

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**PALOMA CRISTINA PEREIRA MENDES**

**O *DELIRIUM* NAS UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA: uma revisão de literatura**

**PATOS DE MINAS  
2015**

**PALOMA CRISTINA PEREIRA MENDES**

**O *DELIRIUM* NAS UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA: uma revisão de literatura**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Fisioterapia

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ms. Carla Cristina Ferreira de Andrade

**PATOS DE MINAS  
2015**

## O *DELIRIUM* NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão de literatura

Paloma Cristina Pereira Mendes\*

Carla Cristina Ferreira de Andrade\*\*

### RESUMO

O *delirium* é uma manifestação aguda de curto período de duração que afeta pacientes hospitalizados e está associado ao aumento de morbidade e mortalidade. O paciente com quadro de *delirium* irá apresentar perturbação da consciência; alteração da cognição e do comportamento; distúrbios de pensamento; distúrbio de humor e desorientação no tempo e local em que se encontra. Esta revisão de literatura, com abordagem qualitativa, teve como objetivo identificar quais são as formas de prevenção do *delirium* e a terapêutica proposta a pacientes hospitalizados. Embora seja um estado que ocorre com muita frequência ainda continua sendo subdiagnosticado ou confundido com outras síndromes. O conhecimento de suas manifestações clínicas é imprescindível para que haja realização do diagnóstico e tratamento adequados. Conclui-se que com a alta incidência de *delirium* seja necessário a ampliação de conhecimentos através capacitações institucionais e treinamento para equipes multiprofissionais, para lidarem com este estado diminuindo riscos oferecidos por ele.

**Palavras-chave:** *delirium*, UTI, prevenção, equipe multidisciplinar.

---

\*Aluna do Curso de Fisioterapia da Faculdade Patos de Minas (FPM).  
palomacristinamendes@hotmail.com

\*\* Professora de Fisioterapia Cardiorrespiratória no curso de Fisioterapia da Faculdade Patos de Minas. Especialista/Mestre/Doutor em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia. carla.aldrin@hotmail.com

## ABSTRACT

Delirium is an acute manifestation of short duration that affects hospital patients and is associated with increased morbidity and mortality. The patient with delirium will present disturbance of consciousness; change of cognition and behaviour; thought disorders; disturbance of mood and disorientation in time and place. This literature review with qualitative approach aimed to identify what are the ways to prevent delirium is the therapeutic approach to hospitalized patients. The study is justified even though it is a very common pathology, is underdiagnosed. Knowledge of clinical manifestations is indispensable for carrying out the appropriate diagnosis and treatment. It is concluded that with the high incidence of delirium is necessary to the expansion of knowledge through institutional capacity building and training for multiprofessional teams, to deal with this pathology reducing risks posed by it.

**Keywords:** *delirium*, ICU, prevention, multidisciplinary team.

## 1 INTRODUÇÃO

“O *delirium* corresponde a uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica, há mais de 2.500 anos.” <sup>(1)</sup>

Considerada uma patologia aguda de curto período de duração que afeta pacientes hospitalizados. O paciente irá apresentar perturbação da consciência; alteração da cognição e do comportamento; distúrbios de pensamento; distúrbio de humor e desorientação no tempo e local em que se encontra. <sup>(2)</sup>

Existem classificações para o *delirium* tais como: motora, que é subdividida em hiperativa, hipoativa e mista; subsindromático, sobreposto à demência e de acordo com a evolução prevalente, incidente, persistente. <sup>(3)</sup>

São considerados fatores de risco o ambiente no qual ele se encontra, idade maior que setenta anos, se já houve caso de depressão, doença renal e hepática, consumo de drogas ilícitas, traumas, epilepsias, hipóxia, alterações eletrolíticas, entre outras. <sup>(2)</sup>

O paciente hospitalizado na UTI com quadro de *delirium* acaba gerando gastos por ficar muito tempo utilizando o aparelho de ventilação mecânica. Podendo afetar os familiares caso este fique sequelado ou ocorra mortalidade. Quando o paciente retorna para a casa, é impedido de voltar ao trabalho e tem uma diminuição

das atividades de vida diária, apresentam quadros de ansiedade e transtornos de estresse. <sup>(4)</sup>

O *delirium* é um estado que ainda continua sendo subdiagnosticado. Portanto, a necessidade da equipe multidisciplinar exercer papel importante, pois lida diretamente com o paciente, avaliando as alterações funcionais que ocorrem com o mesmo. Cabe à equipe, monitorizar este paciente para que evite disfunções orgânicas e até mesmo possíveis lesões acidentais. <sup>(3)</sup>

A equipe possui escalas que podem ser usadas para avaliar e diagnosticar o *delirium*; sendo o CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) uma escala de sedação e monitorização e a ISDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) que avalia oito critérios de diagnóstico. Deve-se também avaliar a qualidade de sono-vigília, uso de medicações, exames laboratoriais e complementares de acordo com cada doença. <sup>(2)</sup>

Para prevenir o estado de *delirium*, é necessário repouso, um ambiente adequado onde o paciente possa se localizar no tempo e espaço quando necessário, a presença de um familiar. <sup>(5)</sup>

A escolha do tema foi realizada a partir de estudos que comprovam que o *delirium* é uma patologia que acomete pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva (UTI). Patologia que ocasiona ao paciente morbidade e mortalidade.

Esta revisão de literatura poderá contribuir para ampliação de conhecimentos para população, estudantes e equipe multidisciplinar. Mostrando como ocorre o *delirium*, os seus riscos, fatores predisponentes, formas de prevenção e tratamento.

Diante o que foi exposto, esta pesquisa suscitou como problema a seguinte questão: Seria possível prevenir o estado de *delirium* em pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva?

Assim, o objetivo geral foi identificar quais são as formas de prevenção do *delirium* bem como o tratamento para pacientes hospitalizados com quadro de *delirium*.

Fixaram-se, desse modo, os seguintes objetivos específicos: descrever sobre o *delirium* nos pacientes hospitalizados; verificar os sinais e sintomas da patologia; caracterizar que o *delirium* não pode continuar sendo uma realidade

subdiagnosticada e discorrer sobre os fatores de risco que predispõe a esta patologia.

Esta revisão de literatura poderá contribuir para ampliação de conhecimentos para população, estudantes e equipe multidisciplinar. Mostrando como ocorre o *delirium*, os seus riscos, fatores predisponentes, formas de prevenção e tratamento.

E que suas manifestações clínicas são imprescindíveis para que haja realização do diagnóstico e tratamento adequados. Tornando assim a vida do paciente mais confortável e com menos sequelas.

## **2 METODOLOGIA**

Este estudo configurou-se como uma revisão de literatura que abordou o problema de forma qualitativa, buscando compreendê-lo em profundidade. Com relação aos procedimentos técnicos adotados, elaborou-se uma pesquisa bibliográfica por meio de material publicado em bases de dados (scielo, Critical Care ,Lilacs e Medline) e através de artigos de revistas e livros na área de Saúde.

Selecionou-se a partir de palavras chaves: delirium, uti, tratamento, sedação, prevenção, equipe multidisciplinar; os artigos em língua portuguesa e inglesa, do ano de 2005 a 2014.

Foram encontrados inicialmente 36 artigos, sendo 29 da língua portuguesa e 07 da língua inglesa. Para confecção da revisão de literatura foram selecionados 14 artigos. Os artigos inclusos foram com datas a partir de 2005 e que correlacionavam o *dellirium* com a UTI. Já os artigos de exclusão foram artigos com data inferior ao ano de 2005, em língua espanhol.

## **3 DESENVOLVIMENTO**

### **3.1 Conceito**

A patologia *delirium* é uma disfunção que ocorre em um período variável podendo afetar o paciente por horas ou até dias. <sup>(3)</sup>

Acomete principalmente os pacientes hospitalizados na UTI. Apresentando sintomas como a diminuição do nível de consciência, distúrbios de humor, distúrbios de alteração da percepção, alteração de comportamento, alteração do ciclo de sono vigília, desorientação. Pode ser reversível e ocasionada por intoxicação, abstinência de álcool e drogas e por medicamentos. <sup>(6)</sup>

Existem classificações para o *delirium* como 1-motora (subdivido em hiperativo onde o paciente encontra agitado e hipoativo onde apresenta diminuição das respostas aos estímulos; já o modo misto compreende os dois descritos anteriormente); 2-subsidromático onde apresentam mais de dois sintomas, porém não enquadra no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders); 3-sobreposto à demência (com curso flutuante e pensamento desorganizado); 4- de acordo com o tempo de evolução (prevalente detectado na admissão, incidente aparece durante a internação hospitalar e prevalente persistente por mais dias). <sup>(3)</sup>

“Essa síndrome não foi reconhecida por anos, e recentes evidências mostram piores resultados clínicos, maior morbimortalidade, maior permanência em unidade hospitalar ou em terapia intensiva, maiores custos e piora cognitiva no segmento pós-alta aos pacientes que a manifestam durante o período de hospitalização.” <sup>(7)</sup>

“Estima-se que o *delirium* acomete 1% das pessoas acima de 55 anos, 6 a 24% dos idosos e nos idosos hospitalizados este índice pode chegar até 56%. Nos pacientes em ventilação mecânica chega a acometer 80%.” <sup>(8)</sup>

No momento da admissão mostram prevalência de *delirium* de 14 a 24%, enquanto a incidência de casos durante a internação varia de 6 a 56%. As taxas de *delirium* pós-operatório vão de 15 a 53% e após trauma variam de 10 a 52%. Pacientes internados em unidade de terapia intensiva desenvolvem a condição em 70 a 87% dos casos. Já as taxas de mortalidade em pacientes internados com *delirium* variam de 22 a 76%, podendo ser comparadas às de IAM ou sepse. <sup>(5)</sup>

“O mecanismo fisiopatológico causador de *delirium* permanece indefinido. A principal hipótese para o desenvolvimento de *delirium* permanece focada no papel dos neurotransmissores, inflamação e estresse crônico.” <sup>(5)</sup>

As hipóteses acerca da sua fisiopatologia são baseadas em pesquisas com animais. De acordo com a hipótese dos neurotransmissores, uma diminuição do metabolismo oxidativo no cérebro causa disfunção cerebral devido a anormalidades de vários sistemas de neurotransmissores, podem realçar os diferentes sintomas e apresentações clínicas do delirium.<sup>(6)</sup>

Acetilcolina, dopamina, serotonina, GABA e noradrenalina são neurotransmissores que podem promover o *delirium*. Já a dopamina diminuída ou aumentada está associada ao aparecimento da patologia.<sup>(6)</sup>

Dopamina é responsável pelo controle da estimulação e os níveis do controle motor. Já a serotonina é um dos neurotransmissores mais importantes com efeito no humor, memória e aprendizado. A acetilcolina é responsável pela atividade de áreas cerebrais relacionadas à atenção, aprendizagem e memória.<sup>(8)</sup>

### 3.2 Fatores de risco e prevenção

“A atenção prestada ao *delirium*, em ambiente de cuidados intensivos, é recente e, por isso, os dados são ainda escassos.”<sup>(3)</sup>

Vários fatores de risco têm sido descritos para o surgimento do *delirium* e podem ser divididos em: condição preexistente do paciente (idade >70, transferência de um lar, visão ou audição, casos de depressão, demência, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, epilepsia, doença renal e hepática, infecção por HIV, consumo de álcool no mês anterior e mal nutrição); condição aguda do paciente (gravidade da doença elevada, consumo de drogas ilícitas, alterações metabólicas, hipotermia ou febre, sepse, hipoxemia e ureia:creatinina >18) e o fator iatrogênico ou ambiental (medicação, restrição física, alimentação por sonda, cateter urinário ou retal e cateteres venosos centrais).<sup>(3)</sup>

Os fatores de risco não modificáveis são (idade, gênero, hábitos pessoais, comorbidades, doenças precedentes do sistema nervoso, genética, demência) e modificáveis (como o ambiente da UTI, falta de relógios para orientação, isolamento do paciente, presença de cateteres e tubos).<sup>(2)</sup>

A monitorização do *delirium* na UTI é imprescindível não apenas como um indicador de disfunção orgânica, mas também para prevenir a ocorrência de lesões acidentais.”<sup>(3)</sup>

Estratégias de prevenção devem ser realizadas por toda a equipe responsável pelo paciente, promovendo uma orientação adequada, condições de ter um bom sono, minimizando barulho no ambiente, realizando mobilização corporal e fisioterapia. Quando aplicado deve-se retirar, o mais precocemente possível, qualquer tipo de cateter e contenções físicas. Providenciar precocemente os óculos e órteses auditivas dos pacientes também auxilia no processo de prevenção. <sup>(5)</sup>

Outros métodos de prevenir o *delirium* é controle da dor, mobilização e caminhada precoce ainda no leito, controle de hidratação e da nutrição. Não fazer uso de medicamentos para dormir e diminuir a ansiedade. Manter os acompanhantes sempre que possível, para que exerçam para o paciente uma confiança. Se possível o paciente deve estar mais próximo do posto de enfermagem, para melhor monitorá-lo. <sup>(5)</sup>

### 3.3 Diagnóstico e Tratamento Do Delirium

O diagnóstico de *delirium* é clínico, realizado à beira do leito, por meio da avaliação de cuidados e história clínica colhida com informante confiável, geralmente o familiar ou cuidador." <sup>(5)</sup>

Vários são os instrumentos para avaliar a patologia. Porém a equipe que avalia tem algumas restrições para usá-los como o nível de consciência reduzido que impede respostas claras, a instabilidade clínica e a indisponibilidades de profissionais psiquiatras. <sup>(3)</sup>

"Mais preocupante ainda é o fato de que 67% dos casos de *delirium* têm sido diagnosticados de forma equivocada como outras desordens psíquicas, principalmente depressão e esquizofrenia." <sup>(8)</sup>

Numa amostra de 1.291 sobreviventes da UTI, foi aplicado um questionário sobre a qualidade de vida, enviado aos 18 meses após a alta. Apesar de não existir diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre os doentes que tiveram *delirium* e os que não tiveram, determinou-se uma falência cognitiva mais pronunciada no primeiro grupo, após ajuste para covariáveis. O compromisso neurocognitivo, nesses doentes, é heterogêneo e envolve, frequentemente, a memória, a função executiva e a atenção. Esse problema afeta a família e os cuidadores, uma vez que compromete a capacidade do sobrevivente regressar ao trabalho, reduz a qualidade de vida e aumenta os custos médicos. <sup>(3)</sup>

O DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ou CID-10 (Classificação Internacional das Doenças), quadro 1, são os dois instrumentos mais usados em indivíduos capazes de comunicar verbalmente. Já em pacientes com estado grave e intubados usa-se os métodos CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit/ Método da Avaliação da Confusão Mental na Unidade de Terapia Intensiva) e o ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist).<sup>(9)</sup>

O DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) apresenta alguns critérios para diagnosticar o delirium como: perturbação da consciência ( com redução da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção); alteração na cognição ( como déficit de memória, desorientação e perturbação da linguagem); a perturbação desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo de horas a dias e com tendência a flutuações no decorrer do dia ; existe evidência a partir de história clínica do exame físico ou achados laboratoriais. Todos esses critérios devem estar presentes para realizar o diagnóstico do *delirium*<sup>(3)</sup>

Quadro 1: Critério para o diagnóstico do *delirium*

Diretrizes clínicas para o diagnóstico de <i>delirium</i> (com base no CID-10)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprometimento do nível de consciência (de distração e coma) e atenção (capacidade reduzida para direcionar, focar, manter e mudar o foco de atenção)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprometimento generalizado do funcionamento cognitivo               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Perturbação da percepção, incluindo distorções, ilusões e alucinações</li> <li>-Comprometimento da capacidade de abstração e compreensão</li> <li>-Delírios pouco estruturados e fugazes</li> <li>-Dificuldade para aprender informações novas e relativa preservação da memória remota</li> <li>-Desorientação quanto ao tempo e, ocasionalmente, local e pessoa</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprometimento da atividade psicomotora (aumento ou redução com alterações imprevisíveis)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprometimento do ciclo sono-vigília (insônia e reversão do ciclo)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtornos emocionais (por exemplo, depressão, ansiedade, medo, irritabilidade,euforia, apatia,perplexidade)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início abrupto dos sintomas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os sintomas flutuam em intensidade durante o dia e de um dia para o outro</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O quadro clínico tem duração limitada a até seis meses ( em geral, dias ou semanas)</li> </ul>

A escala de RASS (Richmond Agitation Sedation Scale), quadro 2, apresenta uma pontuação de -5 a +4 que avalia a profundidade da sedação. Sendo assim, de acordo com a escala pode-se ajustar a quantidade da medicação para o doente. Os pacientes que apresentarem a nota de -4 e -5 estão em estado de coma (não podem ser ponderados em relação ao *delirium*); já os outros com sedação moderada -3 ou mais despertos podem ser avaliados em relação ao *delirium*.<sup>(4)</sup>

Impedir sedação exagerada é benéfico para uma variedade de desfechos clínicos como: infecções adquiridas na UTI, duração da ventilação mecânica, e duração da internação na UTI.<sup>(2)</sup>

Quadro 2 : Escala de RASS (Richmond Agitation- Sedation Scale)

Pontos	Termo	Descrição
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+3	Muito agitado	Puxa e remove tubo ou cateteres, agressivo verbalmente
+2	Agitado	Movimentos desapropriados, briga com o ventilador
+1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
-4	Sedação Intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

(3)

"Após realizar este primeiro passo com a avaliação da escala de RASS, consegue-se identificar se o paciente é ou não elegível para dar continuidade na sua

avaliação através do CAM- ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), onde identifica ou exclui o diagnóstico”.<sup>(4)</sup>

A utilização do método CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), exige apenas um treinamento rápido, já que o formulário de diagnóstico é fácil de ser usado.<sup>(6)</sup>

A figura 1 avalia quatro diferentes situações: início agudo ou curso flutuante; a intenção; o nível de consciência alterado e o pensamento desorganizado. Dependendo das respostas do paciente a escala direciona se deve continuar a avaliação ou se exclui diagnóstico em relação ao estado de *delirium*.<sup>(4)</sup>

Figura 1 : Métodos de avaliação da confusão mental na UTI



A sensibilidade da escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) oscila entre 93 e 100%, enquanto sua especificidade é de 89 a 100%.<sup>(10)</sup> O ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist), quadro 3, é uma lista que incluem oito critérios para diagnóstico sendo eles: alteração do nível de consciência, desatenção, desorientação, alucinação, agito ou retardo psicomotor,

linguagem inapropriada, distúrbio do ciclo sono/vigília e flutuação avaliados durante um período de 8-24 horas. O pacientes recebem um ponto para cada sintoma que apresentar. Pontuação maior que 4 indica *delirium* clínico. Sensibilidade para o ICDSC é de 74% a 80% e a especificidades é de 78% a 82%. <sup>(11)</sup>

Quadro 3: Sugestões para a Avaliação Delirium com o ICDSC

<b>1. Nível de consciência alterado escolher um de A-E.</b>		
A. resposta exagerada a um estímulo normal	SAS = 5, 6, 7 ou RASS = 1-4	(1 ponto)
B. vigília normal	SAS = 4 ou RASS = 0	(0 pontos)
C. resposta à estimulação leve ou moderada (segue comandos)	SAS = 3 ou RASS -1 a -3	(1 ponto)
D. Responde só para estimulação intensa e repetida (por exemplo, voz alta e dor)	SAS = 2 ou RASS -4	* Avaliação Parar
E. Sem resposta	SAS = 1 ou RASS -5	* Avaliação Parar
<b>2. A desatenção (1 ponto se for o caso presente)</b>		
A. dificuldade em seguir comandos OR B. Facilmente distraídos por estímulos externos C. Dificuldade em mudar o foco		
Será que o paciente consegue siga-lo com seus olhos?		
<b>3. Desorientação (1 ponto por qualquer anormalidade)</b>		
Será que o paciente a reconhecer os cuidadores de UTI que cuidaram dele / dela e não reconhecer aqueles que não tem? Que tipo de lugar você está?		
<b>4. As alucinações ou delírios (1 ponto para qualquer um)</b>		
A. evidência ambígua de alucinações ou de um comportamento, devido às alucinações (Alucinação = percepção de algo que não está lá com nenhum estímulo) OR B. Delírios ou prejuízo bruto de teste de realidade (Delusion = falsa crença de que é fixo / imutável)		
Quaisquer alucinações agora ou mais de 24 horas? Passado Você tem medo de as pessoas ou as coisas ao seu redor? [temor de que é inadequado para a situação clínica]		
<b>5. Agitação ou retardo psicomotor (1 ponto para qualquer um)</b>		
A. Hiperatividade exigindo o uso de sedativos ou restrições adicionais, a fim de controlar o perigo potencial (por exemplo, puxando linhas IV para fora ou bater equipe) B. Hipoativo ou clinicamente perceptível desaceleração ou retardo psicomotor		
Com base na documentação e de observação sobre mudança de cuidador principal		
<b>6. Discurso impróprios ou Mood (1 ponto para qualquer um)</b>		
A. discurso impróprio, desorganizado ou incoerente B. humor impróprio relacionadas a eventos ou situação É o paciente apático a situação clínica atual Quaisquer anormalidades grosseiras na fala ou humor? É inadequada paciente exigente?		
<b>7. Perturbação do sono Ciclo / Wake (1 ponto por qualquer anormalidade)</b>		
A. Dormir menos de quatro horas durante a noite ou B. Acordar freqüentemente à noite (não incluem vigília iniciada por equipe médica ou ambiente barulhento) C. sono ≥ 4 horas durante o dia Com base na avaliação principal cuidador.		
<b>8. Sintoma Flutuação (1 ponto por qualquer)</b>		
Flutuação de qualquer um dos itens acima (ou seja, 1 - 7) mais de 24 horas (por exemplo, de um turno para outro) Com base na avaliação principal cuidador TOTAL SCORE ICSDC (Adicione 1-8)		

O tratamento compreende três fases que podem ser aplicadas com o intuito de controlar ou reverter as manifestações, sendo elas: a prevenção, tratamento do fator que originou o delirium e cuidados suportivos. <sup>(8)</sup>

Envolver fatores como organizar os horários de visitas e acompanhantes na UTI, descobrir qual o distúrbio metabólico ou infecção que está ocorrendo, orientar o paciente sobre o dia, o horário e espaço em que ele se encontra. Respeitar o sono-vigília, evitar contenção de membros para que o paciente não fique tão agitado. Evitar sons muito altos, iluminações excessivas, protegê-lo de possíveis lesões. Controlar a alimentação, mobilidade, incontinência urinária e fecal, aspiração pulmonar e úlceras de pressão. <sup>(12)</sup>

O tratamento medicamentoso é utilizado no domínio de comportamentos agressivos. Não existe droga oficialmente indicada, a literatura sugere o uso de haloperidol. <sup>(8)</sup>

Por esta razão van den Boogaard et al. avaliaram 1742 pacientes durante três anos, testando os efeitos da implementação da monitorização de delirium e uso de haloperidol. A equipe da UTI teve uma boa adesão (92%) e foi diagnosticado delirium em quase o dobro do diagnosticado antes da implementação (10% em 2006, 13% em 2007, e 23% em 2008;  $p < 0,001$ ). Foi prescrito haloperidol para mais pacientes, mas em dose mais baixa e com duração menor. O tempo de tratamento com haloperidol diminuiu de cinco para três dias após a implementação do uso do CAM-ICU ( $p = 0,02$ ), e a dose mediana prescrita de caiu de 18 mg para 6 mg ( $p = 0,01$ ). <sup>(2)</sup>

O fisioterapeuta deve compreender sobre a doença, suas alterações dos sistemas relacionados ao movimento, para traçar condutas visando ao tratamento destes distúrbios cinéticos - funcionais, os quais são muitos frequentes na UTI. <sup>(13)</sup>

"A evidência científica dessas medidas é reforçada por Schweickert et al., que demonstraram que o exercício e a mobilização precoce, por meio da terapia física e ocupacional diária, determinam uma menor duração do *delirium*. <sup>(3)</sup>

Do ponto de vista clínico, o subdiagnóstico implica em um não reconhecimento de uma doença ou problema, impossibilitando a imediata tomada de medidas terapêuticas, o que poderá em muitos casos, custar a vida do paciente. Desse modo, o delirium, ao ser subdiagnosticado, não é tratado, acarretando inúmeras consequências pessoais, sociais e econômicas, razão pela qual, entendemos ser muito oportuna a investigação dessa problemática. <sup>(4)</sup>

É essencial que os profissionais da saúde utilizem, rotineiramente, instrumentos válidos e confiáveis para avaliar a sedação e ocorrência de *delirium*. Uma vez que sem o uso dos instrumentos de validação a maioria dos casos é subtradado considerado "invisível" <sup>(10)</sup>

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O *delirium* é uma patologia que foi descrita há muitos anos atrás e ocorre com maior frequência nos pacientes hospitalizados na UTI.

Estes pacientes por sua vez permanecem muitos dias hospitalizados, com presença de tubos e cateteres, são reintubados, tem uma alta taxa de mortalidade. Quando ganham alta hospitalar podem repercutir com sequelas e diminuição de suas tarefas diárias.

É um estado ainda pouco identificado por profissionais da saúde. Muitas vezes confundida com outras doenças psíquicas. Para que haja um melhor conhecimento da mesma é importante uma preparação, capacitação (reconhecer os verdadeiros sinais e sintomas) e humanização para os profissionais que lidam diretamente com o paciente.

Deve ser feito a implantação de escalas de avaliação nos leitos dos doentes hospitalizados nas Unidades de Terapia Intensiva. Sendo elas : CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) e o ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist); para que haja controle dos pacientes graves que apresentam o distúrbio, bem como, aqueles que possuem riscos para desenvolvê-lo. Devem criar estratégias para que esta avaliação e diagnóstico possam ser utilizados rotineiramente dentro dos centros hospitalares.

A doença por sua vez deve ser diagnosticada com urgência para diminuição dos riscos. A prevenção é a melhor forma de tratamento dos fatores de risco.

O tratamento inicialmente é a prevenção do delirium proporcionando um ambiente agradável e acolhedor, diminuindo ruídos, luminosidade e uso de restrições, podendo mudar o desfecho prognóstico de um paciente crítico. O

tratamento farmacológico inclui medicamentos que são utilizados para alterações agressivas, como o Haloperidol que vem sendo a droga mais utilizada.

Sendo assim ao conhecer mais a síndrome *delirium*, os profissionais da saúde estarão aptos a reconhecê-la precocemente, planejando a assistência e favorecendo o desfecho de muitos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- 1 WACKER, Priscilla. Delirium: uma perspectiva histórica. **Revista Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 97, n. 3, p.97-103, 12 abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a01v32n3>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- 2 PITROWSKY, Melissa Tassano et al. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 22, p.274-279, 08 set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/10.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- 3 FARIA, Rita da Silva Baptista; MORENO, Rui Paulo. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 25, p.137-147, 08 maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a12>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- 4 LUNA, Aline Affonso. **Delirium em terapia intensiva: um estudo retrospectivo**. 2013. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2013/aline-affonso-luna>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- 5 LOBO, Talitha Oliveira Carneiro. **Intervenções não farmacológicas no Delirium**. Revista Portal de Divulgação, Sao Paulo, v. 14, n. 1, p.10-18, 03 set. 2011. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/184/184>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- 6 PESSOA, Renata Fittipaldi. Delirium em Pacientes Críticos. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.190-195, 26 jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a13v18n2.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- 7 PAREJO, Lucineia Stach. DELIRIUM COMO FOCO DA ATENÇÃO PARA OS ENFERMEIROS DE TERAPIA INTENSIVA. 2014. 146 f. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” C, Botucatu, 2014. Disponível em: <<http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110494/000788528.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 08 abr. 2015.
- 8 SILVA, Rafaela Fernandes Lima Campos da; MOREIRA, Luzimar Rangel. Fatores de risco para ocorrência de delirium em idosos na terapia intensiva. **Revista de**

**Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p.102-121, 01 jan. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3299>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

9 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 Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.148-154, 08 maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a13.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

10 LUQUE, Alexandre. Atuação do Fisioterapeuta no ABCDE: o Bundle da Terapia Intensiva. In: MARTINS, Jocimar Avelar et al (Org.). **Programa de Atualização Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. 2014. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Cap. 1. p. 9-167.

11 BRUMMEL, Nathan E. et al. Implementing Delirium Screening in the ICU:: Secrets to Success. **Critical Care Medicine**. Estados Unidos, p. 01-13. set. 2013. Disponível em: <<http://journals.lww.com/ccmjournals/pages/default.aspx>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

12 FORTUCE FILHO, Luiz. **Delirium: uma revisão sistemática**. 2011. 36 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Sobrati, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[https://scholar.google.com.br/scholar?q=delirium+uma+revisao+sistematica+tese&hl=ptBR&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=k7nkVJmsCMHZsATMuIAI&ved=0CBoQgQMwAA](https://scholar.google.com.br/scholar?q=delirium+uma+revisao+sistematica+tese&hl=ptBR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=k7nkVJmsCMHZsATMuIAI&ved=0CBoQgQMwAA)>. Acesso em: 01 out. 2014

13 MARTINEZ, Bruno Prata et al. Diagnóstico fisioterapêutico na unidade de terapia intensiva. In: DIAS, Cristina Marcia et al (Org.). **PROFISIO Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2014. Cap. 1. p. 9-33.

14 SILVA, Daniele Oliveira Ferreira et al. Delirium e delírio: Opostos que se atraem. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 1, n. 2, p.32-36, 12 mar. 2013. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/viewFile/3782/2490>>. Acesso em: 03 mar. 2015.15

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado sabedoria, saúde, discernimento para que eu possa estar concluindo mais uma fase da minha vida.

Aos meus familiares que rezaram e compartilharam comigo estes cinco anos de esforço e dedicação. Em especial aos meus pais Cilese e Adair que não mediram esforços para me ver feliz. Que deixaram de realizar alguns de seus sonhos para ver o meu concretizado. Ao meu irmão que mesmo distante esteve sempre desejando o meu melhor. A família do Fabiano que rezaram, apoiaram, torceu por mim; o meu muito obrigado que Deus proteja a cada um de vocês.

Ao meu vô José Alcino Pereira, *in memoriam*, este sim é o cara; que mesmo lá no céu desejou que este grande dia chegasse só espero que o Senhor descanse em paz e que continue a me iluminar.

Aos professores da Faculdade Patos de Minas do curso de Fisioterapia, desde o primeiro período contribuíram para o meu conhecimento e para minha formação em quanto profissional da área da saúde.

Aos meus supervisores de estágio (Carla, Raphael, Ana Carolina e Alex) e demais funcionários presentes em cada setor por onde realizei o meu estágio agradeço os ensinamentos e a paciência que tiveram.

Aos meus colegas de sala, quanta alegria me proporcionaram, sem vocês nada seria possível. A minha dupla de estágio obrigada pelas palavras sinceras e de conforto.

Aos meus pacientes que confiaram em mim, que me fizeram chorar e rir com suas palavras de sabedoria e gratidão. Onde pude participar de suas histórias de vida e acrescentar um pouco para melhora de seu tratamento.

A minha professora de Trabalho de Conclusão de Curso, Nayara Lima, que sempre me orientou; corrigiu com muito carinho e dedicação o meu trabalho.

Enfim agradeço à minha orientadora, Carla Cristina de Andrade a qual considero mestre, amiga, companheira de horas difíceis. A que me ensinou que dentro da UTI nós profissionais da área da saúde podemos fazer a diferença, com simples gestos de atenção e dedicação ao paciente. Obrigada pelo carinho prestado para a realização deste trabalho.