

Caracterização de pacientes com *Delirium* internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto

Characterization of patients with *Delirium* hospitalized in Adults Intensive Care Units

Rafaela Alexandre de Souza¹, Luciana Soares Costa Santos², Acácia Maria Lima de Oliveira Devezas²,
Rosimeire Angela Queiroz Soares²

Resumo

Introdução: O *Delirium* é um distúrbio de consciência e cognição, que tem como características a diminuição da atenção e alterações secundárias tais como percepção, memória, orientação e raciocínio. Os fatores de risco incluem: idade avançada, privação de sono, imobilidade, desidratação, uso de sedativos. A internação em UTI com inúmeros fatores que interferem no estado do paciente em função da complexidade do paciente e dos cuidados pode agravar mais ainda o quadro de *Delirium*. **Objetivo:** Caracterizar o perfil dos pacientes com *Delirium* internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa. A coleta de dados se deu em um hospital de ensino, da zona central do município de São Paulo, em quatro Unidades de Terapia Intensiva, num total de 42 leitos. Para isso, foi utilizada uma ficha de caracterização sócio-demográfica e clínica do paciente e a escala CAM-ICU. **Resultados:** a amostra foi composta por oito pacientes, internados na UTI adulto, durante o período da coleta (30 dias), com idade média de 58,1 anos (DP 20,3 anos), 50% são homens, com antecedentes pessoais predominando a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), dislipidemia (87,5%), etilismo, tabagismo e uso de drogas (75%), internados por problemas

neurológicos, cardiovasculares, respiratórios, digestórios e metabólicos, em uso de dispositivos como tubos, cateteres e sondas, que receberam sedação (75%) previamente por até sete dias, apresentaram distúrbio de atenção (parte 2A), 50% apresentaram algum tipo de forma marcante, para o item de distúrbio de atenção 2B, 62,5% não apresentaram. No item 3A “pensamento desorganizado”, o pensamento do paciente apresenta-se desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, 62,5% apresentou o distúrbio de forma marcante e 37,5% de forma leve e dessa amostra, o comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a aumentar a gravidade. Já no item “desorientação”, 75% dos pacientes apresentaram-se desorientados no momento da entrevista, 50% apresentaram problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital, ou dificuldade de se lembrar de instruções dadas e os demais. No item “distúrbio de percepção”, o paciente pode apresentar alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava), 12,5% apresentou alucinação e 87,5% não apresentaram sinais de distúrbio de percepção. Na avaliação da “agitação psicomotora”, caracterizada pelo aumento anormal da atividade motora, como agitação, mudança súbita, frequente de posição, com avaliação da diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo e vazio e a permanência na mesma posição por um longo tempo, os resultados apontam para 100,0% dos pacientes apresentava um aumento anormal da atividade motora, como agitação psicomotora e 12,5%, com uma diminuição anormal da atividade motora e com desfecho óbito em 50% dos pacientes da amostra. **Conclusão:** o presente estudo conclui que o perfil dos pacientes com *Delirium* internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto, neste estudo, pode não definir de forma pontual algumas características como sendo uma fonte desencadeadora do *Delirium*, devido à amostra ser muito pequena; entretanto, as características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes, quando comparadas a outros estudos, mostram semelhanças em relação ao paciente com *Delirium* internado na UTI.

Descritores: Enfermeiros, Unidades de terapia intensiva, Delírio/enfermagem, Delírio/complicações, Cuidados críticos, Fatores de riscos

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP - Brasil

2. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem na Assistência ao Adulto em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo – SP - Brasil

Trabalho Realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP - Brasil

Endereço para correspondência: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Motta Jr, 61 – Vila Buarque – 01221-020 - São Paulo – SP – Brasil. E-mail: luciana.santos@fcmasantacasasp.edu.br

Conflito de interesse: Nenhum

Abstract

Introduction: Delirium is a disorder of consciousness and cognition, which has the characteristics of decreased attention and secondary changes such as perception, memory, orientation and reasoning. Risk factors include advanced age, sleep deprivation, immobility, dehydration, use of sedatives. ICU admission with numerous factors that interfere with the patient's condition due to patient complexity and care may further aggravate delirium. **Objective:** To characterize the profile of patients with Delirium hospitalized in Adult Intensive Care Units. **Method:** This is an exploratory, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The data collection was done in a teaching hospital, in the central zone of the city of São Paulo, in four Intensive Care Units, in 42 beds. For this, a socio-demographic and clinical characterization form was used for the patient and the CAM-ICU scale. **Results:** the sample consisted of eight patients, hospitalized in the adult ICU, during the collection period (30 days), with a mean age of 58.1 years (SD 20.3 years), 50% were men, with a personal history predominating Hypertension (87.5%), alcoholism, smoking and drug use (75%), hospitalized for neurological, cardiovascular, respiratory, digestive and metabolic problems in the use of devices such as tubes, catheters, and probes, which received sedation (75%) previously for up to seven days, presented a disturbance of attention (part 2A), 50% presented some type of marked form, for the item of attention disorder 2B, 62.5% did not present. In item 3A "disorganized thinking", the patient's thinking was disorganized or incoherent, with the dispersive or irrelevant conversation, 62.5% presented the disorder markedly and 37.5% mildly and of that sample, the behavior varied during the interview, that is, tended to increase the severity. In the item "disorientation", 75% of the patients were disoriented at the time of the interview, 50% had memory problems during the interview, such as inability to remember hospital events, or difficulty remembering given instructions and the others. In the item "perception disorder", the patient may present hallucinations, illusions or misinterpretations (thinking that some fixed object moved), 12.5% presented hallucination and 87.5% did not show signs of perception disturbance. In the evaluation of "psychomotor agitation", characterized by the abnormal increase of the motor activity, such as agitation, sudden change, frequent position, with evaluation of the abnormal decrease of the motor activity, such as lethargy, stare and empty and the permanence in the same position by a the results showed that 100.0% of the patients had an abnormal increase in motor activity, such as psychomotor agitation and 12.5%, with an abnormal decrease in motor activity and with death outcome in 50% of the patients in the sample. **Conclusion:** the present study concludes that the profile of patients with Delirium hospitalized in Adult Intensive Care Units, in this study, may not define in a specific way some characteristics as a

trigger source of Delirium, because the sample is very small, however, the Clinical and socio-demographic characteristics of the patients, show similarities in relation to the patient with Delirium admitted to the ICU.

Keywords: Nurses, Intensive care units, Delirium/nursing, Delirium/complications, Critical care, Risk factors

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar que provém assistência intensiva e contínua à pacientes em estado grave. A UTI surgiu a partir da necessidade de aperfeiçoamento do atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua⁽¹⁾.

O termo *Delirium* deriva do latim *deliro-delirare*, que significa estar fora do lugar. A palavra foi usada por Cornelius Celsus no século I d.C. para descrever alterações mentais nos episódios de febre e traumatismo craniano⁽²⁾. Contudo, seu significado já havia sido encontrado nos trabalhos de Hipócrates (500 a.C.) que descrevia *Delirium* como alterações comportamentais, distúrbios do sono e déficits cognitivos de início agudo relacionados a febre⁽²⁾. Atualmente é citado como uma síndrome neuro-comportamental causada pelo comprometimento da atividade encefálica, podendo ser ou não secundária a distúrbios sistêmicos. As alterações encontradas no *Delirium* podem variar bastante, com sinais de alteração da consciência e atenção, desorientação, comprometimento de memória, alterações de percepção, humor, apatia e agitação⁽³⁾.

Os fatores de risco para o desenvolvimento do *Delirium* podem variar de paciente para paciente, inclusive pelo quadro clínico, que está associado à doença, à demência, à administração de medicamentos como sedativos e opióides, à imobilidade, interrupção do sono, idade avançada, entre outros^(3,4).

A ocorrência de *Delirium* não se dá apenas nas UTIs, podendo acometer pacientes clínicos ou cirúrgicos em outras unidades hospitalares. Estudo realizado descreve a importância do tratamento, envolvendo modificações do uso de sedativos, como benzodiazepínicos, antipsicóticos típicos e atípicos e uso de agentes colinérgicos⁽⁵⁻⁷⁾.

O aspecto característico do *Delirium* é o déficit de atenção reconhecido pela dificuldade em focar e manter a atenção. O paciente tem dificuldade em manter diálogo ou seguir comandos, desorganização do pensamento, que normalmente se evidencia pelo discurso desorganizado e incoerente, desorientação, alterações psicomotoras, alucinações, delírio, ansiedade, agressividade e alteração do ciclo sono-vigília⁽³⁾.

Graças aos estudos, permitiu-se o desenvolvimento de escalas para o diagnóstico do *Delirium* precoce ou para verificação da vulnerabilidade dos pacientes em desenvolvê-lo, podendo ser aplicada de acordo com a idade do paciente, presença de coma, uso de quantidade de Morfina®, presença de infecção, uso de sedativos, sinais de hipóxia e presença de acidose metabólica^(3,7).

É importante que a equipe de enfermagem atue nas estratégias de educação em saúde e no apoio às famílias, explicando a elas o processo de saúde/doença, a fim de promover chances de sentirem-se úteis, bem como reiterar a integralidade do cuidado prestado. O enfermeiro, como responsável pela sua unidade, deve como meta, mudar a prevalência de *Delirium*, além de identificar os fatores de risco, sobretudo os modificáveis e os grupos de maior risco ou vulnerabilidade, promovendo qualidade de vida e uma diminuição de agravos ao estado de saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento deste estudo como meio de identificar características dos pacientes mais vulneráveis a desenvolver *Delirium*, o que pode subsidiar ações de enfermagem como parte da melhoria do cuidado a estes pacientes. O presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil dos pacientes com *Delirium* internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nas Unidades de Terapia Intensiva, de um hospital de ensino na zona central do município de São Paulo. A amostra foi composta por oito pacientes com diagnóstico ou suspeita de *Delirium*, com idade maior que 18 anos, clínicos ou cirúrgicos internados na UTI durante o período da coleta de dados, que se deu de 01 de abril a 01 de maio de 2018, de ambos os sexos. Excluíram-se pacientes com histórico prévio de confusão mental, afásico ou alterações neurológicas. A pesquisa atendeu aos requisitos da resolução 466/12 e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ISCMSP CAAE nº 80041917.3.0000.5479. A coleta de dados foi iniciada a partir da avaliação do relatório de plantão, onde estavam anotados os dados de cada paciente e após a leitura, a seleção prévia dos pacientes com diagnóstico de *Delirium* era confirmada com o enfermeiro responsável da unidade. No momento da visita, os familiares ou responsáveis pelo paciente, eram convidados a participar do estudo e após a aceitação, era coletado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta dos dados sócio-demográficos e clínicos foi no prontuário eletrônico e os dados relacionados ao *Delirium*, através da

aplicação da escala de avaliação *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit* (CAM-ICU), para diagnosticar o *Delirium* em pacientes críticos. Este método foi adaptado do método CAM, desenvolvido inicialmente para médicos não-psiquiatras com o objetivo de identificá-lo em pacientes capazes de se comunicar verbalmente. A utilização do método CAM-ICU exige apenas um rápido treinamento, já que o formulário para diagnóstico é de fácil aplicação. Trata-se de uma ferramenta que permite uma rápida e acurada medida em pacientes críticos. Para o estudo foi utilizado a versão traduzida para a população brasileira⁽¹⁰⁾.

Resultados

A amostra foi composta por oito pacientes que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, no período de 01 de abril a 01 de maio de 2018.

Os dados sócio-demográficos e clínicos são apresentados na Tabela 1.

Discussão

A amostra foi composta por oito pacientes, internados na UTI de um hospital de ensino entre 01 de abril e 01 de maio de 2018. A Tabela 1 apresentada os dados relacionados às características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes. Em relação à faixa etária, a idade média dos pacientes era de 58,1 anos, com DP 20,3 anos, sendo 50% de homens, com vários antecedentes pessoais, com predomínio de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e dislipidemia.

Os achados relacionados às características dos pacientes principalmente à idade podem ressaltar que a idade é um fator importante no *Delirium*, contudo, a amostra aponta para a idade mínima dos pacientes de 38 anos e a máxima de 78 anos (DP 20,3). A literatura aponta para a idade mais elevada como associada ao *Delirium*. Ressalta-se que a presença de idosos na UTI tem sido cada vez maior⁽¹¹⁾. Outro aspecto comumente associado ao *Delirium* é a gravidade da doença. No entanto, no presente estudo observa-se que, apesar dos pacientes apresentarem *Delirium*, manterem piores condições clínicas, na análise não se apresentou como um fator de risco associado ao distúrbio, naquele momento. Entretanto, a amostra é pequena, o que não permite inferir tal relação, efetivamente.

Outro estudo destaca que os pacientes mais vulneráveis a desenvolver o *Delirium*, avaliados pela CAM-ICU são aqueles com idade acima de 65 anos, esboçando uma prevalência que pode flutuar entre 10 e 30%⁽¹²⁾.

Quanto ao desfecho clínico dos pacientes internados na UTI com *Delirium*, 50% tiveram como desfecho

Tabela 1

Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes internados na UTI com diagnóstico ou suspeita de *Delirium*. São Paulo, 2018. n=8

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	4	50,0
Masculino	4	50,0
Idade (média)	58,1 anos	(DP 20,3) anos
Antecedentes Pessoais*		
Doenças Crônicas não transmissíveis (HAS, DM, DLP)	7	87,5
Etilismo/ Tabagismo/ drogas	6	75,0
Hepatite B	1	12,5
Motivo de internação da UTI		
Problemas Neurológicos	3	37,5
Problemas Digestório/ Renal/ Metabólico	3	37,5
Problemas Cardiovasculares/ Respiratórios	2	25,0
Dispositivos Invasivos		
Cateter venoso central	8	100,0
Tubo orotraqueal	6	75,0
Cateter vesical de demora	5	62,5
Sondas enteral/ gástrica	4	50,0
Cateter de Diálise	2	25,0
Uso de Sedação prévia		
Sim	6	75,0
Não	2	25,0
Tempo de duração da sedação (dias)		
0 - 3	1	12,5
4 - 7	4	50,0
>10	1	12,5
Sem sedação	2	25,0
Desfecho clínico		
Óbito	4	50,0

*os pacientes tinham mais que um antecedente pessoal.

de tratamento o óbito. O perfil dos pacientes selecionados inclui uma internação predominantemente por motivos neurológicos (37,5%) e Digestório/ Renal/ Metabólico (37,5%). A gravidade das patologias também pode contribuir para o *Delirium* e também estar relacionada aos dispositivos utilizados, 75% dos pacientes esteve intubados e em ventilação mecânica, 100% tinham cateter venoso central, 50% sonda nasoesférica e nasogástrica, 62,5% tinham cateter vesical de demora e 75% receberam sedação durante a internação, por até sete dias.

A literatura aponta que os pacientes que desenvolvem um episódio de *Delirium* persistente por mais de dois dias estão expostos a um aumento geral do risco

de morte na UTI⁽¹²⁻¹³⁾. Outro estudo realizado indica que o *Delirium* não afeta diretamente as taxas de letalidade, mas que qualquer aumento na mortalidade geral parece ser mediado por um período mais prolongado de permanência na UTI, expondo pacientes por mais tempo a um risco diário fixo de morrer (por exemplo, devido a infecções hospitalares, sedação prolongada ou ventilação mecânica e outras complicações “gerais” na unidade de cuidados intensivos). O efeito do *Delirium* no tempo de permanência é plausível porque os pacientes com o diagnóstico são menos propensos a interagir com o ambiente (dificultando a mobilização precoce, por exemplo), pode ter um aumento na incidência de complicações (por exemplo,

auto remoção de cateteres ou tubos), e muitas vezes recebem drogas com efeitos sedativos, que é um dos fatores de risco para desenvolvimento do *Delirium*. Outro fator que contribui para piora dos desfechos clínicos é a idade⁽¹²⁻¹³⁾.

Estudos realizados apontam que o *Delirium* foi associado a uma permanência prolongada na UTI e a uma maior frequência de eventos adversos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Outro estudo, associou o diagnóstico de *Delirium* com o aumento na mortalidade dos pacientes internados em UTI⁽¹⁶⁾. Segundo outro estudo, a agitação é um evento comum nas UTIs, estando associada a resultados adversos, incluindo uma permanência prolongada, infecções nosocomiais e extubações acidentais entre outras complicações⁽¹⁷⁾.

No que se refere à variável relacionada com a nutrição, 50% dos pacientes utilizavam a sonda nasoenteral/nasogástrica. Estudo desenvolvido aponta que a má nutrição e a desidratação são fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento do *Delirium* e emerge a relevância da adoção de intervenções que fomentam o consumo de água e promovem a nutrição e a manutenção da boca limpa, fresca e hidratada, estas permitem diminuir a incidência de *Delirium*, evitando ao máximo a alimentação por sonda nasogástrica (SNG)^(14,16).

Em adultos graves, o *Delirium* está associado ao aumento do tempo em ventilação mecânica, do tempo de internação na UTI e no hospital e da mortalidade. Além disso, esses pacientes podem apresentar intercorrências durante sua permanência nas UTI, como retirada de dispositivos invasivos e auto-extubação. O *Delirium* pode ser o responsável por sequelas cognitivas em longo prazo, sequelas emocionais e pelo aumento da mortalidade, inclusive em até seis meses após a alta hospitalar^(8, 13,15).

A amostra do estudo conta com oito pacientes, sendo insuficiente para relacionar o tempo de internação e o *Delirium*, entretanto, estudo realizado com mais de seis mil pacientes destacou que o tempo de internação na UTI e no hospital, o destino após a alta, duração da ventilação mecânica, mortalidade, complicações e capacidade funcional tornam-se fatores de risco importantes⁽¹⁵⁾. Observou-se que o *Delirium* está associado a uma taxa de mortalidade mais elevada e a um tempo de internação na UTI (diferença média de 7,32 dias) e no hospital (diferença média de 6,53 dias) mais prolongado; que o número de dias de ventilação mecânica é superior (doentes com *Delirium* com mais 7,22 dias de ventilação mecânica) e que a probabilidade de serem transferidos para uma unidade de apoio após a alta era superior⁽⁸⁾.

A classificação do *Delirium* pode ser subdividida em tempo de evolução e subtipos motores. A terminologia, de acordo com o tempo de evolução, inclui: prevalente

(se é detectado no momento da admissão), incidente (se surgir durante a estadia hospitalar) e persistente (se os sintomas persistirem durante um período de tempo)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O Quadro 1 aponta que 100% dos pacientes, apresentaram mudança aguda do estado mental. Relacionado ao distúrbio de atenção (parte 2A), 50% apresentaram algum tipo de forma marcante, 37,5% de forma leve e apenas 12,5% não apresentaram distúrbio de atenção. Quanto ao item de distúrbio de atenção 2B, 62,5% não apresentaram, 25% tiveram alteração e 12,5% o distúrbio de atenção aumentou durante a entrevista. No item 3A “pensamento desorganizado”, o pensamento do paciente apresenta-se desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, 62,5% apresentou o distúrbio de forma marcante e 37,5% de forma leve e dessa amostra, o comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a aumentar a gravidade. Para o “pensamento desorganizado 3B, 50% não apresentaram alteração e no item 3C “pensamento desorganizado” 50% não apresentaram e os demais variaram entre respostas como conversa dispersa de conteúdo desorganizado (25%), respostas incoerentes com a pergunta e palavras incoerente, ambos com 12,5% cada. Na “alteração do nível de consciência”, item 4A, 50% apresentavam-se alertas, 37,5% vigilantes e 12,5% letárgico. No item “alteração do nível de consciência” 4B e 4C, 100% não apresentou variação, ou seja, não aumentou ou diminuiu a gravidade. Já no item “desorientação”, 75% dos pacientes apresentaram-se desorientados no momento da entrevista e 25% apresentou-se orientado. No item “distúrbio ou prejuízo de memória”, 50% apresentaram problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital, ou dificuldade de se lembrar de instruções dadas e os demais, 50% não apresentaram nenhum tipo de prejuízo de memória.

No item “distúrbio de percepção”, o paciente pode apresentar alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava), 12,5% apresentou alucinação e 87,5% não apresentaram sinais de distúrbio de percepção. Na avaliação da “agitação psicomotora (Parte 1 e 2)”, onde a parte 1 é caracterizada pelo aumento anormal da atividade motora, como agitação, mudança súbita e frequente de posição e a parte 2, definida como uma diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo e vazio e a permanência na mesma posição por um longo tempo, os resultados apontam que na Parte 1, 100,0% dos pacientes apresentava um aumento anormal da atividade motora, como agitação psicomotora e 12,5% dos pacientes, na parte 2, apresentaram uma diminuição anormal da atividade motora. Quanto à “alteração do ciclo sono-vigília”,

Quadro 1

Distribuição dos resultados em relação à escala de delirium CAM-UTI. São Paulo, 2018. n=8

Início	Distúrbio de atenção 2A	Distúrbio de atenção 2B	Pensamento desorganizado 3A	Pensamento desorganizado 3B	Pensamento desorganizado 3C	Alteração do nível de consciência 4A	Alteração do nível de consciência 4B	Alteração do nível de consciência 4C	Desorientação	Distúrbio de memória	Distúrbio de percepção	Agitação psicômota - Parte 1	Agitação psicômota - Parte 2	Alteração do ciclo sono-vigília
Início agudo	Não	Não	Sim, de forma marcante	Não	*	Alerta	Não	*	Apresentou-se desorientado	Não	Não	Sim	Não	Sim
Início agudo	Sim, de forma leve	Não	Sim, de forma leve	Não	*	Letárgico	Não	*	Apresentou-se desorientado	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Início agudo	Sim, de forma marcante	Sim	Sim, de forma leve	Sim	Respostas incoerentes com a pergunta	Alerta	Não	*	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Início agudo	Sim, de forma marcante	Não	Sim, de forma marcante	Não	*	Vigilante	Não	*	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Início agudo	Sim, de forma leve	Não	Sim, de forma leve	Sim	Conversa dispersa, de conteúdo desorganizado	Alerta	Não	*	Apresentou-se desorientado	Não	Não	Sim	Não	Sim
Início agudo	Sim, de forma leve	Amentou durante a entrevista	Sim, de forma marcante	Sim	Palavras incoerentes	Vigilante	Não	*	Apresentou-se desorientado	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Início agudo	Sim, de forma marcante	Não	Sim, de forma marcante	Sim	Conversa dispersa, de conteúdo desorganizado	Vigilante	Não	*	Apresentou-se desorientado	Não	Não	Sim	Não	Sim
Início agudo	Sim, de forma marcante	Sim	Sim, de forma marcante	Não	*	Alerta	Não	*	Apresentou-se desorientado	Não	Não	Sim	Sim	Sim

100% dos pacientes apresentaram sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência excessiva e insônia noturna.

As análises sobre a incidência de *Delirium* na UTI indicam que podem variar de acordo com as características dos pacientes e outros fatores, que incluem as medidas terapêuticas. Através do método CAM é possível identificar o *Delirium* de forma rápida. O instrumento caracteriza-se por ser de fácil aplicação, possuir alta sensibilidade e especificidade, não necessita de treinamentos complexos para utilizá-lo e por serem necessários apenas 2-3 minutos para sua aplicação. O CAM é um importante instrumento para a detecção do *delirium* nas UTIs e sua utilização pela equipe de enfermagem resulta em um controle mais eficaz dos pacientes graves que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento do *Delirium*^(11,15).

Um estudo realizado utilizando CAM, em um hospital geral, considera que a detecção do *Delirium* é fortemente influenciada pelo diagnóstico de admissão do paciente, que as características demográficas podem interferir no processo do seu diagnóstico e que o manejo do *Delirium* em hospitais, deve ser considerado uma questão importante de qualidade do cuidado⁽²⁰⁾.

O presente estudo destaca que o perfil dos pacientes da amostra é muito semelhante à de outros estudos, o que pode nos fundamentar, para inferir que as características dos pacientes com *Delirium* ou vulneráveis à ele, podem ser facilmente identificadas na prática do cuidado intensivo, o que permite a elaboração de mais estudos semelhantes a este, com amostras maiores e que fundamentem a elaboração de protocolos de cuidados alinhados com a literatura em busca de uma assistência de enfermagem segura e de qualidade.

Conclusão

O presente estudo conclui que o perfil dos pacientes com *Delirium* internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto, neste estudo, pode não definir de forma pontual algumas características como sendo uma fonte desencadeadora do *Delirium*, devido à amostra ser muito pequena. Contudo, destaca-se que o perfil do paciente analisado possui idade média de 58,1 anos (DP 20,3 anos), 50% são homens, com antecedentes pessoais predominando a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), dislipidemia, etilismo, tabagismo e uso de drogas (75%), internados por problemas neurológicos, cardiovasculares, respiratórios, digestórios e metabólicos, em uso de dispositivos como tubos, cateteres e sondas, que receberam sedação (75%) previamente por até sete dias, apresentaram sinais clássicos de *Delirium*, 100% dos pacientes, apresentaram mudança aguda do estado mental. Quanto ao distúrbio

de atenção (parte 2A), 50% apresentaram algum tipo de forma marcante, para o item de distúrbio de atenção 2B, 62,5% não apresentaram. No item 3A “pensamento desorganizado”, o pensamento do paciente apresenta-se desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, 62,5% apresentou o distúrbio de forma marcante e 37,5% de forma leve e dessa amostra, o comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a aumentar a gravidade. Já no item “desorientação”, 75% dos pacientes apresentaram-se desorientados no momento da entrevista, 50% apresentaram problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital, ou dificuldade de se lembrar de instruções dadas e os demais. No item “distúrbio de percepção”, o paciente pode apresentar alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava), 12,5% apresentou alucinação e 87,5% não apresentaram sinais de distúrbio de percepção. Na avaliação da “agitação psicomotora (Parte 1 e 2)”, onde a parte 1 é caracterizada pelo aumento anormal da atividade motora, como agitação, mudança súbita e frequente de posição e a parte 2, definida como uma diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo e vazio e a permanência na mesma posição por um longo tempo, os resultados apontam que na Parte 1, 100,0% dos pacientes apresentava um aumento anormal da atividade motora, como agitação psicomotora e 12,5% dos pacientes, na parte 2, apresentaram uma diminuição anormal da atividade motora. Quanto à “alteração do ciclo sono-vigília”, 100% dos pacientes apresentaram sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência excessiva e insônia noturna.

Referências

1. Bezerra GKA. Unidade de Terapia Intensiva – perfil das admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012; 16(4):491-6.
2. Lôbo RR, Silva Filho, SRB, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. *Delirium*. *Medicina* (Ribeirão Preto). 2010; 43(3):249-57. (Simpósio: Condutas em Enfermaria de Clínica Médica de Hospital de Média Complexidade - Parte 2, Capítulo IV)
3. Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. *Delirium*: uma perspectiva histórica. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005; 32(3):97-103.
4. Povinelli BMS, Miethke D, Dib TAA, Souza PMR. *Delirium* no paciente idoso. A prática clínica em doenças reumáticas. *RBM Rev Bras Med*. 2008; 65(supl.1):27-32.
5. Salluh JIF, Pandharipande P. Prevenção do *delirium* em pacientes críticos: um começo? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24(1): 1-3
6. van den Boogaard M, Pickkers P, Slooter AJ, Kuiper MA, Spronk PE, van der Voort PH, et al. Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) *delirium* prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. *BMJ*. 2012; 344:e420.
7. Francis J, Kapoor WN. *Delirium* in hospitalized elderly. *J Gen Intern Med*. 1990; 5(1):65-79.
8. Faria, RSB, Moreno RP. *Delirium* na unidade de cuidados inten-

- sivos: uma realidade subdiagnosticada. Rev Bras Ter Intensiva. 2013; 25(2):137-47.
9. 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(3):131-9.
 10. Sampaio FMC, Sequeira CAC. Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. Rev Enf Ref. 2013; serie 3(9):125-34.
 11. Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa. 6ª. ed. São Paulo: Atlas; 2006. 289 p.
 12. Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(4):587-93.
 13. Mesa P, Prevgliano IJ, Altez S, Favretto S, Orellano M, Lecor C, et al. *Delirium* em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospectivo em coorte em pacientes em ventilação mecânica. Rev Bras Ter Intensiva. 2017; 29(3):337-45.
 14. Torres D, Ruíz de Sánchez C, Zarco LA. Identificación de los factores de riesgo encontrados en pacientes mayores de sessenta años que desarrollaron *delirium* durante suhospitalización en el Hospital Universitario de San Ignacio, en Bogotá, Colombia. (Spanish). Univ Méd. 2012; 53(4):365-74.
 15. Zhang Z, Pan L, Ni H. Impact of *delirium* on clinical outcome in critically ill patients: a meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2013; 35(2):105-11.
 16. Klein Klouwenberg PM, Zaal IJ, Spitoni C, Ong DS, van der Kooi AW, Bonten MJ, et al. The attributable mortality of *delirium* in critically ill patients: prospective cohort study. BMJ. 2014; 349:g6652.
 17. Jaber S, Chanques G, Altairac C, Sebbane M, Vergne C, Perrigault PF, et al. A prospective study of agitation in a medical-surgical ICU: incidence, risk factors, and outcomes. Chest. 2005; 128(4):2749-57.
 18. Silva RCG, Paiva AAS, Marques PAO. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de *delirium*. Rev Latinoam Enferm. 2011; 19(1):81-9.
 19. Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, Lima MASD, Salluh JIFS. Importância da monitorização do *delirium* na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(3):274-9.
 20. Collins N, Blanchard MR, Tookman A, Sampson EL. Detection of *delirium* in the acute hospital. Age Ageing. 2010; 39(1):131-5.

Trabalho recebido: 11/02/2018

Trabalho aprovado: 24/04/2019

Trabalho publicado: 25/04/2019