outros aspectos, como características comportamentais e interações não verbais entre pais e filhos, devem ser considerados (SCHIEVELD *et al.*, 2009).

Os critérios de diagnóstico do *delirium* são determinados pelos Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), pela 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Instrumentos de avaliação para o déficit cognitivo, como o MiniExame do Estado Mental (MEEM) ou o Confusion Assessment Method (CAM), são os critérios que podem contribuir e facilitar o diagnóstico (SILVA *et al.*, 2011).

As escalas de monitorização do *delirium* em UTI surgem com o propósito de distinguir sinais e sintomas capazes de sustentar esse diagnóstico, servindo dessa forma como instrumentos de identificação e avaliação precoces para evitar seu acometimento e minimizar suas complicações podendo ser utilizada tanto por profissionais médicos como por enfermeiros; somado a isso entre as diversas escalas disponíveis para a avaliação do paciente com delirium, destacam-se as: Cognitive Test of Delirium (CTD), Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), The Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM), PREDiction of DELIRium in ICU patients (PRE-DELIRIC). (CARVALHO; ALMEIDA; GUSMAO-FLORES, 2013).

Desta forma, fica claro a importância dessas ferramentas na identificação e no acompanhamento de pacientes com *delirium*, uma vez que esse fenômeno deixa de ser algo subjetivo e passa a ser real com dados fidedignos, principalmente quando pensado e implementado por enfermeiros membros da equipe (LIMA *et al.*, 2017).

Após a confirmação do diagnóstico de *delirium*, é importante a constatação dos fatores predisponentes e precipitantes, assim como a sua causa, deve-se realizar uma busca minuciosa sobre antecedentes mórbidos e de casos de *delirium* prévio, uso ou retirada de medicações abruptas sendo essas de forma prévias, atuais, de longa data, com e sem receita médica, e deve-se avaliar a presença anterior de déficit sensoriais como auditivo ou visual (SILVA *et al.*, 2011).

O diagnóstico de delirium em crianças exige levar em consideração, o histórico médico do paciente, as informações que podem ser fornecidas pelos pais, a equipe de enfermagem e/ou os médicos responsáveis, bem como a realização de um exame psíquico completo, somado a isso nota-se que existem vários desafios associados ao diagnóstico preciso do *delirium* pediátrico, devido às limitações de comunicação inerentes à avaliação de crianças de pouca idade, o diagnóstico depende da análise atenta dos sintomas comportamentais (TORALES; NAVARRO, 2019).

2.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O trabalho da enfermagem na UTIP possui características significativas e particulares, aliadas a tecnologia empregada para assistir os pacientes de forma constante e a humanização na assistência assumindo uma posição ética e de respeito. A assistência a pacientes com *delirium* precisa acontecer com a colaboração de toda a equipe de saúde trabalhando em conjunto, para que o resultado seja satisfatório assim melhorando o prognóstico desses pacientes (GARNETT, 2014).

A enfermagem presta um cuidado direto durante toda a internação e considerando que durante todo esse período o paciente encontra-se completamente dependente da equipe de enfermagem o cuidado prestado pela mesma influenciará diretamente sobre a saúde física e mental do paciente, portanto à humanização e qualidade na assistência não podem ser dissociáveis quando o intuito é oferecer a possibilidade de reabilitação ao paciente grave (GARNETT, 2014).

Os enfermeiros enquanto elementos da equipe de saúde que permanecem vinte e quatro horas próximo ao usuário dos serviços de saúde encontram-se, numa posição estratégica para identificar de forma prematura esta síndrome. Um reconhecimento precoce e o tratamento do agente condicionante possibilita, direcionar as intervenções quer farmacológicas ou não farmacológicas. Contudo, assume-se que apesar de já estarem definidas, algumas intervenções são imediatamente implementadas na prática, sendo o tratamento farmacológico reservado somente para os doentes com agitação importante, com risco de trauma físico e, que não apresentem resposta às medidas não-farmacológicas (BENTO, 2018).

A enfermagem observa as condições específicas que estão causando o *delirium* e objetiva controlar ou reverter as suas manifestações. De maneira geral, o tratamento procura proteger o paciente de qualquer lesão seja ela física, neurológica ou sistêmica. As condições que contribuam para a confusão mental devem ser observadas e conseqüentemente tratadas. Dentre estas manifestações, destacam-se a insuficiência cardíaca, hipóxia, hipercapnia, alterações tireoidianas, anemia, desordens nutricionais, infecções, insuficiência renal, insuficiência hepática e condições psiquiátricas, como a depressão. A correção destas anormalidades realizada com os cuidados farmacológicos geralmente melhora o funcionamento cerebral podendo assim ser um dos fatores que reduzirão os níveis dos episódios de *delirium* (PESSOA; NÁCUL, 2006).

A enfermagem usa como escolha primordial a aplicação de cuidados não farmacológicos aos pacientes, utilizando de diversas metodologias para isso, como escalas de avaliação e familiarização do ambiente trazendo conforto ao paciente, buscando uma abordagem lógica e importante na prevenção do início do *delirium* em crianças, essas intervenções não farmacológicas têm se mostrado benéficas na redução das sintomatologias (SCHIEVELD *et al.*, 2009).

Os cuidados não farmacológicos focam em manter a criança confortável no ambiente de internamento, transformando-o em um ambiente tranquilo, com iluminação adequada, trazendo a presença dos pais como um fator indispensável, o que também é um fator de extrema importância é a utilização de brinquedos terapêuticos e fotos da família e amigos desses pacientes, ajudando assim a diminuir a perturbação do paciente, decorrente da dificuldade em reconhecer o ambiente em que está inserido (SILVA *et al.*, 2011).

Somado a isso a enfermagem preconiza a identificação de cada profissional ao se aproximar das crianças, juntamente com a explicação de cada procedimento a ser realizado, além, de evitarem substituições constantes dos profissionais responsáveis pelo paciente, ademais a enfermagem implementa a realização de exame físico e clínico completo durante todos os dias de internação (SILVA *et al.*, 2011).

De forma primordial a equipe evita procedimentos de contenção física precoce eliminando assim o sentimento de aprisionamento que pode causar uma agitação em excesso a esses pacientes, além disso é empregado em conjunto diversos cuidados habituais da enfermagem relacionados a mobilização precoce, integridade da pele, necessidades nutricionais, acompanhamento psicopedagógico entre outros (SILVA *et al.*, 2011).

No cenário exposto a equipe de enfermagem é quem se encontra na posição privilegiada, de precaver, identificar e atuar perante as primeiras manifestações relacionadas com o distúrbio cognitivo que temos vindo a apresentar. O tratamento encontra-se como recurso de primeira linha e está dirigido essencialmente a medidas relacionadas com a vigilância/recuperação/manutenção do equilíbrio sensorial com 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 terapêutica utilizando com cautela a sedação e a analgesia e, o papel dos familiares são também aspectos preponderantes nesta temática, conforme nos foi demonstrado (BENTO, 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa pode ser definida como um procedimento sistêmico que tem o objetivo de proporcionar respostas aos problemas que são propostos; é diligenciada quando não dispõe de informações suficientes para atender ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em um estado de desordem onde não responde adequadamente as dúvidas. A pesquisa é desenvolvida mediante o concurso de conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos e técnicas de investigação científica. (GIL, 2016)

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa que é um método de revisão específico que com o intuito de resumir a literatura empírica ou teórica do passado para gerar uma percepção mais extensa de um determinado fenômeno problema ou problema de saúde Integrativo. As revisões, em vista disso, têm o potencial de desenvolver ciência de enfermagem, explanando pesquisas, práticas e iniciativas políticas. O estado da ciência, contribui ao desenvolvimento da teoria e têm aplicabilidade direta a prática e política (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2009)

Conforme afirma Knalf e Whittemore (2005), a elaboração de uma revisão integrativa de literatura se dá através de 5 etapas, 1) identificação do tema, elaboração da questão norteadora que é o estágio inicial de qualquer método de revisão, é uma identificação clara do problema que a revisão está abordando é essencial para fornecer foco e limites para o processo de revisão integrativa, 2) busca na literatura, deve apresentar estratégias bem definidas de pesquisa de forma crítica para aprimorar o rigor de qualquer tipo de revisão. 3) análise críticas dos estudos incluídos são recomendadas para avaliar a qualidade geral, calculando índices de qualidade e incorporando essas pontuações no design, 4) análise de dados objetiva realizar uma completa e imparcial interpretação de fontes primárias, juntamente com uma inovadora síntese das evidências, 5) apresentação da revisão integrativa, é uma síntese na forma de um modelo que será desenvolvida para retratar de forma abrangente o processo de integração.

3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A busca na literatura se deu do dia 01 do mês de agosto até o dia 15 do mês de setembro de 2020, foi realizada a pesquisa sobre o tema nas seguintes bases de dados: LILACS

(Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCOPUS, CINHAI, COCHRANE, WEB OF SCIENCE, BDNF (Base de Dados de Enfermagem), em um buscador acadêmico: Google Acadêmico, nos portais de busca Pub MED e MEDLINE nas bibliotecas digitais: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Para a pesquisa, foram aplicados os seguintes descritores presentes no vocabulário preconizado no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), são eles: *delirium*, unidades de terapia intensiva (UTI), pediatria e cuidados de enfermagem. Foi utilizado o operador booleano AND como mecanismo de auxílio na realização das pesquisas.

Foram realizados os seguintes entrecruzamentos: *Delirium* AND Unidade de Terapia Intensiva AND Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva AND *Delirium* AND Cuidados de Enfermagem. A busca na literatura foi direcionada por um protocolo de buscas (APÊNDICE A) que contém o objetivo da busca, questão norteadora, as bases de dados que serão acessadas, os descritores/palavras-chave, os cruzamentos que foram realizados, os critérios de inclusão e exclusão. Para a efetuação da busca, inicialmente foi realizada a leitura do título, e logo após foi realizada a leitura do resumo e se mostrando relevante ao tema foi realizada a leitura do artigo na íntegra.

Os critérios de inclusão usados foram: artigos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos disponíveis de forma gratuita na íntegra nas bases de dados acima citadas; não foi instituído delimitação de datas de publicação, artigos relevantes a temática estudada e artigos que mostrem quais os cuidados de enfermagem diante de pacientes com *delirium*. Os critérios de exclusão utilizados foram artigos editoriais.

Posteriormente a seleção dos artigos, os dados dos estudos encontrados foram extraídos com o auxílio de um instrumento (APÊNDICE B) construído para tal finalidade. Este instrumento contém os seguintes itens: título, autores; ano de publicação; tipo de estudo; objetivo de estudo e ações da equipe de enfermagem no reconhecimento precoce dos episódios de *delirium* e os diferentes cuidados de enfermagem a crianças com *delirium*.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

A organização dos dados selecionados foi realizada por meio de planilhas do programa Microsoft Excel 2014 para uma análise posterior. Os cuidados de enfermagem diante de crianças com episódios de *delirium* internas em unidade de terapia intensiva, foram debatidos e embasados na literatura pertinente ao tema, para a efetuação da pesquisa, inicialmente foi

realizada a leitura do título, e logo após foi realizada a leitura do resumo e após analisado relevante ao tema foi realizada a leitura do artigo na íntegra.

3.4 PREVISÃO FINANCEIRA

Itens

Material permanente:

Custo:

Material de consumo: Folha ofício (Resma), internet

Custo: 119,00

Serviço de terceiros: Impressão, encadernação simples, correção morfo-sintática do trabalho e abstract , brochura.

Custo: 260,00

Total: R\$ 379,00

4 RESULTADOS

No percurso de buscas nas bases de dados de início ao utilizarmos o cruzamento: Delirium AND Unidade de terapia intensiva AND pediatria, encontramos 17 resultados, destes: 1 artigo na LILACS, 3 artigos na SCIELO, 12 na BVS, 1 na MEDLINE. Após a leitura inicial dos resumos selecionamos apenas 6 estudos que se enquadravam no delineamento de nossa pesquisa, sendo desses 50% encontrados na BVS, 33,3% na SCIELO, 16,6% na LILACS, haja vista o foco no cuidado do delirium a crianças que ocasionou a exclusão daqueles que abordavam tratamentos com outro público. Assim, percebendo a escassez de estudos optamos por utilizar os descritores: unidade de terapia intensiva AND delirium AND cuidados de enfermagem e encontramos 296, destes: 4 artigos na LILACS, 11 na SCIELO, 272 na BVS, 1 na SCOPUS, 2 na CINHALL, 4 na BDENF e 2 na MEDLINE. Seguindo o protocolo de leitura dos resumos selecionamos 3 (três) desses 33,3% dos artigos nas SCIELO, 33,3% dos artigos na BVS e outros 33,3% na MEDLINE, mais uma vez, em virtude do nosso interesse investigativo.

Assim, com as buscas realizadas, nota-se uma quantidade reduzida de estudos que abrangem nosso objetivo de identificar os cuidados de enfermagem diante de episódios de delirium em crianças internas em UTIP. Contudo, como supracitado, ao término selecionamos

9 estudos, sendo: 3 revisões de literatura, 2 estudos de coorte, 1 pesquisa exploratória, 1 estudo descritivo, 1 pesquisa de campo e 1 tradução universalista que podem ser visualizados no quadro 1. Todos os artigos selecionados estavam disponíveis *online* na íntegra e nos idiomas: português, inglês e espanhol tendo predominância de artigos na língua inglesa.

Quadro 1. Resultado de busca dos artigos selecionados.

Nº	TÍTULO	AUTORIA	ANO	BASE DE DADOS
A1	Delirio en pediatria, un diagnóstico olvidado	DECIA, Mónica; FERRÉ, Araní.	2020	SCIELO
A2	Assessment of delirium in children admitted into the Intensive Care Unit: pscam-ICU Tool	CASTAÑO, Ángela María Henao; CASAS, Edwar Yamith Pinzon.	2020	LILACS
A3	Importance of the use of protocols for the management of sedation in pediatric intense care.	MOTTA, Emiliana et al.	2016	SCIELO
A4	Diagnostic considerations regarding pediatric delirium: a review and a proposal for an algorithm for pediatric intensive care units	SCHIEVELD, et al.	2009	BVS
A5	Sedation, Sleep Promotion, and Delirium Screening Practices in the Care of Mechanically Ventilated Children A Wake-Up Call for the Pediatric Critical Care Community	KUDCHADKAR, Sapna R.; YASTER, Myron; PUNJABI, Naresh M.	2014	BVS
A6	Tradução e adaptação transcultural para o Brasil do Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit para detecção de delirium em unidades de terapia intensiva pediátrica	MOLON, Marizete Elisa et al.	2018	BVS
A7	Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit	SCHIEVELD, Jan NM et al	2007	MEDLINE
A8	The life course health development model a theoretical research framework for pediatric delirium	KALVAS, Laura Beth	2019	BVS
A9	Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de <i>delirium</i> em pacientes críticos.	OLIVEIRA, et al.	2020	LILACS

Após a seleção dos artigos a análise final foi realizada através da leitura dos títulos, resumos, introduções e resultados dos trabalhos. Com isso, encontramos diferentes formas para o reconhecimento precoce dos episódios de delirium, bem como, os cuidados específicos de enfermagem para crianças com a doença, assim, identificamos que todos trazem relações entre os descritores investigados alcançando então os objetivos da pesquisa, conforme ilustrado no quadro 2, abaixo.

Quadro 2. Informações referente a ações para identificação precoce do *delirium*.

AÇÕES PARA A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE ESPISÓDIOS DE DELIRIUM	ARTIGOS	%
Utilização de escala para Avaliação do delirium	A1, A3, A4, A7	44,4%
Avaliação diária do paciente	A2, A3, A4, A5	44,4%
Observar mudança de comportamento	A5 , A8, A9	33,3%
Implementação da escala de avaliação de delirium (CAM-ICU)	A5, A6	22,2%

Percebemos então que no que se refere as ações para a identificação precoce de episódios de delirium, equivalente aos 9 artigos encontrados nas pesquisas 4 desses referentes a 44,4%, indicaram a avaliação diária do paciente como um ato de identificação pois se faz necessário o acompanhamento contínuo do paciente afim de reconhecer quais as evoluções da doença e avaliar efetividade na forma de tratamento dos seus sintomas. A utilização de escala para a avaliação do *delirium* nos foi apresentada em 4 artigos (44,4%) mostrando assim a importância da utilização, pois elas são dinâmicas e conseguem ser aplicadas de forma rápida e simultânea sendo capaz de captar os diferentes sintomas de flutuações que o delirium causa ao paciente, por indicação de 1 artigo (22,2%) estudamos a utilização da escala CAM- ICU que pode ser utilizada em crianças com idade de 6 meses a 5 anos como parâmetro de avaliação diária para uso da equipe multidisciplinar.

A mudança de comportamento mostrada em 3 artigos (33,3%) é comum em pacientes com *delirium*, pois o distúrbio neurológico proporciona 2 ao paciente momentos de alucinações e flutuações de pensamentos fazendo com que ele mude de forma brusca a sua maneira de agir, podendo apresentar momentos de agitações ou apatia, mostrando assim a importância da avaliação diária.

Quadro 3. Informações referente aos cuidados de enfermagem a pacientes com *delirium*.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	ARTIGOS	%
Tornar o ambiente confortável para o sono	A1, A3, A5, A7, A8, A9	66,6%
Deambulação precoce	A1, A3, A5, A8, A9	55,5%
Proporcionar envolvimento familiar	A1, A3, A7, A8, A9	55,5%
Avaliação do nível de sedação	A1, A5, A7, A8	55,5%
Musicoterapia	A3, A7, A9	33,3%
Avaliação da dor com uso de escala	A1, A3	22,2%
Plano de analgesia	A1, A5	22,2%
Observar mudanças comportamentais	A4, A5	22,2%
Observação do distúrbio de sono vigília	A4, A5	22,2%
Comunicação ativa com o paciente	A8, A9	22,2%
Aromaterapia	A7	11,1%
Brinquedoterapia	A7	11,1%
Promoção de atividades diárias	A1	11,1%
Remoção precoce de dispositivos invasivos	A9	11,1%

Ao passo que, tratando-se dos cuidados de enfermagem para tratamento de crianças com *delirium* encontramos 14 proposições, destas, 6 (66,6%) dos artigos apontaram como possibilidade tornar o ambiente confortável para o sono pois uma criança que não consegue realizar o ciclo circadiano corretamente e desenvolve consequências negativas em seu desenvolvimento como o déficit de consciência e de desempenho, em conjunto a isto pode-se agregar a musicoterapia e a aromaterapia ambas evidencias em 22,2% dos estudos para auxiliar no relaxamento e na redução do estresse.

Outrossim um cuidado indispensável é o conforto do paciente enfatizando a redução das dores (22,2%), como a utilização de um plano de analgesia e a utilização de escalas de dores para avaliação, em conjunto a isso é indicado como um cuidado de enfermagem, a avaliação do plano de sedação dos pacientes, pois isto evitará situações onde o paciente se encontre super sedado, evitando modificações na avaliação diária do *delirium*.

O principal cuidado que a enfermagem pode proporcionar a um paciente pediátrico interno em UTI evidenciado em 5 artigos (55,5%), é o envolvimento familiar em sua internação, pois essa atitude familiariza o ambiente assustador que é o hospital para uma criança e o torna um ambiente aconchegante, além disto a presença de um familiar auxilia na conversação entre a equipe e o paciente (11,1%) e na realização de atividades diárias como a utilização de brinquedo terapia (11,1%).

5 DISCUSSÃO

Nessa revisão pode-se evidenciar a necessidade do fomento e realização de pesquisas no que tange a ações de identificação precoce e cuidados de enfermagem do *delirium* com crianças, internas em UTI, em virtude da escassez de estudos percebida e, sobretudo, da seriedade necessária ao trato com uma doença multifatorial como a investigada. Por conseguinte, para elucidar nossa discussão e no intuito de alcançar nossos objetivos propostos, iremos discorrer sobre os estudos encontrados sobre as ações da equipe de enfermagem no reconhecimento precoce dos episódios de *delirium* e os diferentes cuidados a crianças com *delirium*.

O *delirium* é uma patologia de grande abrangência entre pacientes internos em UTI, principalmente quando se trata de crianças, pois em sua maioria ainda não conseguem assimilar o que acontece durante o internamento. Com base no que foi visto na pesquisa, essas crianças necessitam de uma atenção especial para que haja o reconhecimento precoce do distúrbio, e a enfermagem é atribuída como peça chave para essa tarefa realizando a avaliação diária do paciente e observando o seu comportamento e sua evolução a cada dia de internação identificando anormalidades e diminuindo assim os riscos de agravamento e suas sequelas.

Conforme Kalvas (2019), a enfermagem detém de um papel indispensável na avaliação e identificação do *delirium*, visto ser uma equipe profissional que permanece 24 horas com o paciente, qualquer oscilação do estado de humor ou de comportamento que o mesmo apresente, pode ser facilmente identificada quando se existe um protocolo de avaliação regular durante o plantão.

O *delirium* é rotineiramente subdiagnosticado, e essa atitude dos profissionais está ligada à falta de conhecimento sobre a avaliação clínica do paciente alinhado às condutas equivocadas, como a falha no monitoramento e subdosagem de sedativos, entre outros aspectos que ocasiona uma má qualidade na assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Um estudo internacional *online* com o intuito de examinar o manejo da sedação intensivista pediátrica, promoção do sono e práticas de rastreamento de *delirium* para crianças intubadas e ventiladas mecanicamente, tendo como público alvo as Sociedades membros da Federação Mundial de Cuidados Intensivos e Críticos Pediátricos, obteve como resultados uma heterogeneidade de práticas de sedação entre os que trabalham com crianças gravemente doentes, contudo, uma escassez nas afirmações quanto a realização de exames diagnósticos para o *delirium* nas UTIP em todo mundo (KUDCHADKAR; YASTER; PUNJABI, 2014). Assim, é possível destacar a necessidade da adoção de ações que possam antecipar tratamentos e

reduzir os efeitos da doença para as crianças, haja vista a adoção do uso de sedativos sem a devida avaliação para tal, sugerindo assim, a necessidade de mais estudos e intervenções para essa população.

De tal modo, é salutar conceber que se não fora diagnosticado, é improvável que se tenha esforço na reversão do quadro de *delirium*, sendo assim, partindo da necessidade de superação de diagnósticos insuficientes e incompletos, surgem estudos que buscam propor ferramentas para melhorar o seu reconhecimento. Partindo desse pressuposto, Schieveld et al. (2009), elaboraram a primeira tentativa de uma conduta sistemática e abrangente na avaliação e gestão de distúrbios emocionais e comportamentais em UTIP, propondo um algoritmo, instrumento observacional que avalia mudanças comportamentais, contendo: avaliação do nível de sedação-agitação, avaliação psicométrica do comportamento e opinião dos cuidadores. Trata-se de uma forma de avaliação que perparssa tais pontos e envolve uma serie de questões que visam traçar o diagnóstico, porém os autores afirmaram ainda a necessidade de mais estudos para refinamento algoritmico.

O uso de analgésicos e sedativos de maneira adequada para pacientes pediátricos ainda é discutível, haja vista, o perigo que as altas dosagens representam como o retardamento do metabolismo e a depuração. Por isso, é necessário a utilização de protocolos e escalas de avaliação para prevenir os excessos de analgesias e sedações que resultam no aumento do período de suporte ventilatório mecânico, extubação traqueça acidental, abstinência e *delirium*. (MOTTA *et al.*, 2016).

Oliveira (2018) fala que considerando que a dor tem uma grande repercussão no desenvolvimento da criança que se encontra enferma, a avaliação da dor na pediatria é fundamental, para compreensão do fenômeno e para auxiliar nas escolhas de estratégias efetivas que visem minimiza-las. As dimensões de dor avaliadas compreendem diferentes aspectos da experiencia dolorosa, a saber: intensidade, localização, duração e qualidade afetiva. A escolha dos instrumentos de avaliação de dor visa tanto medidas de autorrelato e observação do comportamento, quanto medidas fisiológicas, como a frequência cardíaca, saturação de oxigênio e o cortisol salivar. O método deve ser selecionado de forma apropriada, visando qual o tipo de dor e a condição na qual a criança se encontra, além de se encaixar na idade e no seu desenvolvimento cognitivo.

Partindo disso, também destacamos os achados da pesquisa de Castaño e Casas (2020), que com o objetivo de descrever a prevalência e as características dos episódios de *delirium* em uma amostra de crianças de 6 meses a 5 anos de idade gravemente enfermas, realizaram um

estudo de coorte em uma UTIP em Bogotá (Colômbia). Através do Método de Avaliação de Confusão Pré-Escolar para UTI (psCAM-ICU), os participantes foram avaliados nas primeiras vinte e quatro horas de internação. Com isso, observaram que um quarto dos participantes (25,8%) apresentou algum tipo de delirium. O diagnóstico primário foi infecção do trato respiratório em 62,55% dos pacientes, enquanto insuficiência respiratória foi diagnosticada nos 37,5% restantes.

Então, percebendo a recorrência e reconhecendo o alto risco para a mortalidade de pacientes críticos com delirium, corroborando com Castaño e Casas (2020), defendemos que a efetivação do uso de mecanismos para a avaliação adequada e detecção da doença, mostra-se uma conduta coerente e adequada para a compreensão de sua caracterização clínica, fatores de risco relacionados e possíveis estratégias de intervenção. Além disso, a equipe de enfermagem possui um papel primordial para esse diagnóstico precoce e diminuição da incidência de delirium em ambiente de terapia intensiva.

Por conseguinte, tratando-se do *delirium* destacamos que o padrão ouro para o diagnóstico é a aplicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) por um psicólogo ou psiquiatra, apesar disso, existem a escala de avaliação Cornell para delirium pediátrico e o Método de Avaliação de Confusão Pediátrica/Pré-escolar (p/ps CAM-ICU), que possuem validade (DECIA; FERRÉ, 2020). Para além, já existe a tradução e a adaptação transcultural da ferramenta pCAM-ICU para o português brasileiro. (MOLON *et al.*, 2018).

Sabendo da necessidade do diagnóstico precoce do *delirium* para que possam ser tomadas as devidas medidas de redução dos sintomas e consequente diminuição nos riscos de mortalidade, assim também, é salutar a aquisição de conhecimentos quanto aos cuidados necessários com as crianças acometidas com a doença.

Nesse interim, sugere-se medidas não farmacológicas para os cuidados com as crianças intubadas, apesar de pouco comum, o uso de tampões de ouvido, máscara para os olhos, redução de ruídos e cuidado com a iluminação para a melhoria da qualidade do sono e exames constantes para avaliação e acompanhamento são cuidados primordiais (KUDCHADKAR; YASTER; PUNJABI, 2014).

Piva, Ferrari e Schaan (2018) evidencia a importância da mobilização precoce, iniciada instantaneamente após a estabilização do paciente na UTI, onde devem ser incluídas no processo de reabilitação dos pacientes. Em adultos, a mobilização precoce é um cuidado que

está aliado a desfechos positivos a curto e longo prazo, como melhora da força muscular periférica, mobilidade e dias fora do hospital. Em pediatria, os estudos são recentes, porém as evidências demonstram que a mobilização previa é viável e segura. Entretanto, a falta de protocolos e de conhecimento da equipe multiprofissional, a preocupação com a segurança do paciente, o nível de sedação e a disponibilidade de profissionais e recursos constituem um relevante obstáculo para a prática da mobilização precoce nas UTI pediátricas.

Já sabemos que o uso correto de sedativos e analgésicos reduzem as respostas ao estresse e melhora o quadro clínico, que subdoses geram dor, desconforto e possível extubação acidental, perda de dispositivos e a overdose, podendo evoluir até o *delirium*. Então, para alcançar um nível ideal de sedação é preciso utilizar outras medidas para melhoria do conforto do paciente. Essas medidas, chamadas não farmacológicas, auxiliam no manejo e na diminuição da agitação e prejuízos cognitivos – com interrupções do ciclo vigília-sono e *delirium*. Motta et al., 2016, evidencia que:

“Entre as medidas não farmacológicas estão a minimização do ruído na unidade - que deve ser o mais silenciosa possível; utilização de luminosidade adequada para promover um ciclo adequado de sono-vigília - com menos luz durante a noite; promover tempo para descanso e sono para manter uma orientação circadiana; concentrar, tanto quanto possível, os procedimentos durante o dia; manter o paciente em posição confortável, com o uso de almofadas, por exemplo; estimular a presença de acompanhantes; manter uma boa comunicação entre todos e a equipe médica. O uso de vídeo terapia e musicoterapia também são procedimentos para promover conforto a esses pacientes” (MOTTA et al., 2016, p. 603).

Outra medida de redução dos efeitos psíquicos da internação é a associação da família ao tratamento não farmacológico, conforme conota Ramos, et al (2016) sobre a importância da presença da família ser um método efetivo para amenizar os efeitos negativos da hospitalização, minimizar os fatores estressantes da doença e dos procedimentos invasivos frequentes na internação, além de contribuir para o tratamento e recuperação dos pacientes.

Diante dos fundamentos sobre os benefícios da manutenção dos laços familiares para a saúde emocional infantil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069) garante a presença de acompanhante durante a hospitalização infantil, desde 1990, com vistas a uma assistência mais humanizada (RAMOS, et al. 2016).

Conforme cita Molina, e colaboradores (2008), a presença de um familiar geralmente promove e mantém a relação entre a criança e a família, neutraliza os efeitos decorrentes do afastamento familiar, auxilia na assistência integral a criança, favorece sua adaptação ao hospital, auxilia na aceitação do tratamento, promove uma resposta terapêutica positiva, ameniza os fatores estressantes da doença, dos procedimentos e da hospitalização. Além disso, a liberação da permanência materna na UTI durante a hospitalização do filho é uma estratégia que promove a redução do estresse emocional tanto da criança como da família, ao mesmo tempo que coopera para diminuir o tempo de internação do mesmo.

Crianças gravemente doentes internadas em UTIP estão propensas a desenvolver *delirium*, mesmo com analgesia, sedação correta e intervenções psicossociais intensivas. Contudo, para o tratamento da doença uma abordagem com a utilização de estrutura algorítmica e intensificando os cuidados clínicos diários, como reuniões multidisciplinares de consenso diárias, melhora no ambiente para o sono, uso de diferentes terapias parecem exitosas para avaliação, diagnóstico e tratamento do *delirium* infantil na UTIP (SCHIEVELD, 2007).

Com isso, percebemos uma quantidade de medidas cabíveis para o diagnóstico, avaliação, acompanhamento e melhora do quadro de *delirium*, incluindo opções farmacológicas e não farmacológicas, sobretudo, partindo da equipe de enfermagem que comumente mantém maior contato com os pacientes nas UTIP.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa percebe-se que há uma escassez e conseqüente necessidade de estudos no que tange a atuação da equipe de enfermagem no diagnóstico e cuidado de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas – UTIP, resultando na leitura e exploração final de apenas nove artigos. Contudo, nossos dados de análise nos permitiram inferir diferentes apresentações a serem considerados nesses aspectos.

Respondendo as nossas questões norteadoras: “quais os cuidados de enfermagem efetivos no manejo da criança com *delirium*? Como esses cuidados podem trazer resultados positivos com precisão em melhorar o prognóstico de crianças com *delirium*?” observa-se a existência de cuidados farmacológicos e não farmacológicos. Entre os farmacológicos estão os analgésicos e sedativos e os não farmacológicos encontramos: tornar o ambiente favorável ao sono vigília, interação familiar, deambulação precoce, avaliação diária do paciente, medidas

terapêuticas como a musicoterapia, aromaterapia e vídeoterapias, todas com o objetivo de promover conforto e melhorar o período de permanência do paciente na UTIP.

Nesse contexto, conclui-se, então, que os cuidados de enfermagem efetivos para um bom prognóstico em crianças que apresentam episódios de *delirium* são: avaliação diária do paciente utilizando escalas de delirium, familiarização do ambiente da uti, terapia ocupacional, avaliação clínica específica diária.

Nesse sentido os cuidados e ações de enfermagem encontradas com a pesquisa realizada, favorecem o prognóstico do paciente, aliviando os sintomas de dor e desconforto, diminuindo o medo e a solidão que normalmente pacientes hospitalizados em uti referem.

Portanto sugerimos para estudos posteriores a realização de pesquisas que busquem alcançar nosso foco investigativo em campo, por meio do trabalho com crianças com *delirium* internadas em UTIP, através de observações, avaliações e um acompanhamento completo que permita dissertar sobre diferentes aspectos relacionados as condições inerentes a esse quadro.

REFERÊNCIAS

- BENTO, Marta Sofia Pão-mole. Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado: uma revisão bibliográfica. **Enfermeria Global**, Lisboa, v. 52, p. 657-673, out. 2018
- CASTRO, Roberta Esteves Vieira de. **Delirium em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica**, Rio de Janeiro, Nov. 2018, Disponível em: <https://pubmed.com.br/delirium-em-unidades-de-terapia-intensiva-pediatica/>. Acesso em: 11 dez. 2018.
- CASTRO, Roberta Esteves Vieira de. **Delirium**: quadro clínico e principais diagnósticos diferenciais. Quadro clínico e principais diagnósticos diferenciais. Rio de Janeiro, ago. 2018. Disponível em: <https://pubmed.com.br/delirium-quadro-clinico-e-principais-diagnosticos-diferenciais/>. Acesso em: 01 ago. 2018.
- CASTAÑO, Ángela María Henao; CASAS, Edwar Yamith Pinzon. Assessment of delirium in children admitted into the Intensive Care Unit: psCAM-ICU Tool. **Avances en Enfermería**, v. 38, n. 2, p. 140-148, 2020.
- COLLETI JUNIOR, et al. Práticas relacionadas à avaliação de sedação, analgesia e delirium entre pediatras intensivistas no Brasil. **Einstein**: Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 1-6, 11 set. 2019.
- DECIA, Mónica; FERRÉ, Araní. Delirio en pediatría, un diagnóstico olvidado. **Archivos de Pediatría del Uruguay**, v. 91, n. 5, p. 316-324, 2020.
- EDUVIRGEM, Julio. **Delirium**: um fator de risco a pacientes criticos. Um fator de risco a pacientes criticos. Disponível em: proficiencia.cofen.gov.br/site/?option=com_content&view=article&id=534.html. Acesso em: 08 out. 2012.
- FARIAI, Rita da Silva Baptista. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. : Uma realidade subdiagnosticada. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 137-147, abr. 2013.
- GARNETT, Larissa Caetano. Ocorrência do delirium nas unidades de terapia intensiva. **Enfermagem Brasil**, Jacarei Sp, v. 13, n. 02, p. 120-124, mar. 2014.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar uma pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2016. 183 p.
- LIMA, Maria Lucila Nobre Moraes *et al.* **DELIRIUM EM TERAPIA INTENSIVA**: revisão sistemática. 2017. 19 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal Bahia, Ondina, 2018.
- CARVALHO, João Pedro Lins Mendes; ALMEIDA, Antônio Raimundo Pinto de; GUSMAO-FLORES, Dimitri. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves:: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 148-154, maio 2013.

KALVAS, Laura Beth. The Life Course Health Development Model: A theoretical research framework for paediatric delirium. **Journal of clinical nursing**, v. 28, n. 11-12, p. 2351-2360, 2019.

KNALF, Kathleen; WHITTEMORE, Robin. The integrative review: updated methodology. **Journal Of Advanced Nursing**, Oregon, v. 5, n. 52, p. 546-553, out. 2005

LÔBO, Rômulo R. et al. Delirium. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 249-257, abr. 2010.

KUDCHADKAR, Sapna R.; YASTER, Myron; PUNJABI, Naresh M. Sedation, sleep promotion, and delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: a wake-up call for the pediatric critical care community. **Critical care medicine**, v. 42, n. 7, p. 1592, 2014.

MOLON, Marizete Elisa et al. Tradução e adaptação transcultural para o Brasil do Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit para detecção de delirium em unidades de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 1, p. 71-79, 2018.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto, et al. A percepção da família sobre a sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, p. 630-638, set. 2008.

MORI, Satomi, *et al.* Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 50, p. 587-593, maio 2016.

MOTTA, Emiliana; LUGLIO, Michelle; DELGADO, Artur Figueiredo; CARVALHO, Werther Brunow de. Importance of the use of protocols for the management of analgesia and sedation in pediatric intensive care unit. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 6, n. 62, p. 602-609, jul. 2016.

OLIVEIRA, Katherine Pithon *et al.* Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de delirium em pacientes críticos. **Revista de Enfermagem Ufsm: REUFMS**, Santa Maria, v. 10, n. 21, p. 1-18, mar. 2020.

PESSOA, Renata Fittipaldi; NÁCUL, Flávio Eduardo. Delirium em Pacientes Críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 190-195, abr. 2006.

PIVA, Taila Cristina; FERRARI, Renata Salatti; SCHAAN, Camila Wohlgemuth. Protocolos de mobilização precoce no paciente crítico pediátrico:: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 248-257, nov. 2018.

RAMOS, Daniele Zuba, et al. A participação da família no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 2, n. 29, p. 189-196, jun. 2016.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **. Coleção Guia de Referência Rápida Saúde Mental na Infância**: identificação, manejo e qualificação do cuidado. Rio de Janeiro: Comunicação e Educação em Saúde, 2018. 90 p.

SCHIEVELD, Jan NM *et al.* Diagnostic considerations regarding pediatric delirium: a review and a proposal for an algorithm for pediatric intensive care units. **Intensive care medicine**, v. 35, n. 11, p. 1843, 2009.

SILVA, Carla Luiza da *et al.* Dificuldade diagnóstica dos profissionais da saúde frente ao delirium: uma revisão de literatura. : Uma revisão de literatura. **Revista Saúde**, ParanÁ, v. 9, n. 4, p. 293-302, mar. 2013.

SILVA, Carla Luiza da. *et al.* DELIRIUM: emergência clínica de difícil diagnóstico e os cuidados de enfermagem aos pacientes. **Publication Uepg: Ciencias Biologicas E Da Saúde**, Ponta Grossa, v. 17, n. 2, p. 91-97, jul. 2011.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer?. **Eintein**, São Paulo, v.1, n. 8, p. 102-106, jan. 2010.

RIBEIRO, Simone Cidade Lima. **DELIRIUM NO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:** :construção coletiva de intervenções de enfermagem. 2011. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2011.

TORALES, Julio Cesar; NAVARRO, Rodrigo Eduardo. Delirium pediátrico. **Anales: De la Facultad de ciencias médicas**, San Lorenzo, v. 53, n. 3, p. 117-119, mar. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE BUSCA

PROTOCOLO DE BUSCA
TEMA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS COM DELIRIUM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
1) Objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem diante de episódios de delirium em crianças internas em unidades de terapia intensiva pediátrica.
2) Questão norteadora: Quais os cuidados de enfermagem efetivos no manejo da criança com delirium? Como esses cuidados podem trazer resultados positivos com precisão em melhorar o prognóstico de crianças com delirium?
3) Recursos Humanos: Uma graduanda de enfermagem; uma pesquisadora.
4) Participação dos pesquisadores: A graduanda de enfermagem irá realizar a revisão de literatura e analisará os achados relevantes para a temática abordada e a confecção do manuscrito. A pesquisadora irá orientar à graduanda durante todo o processo de elaboração da revisão integrativa, desde a construção inicial do projeto até a aprovação final da publicação.
5) Estratégia de busca (Pesquisa avançada)
Bases de dados:
Base de dados 1: LILACS
Base de dados 2: MEDLINE
Base de dados 3: WEB OF SCIENCE
Base de dados 4: SCOPUS
Base de dados 5: SCIELO

<p>Base de dados 6: BDENF</p> <p>Base de dados 7: BVS</p> <p>Base de dados 8: COCHRANE</p> <p>Base de dados 9: PUB MED</p>
<p>Descritores (e sinonímias)</p>
<p>Delírium</p> <p>Unidades de terapia intensiva</p> <p>Pediatria</p> <p>Cuidados de enfermagem</p>
<p>Cruzamento (AND)</p>
<p>Delirium AND Unidade de Terapia Intensiva AND Pediatria</p> <p>Unidade de Terapia Intensiva AND Delirium AND Cuidados de Enfermagem.</p>
<p>6) Seleção dos estudos</p>
<p>Critérios de inclusão:</p> <p>Artigos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol</p> <p>Artigos disponíveis de forma gratuita na íntegra nas bases de dados acima citadas</p> <p>Artigos relevantes a temática a ser estudada</p> <p>Artigos que mostrem quais os cuidados de enfermagem diante de pacientes com delirium.</p>
<p>Critérios de exclusão:</p> <p>Artigos editoriais</p> <p>Revisões de literatura.</p>
<p>7) Estratégia de coleta de dados dos estudos</p> <p>Instrumento construído para tal finalidade</p>
<p>8) Síntese dos dados</p> <p>Caracterização do estudo</p>

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS

TÍTULO	
Autores Ano de publicação Objetivo do estudo: Cuidados de enfermagem no delirium:	