

Artigo de Revisão e/ou Atualização de Literatura

# Intervenção não farmacológica no manejo de delirium: uma revisão bibliográfica integrativa

*Nonpharmacological intervention in the management of delirium: an integrative bibliographic review*

Giovanna Marina Caetano<sup>a</sup> , Barbara Tiemi Niyama<sup>a</sup> , Maria Helena Morgani de Almeida<sup>a</sup> ,  
Marina Picazzio Perez Batista<sup>a</sup> , Ana Paula Pelegrini Ratier<sup>a</sup> 

<sup>a</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, Brasil.

**Como citar:** Caetano, G. M., Niyama, B. T., Almeida, M. H. M., Batista, M. P. P., & Ratier, A. P. P. (2021). Intervenção não farmacológica no manejo de delirium: uma revisão bibliográfica integrativa. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2909. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR2198>

## Resumo

**Introdução:** O delirium é um quadro clínico complexo caracterizado por uma expressão neuropsiquiátrica de doença orgânica, em que o indivíduo apresenta súbita alteração da capacidade cognitiva, possíveis flutuações do sono, consciência e atenção. O tratamento do delirium deve ser realizado por meio de uma abordagem multicomponente e interdisciplinar. **Objetivo:** Conhecer as intervenções não farmacológicas para o manejo de delirium por equipe multiprofissional e aquelas conduzidas especificamente pelo terapeuta ocupacional. **Método:** Revisão bibliográfica integrativa da literatura indexada nas bases Lilacs, Pubmed, Scopus e Web of Science e SciELO sem recorte temporal. **Resultados:** As intervenções visavam o empoderamento e a participação de todos os agentes envolvidos no tratamento do paciente com delirium. Destacaram-se estratégias voltadas para: o aumento da autonomia e da independência do paciente; adequação das condições ambientais, de modo a promover segurança, conforto, familiaridade e orientação temporal-espacial; adaptação da rotina para favorecer o ciclo sono-vigília; estimulação física, cognitiva e sensorial; melhora do desempenho ocupacional e estímulo à realização de atividades significativas; prescrição de recursos de tecnologia assistiva e terapias complementares, quando indicado; avaliação e monitoramento constante do paciente; controle da dor, de sintomas emocionais e de condições clínicas que predisõem ao delirium; melhora da comunicação do paciente e sua vinculação com a equipe e com a rede de apoio; e educação em saúde. **Conclusão:** As intervenções visam à integralidade do cuidado e devem, portanto, ser realizadas pelos diferentes profissionais que compõem a equipe, destacando-se o papel que os terapeutas ocupacionais exercem no gerenciamento do delirium.

**Palavras-chave:** Delírio, Administração dos Cuidados ao Paciente, Terapia Ocupacional.

Recebido em Nov. 20, 2020; 1ª Revisão em Fev. 12, 2021; 2ª Revisão em Mar. 24, 2021; Aceito em Mar. 25, 2021.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

### **Abstract**

**Introduction:** Delirium is a complex clinical condition characterized by a neuropsychiatric expression organic disease, in which the individual has a sudden change in cognitive capacity, possible fluctuations in sleep, awareness, and attention. The treatment of delirium must be carried out using a multicomponent and interdisciplinary approach. **Objective:** Learning about non-pharmacological interventions for the management of delirium by a multidisciplinary team and those conducted specifically by the occupational therapist. **Method:** Integrative bibliographic review on Lilacs, Pubmed, Scopus and Web of Science database and SciELO. **Results:** The interventions aimed at the empowerment and participation of all agents involved in the treatment of patients with delirium. We highlight strategies focused on: increasing patient autonomy and independence; adequacy of environmental conditions, promote safety, comfort, familiarity, and temporal-spatial orientation; adaptation of the routine to favor the sleep-wake cycle; physical, cognitive, and sensory stimulation; improving occupational performance and encouraging significant activities; prescription of assistive technology resources and complementary therapies, when indicated; constant evaluation and monitoring of the patient; control of pain, emotional symptoms and clinical conditions that predispose to delirium; improved communication of the patient and his bonding with the team and the support network; and health education. **Conclusion:** Interventions aim at integrality of care and therefore, must be carried out by the different professionals that compose the team, highlighting the role that occupational therapists play in the management of delirium.

**Keywords:** Delirium, Patient Care Management, Occupational Therapy.

## **Introdução**

O delirium é uma manifestação neuropsiquiátrica de doença orgânica, correspondente a um quadro clínico multifatorial caracterizado por um declínio agudo da capacidade cognitiva, podendo apresentar episódios de instabilidade nos níveis de atenção e consciência, além de confusões e pensamentos desorganizados (Oh-Park et al., 2018).

A prevalência do delirium na população geral é de cerca de 1-2%, no entanto, aumenta severamente em pessoas idosas, podendo chegar a 87% em casos de hospitalização (American Psychiatric Association, 2014). Além de a idade avançada se constituir como uma importante condição de risco, tem-se a hospitalização como principal fator precipitante do delirium, devido à grande variação ambiental e de rotina imposta (van Velthuisen et al., 2018). Ainda, condutas adotadas no ambiente hospitalar podem aumentar o risco do desenvolvimento de quadros de delirium, por exemplo, o uso de aparelhos de ventilação mecânica, imobilização e medicamentos sedativos (Balas et al., 2014).

O delirium pode ser classificado como hiperativo, hipoativo ou misto, de acordo com o nível de atividade psicomotora apresentado pelo paciente. O subtipo hiperativo é o mais frequentemente reconhecido e o hipoativo o mais comum em idosos (American Psychiatric Association, 2014). A flutuação dos sintomas que caracterizam o delirium pode dificultar, além de seu diagnóstico, o estabelecimento de uma comunicação entre paciente e equipe,

implicando assim a necessidade de implementar estratégias não farmacológicas (Rosen et al., 2015).

Estudos apontam o manejo não farmacológico como importante forma de prevenção de casos de delirium, por meio de medidas ambientais e de suporte. O uso de fármacos pode ser posteriormente adotado, se necessário, como parte de uma abordagem multicomponente (Robinson & Eiseman, 2008; Hipp & Ely, 2012).

Segundo Morandi et al. (2019), o tratamento do delirium deve se basear em uma abordagem interdisciplinar e multidimensional, envolvendo diferentes profissionais de saúde. Compreende-se que intervenções de Terapia Ocupacional reduzem os impactos da patologia e permitem ações com foco na prevenção (Tobar et al., 2017; Álvarez et al., 2017; Herling et al., 2018).

Uma busca assistemática na literatura sugeriu escassez de estudos que enfatizam as intervenções não farmacológicas para o manejo do delirium. Neste contexto, conduziu-se uma revisão bibliográfica integrativa que objetivou conhecer intervenções não farmacológicas para o manejo de delirium por equipe multiprofissional, e verificar a atuação do terapeuta ocupacional com esta população.

## Metodologia

A presente pesquisa foi desenvolvida nos moldes de uma revisão bibliográfica integrativa. Esta é o tipo mais abrangente de revisão, pois permite a inclusão de estudos experimentais, não experimentais e ainda a combinação de dados da literatura empírica e teórica (Whittemore & Knafl, 2005). O trabalho foi conduzido conforme as seguintes fases: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (Souza et al., 2010).

O estudo foi desenvolvido por duas estudantes de graduação, sendo uma voluntária inscrita no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da USP (PIBIC-USP) e uma bolsista pelo Programa Unificado de Bolsas de Estudos para Apoio à Permanência e Formação de Estudantes de Graduação (PUB-USP) da Universidade de São Paulo.

Para a seleção dos artigos deste estudo, foram definidos como critérios de inclusão: artigos originais, de revisão da literatura ou de relato de experiência; com revisão pelos pares; em português, inglês e espanhol; indexados nas bases *Lilacs*, *Pubmed*, *Scopus* e *Web of Science* e *SciELO*; que se relacionavam com estratégias de intervenções não farmacológicas da terapia ocupacional ou de equipe multiprofissional voltadas à prevenção ou manejo de delirium; e artigos que reuniam população com diferentes condições clínicas, desde que uma delas fosse o delirium. Visando maior abrangência na busca, não se realizou filtros por ano de publicação nas bases de dados. Foram excluídos artigos que abordavam somente estratégias farmacológicas voltadas ao delirium ou a outras condições de saúde correlatas; estudos de avaliação e validação de instrumentos; editoriais, cartas, resumos expandidos e resenhas de livros.

Os descritores utilizados foram *delirium* e *manejo*, respectivamente em inglês, *delirium* e *management*, combinados com o operador lógico booleano "AND". Na busca, especificou-se a necessidade de que o termo estivesse presente no título do artigo. Tal estratégia teve como finalidade encontrar materiais que abordassem como tema central o manejo do delirium. Com o objetivo de garantir que se encontrassem os artigos que

versavam sobre as intervenções conduzidas especificamente pelo terapeuta ocupacional no delirium, e reconhecer se estas eram realizadas ou não em conjunto com outros profissionais, buscou-se complementar os dados da primeira busca realizando uma segunda. Esta incluiu o descritor “terapia ocupacional”, utilizado em inglês, “*occupational therapy*” combinado com “*delirium*” e “*management*” a partir do operador lógico booleano “AND”. Foram reproduzidos os mesmos procedimentos da primeira busca, com exceção de que a segunda foi realizada por tópico.

Os resultados obtidos em cada base foram exportados para o gerenciador de dados Start, ferramenta de gerenciamento bibliográfico desenvolvida pelo Laboratório de Pesquisa em Engenharia de Software (LaPES), da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Inicialmente, realizou-se a seleção dos estudos encontrados com a leitura dos títulos, seus respectivos resumos e palavras-chave, de modo independente e cego por dois revisores, segundo os critérios de inclusão e exclusão. Os estudos selecionados nesta primeira busca foram lidos na íntegra para definição quanto à sua inclusão ou exclusão. Um terceiro revisor foi consultado quando houve divergências na seleção de artigos entre os dois revisores.

Os dados dos estudos da amostra final foram extraídos e sistematizados em quadros, conforme o protocolo Start. O rigor dos estudos selecionados foi analisado segundo o nível de evidência, em conformidade com a definição de Stillwell et al. (2010).

## Resultados

A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos artigos.

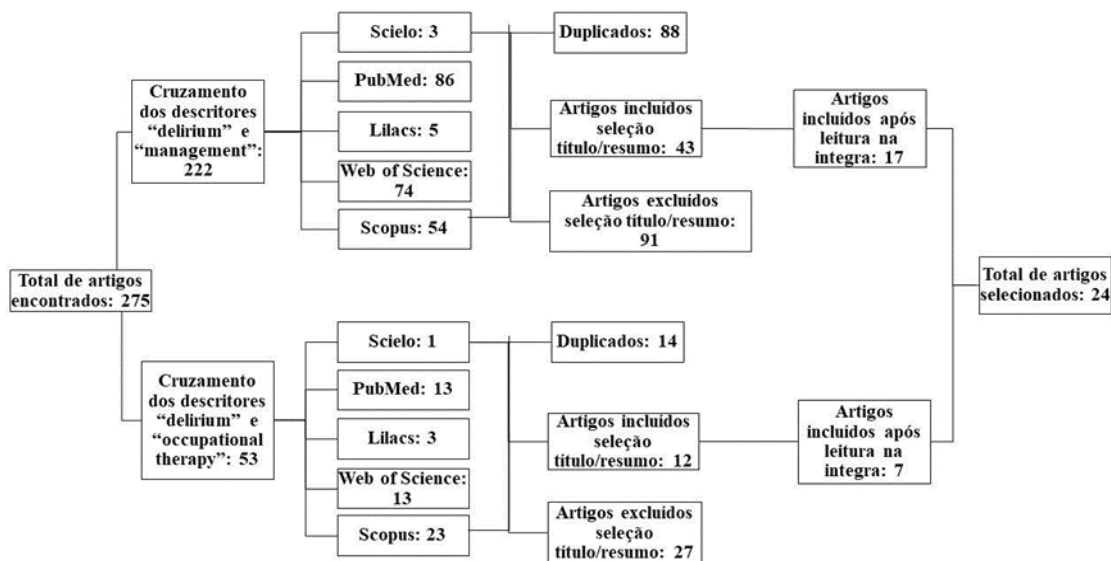


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos. São Paulo – SP, 2020.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

As características gerais dos artigos selecionados foram dispostas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características gerais dos artigos incluídos na revisão. São Paulo – SP, 2020.

Autor (es)	Periódico	Ano	País	Idioma	Delineamento de estudo	População do estudo	Nível de evidência científica
Banh (2012)	Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences	2012	Canadá	Inglês	Revisão de literatura	Pacientes adultos com doenças críticas	V
Chevrolet & Jolliet (2007)	Critical care Journal	2007	Suíça	Inglês	Revisão de literatura	Pacientes criticamente enfermos internados na UTI	V
El Majzoub et al. (2019)	Annals of palliative medicine	2019	Líbano	Inglês	Revisão de literatura	Pacientes com câncer	V
Finucane et al. (2017)	Journal Psycho-oncology	2017	Reino Unido	Inglês	Revisão de literatura	Cuidadores de pacientes terminais com delirium	V
Hipp & Ely (2012)	Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental	2012	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura	Pacientes com doenças críticas	V
Hughes et al. (2012)	Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology	2012	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura	Não específica	V
Irwin et al. (2013)	Journal of palliative medicine	2013	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura	Profissionais de saúde	V
Kalish et al. (2014)	American Family Physician	2014	Estados Unidos	Inglês	Revisão de Literatura	Idosos	V
Kolanowski et al. (2016)	Journal of the American Geriatrics Society	2016	Estados Unidos	Inglês	Estudo randomizado controlado	Idosos hospitalizados que apresentavam estágio leve a moderado de demência e delirium	II
Meagher (2001)	British Medical Journal	2001	Reino Unido	Inglês	Revisão de literatura	Não específica	V
Morandi et al. (2017)	Critical Care Medicine	2017	Itália	Inglês	Artigo qualitativo	Não específica	VI
Oh-Park et al. (2018)	American Journal Physical Medicine & Rehabilitation	2018	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura	Pacientes internados em instalações de reabilitação	V
Quiroz et al. (2014)	Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria	2014	Chile	Espanhol	Revisão de literatura	Idosos	V
Robinson & Eiseman (2008)	Clinical interventions in aging	2008	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura	Idosos	V
Rosen et al. (2015)	Advanced Emergency Nursing Journal	2015	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura	Idosos com delirium atendidos no departamento de emergência	V

**Tabela 1.** Continuação...

Autor (es)	Periódico	Ano	País	Idioma	Delineamento de estudo	População do estudo	Nível de evidência científica
Salawu et al. (2009)	Annals of African medicine	2009	Nigéria	Inglês	Revisão de literatura	Não específica	V
van Velthuisen et al. (2018)	International Journal of Geriatric Psychiatry	2018	Holanda	Inglês	Estudo de coorte retrospectivo	Pacientes idosos diagnosticados com delirium	IV
Álvarez et al. (2012)	Revista Chilena de Terapia Ocupacional	2012	Chile	Espanhol	Ensaio clínico randomizado	Pacientes idosos internados em unidade de terapia intensiva	II
Cavallazzi et al. (2012)	Annals of Intensive Care	2012	Estados Unidos	Inglês	Revisão de Literatura	Pacientes internados em unidade de terapia intensiva	V
Ibrahim et al. (2018)	Journal of the American Heart Association	2018	Estados Unidos	Inglês	Revisão de Literatura	Pacientes da unidade de tratamento intensivo cardíaco	V
Morandi et al. (2019)	BMC Geriatrics	2019	Itália	Inglês	Revisão de Literatura	Não específica	V
Pozzi et al. (2020)	European Geriatric Medicine	2020	Suíça	Inglês	Revisão de Literatura	Idosos	V
Rains & Chee (2017)	Journal of the Intensive Care Society	2017	Reino Unido	Inglês	Revisão de Literatura	Não específica	V
Tobar et al. (2017)	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	2017	Chile	Inglês	Revisão de Literatura	Não específica	V

Conforme os dados sistematizados, os artigos abordavam o manejo do delirium em diferentes populações: idosos (n=8), pacientes com doenças críticas (n=6), cuidadores de pacientes terminais (n=1), pacientes com câncer (n=1), profissionais de saúde (n=1) e população não especificada (n=7).

No que tange ao local de realização destes estudos, identificou-se: UTI (n=10), hospitais (n=4), instalações de reabilitação (n=1), departamento de emergência (n=1) e local não especificado (n=5). Ainda, 3 estudos apontaram que as estratégias para manejo do delirium poderiam ser aplicadas em mais de um local, sendo: UTI, instalações de cuidados a longo-prazo, cuidados paliativos e na comunidade (Kalish et al., 2014); UTI, instalações de reabilitação e lares de idosos (Pozzi et al., 2020); e em qualquer espaço de cuidado, incluindo a atenção no domicílio (Irwin et al., 2013).

Em poucos estudos foram apontadas limitações, sendo que em 17% essas se referiam à coleta de dados, e em 4% correspondiam a não mensuração da eficácia do protocolo de intervenção aplicado. Em relação às sugestões para estudos futuros, 54% explicitaram a necessidade de mais pesquisas relacionadas ao tema, 4% indicaram que a participação do usuário e seus familiares na construção do tratamento também deve ser abordada. Acrescenta-se que 21% dos artigos não indicaram limitações ou sugestões para novos estudos.

Uma questão abordada nos estudos se referiu ao delirium do subtipo hipoativo, o qual não é frequentemente identificado nas avaliações disponíveis para o diagnóstico de delirium ou está associado a um início tardio do tratamento. Infere-se que isto ocorra, pois, frequentemente, os pacientes com esse subtipo de delirium apresentam comportamentos apáticos, letárgicos e

passíveis de confusão em decorrência de quadros de depressão, demência ou relacionados à sedação (Oh-Park et al., 2018; Meagher, 2001; van Velthuisen et al., 2018; Hipp & Ely, 2012; Hughes et al., 2012). Diferentemente, os pacientes com delirium hiperativo frequentemente apresentam sintomas visíveis, como a agitação motora, sendo mais facilmente diagnosticados (Hipp & Ely, 2012).

A Tabela 2 mostra os profissionais que compuseram as intervenções descritas nos artigos.

**Tabela 2.** Profissionais que compuseram as intervenções. São Paulo – SP, 2020.

Autor (es)	Terapeuta Ocupacional		Médico	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Farmacêutico	Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	Fonoaudiólogo	Nutricionista	Assistente social
	Menção	Descrição da atenção								
Álvarez et al. (2012)	X	X	X	X						
Banh (2012)			X	X						
Cavallazzi et al. (2012)	X			X	X					
Chevrolet & Jolliet (2007)			X	X						
El Majzoub et al. (2019)			X	X						
Finucane et al. (2017)				X		X				
Hipp & Ely (2012)			X	X		X	X			
Hughes et al. (2012)	X		X	X	X					
Ibrahim et al. (2018)	X		X	X	X					
Irwin et al. (2013)			X							
Kalish et al. (2014)			X	X						
Kolanowski et al. (2016)				X	X			X		
Meagher (2001)			X	X						
Morandi et al. (2017)	X									
Morandi et al. (2019)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oh-Park et al. (2018)			X	X						
Pozzi et al. (2020)	X	X	X	X	X					
Quiroz et al. (2014)	X	X		X						
Rains & Chee (2017)	X	X			X					
Robinson & Eiseman (2008)			X	X						

**Tabela 2.** Continuação...

Autor (es)	Terapeuta Ocupacional		Médico	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Farmacêutico	Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	Fonoaudiólogo	Nutricionista	Assistente social
	Menção	Descrição da atenção								
Rosen et al. (2015)			X	X						
Salawu et al. (2009)			X	X						
Tobar et al. (2017)	X	X			X					
van Velthuisen et al. (2018)	X	X	X	X						

Fonte: Elaborado pelas autoras, São Paulo – SP, 2020.

Os profissionais mais citados nos estudos foram enfermeiros (n=21) e médicos (n=17), sendo que, desses, 16 artigos referem ambos. Em relação ao terapeuta ocupacional, dentre os 11 artigos que mencionaram esse profissional, apenas 7 descreveram sua atuação. Identificou-se que esses estudos abordavam a atuação da terapia ocupacional em conjunto com a fisioterapia.

A Tabela 3 mostra as intervenções não farmacológicas realizadas pela equipe multiprofissional no manejo do delirium, organizadas em categorias.

**Tabela 3.** Categorização das intervenções não farmacológicas de prevenção e manejo de delirium. São Paulo – SP, 2020.

Intervenções	Autor (es)	Descrição e/ou finalidade da atenção
Iluminação ambiental	Pozzi et al. (2020)	Adequar a iluminação ambiental
	Álvarez et al. (2012), Morandi et al. (2017), Quiroz et al. (2014)	Adequar a iluminação ambiental para favorecer o sono
	Cavallazzi et al. (2012)	Expor o paciente à luz natural durante o dia e minimizar a exposição à luz artificial durante a noite
	El Majzoub et al. (2019), Irwin et al. (2013), Morandi et al. (2019), Tobar et al. (2017)	Minimizar o excesso de estímulos luminosos usando dispositivos como máscara ocular
	Meagher (2001)	Orientar o paciente no ambiente
	Rosen et al. (2015), Salawu et al. (2009)	Modificar a intensidade da iluminação para indicar a mudança dia/noite
Redução de ruído ambiental	Cavallazzi et al. (2012)	Reduzir os ruídos ambientais
	Álvarez et al. (2012), Morandi et al. (2017), Oh-Park et al. (2018), Pozzi et al. (2020), Quiroz et al. (2014)	Reduzir os ruídos ambientais para favorecer o sono
	Banh (2012)	Incorporar um protocolo que instaure momentos de silêncio duas vezes ao dia em horários específicos; interromper o uso de monitores ou equipamentos desnecessários; minimizar o uso do telefone e conversas em torno do paciente
	Banh (2012), Morandi et al. (2019), Rains & Chee (2017), Tobar et al. (2017)	Minimizar o excesso de estímulos auditivos usando dispositivos como tampões auriculares
	Meagher (2001)	Controlar os níveis de ruído, tendo como base <45 decibéis durante o dia e <20 decibéis durante a noite



**Tabela 3.** Continuação...

Intervenções	Autor (es)	Descrição e/ou finalidade da atenção
Otimização da temperatura do ambiente	Cavallazzi et al. (2012), Rosen et al. (2015)	Adequar a temperatura do ambiente
	Pozzi et al. (2020)	Abordar causas específicas que geram estresse, como por exemplo excesso de calor/frio
Estratégias de (re)orientação temporal e espacial	Morandi et al. (2019), Pozzi et al. (2020), Tobar et al. (2017)	Implementar estratégias de (re)orientação
	Álvarez et al. (2012), Finucane et al. (2017), Ibrahim et al. (2018), Irwin et al. (2013), Kalish et al. (2014), Meagher (2001), Pozzi et al. (2020), Quiroz et al. (2014), Rains & Chee (2017), Rosen et al. (2015), Salawu et al. (2009), van Velthuisen et al. (2018)	Disponibilizar no quarto dispositivos de reorientação temporal, em locais visíveis e com informações claras, como: relógios, calendários, materiais de orientação, lembretes e quadros com a programação do dia, notícias diárias veiculadas na mídia, diário pessoal do paciente, falar sobre eventos familiares próximos, folhetos informativos e rádio
	Álvarez et al. (2012), Oh-Park et al. (2018), Robinson & Eiseman (2008)	Orientar o paciente espacialmente
	El Majzoub et al. (2019), Ibrahim et al. (2018)	Orientar o paciente com uso de lembretes diários
	Álvarez et al. (2012), Ibrahim et al. (2018), Rosen et al. (2015)	Fornecer frequentemente informações que orientem o paciente acerca do motivo de sua hospitalização
	Irwin et al. (2013), Meagher (2001), Oh-Park et al. (2018), Rosen et al. (2015)	Estimular a participação da família e amigos visando à reorientação do paciente
	Finucane et al. (2017), Meagher (2001), Pozzi et al. (2020)	Favorecer que o ambiente tenha objetos familiares e personalizados
Organização do ambiente	Meagher (2001), Salawu et al. (2009)	Priorizar que o paciente fique em quartos individuais
	Irwin et al. (2013), Meagher (2001), Rosen et al. (2015)	Disponibilizar, em local visível, quadros com os nomes dos funcionários que o paciente tem contato
Estabelecimento de relação do paciente com a equipe de funcionários	Kalish et al. (2014), Meagher (2001)	Minimizar mudanças na equipe de enfermagem
	Meagher (2001)	Estabelecer profissional de referência para atendimento ao paciente
Garantia da segurança do paciente	Irwin et al. (2013)	Remover ou monitorar o acesso a itens perigosos, forrar as grades do leito, abaixar o nível das camas o máximo possível e colocar tapetes emborrachados no chão
	Meagher (2001)	Permitir espaço adequado entre as camas, retirando objetos desnecessários
	Quiroz et al. (2014)	Adicionar uma porta de acesso por cartão e ter camas hospitalares baixas
	Rosen et al. (2015)	Posicionar o leito do paciente no campo de visão da equipe; minimizar o uso de dispositivos que possam reduzir a mobilidade do paciente
	Irwin et al. (2013), Oh-Park et al. (2018), Pozzi et al. (2020), Quiroz, Araya & Fuentes (2014), Robinson & Eiseman (2008), Rosen et al. (2015)	Adequar o banheiro com a instalação de sensor de luz; ter leitos com proteção alta nas cabeceiras
	Salawu et al. (2009)	Avaliar a segurança do paciente e evitar o uso de equipamentos que ele possa ferir a si próprio ou aos outros
	El Majzoub et al. (2019), Hughes et al. (2012), Ibrahim et al. (2018), Robinson & Eiseman (2008)	Retirar ou fixar dispositivos potencialmente prejudiciais, como: linhas, cateteres, <i>foleys</i> , tubos nasogástricos ou conectores de acesso intravenoso
Robinson & Eiseman (2008)	Monitorar pacientes que apresentam risco de automutilação	
	Álvarez et al. (2012), Chevrolet & Jolliet (2007), El Majzoub et al. (2019), Irwin et al. (2013), Oh-Park et al. (2018), Robinson & Eiseman (2008), Rosen et al. (2015), Salawu et al. (2009), van Velthuisen et al. (2018)	Reduzir o uso de restrições físicas ou considerar seu uso somente em caso de pacientes muito agitados que representem risco para si próprios ou quando outros meios de tratamento do delirium não tenham sido suficiente.

**Tabela 3.** Continuação...

Intervenções	Autor (es)	Descrição e/ou finalidade da atenção
Correção de <i>deficit</i> sensoriais relacionados à visão ou audição	Álvarez et al. (2012), Banh (2012), El Majzoub et al. (2019), Ibrahim et al. (2018), Irwin et al. (2013), Kalish et al. (2014), Meagher (2001), Morandi et al. (2019), Oh-Park et al. (2018), Robinson & Eiseman (2008), Rosen et al. (2015)	Disponibilizar aparelhos visuais individualizados, como: óculos, lentes de contato, lupas e lentes de aumento
	Álvarez et al. (2012), Banh (2012), El Majzoub et al. (2019), Ibrahim et al. (2018), Irwin et al. (2013), Kalish et al. (2014), Meagher (2001), Morandi et al. (2019), Oh-Park et al. (2018), Robinson & Eiseman (2008), Rosen et al. (2015)	Disponibilizar aparelhos auditivos individualizados, como dispositivos de amplificação
Promoção da saúde bucal	Meagher (2001)	Disponibilizar dentaduras
	Oh-Park et al. (2018)	Favorecer a higiene bucal
Controle da dor	Ibrahim et al. (2018), Oh-Park et al. (2018), Salawu et al. (2009)	Controlar a dor
	Rains & Chee (2017)	Avaliar e gerenciar a dor, com base em uma abordagem multifatorial
	Rosen et al. (2015)	Realizar palpação na pele, ossos e articulações para identificar pontos dolorosos; verificar a presença de dor crônica; realizar analgesia adequada; em caso de lesão aguda, fazer crioterapia, elevação ou imobilização, se necessário
Prevenção de outros quadros clínicos associados ao processo de hospitalização	Oh-Park et al. (2018), Quiroz et al. (2014), Salawu et al. (2009)	Avaliar a deglutição de forma supervisionada e assistida
	Morandi et al. (2019)	Gerenciar a hipóxia contando com uma equipe capacitada para sua prevenção
	Hughes et al. (2012), Kalish et al. (2014), Morandi et al. (2019), Oh-Park et al. (2018), Quiroz et al. (2014), Salawu et al. (2009), Rains & Chee (2017), Robinson & Eiseman (2008)	Manter a hidratação adequada
	Ibrahim et al. (2018)	Monitorar o equilíbrio dos eletrólitos do paciente
	Irwin et al. (2013)	Monitorar a ingestão de líquidos e reidratar o paciente com bebidas que contenham sal, como sopas e bebidas esportivas
	Robinson & Eiseman (2008)	Prevenir a hipovolemia
	Rosen et al. (2015)	Monitorar os biomarcadores renais (nitrogênio uréico sanguíneo e creatinina) e, caso necessário, administrar líquido intravenoso isotônico
	Banh (2012), Morandi et al. (2019), Quiroz et al. (2014), Rains & Chee (2017), Robinson & Eiseman (2008), Oh-Park et al. (2018)	Manter uma nutrição adequada
	Rosen et al. (2015)	Verificar a bexiga com ultrassom e, se necessário, esvaziá-la com um cateter urinário reto
	Pozzi et al. (2020), Oh-Park et al. (2018), Robinson & Eiseman (2008)	Evitar a incontinência e retenção urinária
Oh-Park et al. (2018), Morandi et al. (2019)	Prevenir a constipação	
Rosen et al. (2015)	Verificar a higiene das roupas íntimas do paciente; fazer exame retal se necessário; considerar a necessidade de desimpactação; restringir o uso de medicamentos que causam constipação	
Finucane et al. (2017), Salawu et al. (2009)	Prevenir privações sensoriais	
Oh-Park et al. (2018), Salawu et al. (2009)	Tratar as condições sistêmicas subjacentes	
Posicionamento adequado no leito	Chevrolet & Jolliet (2007), Oh-Park et al. (2018)	Posicionar o paciente adequadamente no leito, evitando: úlceras por pressão ou sensação de dor na bexiga

Tabela 3. Continuação...

Intervenções	Autor (es)	Descrição e/ou finalidade da atenção
Mobilidade e exercício precoces	Álvarez et al. (2012), El Majzoub et al. (2019), Hipp & Ely (2012), Hughes et al. (2012), Kalish et al. (2014), Meagher (2001), Morandi et al. (2017), Morandi et al. (2019), Oh-Park et al. (2018), Pozzi et al. (2020), Robinson & Eiseman (2008), Tobar et al. (2017)	Aplicar exercícios de mobilização precoce adaptados às capacidades de cada paciente, favorecendo a deambulação diária, amplitude de movimento e prevenção de complicações relacionadas à imobilização
	Morandi et al. (2017)	Aplicar exercícios com amplitude de movimento passivo combinado (PROM), fisioterapia ativa, deambulação, cicloergometria e estimulação elétrica neuromuscular
	Rains & Chee (2017)	Mobilizar o paciente sentado, utilizar uma <i>cadeira stryker</i> para transferências e <i>motomed</i> para a realização de exercícios passivos e ativos assim que o paciente se mostrar estável
Tecnologia Assistiva	Quiroz et al. (2014)	Utilizar dispositivos de auxílio à marcha, como andador e bengala, para auxiliar na realização de mobilizações precoces
Estratégias de promoção do sono	Hipp & Ely (2012), Hughes et al. (2012), Kalish et al. (2014), Morandi et al. (2019), Rains & Chee (2017), Robinson & Eiseman (2008), Tobar et al. (2017)	Favorecer um sono tranquilo e ininterrupto
	Álvarez et al. (2012), Ibrahim et al. (2018), Meagher (2001), Morandi et al. (2017)	Evitar a administração de medicamentos de madrugada, fechar portas e manter as luzes apagadas neste período
	Cavallazzi et al. (2012), Pozzi et al. (2020), Rains & Chee (2017)	Facilitar o sono por meio do uso de dispositivos, como: tampões de ouvido e máscaras oculares
	Banh (2012), Quiroz et al. (2014)	Favorecer um ambiente noturno agradável por meio de: massagens, músicas relaxantes e ingestão de bebidas mornas ou quentes
	van Velthuisen et al. (2018)	Envolver a família para passar a noite com o paciente, trazendo travesseiros e lençóis de sua casa para tornar o ambiente hospitalar mais confortável
Redução do uso de estratégias farmacológicas	Cavallazzi et al. (2012), Oh-Park et al. (2018), Rains & Chee (2017)	Reduzir as sedações diárias, adequando às necessidades singulares
	Álvarez et al. (2012), Kalish et al. (2014), Morandi et al. (2019), Rains & Chee (2017), Oh-Park et al. (2018), Tobar et al. (2017)	Reduzir o uso de drogas que podem desencadear delirium. Para tanto, levar em consideração a interação com outros medicamentos, como: psicoativos, anticolinérgicos e benzodiazepínicos
Participação do paciente	Irwin et al. (2013)	Envolver o paciente no momento de preenchimento de sua documentação hospitalar
	Meagher (2001)	Incentivar que o paciente dê <i>feedbacks</i> sobre sua dor, visando promover o autocuidado e a participação no tratamento
Participação e empoderamento da família	Álvarez et al. (2012), Finucane et al. (2017), Kalish et al. (2014), Meagher (2001), Morandi et al. (2017), Morandi et al. (2019)	Envolver e empoderar as famílias, incentivar sua presença e visitas prolongadas; ter uma equipe de apoio aos familiares
	Irwin et al. (2013), Meagher (2001), Rosen et al. (2015)	Estimular que os membros da família e amigos auxiliem o paciente a se comunicar e possam acalmar, ajudar, proteger, apoiar e advogar pelo paciente
Educação em saúde	Chevrolet & Jolliet (2007); El Majzoub et al. (2019), Finucane et al. (2017), Irwin et al. (2013), Kalish et al. (2014), Morandi et al. (2017), Oh-Park et al. (2018), Tobar et al. (2017)	Oferecer educação em saúde aos familiares e cuidadores, de forma verbal ou escrita sobre: prevenção, identificação e tratamento do delirium. Para tanto, fazer uso de orientações em folhetos e livretos; e fornecer explicações claras, completas e objetivas sobre as opções de tratamento, como lidar com o paciente com delirium e como lhe fornecer apoio emocional
	Álvarez et al. (2012), Finucane et al. (2017), Meagher (2001), Tobar et al. (2017)	Oferecer educação em saúde aos profissionais sobre as causas de delirium em idosos, seus tipos, fatores de risco, sintomas prodrômicos; além das funções de cada membro da equipe na prevenção desta condição
	Salawu et al. (2009), van Velthuisen et al. (2018)	Especializar a equipe a respeito dos tratamentos e intervenções específicas no delirium

**Tabela 3.** Continuação...

Intervenções	Autor (es)	Descrição e/ou finalidade da atenção
Intervenções psicoeducacionais para redução da ansiedade	Salawu et al. (2009)	Aplicar intervenções psicoeducacionais para diminuir ansiedade e ressignificar experiências de delirium
Comunicação entre equipe e paciente	Irwin et al. (2013), Cavallazzi et al. (2012), Rosen et al. (2015)	Melhorar a comunicação entre equipe e paciente ao: identificar-se cada vez que encontrar o paciente, oferecer repetidamente lembretes verbais, não utilizar linguagem extremamente técnico, dirigir-se ao paciente pessoalmente com instruções objetivas
	Oh-Park et al. (2018), Pozzi et al. (2020)	Evitar confrontos com o paciente, agir de maneira calma e repetir orientações sempre que necessário
	Meagher (2001)	Considerar se é necessário um intérprete no caso de deficiências sensoriais
Avaliação e monitoramento do paciente pela equipe	Hipp & Ely (2012), Oh-Park et al. (2018), Salawu et al. (2009)	Monitorar diariamente o paciente, desde a admissão até a alta, com atenção a aspectos, como: avaliar sinais vitais, status do fluido-eletrólito, saturação de oxigênio, status respiratório e cardiovascular, possíveis infecções na pele, déficit neurológico
	van Velthuisen et al. (2018)	Aplicar o <i>Delirium Observation Screening</i> , de manhã, tarde e noite, para avaliar e monitorar o delirium
	Salawu et al. (2009)	Realizar avaliação cognitiva
Estimulação cognitiva	Banh (2012), Hughes et al. (2012), Kolanowski et al. (2016), Irwin et al. (2013), Rains & Chee (2017), Tobar et al. (2017)	Oferecer atividades cognitivamente estimulantes, de maneira precoce, regular e individualizadas
Organização da rotina	Rains & Chee (2017)	Implementar uma rotina de atividades diurnas, organizada em horários, incluindo tarefas funcionais e períodos de descanso
Musicoterapia	Banh (2012), Tobar et al. (2017)	Utilizar musicoterapia
Cromoterapia	Quiroz et al. (2014), Salawu et al. (2009), Tobar et al. (2017)	Utilizar terapia com luz
Terapias relaxantes	Banh (2012), Quiroz et al. (2014)	Aplicar técnicas de relaxamento e massoterapia para auxiliar na melhora da agitação e do sono
Medicina alternativa e complementar	Banh (2012)	Utilizar práticas, como: técnicas da medicina chinesa, ayurveda, homeopatia/medicina naturopática, terapia assistida por animais, arteterapia, imagens guiadas, meditação, musicoterapia, oração, acupressão, quiropraxia/terapia manipulativa e massagem, uso de suplementos alimentares e produtos à base de plantas, Qigong, reiki, toque terapêutico e terapias baseadas em bioeletromagnética
Pacote ABCDEF	Hipp & Ely (2012), Ibrahim et al. (2018), Morandi et al. (2017), Rains & Chee (2017), Tobar et al. (2017)	Implementar as estratégias que compõem o pacote ABCDEF, que se referem, respectivamente, ao “teste de acordar/despertar espontaneamente”, “ensaios diários de respiração espontânea”, à escolha adequada de sedativos, à retirada do paciente da ventilação mecânica e da UTI o mais breve possível, à realização de mobilização precoce para reduzir o delirium e melhorar os resultados cognitivos a longo prazo e realizar intervenções que visem envolver e empoderar a família
Programa de Vida para Idosos no Hospital (HELP)	Hipp & Ely (2012), Kalish et al. (2014), Oh-Park et al. (2018), Quiroz et al. (2014)	Reorientar o paciente com calendários de parede, quadros com fotografias da família, visitas de amigos e familiares; promover a mobilização precoce; favorecer um ambiente noturno tranquilo com a ingestão de bebidas quentes e música agradável; reduzir a luz e ruído ambiental; evitar controles desnecessários; e manter a hidratação e nutrição adequadas

Como observado na Tabela 3, o manejo do delirium é realizado por meio de diferentes intervenções, as quais são direcionadas ao paciente, à sua rede de apoio, à vinculação destes com a equipe e ao ambiente. Além disso, foram identificadas estratégias consideradas complementares e programas estruturados multicomponentes.

## Terapia ocupacional

As intervenções realizadas pelo terapeuta ocupacional, descritas nos artigos, de modo uniprofissional ou em conjunto com outros membros da equipe, foram organizadas e dispostas na Tabela 4.

**Tabela 4.** Categorização das intervenções não farmacológicas de prevenção e manejo de delirium realizadas por terapeutas ocupacionais. São Paulo – SP, 2020.

Ação da terapia ocupacional	Autor(es)	Finalidade/ Detalhamento da ação da terapia ocupacional
Intervenção terapêutica ocupacional	Hughes et al. (2012)	Melhorar a capacidade funcional e cognitiva
	Cavallazzi et al. (2012)	Diminuir a duração do delirium e melhorar o estado funcional
	Hughes et al. (2012), Ibrahim et al. (2018), Kolanowski et al. (2016)	Diminuir o delirium
Modificação das atividades	Morandi et al. (2019)	Modificar as atividades conforme habilidades funcionais e cognitivas visando maior autonomia, senso de eficácia, satisfação e bem-estar
Interação social	van Velthuisen et al. (2018)	Utilizar atividades com música ou arte em sala confortável para favorecer interação entre idosos com delirium
	Álvarez et al. (2012)	Favorecer a interação do paciente com objetos e pessoas próximas
Restauração de uma rotina diária	Morandi et al. (2019), van Velthuisen et al. (2018)	Criar uma rotina significativa, alternando atividades e períodos de descanso; evitar a privação ocupacional, promovendo autonomia e envolvimento nas atividades cotidianas
Estimulação Sensorial	Álvarez et al. (2012), Tobar et al. (2017)	Estimular os diferentes canais sensoriais do paciente (visual, auditivo, tátil, proprioceptivo e gustativo), por um período de cinco dias, com frequência de duas intervenções diárias, cada uma com duração de 40 minutos
	Álvarez et al. (2012), Morandi et al. (2019), Pozzi et al. (2020), Tobar et al. (2017)	Realizar estimulação frequente dos diferentes canais sensoriais
	Pozzi et al. (2020)	Fornecer estimulação multissensorial; intervir na deficiência sensorial por meio de ocupações significativas e familiares
	Morandi et al. (2019)	Reduzir estímulos sensoriais do ambiente que exacerbam o delirium no paciente
Posicionamento	Álvarez et al. (2012), Pozzi et al. (2020), Tobar et al. (2017)	Posicionar o paciente adequadamente para fornecer conforto, manter ou melhorar a funcionalidade e evitar complicações decorrentes da pouca mobilização
	Morandi et al. (2019)	Realizar mudanças posturais e estimular a interação com o ambiente
Estimulação cognitiva	Álvarez et al. (2012), Rains & Chee (2017), Pozzi et al. (2020), Quiroz et al. (2014), Tobar et al. (2017)	Promover estimulação das diferentes funções cognitivas por meio do uso da comunicação e do desempenho de atividades
Treinamento de atividades básicas da vida diária (ABVDs)	Álvarez et al. (2012), Morandi et al. (2019), Pozzi et al. (2020), Tobar et al. (2017)	Diversificar a rotina; oferecer treinamento para o desempenho de atividades básicas da vida diária e de lazer visando independência
Estimulação motora dos membros superiores	Álvarez et al. (2012), Tobar et al. (2017)	Manter ou ativar movimentos funcionais e melhorar a força dos membros superiores por meio de atividades, como: exercícios com equipamentos, ergoterapia e atividades bimanuais
Tecnologia Assistiva	Álvarez et al. (2012), Morandi et al. (2019), Tobar et al. (2017)	Usar dispositivos de tecnologia assistiva para posicionamento adequado e prevenção de úlceras por pressão e deformidades

**Tabela 4.** Continuação...

<b>Ação da terapia ocupacional</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Finalidade/ Detalhamento da ação da terapia ocupacional</b>
Educação em saúde	Morandi et al. (2019), Pozzi et al. (2020), Tobar et al. (2017)	Sugerir estratégias de solução de problemas; apoiar e orientar os cuidadores informais sobre o reconhecimento dos sinais e sintomas do delirium, como prestar assistência adequada para realizar atividades de vida diária e como comunicar-se mais adequadamente com o paciente
	Pozzi et al. (2020), Rains & Chee (2017)	Oferecer educação em saúde para o paciente, equipe, familiares e cuidadores
Participação dos familiares e cuidadores no tratamento	Álvarez et al. (2012), Morandi et al. (2019), Pozzi et al. (2020), Tobar et al. (2017)	Favorecer a presença e envolvimento da família no cuidado por meio de estratégias, como: colaboração para estimulação cognitiva, participação em reuniões familiares, disponibilização de materiais de orientação
Estratégias para promoção do sono	Pozzi et al. (2020), Rains & Chee (2017)	Promover a higiene do sono
Adaptações comportamentais	Pozzi et al. (2020)	Relacionar-se com o paciente de maneira calma, evitando confronto, repetir as informações sempre que necessário, evitar trocas de profissionais que estão em contato com o paciente; incentivar o autocuidado; abordar causas específicas de estresse
Adaptações ambientais	Pozzi et al. (2020)	Modificar o ambiente; oferecer ao paciente quarto individual; ajustar a iluminação e temperatura ambientais; fornecer orientação temporal, espacial e acesso a objetos familiares; e evitar transferências de leito desnecessárias

O cuidado oferecido pelos terapeutas ocupacionais se concentrou em estratégias individualizadas que enfatizavam o desempenho ocupacional, a melhora das capacidades físicas e cognitivas, o posicionamento adequado, a realização de atividades significativas, o aumento da autonomia, satisfação e bem-estar, o estímulo à participação da família, a promoção da educação em saúde para favorecer a interação com o paciente, o manejo de fatores comportamentais e ambientais e os possíveis disparadores de estresse no paciente.

## Discussão

Este estudo permitiu evidenciar estratégias não farmacológicas para o manejo do delirium, incluindo aquelas realizadas pelo terapeuta ocupacional. Identificamos que 80% dos estudos da amostra foram classificados como de baixa evidência científica. Observou-se descrições pouco elaboradas das intervenções não farmacológicas e falta de informações sobre quais profissionais são responsáveis por sua implementação.

Diferentes populações são abordadas nos estudos encontrados, porém, nem todos os autores especificaram a amostra para além de pessoas com delirium. Entretanto, vale colocar que, em maior número, os idosos foram citados como população-alvo das intervenções. Tal fato se mostrou relevante, considerando que as singularidades dos idosos devem ser acolhidas durante a hospitalização (Hammerschmidt & Santana, 2020).

Vale também destacar que a rotina do usuário internado é estruturada por protocolos clínicos assistenciais que influenciam as relações entre pacientes, equipe e serviço. No caso de um paciente hospitalizado com delirium, tais protocolos implicam uma despersonalização e dificuldade de apropriação pelo paciente de seu processo de cuidado. Além disso, a própria condição de hospitalização provoca um distanciamento do cotidiano e dos ambientes com os quais o paciente se identifica (Imanishi & Silva, 2016). Os resultados dessa pesquisa demonstram a necessidade de se debruçar sobre as tecnologias relacionais que envolvem a

interação com o paciente no espaço assistencial, bem como sobre modificações do ambiente e de protocolos rígidos que predisõem ao delirium ou a seu agravamento.

Além disso, os resultados favorecem a reflexão sobre o subdiagnóstico relacionado aos diferentes tipos existentes de delirium, fator esse que implica diretamente o prognóstico e o tratamento prestado. Compreende-se que, nos quadros de delirium, os usuários pouco comunicativos, apáticos ou que não solicitam frequentemente a equipe no decorrer do tratamento podem receber menor atenção dos profissionais, que, por vezes, consideram-se desencorajados ou esquecem de interagir com o paciente (Alasad & Ahmad, 2005). Alguns estudos apontam ainda que a relação com pacientes não comunicativos pode gerar sentimento de frustração em profissionais atuantes no hospital (Happ et al., 2011). Assim, é possível inferir que o pouco *feedback* trazido pelos pacientes com delirium hipoativo influencie na interação destes com a equipe. Tal aspecto, muito possivelmente, impacta negativamente na qualidade da assistência ofertada, o que mostra a relevância do investimento em abordagens não farmacológicas para esses pacientes.

Desse modo, conforme apontado pelos estudos encontrados, torna-se importante considerar a comunicação entre equipe e paciente como uma estratégia não-farmacológica que auxilia no manejo do delirium. Indica-se que esta deva ser efetuada de maneira clara e efetiva, envolvendo um diálogo entre o profissional de referência e os outros membros da equipe. A comunicação entre paciente e equipe é fator determinante na qualidade do cuidado, de modo que é fundamental que o profissional de saúde desenvolva habilidades para compreender os aspectos comunicacionais verbais e não verbais do paciente (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

A comunicação, tanto verbal quanto não verbal, permite identificar os conteúdos explícitos e implícitos que o sujeito deseja emitir. Somado a ela, a escuta implicada também se constitui como uma ferramenta essencial na área da saúde, e influencia as relações intersubjetivas entre equipe, paciente e família (Campos et al., 2019). Essas ferramentas, desse modo, favorecem a compreensão dos desejos e sentimentos de cada indivíduo em seu processo de adoecimento.

Identificou-se também pelos resultados que o tratamento do delirium deve enfatizar o protagonismo do indivíduo e de seus cuidadores na construção do plano de cuidados. Segundo Pinheiro & Guanaes (2011), ter uma rede social de apoio é importante para reforçar sentimentos de bem-estar e ampliar o suporte para o enfrentamento de crises. Nessa perspectiva, o envolvimento do usuário e familiares favorece sua participação ativa e apropriação sobre seu cuidado, contrapondo-se à medicalização do sofrimento (Tesser & Dallegrave, 2020).

A complexidade envolvida na condição do paciente com delirium exige uma equipe interdisciplinar com comunicação constante e ações coordenadas. Nessa perspectiva, a equipe tem potencial para elaborar um trabalho em saúde em consonância com o princípio da integralidade e que considere os campos dos conhecimentos técnico, social e cultural (Ramos & Ferreira, 2020).

Contudo, notou-se nos resultados desta pesquisa que as intervenções referentes ao gerenciamento do delirium, principalmente no ambiente hospitalar, encontram-se mais centralizadas nos profissionais médicos e enfermeiros. Esses, respectivamente, são os principais atores na implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Entretanto, apesar de em menor número, outros profissionais foram identificados nos artigos, o que mostra a necessidade de investimento no trabalho em equipe para manejo

desta condição complexa. Também vale destacar, neste manejo, as práticas integrativas e complementares que estimulam a participação dos pacientes em seus tratamentos, por se tratar da união de conhecimentos populares e especializados (Tesser & Dallegrave, 2020).

A composição de uma abordagem multicomponente é frequentemente incentivada pelos autores que discutem o manejo do delirium. A atuação do terapeuta ocupacional colabora com a implementação de intervenções não farmacológicas, visto que enfatiza a ampliação da autonomia e independência dos usuários, o envolvimento de seus clientes em atividades significativas, o empoderamento dos usuários e seus familiares, e o gerenciamento de sentimentos que trazem sofrimento.

A abordagem do terapeuta ocupacional centrada no cliente implica estratégias adequadas a cada indivíduo. Nesta perspectiva, esta requer uma compreensão que considere as habilidades físicas e cognitivas do sujeito; seus contextos social, cultural e relacional; seu modo de existir singular; suas experiências subjetivas; seus valores e conhecimentos (World Federation of Occupational Therapists, 2010). Esta complexidade demanda a construção de um plano de cuidado conjunto, contrapondo-se à centralização do conhecimento na figura do profissional, e que favoreça a corresponsabilização da pessoa em seu próprio processo saúde-doença (Agreli et al., 2016).

Apesar da evidente relevância da terapia ocupacional no manejo do delirium, apenas 45% dos artigos selecionados abordavam a atuação deste profissional. Destes, 16% citaram brevemente a presença da profissão na equipe de tratamento, normalmente em conjunto com práticas fisioterapêuticas, e 29% explicitaram quais intervenções eram realizadas pelo terapeuta ocupacional. Portanto, ainda existem poucos estudos que reúnem as intervenções específicas da terapia ocupacional e que apontam detalhadamente como estas são realizadas. Embora em número reduzido, esses artigos demonstram a importância desse profissional no tratamento do delirium.

Entende-se que os terapeutas ocupacionais que atuam em contextos hospitalares compreendem a relevância de seu trabalho e são engajados no que fazem. Porém, frequentemente enfrentam dificuldades na valorização de suas práticas pela equipe, com pouco reconhecimento e legitimação, experimentando sentimentos de invisibilidade (Galheigo & Tessuto, 2010).

Mas, vale reiterar que o manejo do delirium deva abordar os aspectos biopsicossociais do indivíduo com base em uma equipe interdisciplinar, baseada na integralidade e humanização do cuidado. Segundo Pozzi et al. (2020), estudos recentes mostraram a eficácia da implementação de programas multicomponentes e multidisciplinares de reabilitação, com ênfase na melhora das funções cognitivas de pacientes hospitalizados com delirium. Essas intervenções devem ser realizadas de forma individualizada e com o maior envolvimento do terapeuta ocupacional que, de acordo com evidências, resulta em menores índices de reinternação hospitalar (Pozzi et al., 2020).

Por fim, notou-se que a não especificação de quais profissionais realizam determinadas intervenções citadas nos estudos, por vezes, permite a interpretação de que podem ser executadas por quaisquer profissionais, acarretando desvalorização das profissões. Reconhece-se que é o terapeuta ocupacional o profissional cujo foco de ação reside na relação intrínseca entre o indivíduo, seu contexto ambiental, social e cultural, e o desempenho de atividades cotidianas significativas ao sujeito (Pozzi et al., 2020; Tobar et al., 2017). Pode-se tomar como exemplo que os artigos colocam a relevância da disponibilização de dispositivos de orientação temporal e espacial no ambiente e de objetos



de familiaridade do sujeito, mas não apontam para a necessidade de considerar a singularidade da pessoa nesta prescrição e o quanto estas estratégias podem interferir na relação da pessoa com o ambiente e com sua rede relacional.

Historicamente, a terapia ocupacional tem buscado assegurar seu papel nas equipes de cuidados hospitalares por ser um profissional que “[...] provoca e incomoda o cotidiano hospitalar evitando sua cristalização, dada sua visão ampliada da condição humana” (Galheigo & Tessuto, 2010, p. 30). Nessa perspectiva e coerentes com os resultados da presente pesquisa, parte das intervenções não farmacológicas que aparecem nos textos compõem o repertório de atuação da terapia ocupacional. Porém, observou-se que raramente esse profissional é mencionado como aquele que as executa, colocando-se como premente e indispensável a necessidade de que este seja referenciado para o desenvolvimento destas ações.

## Considerações Finais

A interdisciplinaridade é requerida para o gerenciamento do delirium, e o terapeuta ocupacional é profissional indispensável na composição das equipes. Suas intervenções favorecem a melhora da autonomia, o aumento da independência no desempenho ocupacional, a promoção do bem-estar, o empoderamento do usuário e de sua rede informal no processo de cuidado. Sua atuação é centrada na singularidade do sujeito e em suas necessidades, considerando a intrínseca relação entre a pessoa, o contexto, o ambiente e a realização de atividades significativas. Assim, a terapia ocupacional contribui significativamente para o manejo não farmacológico da complexa condição denominada *delirium*.

Os resultados da pesquisa indicam que a literatura referente à atuação do terapeuta ocupacional no gerenciamento do delirium ainda é incipiente e limitada em relação aos dados práticos. Sugere-se, então, que estudos futuros possam se debruçar sobre suas práticas clínicas específicas, apresentando informações detalhadas sobre as estratégias não farmacológicas adotadas por esses profissionais para prevenção e manejo de delirium.

## Referências

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 905-916. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.
- Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 356-362. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03400.x>.
- Álvarez, E., Garrido, M. A., Tobar, E. A., Prieto, S. A., Vergara, S. O., Briceño, C. D., & González, F. J. (2017). 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*, 37, 85-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>.
- Álvarez, E., Garrido, M., González, F., Guzmán, E., Donoso, T., Gallegos, S., Vergara, S., Aranda, R., Prieto, S., Briceño, C., Tobar, E., Alzamora, C., Bolvarán, C., Concha, C., Valencia, F., & Villalobos, F. (2012). Terapia ocupacional precoz e intensiva en la prevención del delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico: ensayo clínico randomizado: resultados preliminares. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), 45-59. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-5346.2012.22051>.
- American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Olsen, K. M., Schmid, K. K., Shostrom, V., Cohen, M. Z., Peitz, G., Gannon, D. E., Sisson, J., Sullivan, J., Stothert, J. C., Lazure, J., Nuss, S. L., Jawa, R. S., Freihaut, F.,

- Ely, E. W., & Burke, W. J. (2014). Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1024-1036. <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000000129>.
- Banh, H. L. (2012). Management of delirium in adult critically ill patients: an overview. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 15(4), 499-509. <http://dx.doi.org/10.18433/J3PK69>.
- Campos, V. F., Silva, J. M., & Silva, J. J. (2019). Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética*, 27(4), 711-718. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019274354>.
- Cavallazzi, R., Saad, M., & Marik, P. E. (2012). Delirium in the ICU: an overview. *Annals of Intensive Care*, 2(1), 2-11. <http://dx.doi.org/10.1186/2110-5820-2-49>.
- Chevrolet, J. C., & Jolliet, P. (2007). Clinical review: agitation and delirium in the critically ill-significance and management. *Critical Care*, 11(3), 214. <http://dx.doi.org/10.1186/cc5787>.
- El Majzoub, I., Abunafeesa, H., Cheaito, R., Ali Cheaito, M., & Elsayem, A. F. (2019). Management of altered mental status and delirium in cancer patients. *Annals of Palliative Medicine*, 8(5), 728-739. <http://dx.doi.org/10.21037/apm.2019.09.14>.
- Finucane, A. M., Lugton, J., Kennedy, C., & Spiller, J. A. (2017). The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review. *Psycho-Oncology*, 26(3), 291-300. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4140>.
- Galheigo, S. M., & Tessuto, L. A. A. (2010). Trajetórias, percepções e inquietações de terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo no âmbito das práticas da terapia ocupacional no hospital. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(1), 23-32. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i1p23-32>.
- Hammerschmidt, K. S. A., & Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, 25(1), e72849. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., Radtke, J., & Sereika, S. (2011). Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 20(2), e28-e40. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2011433>.
- Herling, S. F., Greve, I. E., Vasilevskis, E. E., Egerod, I., Bekker Mortensen, C., Møller, A. M., Svenningsen, H., & Thomsen, T. (2018). Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009783.pub2>.
- Hipp, D. M., & Ely, E. W. (2012). Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients. *Neurotherapeutics: the Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 9(1), 158-175. <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-011-0102-9>.
- Hughes, C. G., Brummel, N. E., Vasilevskis, E. E., Girard, T. D., & Pandharipande, P. P. (2012). Future directions of delirium research and management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 26(3), 395-405. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2012.08.004>.
- Ibrahim, K., McCarthy, C. P., McCarthy, K. J., Brown, C. H., Needham, D. M., Januzzi Junior, J. L., & McEvoy, J. W. (2018). Delirium in the Cardiac Intensive Care Unit. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e008568. <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.118.008568>.
- Imanishi, H. A., & Silva, L. L. (2016). Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico. *Revista da SBPH*, 19(1), 41-56.
- Irwin, S. A., Pirrello, R. D., Hirst, J. M., Buckholz, G. T., & Ferris, F. D. (2013). Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. *Journal of Palliative Medicine*, 16(4), 423-435. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0319>.
- Kalish, V. B., Gillham, J. E., & Unwin, B. K. (2014). Delirium in older persons: evaluation and management. *American Family Physician*, 90(3), 150-158.
- Kolanowski, A., Fick, D., Litaker, M., Mulhall, P., Clare, L., Hill, N., Mogle, J., Boustani, M., Gill, D., & Yevchak-Sillner, A. (2016). Effect of cognitively stimulating activities on symptom management of delirium superimposed on dementia: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(12), 2424-2432. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14511>.

- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65-67. <http://dx.doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>.
- Meagher, D. J. (2001). Delirium: optimising management. *BMJ*, 322(7279), 144-149. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7279.144>.
- Morandi, A., Piva, S., Ely, E. W., Myatra, S. N., Salluh, J. I. F., Amare, D., Azoulay, E., Bellelli, G., Csomos, A., Fan, E., Fagoni, N., Girard, T. D., Heras La Calle, G., Inoue, S., Lim, C. M., Kaps, R., Kotfis, K., Koh, Y., Misango, D., Pandharipande, P. P., Permpikul, C., Cheng Tan, C., Wang, D. X., Sharshar, T., Shehabi, Y., Skrobik, Y., Singh, J. M., Slooter, A., Smith, M., Tsuruta, R., & Latronico, N. (2017). Worldwide survey of the “assessing pain, both spontaneous awakening and breathing trials, choice of drugs, delirium monitoring/management, early exercise/mobility, and family empowerment” (abcdef) bundle. *Critical Care Medicine*, 45(11), e1111-e1122. <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002640>.
- Morandi, A., Pozzi, C., Milisen, K., Hobbelen, H., Bottomley, J. M., Lanzoni, A., Tatzler, V. C., Carpena, M. G., Cherubini, A., Ranhoff, A., MacLulich, A. J., Teodorczuk, A., & Bellelli, G. (2019). An interdisciplinary statement scientific societies for the advancement of delirium care across Europe (EDA, EANS, EUGMS, COTEC, IPTOP/WCPT). *BMC Geriatrics*, 19(1), 253. <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1264-2>.
- Oh-Park, M., Chen, P., Romel-Nichols, V., Hreha, K., Boukrina, O., & Barrett, A. M. (2018). Delirium screening and management in inpatient rehabilitation facilities. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 97(10), 754-762. <http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0000000000000962>.
- Pinheiro, R. L., & Guanaes, C. (2011). O conceito de rede social em saúde: pensando possibilidades para a prática na estratégia saúde da família. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 20(40), 9-25.
- Pozzi, C., Tatzler, V. C., Álvarez, E. A., Lanzoni, A., & Graff, M. J. L. (2020). The applicability and feasibility of occupational therapy in delirium care. *European Geriatric Medicine*, 11(2), 209-216. <http://dx.doi.org/10.1007/s41999-020-00308-z>.
- Quiroz, O. T., Araya, O. E., & Fuentes, G. P. (2014). Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatria*, 52(4), 288-297. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000400007>.
- Rains, J., & Chee, N. (2017). The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care. *The Journal of the Intensive Care Society*, 18(4), 318-322. <http://dx.doi.org/10.1177/1751143717720589>.
- Ramos, L. O., & Ferreira, R. A. (2020). Sobre uma práxis interdisciplinar: aproximações e proposições conceituais. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 101(257), 197-216. <http://dx.doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4353>.
- Robinson, T. N., & Eiseman, B. (2008). Postoperative delirium in theelderly: diagnosis and management. *Clinical Interventions in Aging*, 3(2), 351-355. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S2759>.
- Rosen, T., Connors, S., Clark, S., Halpern, A., Stern, M. E., DeWald, J., Lachs, M. S., & Flomenbaum, N. (2015). Assessment and management of delirium in older adults in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 37(3), 183-E3. <http://dx.doi.org/10.1097/TME.0000000000000066>.
- Salawu, F. K., Danburam, A., & Ogoalili, P. (2009). Delirium: issues in diagnosis and management. *Annals of African Medicine*, 8(3), 139-146. <http://dx.doi.org/10.4103/1596-3519.57235>.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, 8(1), 102-106. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
- Stillwell, S. B., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *The American journal of nursing*, 110(5), 41-47. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e>.
- Tesser, C. D., & Dallegrave, D. (2020). Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9), e00231519. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00231519>.
- Tobar, E., Alvarez, E., & Garrido, M. (2017). Cognitive stimulation and occupational therapy for delirium prevention. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(2), 48-252. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20170034>.
- van Velthuisen, E. L., Zwakhalen, S., Mulder, W. J., Verhey, F., & Kempen, G. (2018). Detection and management of hyperactive and hypoactive delirium in older patients during hospitalization: a

retrospective cohort study evaluating daily practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(11), 1521-1529. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4690>.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

World Federation of Occupational Therapists – WFOT. (2010). *Public statement: client-centredness in occupational therapy*. London: WFOT. Recuperado em 29 de julho de 2020, de <https://www.wfot.org/resources/client-centredness-in-occupational-therapy>

---

### **Contribuição dos Autores**

Giovanna Marina Caetano e Barbara Tiemi Niyama: Participaram de todas as etapas da concepção e desenvolvimento do projeto de pesquisa e da redação do manuscrito. Maria Helena Morgani de Almeida: Orientou todas as etapas da concepção e desenvolvimento do projeto de pesquisa e da redação do manuscrito. Marina Picazzio Perez Batista: Coorientou todas as etapas da concepção e desenvolvimento do projeto de pesquisa e participou de todas as etapas da redação do manuscrito. Ana Paula Pelegrini Ratier: Participou das etapas de concepção e delineamento do estudo, contribuindo em sua análise. Participou das etapas de concepção, sessão de resultados e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

### **Fonte de Financiamento**

Bolsa concedida pelo Programa Unificado de Bolsas de Estudos para Apoio à Permanência e Formação de Estudantes de Graduação (PUB-USP) da Universidade de São Paulo.

### **Autor para correspondência**

Giovanna Marina Caetano  
e-mail: [giovanna.caetano@fm.usp.br](mailto:giovanna.caetano@fm.usp.br)

### **Editora de seção**

---

**Profª. Dra. Daniela Tavares Gontijo**