

DELIRIUM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PREVENÇÃO E RECONHECIMENTO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Luanne Sampaio de Oliveira¹
Stherfania R. C. Mariano Macedo¹
Thaylline Gomes Mendes¹
Simone Cardoso Passos²

RESUMO: O *delirium* é uma síndrome comportamental que ocorre devido a um comprometimento transitório da atividade cerebral secundário a distúrbios sistêmicos de início agudo. Cerca de 80% dos pacientes críticos em UTI desenvolvem *delirium*, entretanto, apenas 36% a 66% são diagnosticados e tratados corretamente. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as publicações científicas acerca da prevenção e reconhecimento do *delirium* pela equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Foi realizada uma revisão integrativa de literatura, que objetiva analisar conhecimentos já produzidos em pesquisas anteriores, permitindo uma síntese das várias pesquisas publicadas. Foram utilizados os bancos de dados LILACS e BDENF, sendo selecionados 07 artigos ao final da análise de acordo com os critérios de inclusão. Os resultados encontrados mostram que a maior incidência do *delirium* são em idosos em UTI, sendo este um fator considerável para maior tempo de internamento e mortalidade dos pacientes e que as equipes demonstram pouco conhecimento sobre o *delirium* o que dificulta o seu reconhecimento, prevenção e tratamento. Conclui-se, portanto, que apesar do conhecimento sobre o problema os profissionais não conseguem reconhecer e tratar o *delirium* e as estratégias de enfermagem devem ser aplicadas para reduzir e prevenir estes eventos considerando as medidas preventivas disponíveis.

Palavras-chave: Delirium. UTI. Enfermagem. Prevenção.

ABSTRACT: Delirium is a behavioral syndrome that occurs due to a transient impairment of secondary brain activity to acute onset systemic disorders. About 80% of critical ICU patients develop delirium; however, only 36% to 66% are diagnosed and treated correctly. This research aims to know the scientific publications about the prevention and recognition of delirium by the nursing team in the intensive care unit. An integrative literature review was carried out, which aims to analyze knowledge already produced in previous research, allowing a synthesis of the various published researches. The LILACS and BDENF databases were used, and seven articles were selected at the end of the analysis according to the inclusion criteria. The results show that the highest incidence of delirium is in the elderly in ICU, which is a considerable factor for longer hospitalization and mortality of the patients and that the teams demonstrate little knowledge about delirium which makes it difficult to recognize, prevent and treat. It is concluded, therefore, that despite the knowledge about the problem, the professionals can not recognize and treat delirium and the nursing strategies should be applied to reduce and prevent these events considering the preventive measures available.

Keywords: Delirium. ICU. Nursing. Prevention.

INTRODUÇÃO

Delirium é uma síndrome comportamental que ocorre devido a um comprometimento transitório da atividade cerebral secundário a distúrbios sistêmicos de início agudo, com variação de algumas horas ou dias. As alterações

¹ Pós-graduanda do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva e Alta Complexidade, luanneoliveira.pos@bahiana.edu.br, stherfaniacronemberger.pos@bahiana.edu.br, thayllinemendes.pos@bahiana.edu.br.

² Orientadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva e Alta Complexidade, simonepassos.pos@bahiana.edu.br.

mais encontradas são desorientação temporoespacial, alterações de memória, alucinações, alterações psicomotoras, alterações de humor e tendo como uma característica mais comum a sonolência diurna e agitação noturna (WACKER *et al.* 2005).

Pessoa e Nácúl (2006) relatam que cerca de 80% dos pacientes críticos em UTI desenvolvem delirium, entretanto, apenas 36% a 66% são diagnosticados e tratados corretamente, estatística preocupante visto que o delirium tem sido associado a um aumento na permanência do paciente na UTI e no hospital, aumento da mortalidade e maior custo dos tratamentos. Por isso a equipe deve estar atenta e treinada para o reconhecimento, a avaliação física e psíquica que são de fundamental importância para um diagnóstico preciso, tratamento adequado e a identificação dos fatores de risco para então estarem preparados para a prevenção efetiva. (PINCELLI *et al.* 2015)

Em sua revisão, Silva (2013) ressalta que apesar de existirem métodos eficazes para o reconhecimento do delirium ele não é reconhecido precocemente, sendo que esta prática preveniria as complicações clínicas supracitadas decorrentes deste acometimento.

O delirium vem sendo negligenciado pelas equipes de saúde, especialmente na UTI onde a causa de base que levou ao internamento não está ligada a este tipo de distúrbio, o que dificulta no reconhecimento precoce e prevenção de complicações associadas ao tempo de internamento e às disfunções orgânicas causadas pela doença de base.

O delirium tem recebido pouca atenção dos profissionais que atuam em UTI, principalmente porque raramente é a razão primária de admissão de pacientes. É comumente considerado por parte dos profissionais de saúde como uma iatrogenia promovida por fármacos ou uma psicose do paciente crítico ("*ICU psychosis*"). (PESSOA, NÁCUL, 2006)

Portanto, o delirium precisa ser monitorado precocemente não apenas para prevenir as disfunções orgânicas mas também para a segurança do paciente e equipe, visto que pacientes acometidos pelo delirium estão mais vulneráveis e podem ser acometidos por lesões acidentais e gerar insegurança para toda a equipe e o seu reconhecimento precoce permite que a instituição e a equipe da UTI possam traçar medidas terapêuticas específicas que proporcionem uma melhor

qualidade de vida a este paciente e uma reabilitação adequada. (PITROWSKY *et al.* 2010)

Devido à grande importância das consequências do *delirium* na evolução do paciente alguns pesquisadores desenvolveram algumas ferramentas com o objetivo de facilitar o diagnóstico e guiar a terapêutica, pois se observou durante o trabalho diário nos hospitais que existem déficits teórico-prático por parte dos profissionais de saúde para detectar precocemente o *delirium* nos pacientes internados. (Carvalho *et al.* 2013 and Silva *et al.* 2013)

Dentre as ferramentas desenvolvidas para ajudar no diagnóstico precoce do *delirium* estão algumas escalas citada por Pincelli *et al* (2015):

Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU), criada especificamente para utilização em UTIs para se diagnosticar *delirium*, adaptada para a triagem de pacientes entubados ou com ventilação mecânica, podendo ser aplicada por médicos e enfermeiros. A escala pode ser aplicada uma vez ao dia ou a cada período, de acordo com a necessidade do paciente. Esta escala verifica quatro questões: flutuação do estado mental, inatenção, pensamento desorganizado e nível de consciência alterado.

Outra escala criada recentemente é a PREDiction of DELIRium in ICU patients (PRE-DELIRIC), tem como objetivo apontar quais pacientes estariam mais propensos a desenvolver *delirium* na UTI. Ainda não é amplamente utilizado em hospitais, o que poderia levar a uma diminuição dos casos de pacientes com a patologia. Para se obter a porcentagem de chance do paciente desenvolver *delirium*, considera-se: a idade do paciente, o escore obtido, presença e tipo de coma, grupo diagnóstico (cirúrgico, trauma, neurológico ou médico), uso e quantidade de morfina administrada, presença de infecção, se houve admissão urgente, uso de sedativos, nível de uréia e presença de acidose metabólica.

A escala pode ser aplicada, por médicos e enfermeiros, em pacientes com até 24h de admissão na UTI, e deve ser repetida ao menos uma vez ao dia para que se tenha um controle das chances do paciente desenvolver a patologia. Essa escala ainda não foi validada no Brasil. (PINCELLI *et al.* 2015)

Mesmo existindo ferramentas que auxiliem na detecção precoce dos casos de *delirium* em UTI e de todos os comprometimentos causado ao paciente, Pincelli *et al* (2015) ressalta que este acometimento não é visto pela equipe como uma prioridade de prevenção, por este motivo é que entende que a qualificação principalmente da enfermagem irá contribuir de forma significativa para a melhoria e planejamento das intervenções assistenciais e consequente diminuição das ocorrências e suas consequências.

Com base nos estudos prévios e tendo em vista a dificuldade das equipes de saúde, especialmente a equipe de enfermagem no reconhecimento do *delirium*, o objetivo deste trabalho é conhecer as publicações científicas acerca da prevenção

e reconhecimento do delirium pela equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

A base metodológica utilizada na construção deste trabalho é a Revisão Integrativa de Literatura, que objetiva analisar conhecimentos já produzidos em pesquisas anteriores, permitindo uma síntese das várias pesquisas publicadas (Mendes, 2008). Como todo método científico, a revisão integrativa de literatura é constituída de etapas para sua elaboração, que são divididas em seis etapas: Elaboração da questão norteadora, amostragem ou busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. (SOUZA *et al.*, 2010).

A questão norteadora deste trabalho visa conhecer as produções científicas acerca da prevenção e reconhecimento do delirium pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. O levantamento da amostragem foi realizado pela internet no banco de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e na base de dados BDEF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil). Para delimitar a pesquisa foram utilizados como filtro para inclusão: Artigos disponíveis, idioma em português e base de dados. Para seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Delirium, UTI, enfermagem, prevenção. As palavras-chave foram agrupadas da seguinte forma: agrupamento 1: delirium and UTI; agrupamento 2: delirium and UTI and enfermagem and prevenção. Após aplicação dos filtros a amostra total está descrita a seguir.

- Agrupamento 1: Após a aplicação dos filtros a amostra totalizou 10 artigos, sendo 03 excluídos por duplicidade, 01 por se tratar de uma tese e 02 não atendiam ao objetivo proposto, restando uma amostra de 04 artigos.
- Agrupamento 2: Após a aplicação dos filtros a amostragem totalizou em 04 artigos, sendo 01 excluído por duplicidade, finalizando amostra em 03 artigos.

Após análise de títulos e resumos a amostra final conta com um total 07 artigos que estão detalhados na tabela 1.

Autor	Título	Ano de publicação	Tipo de estudo	Revista	Objetivo	Principais conclusões
Palavras-chave – Agrupamento 1: Delirium and UTI						
Cassia Righy Shinotsuka, Jorge Ibrain Figueira Salluh.	Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa	2013	Revisão	Rev. Brasileira de Terapia Intensiva	Resumir os achados de estudos a respeito de sedação e <i>delirium</i> nos anos recentes e discutir a distância entre a evidência e a prática clínica, assim como as formas de estabelecer as melhores práticas ao pé do leito.	Apesar das evidências disponíveis, as melhores práticas de sedação ainda são heterogêneas e implantadas de forma insuficiente em todo o mundo. É imperativo cuidar dessa evidente distância entre a pesquisa e a prática. São necessários mais dados para melhores estratégias de implantação para ajudar a prover o melhor cuidado a todos os pacientes admitidos a unidades de terapia intensiva.
Jorge Ibrain de Figueira Salluh, Robert David Stevens	Aumento da conscientização sobre delirium em pacientes criticamente enfermos	2013	Editorial	Rev. Brasileira de Terapia Intensiva	Como lidamos com essa deficiência no diagnóstico dessa importante síndrome?	Esforços educacionais e treinamento de profissionais de saúde, na implantação sistemática de ferramentas de triagem, são passos fundamentais neste processo.
Rita da Silva Baptista Faria, Rui Paulo Moreno	Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada	2013	Revisão	Rev. Brasileira de Terapia Intensiva	O interesse, a investigação e os conhecimentos sobre essa síndrome nos últimos anos.	O <i>delirium</i> é comum nos doentes internados na UCI, é frequentemente subdiagnosticado e influencia o prognóstico. O primeiro passo para mudar esse paradigma é procurar, avaliar e identificar! É necessário implementar um protocolo de avaliação sistemática da presença de <i>delirium</i> , recorrendo a uma escala validada para utilização em UCI (CAM-ICU ou ICDSC), com objetivos de intervenção bem definidos.
João Pedro Lins Mendes Carvalho, Antônio Raimundo Pinto de Almeida, Dimitri Gusmao-Flores	Escala de avaliação de <i>delirium</i> em pacientes graves: revisão sistemática da literatura	2013	Revisão	Rev. Brasileira de Terapia Intensiva	Identificar escalas capazes de estabelecer uma avaliação quantitativa dos sintomas do <i>delirium</i> em pacientes graves por meio de uma revisão sistemática.	As escalas identificadas permitem estratificação e acompanhamento do paciente grave com <i>delirium</i> . Dentre as seis escalas, a mais estudada e que melhor se adequa ao uso em unidade de terapia intensiva foi o <i>Intensive Care Delirium Screening Checklist</i> .

Palavras-chave - Agrupamento 2: delirium and UTI and enfermagem and prevenção

Tássia Nery Faustino, Larissa Chaves Pedreira, Yasmin Seixas de Freitas, Rosana Maria de Oliveira Silva, Juliana Bezerra do Amaral.	Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa	2015	Pesquisa -Ação	Revista Brasileira de Enfermagem	Realizar uma intervenção educativa com membros da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI), com vistas a ampliar o conhecimento e introduzir melhorias nas suas práticas de prevenção e monitorização do <i>delirium</i> nos pacientes idosos.	A intervenção educativa contribuiu para a melhoria nas práticas da enfermagem da UTI pesquisada, assim como favoreceu o desenvolvimento da consciência crítica acerca da problemática levantada, possibilitando a revisão permanente do cuidado ofertado.
Marcia Abath Aires de Barros, Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo, Maria das Graças Melo Fernandes, José Melquiades Ramalho Neto, Kátia Neyla de Freitas Macêdo-Costa	Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura	2015	RIL	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Realizar um levantamento acerca do delirium em idosos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	A produção científica acerca do delirium no Brasil é incipiente, os profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem, necessitam melhorar o reconhecimento desta síndrome e implementar estratégias de prevenção dos fatores de risco para delirium.
Tássia Nery Faustino, Larissa Chaves Pedreira, Rosana Maria de Oliveira Silva, Yasmin Seixas de Freitas	Conhecimentos e práticas da equipe de Enfermagem para prevenção e monitorização do <i>delirium</i> em idosos	2016	Pesquisa -Ação	Revista Baiana de Enfermagem	Verificar conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) acerca do cuidado ao idoso para prevenção e monitorização do <i>delirium</i> .	As participantes mostraram conhecimento incipiente sobre a temática, o que repercute diretamente nas práticas efetuadas para prevenção e monitorização do <i>delirium</i> na unidade <i>locus</i> .

Tabela 1.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O delirium em idosos apresenta uma elevada prevalência dentro das unidades de terapia intensiva, fator consideravelmente relevante para maior duração dos internamentos em pacientes criticamente enfermos e aumento da morbimortalidade dentro do ambiente hospitalar, além de elevados custos hospitalares o que leva o delirium a ser encarado como um problema de saúde pública (FAUSTINO *et al.* 2016). Ainda que as pesquisas para melhor conhecimento processo fisiopatológico do delirium ainda seja muito incipiente, Barros *et al.* (2015) deixa claro que diversos processos neuroquímicos fazem parte da sua origem, e que um número significativo do seu acometimento é induzido por causas física.

As características que definem o delirium são muito flutuantes e inconstantes e facilmente associadas a outras comorbidades, destacando os estados mais comuns clinicamente definidos com estado de hiperatividade, hipoatividade e a mista que permeia os dois estados anteriores, vale salientar que em idosos o estado de hipoatividade é o mais comum, dado a este fato, a maior dificuldade no reconhecimento do delirium pela equipe, visto que, muitos idosos em internamento tendem a ficar mais quietos e introspectivos (BARROS *et al.* 2015).

Corroborando ainda com essa afirmativa a autora Faustino *et al.* em suas duas publicações supracitadas destacam que os profissionais da equipe de enfermagem por estarem de forma integral no cuidado dos pacientes críticos, encontram-se em uma posição privilegiada, podendo perceber com maior precisão quaisquer sinais de delirium apresentados nestes pacientes. No entanto percebeu-se que os profissionais da equipe de enfermagem demonstram pouco conhecimento na identificação acerca da problemática. Sendo complementado a este fato, Barros *et al.* (2015) salientou que associado à questão acima citada, existe um fator contribuinte para o não reconhecimento do delirium, sendo este a ausência de práticas rotineiras, baseadas em evidências para rastrear e diagnosticar o delirium, bem como, educação continuada para qualificação dos profissionais.

Faustino *et al.* (2016) destaca que dentro das unidades de terapia intensiva existem outros fatores que contribuem para maior incidência do

delirium, tais como: a ausência de iluminação adequada dentro da unidade, gerando mudanças na percepção do paciente hospitalizado sobre o ambiente, a exposição constante aos ruídos, podendo gerar fragmentação do sono neste indivíduo, deficiência na comunicação efetiva entre paciente, família e profissionais de saúde e o isolamento do paciente hospitalizado seja pela restrição das visitas familiares ou pelas mudanças de hábitos pessoais e costumes.

Dentre os fatores que colaboram para o desenvolvimento do delirium nos pacientes graves está o uso das diversas drogas ao qual estão submetidos, principalmente os sedativos como traz Shinotsuka e Salluh (2013) em sua publicação, que ao analisar as Diretrizes para sedação e analgesia em adultos na Unidade de Terapia Intensiva da Society of Critical Care Medicine, observaram a necessidade de uma criteriosa e frequente avaliação do paciente em delirium e sob o uso de diversas drogas e apontaram o uso de haloperidol como droga de primeira escolha no seu tratamento.

Segundo Barros *et al.* (2015) os idosos desenvolvem delirium com maior facilidade no processo de adoecimento seguido de internamento em uma unidade de terapia intensiva, principalmente devido ao estresse gerado no uso exaustivo de medicamentos sedativos e psicoativos, além de contenções mecânicas utilizadas de maneira frequente para os períodos de agitação durante o internamento.

Além do pouco conhecimento da equipe envolvida no cuidado direto, quando se diz respeito ao reconhecimento do delirium, também é importante ressaltar a falta de ferramentas validadas para a triagem do mesmo, o autor Salluh *et al.* (2013) traz que focar apenas nos sintomas clínicos, pode deixar de se diagnosticar até dois terços dos casos de delirium, provavelmente pelo fato de que o profissional de saúde está sempre associando apenas a manifestação hiperativa ao delirium. Por este motivo é importante monitorar os pacientes especialmente nas unidades de cuidados intensivos, onde de 3 a 66% dos casos são subdiagnosticados, vale ressaltar que o monitoramento serve de base não apenas para detectar disfunções orgânicas, mas também, para prevenir lesões acidentais aos quais estes pacientes estão expostos, com isso as ações de prevenção poderão ser melhor executadas afim de reduzir efeitos adversos,

instituir medidas terapêuticas efetivas que promovam uma reabilitação adequada e melhor qualidade de vida (FARIA e MORENO, 2013).

A monitorização ainda é a melhor forma de identificação precoce dos sinais do delirium, porém, ainda não existem evidências de que esta avaliação sistemática por si só melhore os resultados de identificação, por isso Faria e Moreno (2013) salientam que podem e devem ser utilizadas outras maneiras de identificação do delirium associadas à monitorização sistemática, como por exemplo por meio de escalas validadas. Embora já existam diversas escalas disponíveis como *Confusion Assessment Method For The Intensive Care Unit (CAM-ICU)* (tabela 2) e o *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)* (tabela 3) ambas são os instrumentos mais utilizados e já traduzidas para o Português. Essas escalas são extremamente precisas para diagnosticar os delirium.

(Imagens: autora Alexandra Faustino, monografia Abordagem do Delirium no doente crítico.)

Tabela 2. Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) (Adaptado de Ely *et al* 2001)

1. Início agudo e curso flutuante	
A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?	
B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (ex. RASS), Glasgow, ou avaliação de <i>delirium</i> prévia?	
2. Falta de atenção	
O doente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a oito quer no componente visual quer no componente auditivo do Teste de Atenção - Attention Screening Examination (ASE)?	
3. Pensamento desorganizado	
Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorrectas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos: <u>Perguntas:</u> (Alternar Conjunto A e Conjunto B):	
Conjunto A	Conjunto B
1. Uma pedra pode flutuar na água?	1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem peixes no mar?	2. Existem elefantes no mar?
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?	3. Dois quilos pesam mais do que um quilo?
4. Pode usar-se um martelo para pesar uma agulha?	4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?
<u>Outras:</u>	
1. Está com o seu pensamento pouco claro?	
2. Segure nestes dedos. (O examinador coloca dois dedos em frente do paciente)	
3. Agora faça o mesmo com a outra mão. (Não repetir o número de dedos)	
4. Alteração do nível de consciência	
O nível de consciência do doente é outro que não o alerta?	
<u>Alerta:</u> completamente consciente do ambiente e interage apropriadamente de forma espontânea	
<u>Vigilante:</u> hiperalerta	
<u>Letárgico:</u> sonolento, mas facilmente despertável, não consciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma espontânea com o entrevistador; torna-se completamente consciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente	
<u>Estuporoso:</u> dificilmente despertável, não consciente de alguns ou todos os elementos do ambiente ou não interage de forma espontânea com o entrevistador; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos e, assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior sem resposta	
<u>Coma:</u> não despertável, não consciente dos elementos do ambiente e sem interacção espontânea com o entrevistador, mesmo após estímulos muito vigorosos	
Delirium presente quando 1 e 2 mais 3 ou 4.	

Tabela 3. Intensive Care *Delirium* Screening Checklist (ICDSC) (Adaptado de Bergeron *et al* 2001)

1. Alteração do nível de consciência (A) sem resposta ou (B) necessidade de estimulação vigorosa de modo a obter qualquer resposta, significa uma alteração grave no nível de consciência impedindo a avaliação. Se houver coma (A) ou estupor (B) a maior parte do período de tempo, então um traço (-) é introduzido e não há qualquer avaliação adicional durante esse período. (C) sonolência ou exigência de leve a moderada estimulação para uma resposta, implica uma alteração do nível de consciência e pontua 1. (D) vigília ou a dormir, mas facilmente despertável é considerado normal e pontua 0. (E) hipervigilância é classificada como um nível de consciência anormal e pontua 1.
2. Desatenção dificuldade em acompanhar uma conversa ou instruções; facilmente distraído por estímulos externos; dificuldade em mudar o foco. Qualquer destes estados pontua 1.
3. Desorientação qualquer erro evidente no tempo, lugar ou pessoa. Pontua 1.
4. Alucinação, ilusão ou psicose inequívoca manifestação clínica de alucinação ou de comportamento provavelmente devido a alucinação (por exemplo, tentar pegar um objecto inexistente) ou ilusão. Qualquer um destes pontua 1.
5. Agitação ou lentificação psicomotora hiperactividade exigindo o uso adicional de sedativos ou contenção física a fim de controlar o perigo potencial para o próprio ou para os outros (por exemplo, retirando acessos venosos, agressão aos profissionais); hipoactividade ou lentificação psicomotora clinicamente perceptível. Qualquer um destes pontua 1.
6. Discurso ou humor inadequados discurso inapropriado, desorganizado ou incoerente; emoções demonstradas desadequadas relativamente ao evento ou situação. Qualquer um desses pontua 1.
7. Alteração do ciclo sono/vigília dormir menos de 4h ou acordar com frequência durante a noite (não considerar despertar iniciado pelos profissionais ou ambiente barulhento); dormir durante a maior parte do dia. Qualquer destes pontua 1.
8. Flutuação dos sintomas flutuação nas manifestações de qualquer item ou sintoma durante 24 horas (por exemplo, de um turno para outro). Pontua 1.
0: normal; 1-3: <i>delirium</i> subsindromático; >4: <i>delirium</i> .

Carvalho *et al* (2013) traz em sua pesquisa uma reflexão sobre as diversas escalas existentes para avaliação do delirium e destaca seis que mais se adequam ao paciente grave:

Foram identificadas seis escalas validadas (porém apenas duas para a língua portuguesa), tendo como população alvo pacientes internados em unidades de terapia intensiva sob diferentes graus de sedação (entubados ou não). Todas apresentaram boa acurácia para a estratificação do delirium. A escala mais estudada e que melhor se adequa ao uso em unidade de terapia intensiva foi o ICDSC, por sua praticidade, acurácia e validação para a língua portuguesa. (CARVALHO *et al*. 2013)

Conforme reafirma Faria e Moreno (2013), a atenção voltada ao delirium em uma unidade de terapia intensiva é recente, e por este motivo os dados são escassos. É evidente que esses pacientes tenham um maior número de fatores de risco, o que deve ser levado em conta uma ampla abordagem multifatorial. Os fatores de riscos podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Considerando o potencial para uma intervenção efetiva, o foco deve ser no grupo de modificáveis que são de baixo custo e intervenções fáceis como mobilização precoce para melhorar a autonomia do paciente, desmame precoce da

ventilação mecânica, remoção rápida de dispositivos invasivos, correção de distúrbios hidroeletrólíticos dentre outros. A prevenção ainda é o melhor método para diminuir as taxas de delirium nos pacientes graves, Faria e Moreno (2013) ainda destacam que tratar o delirium deve ser considerado uma emergência medica visto a gama de complicações e acometimentos graves que esta condição traz aos pacientes.

CONCLUSÃO

O *delirium* é uma realidade muito comum nos pacientes hospitalizados em UTI, porém o conhecimento por parte das equipes de cuidado é insuficiente para reconhecer e trata-lo da forma correta. Percebe-se que estratégias de enfermagem devem ser aplicadas para reduzir e prevenir estes eventos e discutir a necessidade de se implementar medidas, escalas de avaliações diárias e as escalas específicas para prevenção do *delirium* dentro dos serviços de saúde, considerando as medidas preventivas, e que a enfermagem deve questionar sobre suas práticas e rotinas e assumir frente aos membros da equipe papel de destaque por serem os profissionais com bagagem para fornecer todas as habilidades necessárias relacionadas aos cuidados com qualidade. Só assim, através de novas práticas e conscientização da equipe de saúde os casos de *delirium* serão vistos com a gravidade que de fato carrega e serão prevenidos e tratados da forma correta.

REFERENCIAS

Barros MAA, Figueirêdo DSTO, Fernandes MGM, Neto JMR, Macêdo-Costa KNF. Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. J. res.: fundam. care. Online 2015 jul/set; 7(3):2738-2748.

Carvalho JPLM, Almeida ARP, Gusmão-Flores D. Escalas de avaliação de *delirium* em pacientes graves: revisão sistemática de literatura. Rev. Bras. ter. intensiva. 2013 abr/jun; 25(2).

Faria RSB, Moreno RP. *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. Rev. Bras. ter. Intensiva. 2013; 25(2): 137-147.

Faustino TN, Pedreira LC, Freitas YS, Silva RMO, Amaral JB. Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. Rev. Bras. Enfermagem [internet]. 2016 jul/ago; 69(4):725-32.

Faustino TN, Pedreira LC, Freitas YS, Silva RMO. Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* em idosos. Rev. Baiana de Enfermagem. 2016 jul/set; 30(3): 1-10.

Pessoa RF, Nácul FE. Delirium em pacientes críticos. Rev. bras. ter. intensiva. 2006 abr/jun; 18(2):190-5.

Pincelli EL, Waters C, Hupsel ZN. Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo. 2015;60:131-9.

Salluh JIF, Stevens RD. Aumento da conscientização sobre *delirium* em pacientes criticamente enfermos. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2013; 25(2): 75-76.

Shinotsuka CR, Salluh JIF. Percepções e práticas sobre *delirium*, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2013; 25(2):155-161.

Silva CL, Firmino JS, Roznowski KC, Knopfholz J. Dificuldade diagnóstica dos profissionais da saúde frente ao delirium: uma revisão de literatura. Rev.Saúde.Com. 2013; 9(4): 293-302.

Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, Lima MASD, Salluh JIF. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. ter. intensiva. 2010; 22(3): 274-279.

Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. Delirium: uma perspectiva histórica. Rev. Psiq. Clin. 2005; 32(3): 97-103.