



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA**

TIAGO NUNES DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE *DELIRIUM* REALIZADA
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE JOÃO PESSOA**

JOÃO PESSOA

2013

TIAGO NUNES DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE *DELIRIUM*
REALIZADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE JOÃO PESSOA**

Projeto de pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Medicina Interna do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Médico.

Orientador: Prof. Ms. Heydrich Lopes Virgulino de Medeiros

JOÃO PESSOA

2013

RESUMO

Introdução: o *delirium* é uma condição, uma enfermidade psiquiátrica, de início agudo onde há comprometimento de forma flutuante de funções cognitivas como atenção, consciência e sensopercepção. Trata-se de uma enfermidade comumente subdiagnosticada na prática clínica e com elevada prevalência em unidades de terapia intensiva (UTI). **Objetivos:** identificar como médicos intensivistas de João Pessoa manuseiam os casos de *delirium*, tanto no que concerne o diagnóstico como também o tratamento. **Metodologia:** foram aplicados questionários para coleta de informações sobre dados sócio demográficos, questões referentes ao tipo de UTI em que o profissional presta serviço, bem como dados relativos ao conhecimento médico sobre diagnóstico de tratamento do *delirium*. **Resultados:** neste estudo foi visto que 36,4% possuem especialização em UTI, enquanto 63,6% não possuem. Quando perguntados se faziam anamnese fim de diagnosticar o *delirium* 72,7% dos entrevistados referiram que sim e 27,3% admitiu não tentar fazer o diagnóstico. Quanto ao método diagnóstico utilizado 4,5% referiu o uso do CAM, 36,4% utiliza o CAM-ICU e 59,1% não usa nenhum instrumento. **Conclusão:** este estudo nos permite, por meio de seus dados, sugerir que há maior necessidade capacitar profissionais atuantes em UTI quanto à utilização do CAM-ICU, bem como o manejo terapêutico dessa grave condição clínica.

ABSTRACT

Introduction: *Delirium* is a condition, psychiatric illness, with an acute onset where there is commitment in a floating form of cognitive functions such as attention, consciousness and sensory perception. It's a disease commonly underdiagnosed in clinical practice with a high prevalence in intensive care units (ICU). **Objectives:** identify how ICU physicians from João Pessoa handle cases of *delirium*, both as regards the diagnosis as well as treatment. **Methods:** was applied questionnaires to collect information on socio-demographic data, questions regarding the type of ICU where the professional service provides, as well as data relating to medical treatment on diagnosis of *delirium*. **Results:** In this study it was seen that 36.4% have specialization in ICU, while 63.6% do not. When asked if anamnesis were made to diagnose *delirium* 72.7% of respondents said yes and 27.3% admitted to not try to make the diagnosis. Regarding the diagnostic method used 4.5% reported the uses of CAM, 36.4% uses the CAM-ICU and 59.1% did not use any instrument. **Conclusion:** This study allows us, through their data suggest that there is greater need to train professionals working in ICU on the use of CAM-ICU as well as the therapeutic management of this serious condition.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	OBJETIVOS	11
1.1.1	Objetivo geral	11
1.1.2	Objetivos específicos	11
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	12
2.1	TIPO E LOCAL DE ESTUDO	12
2.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	12
2.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	12
2.4	ANÁLISE DOS DADOS	14
2.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	14
3	RESULTADOS	15
4	DISCUSSÃO	19
5	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS	25
	APÊNDICES	27
	ANEXOS	30

1. INTRODUÇÃO

O *delirium* é um distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção caracterizada por início agudo e flutuante da função cognitiva, de forma que a capacidade do paciente receber, processar, armazenar e recordar informações está marcadamente alterada. Ocorre em curto período (horas ou dias), sendo geralmente reversível¹. O déficit de atenção é o fenômeno mais aparente, embora possam ser observados outros distúrbios cognitivos e comportamentais como perda de memória, alucinações e agitação. O *delirium* permanece consideravelmente sub-diagnosticado, apesar de sua elevada prevalência na unidade de terapia intensiva (UTI). Essa enfermidade possui mais de 25 sinônimos, incluindo encefalopatia aguda e séptica, psicose tóxica, psicose do CTI e estado agudo confusional, porém o termo *delirium* tem sido bastante usado em artigos científicos por ter sido desenvolvido e validado pela Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV)¹.

Essa condição clínica 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*")¹.

Estudos prévios efetuados em pacientes fazendo uso de ventilação mecânica e idosos com insuficiência respiratória chamaram a atenção para a importância do seu reconhecimento e conseqüentemente um tratamento adequado ao paciente crítico¹.

As publicações sobre o assunto vêm crescendo exponencialmente na última década, já que o *delirium* pode acometer em até 81% dos pacientes em ventilação mecânica, o que dificulta o desmame de prótese ventilatória, e resulta em um maior tempo de internação, maiores custos hospitalares totais, além de aumentar a mortalidade. Questões médico-legais também podem estar envolvidas, visto a necessidade freqüente de contenções mecânicas ou risco de lesão ao paciente².

Dentre os médicos intensivistas que destacam o *delirium* como uma importante forma de disfunção orgânica, apenas 6,4% monitorizam esta condição, segundo estudo apresentado por Ely e col. em 2002. Atualmente, ele é considerado um componente integral da monitorização do paciente, de acordo com o guia clínico prático de sedativos e analgesia da *Society of Critical Care Medicine* dos Estados Unidos¹.

O *delirium* é considerado a principal causa de agitação na terapia intensiva, mas a maioria dos episódios ocorre com atividade psicomotora normal ou deprimida, o que contribui para um alto índice de subdiagnósticos, fazendo-se necessária a pesquisa ativa em cada paciente por uma equipe familiarizada com o diagnóstico e manejo do mesmo².

O quadro clínico varia de um paciente hipoativo e sonolento até agitação psicomotora com alucinações na forma hiperativa³. Múltiplos fatores de risco têm sido associados com *delirium*⁴, porém seus danos em pacientes críticos ainda não são completamente conhecidos, mas sabe-se que sua presença é preditor de mortalidade, internação prolongada, aumenta a duração da ventilação mecânica e maior deterioração cognitiva após a alta⁵. Óbitos hospitalares associados com esse quadro clínico variam de 10% a 65% dependendo da idade e diagnóstico na internação. Alguns estudos indicam que a detecção e o tratamento precoce do *delirium* melhora o prognóstico dos pacientes. Intervenções protocolizadas têm conseguido reduzir sua incidência em 30%-40%. A estratégia do Hospital Elder Life Program (HELP) visa evitar o desenvolvimento dessa condição clínica e melhorar o atendimento hospitalar de idosos, e inclui medidas como: orientar os pacientes, monitorizar a nutrição, líquidos e o sono, promover a mobilização e proporcionar a adaptação visual e auditiva em pacientes com deficiência sensorial. Estratégias profiláticas farmacológicas têm sido usadas com resposta aceitável na prevenção da ocorrência de *delirium*. O Haloperidol mostrou-se eficaz em reduzir a duração, gravidade dos sintomas, e também a permanência hospitalar⁴.

Há relatos de 3% a 66% de *delirium* não diagnosticado, provavelmente devido a diversos fatores confundidores. Primeiramente, a terminologia apropriada e definição só foram propostas recentemente. Como a forma de apresentação mais freqüente é a hipoativa, e uma avaliação clínica usual pode não detectar o *delirium* em pacientes calmos e sonolentos, a maior parte destes pacientes ainda não é diagnosticada. Contudo, apesar deste conhecimento, o uso da avaliação clínica apenas em detrimento da utilização de instrumentos validados parece ser freqüente entre os médicos de UTI. Considerando que o *delirium* tem um grande impacto nos desfechos clínicos e subsequente qualidade de vida dos sobreviventes à UTI, este fato representa uma lacuna importante entre o conhecimento atual e sua tradução na prática clínica. Além disto, os pacientes com a forma hipoativa dessa enfermidade têm o triplo de chance de serem reintubados, e também seu risco de mortalidade em 6 meses é o triplicado. Por outro lado, a forma hiperativa, com agitação e alucinações, é fonte de preocupação com a

segurança do paciente. Extubação acidental, remoção acidental de catéteres, e outras lesões auto-inflingidas podem levar a conseqüências graves³.

Os fatores de risco para *delirium* podem ser divididos em modificáveis (precipitantes) e não modificáveis (predisponentes). Fatores predisponentes são intrínsecos ao paciente, determinando sua vulnerabilidade a disfunções cerebrais⁶. Esses fatores podem ser: idade, gênero, hábitos pessoais (por exemplo: tabagismo, abuso de álcool), comorbidades, doenças prévias do sistema nervoso, características genéticas (por exemplo, mutação APO-E4) e demência³.

Considerando o presente potencial para intervenção, os médicos intensivistas devem focar nos fatores de risco modificáveis, especialmente nos pacientes com maior risco de desenvolvimento de *delirium*. O próprio ambiente típico da UTI representa um fator de risco para esse distúrbio, em razão da ausência de iluminação natural, relógios, e isolamento do paciente. Algumas pequenas intervenções podem tornar o ambiente da UTI menos inóspito, permitindo uma melhor percepção do ambiente, como noite e dia por janelas e luzes, acesso a próteses visuais e auditivas, e intervenções para minimizar a privação de sono. Além disso, a presença de suporte à vida invasivo, tubos, cateteres e drenos também são considerados fatores de risco, e devem ser removidos logo que possível³.

Com o intuito de facilitar a observação e o diagnóstico do *delirium* em pacientes hospitalizados foram criados instrumentos, tais como o *Delirium Rating Scale* e o *Cognitive Test for Delirium*, dentre outros. Na década de 1980 Inouye et al. criaram um instrumento denominado *Confusion Assessment Method* (CAM), baseado nas principais características do distúrbio descrito pelo DSM-IV por perceberem que os instrumentos existentes apresentavam limitações e por exigirem treinamentos complexos para a sua utilização⁷.

Em 2001, o instrumento foi adaptado para a avaliação de pacientes graves intubados sob ventilação mecânica (VM) em ambientes de terapia intensiva, sendo então denominado como CAM-ICU (*Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit*)⁷. A utilização do método CAM-ICU exige apenas um rápido treinamento, já que o formulário para diagnóstico é de fácil aplicação. Esta nova ferramenta permitiu, portanto, uma rápida e acurada medida em pacientes críticos¹.

Para diagnóstico dessa condição clínica, é preciso associar a monitorização da sedação e do *delirium*, através do método de duas etapas para avaliação da consciência. O primeiro passo se refere à avaliação da sedação, que é quantificada pela escala de agitação e sedação de Richmond (*The Richmond Agitation and Sedation Scale* - RASS). Se o RASS (Anexo B) for

superior a - 4 (-3 até +4) deve-se então seguir para o segundo passo, que é a avaliação do *delirium*¹.

A abordagem em duas etapas do CAM-ICU é adequada para a maior parte dos pacientes que não conseguem se comunicar com o avaliador. Os pacientes que não progredem para o passo número 2, como por exemplo, aqueles com nível de sedação RASS - 4 a - 5, não são testados com o restante da avaliação CAM-ICU. Por isso, para aqueles que atingem o passo 2 e apresentam abertura dos olhos apenas com estimulação verbal, a incapacidade para realizar ou completar os componentes do teste de atenção é atribuída à falta de atenção¹, como ilustra a Figura 1.

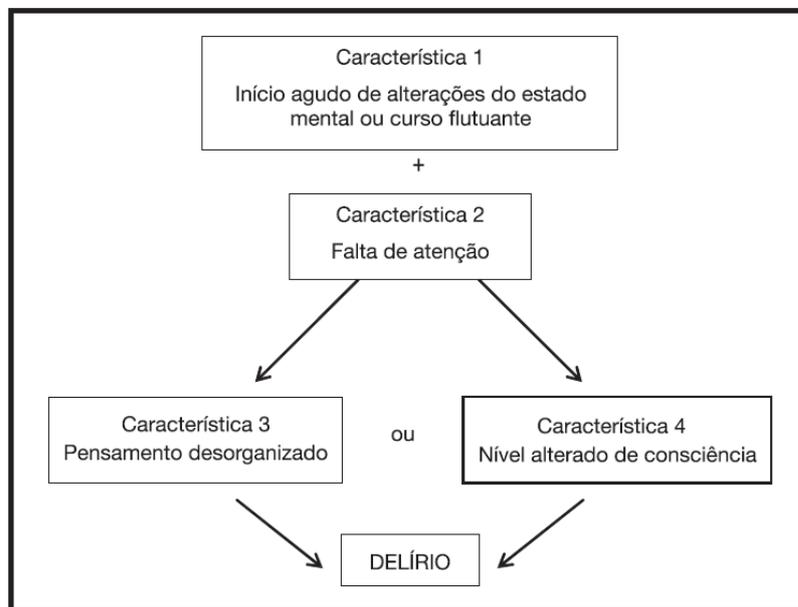


Figura 1 – Diagrama de Fluxo do Método CAM-ICU
Fonte: Ely et al. (2001) citado por Pessoa e Nácul (2006, p. 3)¹.

O tratamento do *delirium* varia com a condição específica que o está causando e objetiva controlar ou reverter suas manifestações. De maneira geral, o tratamento procura proteger o paciente de qualquer lesão¹.

Condições que contribuam para a confusão mental devem ser tratadas. Dentre estas, destacam-se a insuficiência cardíaca, hipóxia, hipercapnia, alterações tireoidianas, anemia, distúrbios nutricionais, infecções, insuficiência renal, insuficiência hepática e condições psiquiátricas, como a depressão. A correção destas anormalidades geralmente melhora o funcionamento cerebral¹.

O tratamento do *delirium* pode incluir medidas não farmacológicas como: a flexibilização do horário de visitas para permitir maior interação com familiares e amigos, o uso de relógios e calendários no ambiente para permitir uma maior orientação de tempo, além de redução de ruídos e iluminação noturna com o objetivo de aumentar o conforto do paciente. É importante lembrar que a comunicação clara deve ser priorizada¹.

Fármacos podem ser necessários no controle de comportamentos agressivos ou agitados, que podem causar danos ao paciente e aos profissionais de saúde envolvidos¹.

As classes mais bem estudadas para tratamento farmacológico do *delirium* são os antipsicóticos típicos e atípicos. Os antipsicóticos de primeira geração Haloperidol e Clorpromazina, assim como os antipsicóticos de segunda geração Olanzapina e Risperidona, parecem ter a mesma eficácia no tratamento da enfermidade estabelecida, com a ressalva de que os estudos nessas áreas tendem a ser pequenos e limitados a um único centro, com generalização limitada. O primeiro estudo multicêntrico e randomizado, comparando o antipsicótico Quetiapina com placebo para o tratamento dessa enfermidade foram encontradas reduções significativas no tempo delirante e no tempo de agitação para o grupo em tratamento. O estudo foi limitado pelo seu pequeno tamanho, e interpretação é um tanto difícil, porque abertamente o haloperidol pode ser usado em prerrogativas médicas⁶.

Como prevenção do *delirium*, inibidores da acetilcolinesterase têm sido investigados em seu tratamento. Depois de dois ensaios muito pequenos de rivastigmina, um não-randomizado e um cego e controlado com placebo, que sugeriu um efeito benéfico. Já um estudo maior, duplo-cego, controlado por placebo foi realizado com participação de 440 pacientes em seis hospitais. O estudo foi interrompido após 104 pacientes completarem o teste, quando o monitoramento indicou que a taxa de mortalidade no grupo em tratamento foi de 12 de 54 pacientes em comparação com 4 de 50 pacientes que tomaram placebo. Esta avaliação contraindica o uso da Rivastigmina nesses pacientes. Outros inibidores da acetilcolinesterase, incluindo a Donepezila e a Galantamina, foram menos estudados. Benzodiazepínicos são implicados no desenvolvimento do *delirium*, e não há evidências convincentes que indiquem o uso dessa classe medicamentosa em seu tratamento⁶.

O uso de antidepressivos no tratamento do *delirium* foi avaliado por Uchiama e col. A mianserina mostrou ser efetiva, especialmente no tratamento de distúrbios de comportamento e de sono, e foi quase que desprovida de efeitos adversos indesejáveis, incluindo efeitos extrapiramidais¹.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a capacidade dos médicos intensivistas da cidade de João Pessoa, Paraíba, de diagnosticar e tratar o *Delirium* em Unidades de Terapia Intensiva da referida cidade.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as maiores dificuldades para diagnosticá-lo;
- Verificar a experiência dos médicos das Unidades de Terapia Intensiva em tratar tal distúrbio;
- Identificar quais classes de medicamentos são mais utilizados.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa transversal e observacional com abordagem quali-quantitativa, que será realizada em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais da cidade de João Pessoa.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo da pesquisa será formado por médicos diaristas, plantonistas ou coordenadores que trabalhem em Unidade de Terapia Intensiva. Serão incluídos na pesquisa todos os médicos que estejam prestando serviço nas Unidades de Terapia Intensiva da cidade de João Pessoa, até atingir o número de 50 sujeitos.

2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Serão convidados a participar da pesquisa os médicos que estiverem em serviço no momento em que o coletor dos dados fizer a visita à Unidade de Terapia Intensiva. Após serem informados sobre a presente investigação e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lhes será entregue um questionário ao qual responderão de forma anônima e auto-administrada.

O instrumento de coleta de dados será um questionário semi-estruturado elaborado pelos autores e consistirá de duas partes: (1) Registro de Dados Sócio-Demográficos; (2) Questões referentes ao tipo de UTI que o profissional presta serviço; e (3) Questões referentes ao conhecimento médico sobre diagnóstico de tratamento do *delirium*.

A primeira parte do questionário consistirá no registro de dados sócio-demográficos, em que as variáveis analisadas serão sexo, idade, ano de conclusão do curso, cargo ou função desempenhada na UTI, área de atuação como especialista, realização ou não de curso de

especialização em UTI. A segunda parte do questionário será referente ao tipo de UTI que o profissional presta serviço:

- Em que tipo de UTI você trabalha?
- Número de leitos disponíveis na UTI: _____
- Existem médicos residentes em formação em seu serviço?
- Qual o tipo de hospital em que você está trabalhando neste exato momento? – Considere Hospital Universitário se este se encontra associado a uma Faculdade de Medicina.
- Existem visitas multidisciplinares na UTI?

A terceira parte será referente ao conhecimento médico sobre diagnóstico de tratamento do *delirium*:

1. Você faz anamnese para diagnosticar *delirium* em seu serviço?
2. Você utiliza algum método específico para diagnosticar o *delirium*? – Caso a resposta seja afirmativa, especificar qual método utilizado.
3. Você conhece o *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit* (CAM-ICU) para o diagnóstico do *delirium* na UTI?
4. Utiliza o CAM-ICU em sua prática clínica diária?
5. Você encontra dificuldades utilização do CAM-ICU?
6. Caso a resposta anterior seja afirmativa, justifique o motivo da sua dificuldade em relação ao CAM-ICU (pode marcar mais de uma opção):
7. Você acredita em que existam benefícios no diagnóstico e tratamento precoce do *delirium*?
8. Após estabelecer o diagnóstico de *delirium*, qual o intervalo de tempo que você considera ideal para iniciar o tratamento?
9. Qual a forma de tratamento mais utilizada em sua prática clínica para tratar o *delirium*?
10. Em caso de tratamento farmacológico, qual(is) o(s) medicamento(s) de sua escolha para tratar o *delirium*?

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística descritiva dos dados será feita através da determinação de frequências das variáveis nominais e ordinais e de frequências, médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas.

A estatística inferencial será realizada através da aplicação dos testes não-paramétricos de qui-quadrado (variáveis qualitativas dicotômicas) e de Mann-Whitney (variáveis quantitativas discretas), além da análise de correlação linear de Spearman, a um nível de significância de 5%.

Será utilizado o software estatístico SPSS para Windows versão 21.0 para a análise dos dados.

2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, este projeto será submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW (CEP/HULW). Posteriormente, à avaliação pelo CEP, os médicos que se enquadrarem nos critérios de elegibilidade da pesquisa serão convidados a integrar o estudo, sendo oferecidas todas as informações acerca do trabalho, incluindo os objetivos da pesquisa. Só participarão da pesquisa aqueles que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ficará claro que o médico pode se retirar da pesquisa quando lhe convier e será garantido o sigilo de seus dados.

3. RESULTADOS

No presente estudo foram avaliados 22 médicos que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva do município de João Pessoa - Paraíba, sendo 13 profissionais (59,1%) do sexo masculino, 8 (36,4%) do sexo feminino e 1 (4,5%) esqueceu de designar seu gênero. Quando perguntados quanto ao cargo exercido na UTI 4,5% era diarista, 86,4% trabalhava como plantonista e 9,1% eram coordenadores da unidade. Em relação a suas especialidades 22,7% referiram ser Intensivistas, enquanto 59,1% e 9,1% afirmaram pertencer a outras áreas clínicas e outras áreas cirúrgicas respectivamente. Apenas 9,1% não se enquadraram em nenhuma das áreas postas no questionário. Quando questionados se haviam feito algum curso de especialização em UTI 36,4% respondeu que sim, enquanto 63,6% não havia feito especialização alguma.

A maioria dos entrevistados (72,7%) referiu que em seus serviços haviam médicos residentes em formação e 27,3% negaram a presença de residência médica na UTI. Dos entrevistados, 31,8% trabalham em UTIs estritamente clínicas, 4,5% eram estritamente cirúrgicas e 63,6% haviam pacientes de ambas as especialidades. Quase metade (45,5%) dos entrevistados participam de visitas multidisciplinares, enquanto 54,5% disseram que essas visitas não eram feitas em seu serviço. Metade dos entrevistados trabalham em hospitais públicos, 18,2% em hospitais privados e 31,8% em Hospitais Universitários.

Nesta amostra 72,7% dos entrevistados afirmaram fazer anamnese a fim de diagnosticar o *delirium* e 27,3% admitiu não tentar fazer o diagnóstico. Quando perguntados se usavam algum método específico para diagnosticar o quadro clínico em questão, 40,9 afirmou utilizar um método, sendo que 59,1% não utilizava método algum. Para complementar a questão passada foi perguntado qual o método utilizado, 4,5% dos entrevistados referiu o uso do CAM, 36,4% utiliza o CAM-ICU e 59,1% não usa nenhum método. Grande parte (81,8%) da amostra conhece o método diagnóstico CAM-ICU e 18,2% o desconhecia. Sobre a utilização do CAM-ICU, 36,4% faz uso do método, enquanto 61,9 não utiliza. Dos entrevistados, 22,7% disseram ter dificuldades em usar o CAM-ICU, 31,8% não encontram dificuldades e 45,5% nunca utilizaram esse método. Dentre os motivos de dificuldades listados, falando em percentagem válida para as respostas, 33,3% afirmaram que os critérios são de difícil compreensão, 50% que a definição de parâmetros é imprecisa e 16,7% não conhecem o método. Os profissionais foram unânimes em afirmar que o diagnóstico precoce do *delirium* traz benefícios ao paciente. A maioria (95,5%) crê que o

tratamento deve ser iniciado tão logo seja diagnosticada essa condição clínica e 4,5% considerou que se deve esperar um intervalo de 24h para iniciar o tratamento. O tratamento farmacológico exclusivo é utilizado por 22,7%, enquanto 77,3% associam tratamento farmacológico e não farmacológico para debelar o quadro clínico. Quanto a administração de fármacos 4,5% utilizam apenas a Dexmedetomidina, 50% usam apenas o Haloperidol, 36,4% associa a Dexmedetomidina ao Haloperidol e 4,5% prefere administrar benzodiazepínicos. 4,5% não respondeu à questão.

Na tabela 1, podemos perceber, por meio de uma comparação, que dos médicos que não utilizam nenhum método específico 30,8% tem especialização em UTI, enquanto 69,2% não o possuem. Já tendo em vista os profissionais que utilizam o CAM-ICU como método diagnóstico 50% possuem especialização e 50% não.

Tabela 1 - Profissionais com e sem especialização na UTI X Método Utilizado

Método Utilizado			Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Ausente	Válido	Sim	4	30,8	30,8	30,8
		Não	9	69,2	69,2	100,0
		Total	13	100,0	100,0	
CAM	Válido	Não	1	100,0	100,0	100,0
CAM-ICU	Válido	Sim	4	50,0	50,0	50,0
		Não	4	50,0	50,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	

Na Tabela 2 pudemos perceber que a maioria dos médicos que não tem especialização em UTI conheciam menos o CAM-ICU. Dos que não conhecem o método 25% possui especialização e 75% não.

Tabela 2 - Profissionais com e sem especialização na UTI X os que conhecem o CAM-ICU

Conhece CAM-ICU			Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	Válido	Sim	7	38,9	38,9	38,9
		Não	11	61,1	61,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
Não	Válido	Sim	1	25,0	25,0	25,0
		Não	3	75,0	75,0	100,0
		Total	4	100,0	100,0	

A Tabela 3 demonstra que dos médicos que utilizam CAM-ICU, 25% tem dificuldades na aplicação do método, enquanto 75% relatou que usam esse instrumento sem problemas. Dos que não fazem uso desse método 23,1% não utiliza por encontrar dificuldades e 76,9% não utilizam o CAM-ICU e deixaram a questão sem resposta.

Tabela 3 - Profissionais que tem dificuldade em utilizar CAM-ICU X Utilização do Método

Utiliza CAM-ICU			Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	Válido	Sim	2	25,0	25,0	25,0
		Não	6	75,0	75,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	
Não	Válido	Sim	3	23,1	23,1	23,1
		Ausente	10	76,9	76,9	100,0
		Total	13	100,0	100,0	
Ausente	Válido	Não	1	100,0	100,0	100,0

Na Tabela 4 podemos notar que, dos profissionais que tem dificuldades com o uso do CAM-ICU, 40% apontou que o método apresenta critérios de difícil compreensão, enquanto 60% respondeu o motivo seria a definição imprecisa de parâmetros.

Tabela 4 - Motivo da dificuldade em utilizar CAM-ICU X profissionais que utilizam CAM-ICU

Dificuldades com CAM-ICU			Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	Válido	Critérios de Difícil Compreensão	2	40,0	40,0	40,0
		Definição Imprecisa de Parâmetros	3	60,0	60,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0	
Não	Ausente	99	7	100,0		
99	Válido	Não conheço esse Método diagnóstico	1	10,0	100,0	100,0
		Ausente	99	90,0		
		Total	10	100,0		

A Tabela 5 demonstra que, dos médicos que fazem anamnese para diagnosticar a enfermidade, 50% utiliza o CAM-ICU, 43,8% não utiliza o método e 6,3% não respondeu à questão.

Tabela 5 - Anamnese X Utilização do CAM-ICU

Anamnese			Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	Sim		8	50,0	53,3	53,3
	Válido	Não	7	43,8	46,7	100,0
		Total	15	93,8	100,0	
	Ausente	99	1	6,3		
	Total		16	100,0		
Não	Válido	Não	6	100,0	100,0	100,0

4. DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta limitações, pois a amostragem obtida ficou aquém do esperado. Uma das principais dificuldades encontradas foi a participação dos médicos, visto que a maioria dos profissionais da UTI de um grande hospital da cidade se recusaram a participar do estudo, o que é legítimo, porém acarretou um "n" menor que o esperado.

O *delirium*, apesar de ser um estado clínico de elevada prevalência em UTIs, permanece consideravelmente sub-diagnosticado. Segundo Pitrowsky MT et al., há relatos de prevalência em UTI que variam de 28% a 73%. Esta variação pode ser atribuída à heterogeneidade da população avaliada (por exemplo, gravidade da doença, pacientes em ventilação mecânica ou não, idosos) assim como a definição de *delirium* e o instrumento escolhido para sua detecção.³ O quadro clínico varia de um paciente hipoativo e sonolento até agitação psicomotora com alucinações na forma hiperativa, sendo que a forma mais freqüente é a hipoativa, enquanto a forma hiperativa pura é relativamente rara (<5%).³ Há evidências atuais de que o *delirium* está associado com piores desfechos para pacientes criticamente enfermos, inclusive aumento da duração da ventilação mecânica, duração da permanência no hospital e mortalidade³, a incidência de demência em 4 anos, o custo com saúde e a chance de o paciente ser institucionalizado após a alta.⁸

Um dos resultados do trabalho mostrou que a maioria (95,5%) crê que o tratamento deve ser iniciado tão logo seja diagnosticada essa condição clínica e 4,5% considerou que se deve esperar um intervalo de 24h para iniciar o tratamento, estando uma pequena percentagem ainda destoando da literatura que afirma ser o tratamento imediato a melhor conduta.

É recomendado o uso de instrumentos validados para diagnosticar *delirium*, como Confusion Assessment Method (CAM) e sua versão para terapia intensiva CAM-ICU.⁸

Um fator que pode prejudicar a avaliação do paciente em *delirium* pelo profissional que o acompanha, que é o fato de alguns entrevistados terem relatado dificuldades para aplicar o CAM-ICU, o que se contrapõe ao que diz a literatura, afirmando que para fazer o uso desse método basta uma rápida capacitação. É preocupante esse achado que concerne à dificuldade referida pelos participantes do estudo em aplicar o CAM-ICU, por este ser um instrumento de alta sensibilidade e especificidade. Por este motivo faz-se necessário que hajam treinamentos, não só dos médicos, mas também da equipe de enfermagem para que se

faça o uso correto desse método, aumentando a eficácia e a quantidade de diagnósticos, com o consequente tratamento correto dos enfermos.

O processo de validação do CAM-ICU foi apresentado em dois estudos, sendo que em ambos, a aplicação do instrumento foi realizada por enfermeiros e médicos ou especialistas em *delirium* de maneira independente em pacientes adultos sem antecedentes de comprometimentos neurológicos internados na UTI. Os pacientes estudados apresentavam o índice *Acute Physiologic Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) médio de 17,1 em um estudo e no outro 22,9. A incidência de *delirium* foi de 87% e 83,3% e o desempenho do CAM-ICU na detecção do distúrbio obtido pela avaliação da sensibilidade variou de 95% a 100% e 93% a 100%. A especificidade variou de 89% a 93% e 98% a 100%, respectivamente.⁷

É viável uma ampla implementação de escalas de sedação e monitorização de *delirium* através do CAM-ICU pela equipe de enfermagem, conforme foi demonstrado em duas UTIs clínicas. Sessenta e quatro enfermeiros avaliaram 711 pacientes, e a concordância geral (kappa) entre enfermeiros à beira do leito e avaliadores de referência usando o Método de Avaliação de Confusão para UTI variou de 0,75 a 0,92.³

Em 1991 Inouye et al. desenvolveram um método fácil de usar, o Método para Avaliação da Confusão (sigla em inglês, CAM) baseado na população idosa fora da UTI.³ Dez anos mais tarde, Ely et al. realizaram um estudo prospectivo de coorte em um único centro para avaliar a eficácia do Método de Avaliação da Confusão modificado para pacientes incapazes de expressão verbal (CAM-ICU) admitidos em uma UTI clínica.⁹ O CAM-ICU foi capaz de detectar *delirium* nesta população com uma elevada confiabilidade entre avaliadores. No mesmo ano, os autores validaram o método CAM-ICU para pacientes em ventilação mecânica, e foi diagnosticado *delirium* em 83,3% dos pacientes.³

Em um hospital universitário alemão, o autor avaliou três instrumentos de forma prospectiva: CAM-ICU, escala de triagem de *delirium* pela enfermagem (sigla em inglês, DDS) e o escore de detecção de *delirium*, usando o ICDSC (Sigla em inglês para - Lista de Verificação para Triagem de *Delirium* em Terapia Intensiva –“Checklist”) como padrão de comparação. Mais uma vez o CAM-ICU foi capaz de diagnosticar *delirium* com elevada concordância entre examinadores. O DDS foi o instrumento menos sensível (30%).¹⁰

Por outro lado, quando o *delirium* é rotineiramente monitorizado, há a possibilidade de tratamento desnecessário ou uso excessivo de antipsicóticos. 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 o estado confusional foi diagnosticado 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 ($p = 0,01$).¹¹

Os aspectos sobre o *delirium* estudados com o CAM-ICU foram o desempenho do próprio instrumento, a identificação, tratamento, custo, morbidade e mortalidade decorrentes dessa condição clínica. Assim, verificou-se que o CAM-ICU é um instrumento importante na detecção desse distúrbio e que a sua utilização pela equipe resulta em um controle mais eficaz dos pacientes graves que apresentam o distúrbio, bem como, aqueles que possuem riscos para desenvolvê-lo.⁷

O presente estudo consegue mostrar dados interessantes no tocante à anamnese e o uso do CAM-ICU. Pelo fato de apenas metade dos entrevistados que fazem anamnese utilizarem um instrumento validado pode-se sugerir que o diagnóstico do transtorno em questão esteja sendo prejudicado, já que trata-se de uma enfermidade de difícil avaliação se não for utilizado um método adequado para diagnosticá-la. Além disso, ainda temos uma porcentagem considerável de 27,3% que não fazem sequer a anamnese a fim de diagnosticar tal distúrbio, o que se contrapõe à ideia unânime dos entrevistados que acreditam no benefício do diagnóstico precoce do *delirium* e dos 95,5% que dizem iniciar o tratamento imediatamente após descoberta a essa condição clínica.

Neste estudo foi visto que 22,7% dos entrevistados utilizam tratamento exclusivamente farmacológico, enquanto 77,3% associam tratamento farmacológico e não-farmacológico para debelar o quadro clínico.

Tendo em vista esses resultados, em um estudo divisor de águas, Inouye et al. avaliaram 852 pacientes hospitalizados fora da UTI e os designaram para cuidados usuais ou tratamento com intervenções como reorientação dos pacientes, protocolo não farmacológico de sono, mobilização e remoção precoces de cateteres e restrições, uso de óculos e aparelhos auditivos e correção da desidratação e eletrólitos. A intervenção reduziu significativamente a incidência de *delirium* (15% no tratamento usual em comparação com 9,9% no grupo com a intervenção; OR = 0,60; IC 95% = 0,39 a 0,92). Estes resultados foram subsequentemente confirmados em condições de pós-operatório³.

Outras questões clínicas que também são fatores de risco e devem sempre ser verificados e corrigidos são as alterações eletrolíticas, infecções, abstinência de drogas e controle da dor. Embora o papel destas questões na prevenção do *delirium* na UTI ainda precisem ser testados, estes fatores devem ser observados com cuidado, pois representam boa prática clínica e são fatores de risco bem conhecidos³.

A sedação desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de *delirium*. Evitar sedação excessiva é benéfico para uma ampla variedade de desfechos clínicos, inclusive infecções adquiridas na UTI, duração da ventilação mecânica, e duração da internação na UTI. É interessante que não apenas a exposição a sedação, mas também o tipo de sedativo pode influenciar seu desenvolvimento. É crescente o número de evidências que indicam os benzodiazepínicos como droga associada a maior ocorrência de *delirium*³.

O tratamento varia com a condição específica que o está causando e objetiva controlar ou reverter suas manifestações¹. A prevenção não farmacológica de *delirium* na UTI já foi demonstrada em estudos que utilizaram protocolos de sedação intermitente (despertar diário) e testes de ventilação espontânea¹². No caso de as medidas não farmacológicas falharem em manter paciente e equipe seguros, deve ser considerado o uso de baixas doses de antipsicóticos, por um curto período de tempo⁸.

Dentre os entrevistados neste trabalho 4,5% utilizou apenas a Dexmedetomidina, 50% apenas o Haloperidol, 36,4% associou a Dexmedetomidina ao Haloperidol e 4,5% administra benzodiazepínicos para tratar farmacologicamente seu paciente. 4,5% não respondeu à questão.

O tratamento farmacológico do *delirium* é baseado no controle dos sintomas, especialmente de agitação psicomotora. Uma revisão sistemática recente demonstrou não haver superioridade dos anti-psicóticos de segunda geração sobre o haloperidol¹².

O haloperidol é tradicionalmente utilizado para o tratamento de *delirium*, sendo assim, em 2002, diretrizes de prática clínica em sedativos o recomendou como medicamento de escolha. Os pacientes que tomam haloperidol devem ter monitorização eletrocardiográfica pois pode apresentar prolongamento do intervalo QT e arritmias¹³. Este fármaco é um importante antagonista de receptores de dopamina D2, localizados predominantemente em neurônios estriatais. O perfil farmacocinético do haloperidol mostra que esta droga apresenta dissociação lenta e grande afinidade por receptores D2. Estudos com tomografia por emissão de pósitrons demonstraram que com um bloqueio significativo dos receptores de dopamina, mais de 80% dos receptores, os pacientes começam a exibir também sintomas extrapiramidais

que incluem discinesia, distonia, rigidez muscular, alteração de marcha e tremor ao repouso.¹⁴

Embora não exista tratamento farmacológico padronizado para o *delirium*, práticas clínicas empíricas sugerem o uso de haloperidol, (por via oral ou venosa), como fármaco de escolha. A dose inicial sugerida é de 5 mg por via oral ou intravenosa em duas tomadas diárias. Outros antipsicóticos, como a risperidona na dose de 0,5 mg por via oral duas vezes ao dia também podem ser utilizados¹.

O uso da dexmedetomidina para o tratamento de *delirium* ainda não foi testado por um ensaio clínico randomizado desenhado para esse fim. Há um ensaio clínico randomizado desenhado para avaliar o impacto da dexmedetomidina em sua prevalência e duração em pacientes em terapia intensiva. O mesmo não demonstrou vantagem da dexmedetomidina sobre a droga de comparação para o desfecho isolado de *delirium*, portanto não se recomenda o uso rotineiro da dexmedetomidina para a sedação de pacientes em ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva com o objetivo de tratar *delirium*, pois esta não se demonstrou superior aos protocolos atuais recomendados de intervenção. Porém, em casos selecionados, o uso da dexmedetomidina pode ser útil para preveni-lo em pacientes de alto risco para desenvolvê-lo e de morbidade ou mortalidade secundária ao mesmo, mas, são necessárias evidências mais robustas sobre o papel desta droga⁸.

Alguns estudos de coorte sugerem que o uso de benzodiazepínicos, propofol e opióides antes da admissão na UTI são fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*⁸, estando sua proscrita seu uso para tratar essa enfermidade.

5. CONCLUSÃO

O *delirium* é uma manifestação clínica de início agudo e curso flutuante da função cognitiva, bastante prevalente em Unidades de Terapia Intensiva. Seu diagnóstico e tratamento precoces diminuem o tempo de ventilação mecânica e internação, melhora o prognóstico e influencia na morbidade e na mortalidade de pacientes críticos. Ainda é preciso aumentar a amostragem do estudo para que seja estatisticamente relevante. Porém, mesmo sem relevância estatística significativa, o presente estudo nos permite, por meio de seus dados, sugerir que há maior necessidade capacitar profissionais atuantes em UTI quanto à utilização do CAM-ICU, bem como o manejo terapêutico dessa grave condição clínica.

REFERÊNCIAS

1. Pessoa RF, Nacul FE. *Delirium* em pacientes críticos. Rev. bras. ter. intensiva [periódico na Internet]. 2006 Jun [acesso em 2011 Ago 3]; 18(2):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000200013&lng=en&nrm=iso.
2. Serafim RB. *Delirium* em ventilação mecânica. Revista Med D'or [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2013 Fev 23]; 10(2):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=31396&langType=1046>.
3. Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, et al. Importância da monitorização do *delirium* na unidade de terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva [periódico na Internet]. 2010 Jun [acesso em 2011 Mai 9]; 22(3):[aproximadamente 4 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300010&lng=pt&nrm=iso.
4. Bernal DR, Castro CC, Duque LP, et al. *Delírium*: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un hospital universitario. Rev. colomb. psiquiatr. [periódico na Internet]. 2009 Set [acesso em 2011 Out 3]; 38(3):[aproximadamente 16 p.]. Disponível em: <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/rcp/article/view/73/57/>.
5. Herrejón EP. Diagnóstico del delirio en el enfermo crítico. Med. intensiva [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 Jun 8]; 34(1):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=54697>.
6. Withlock EL, Vannucci A, Avidan MS. Postoperative *delirium*. Minerva anestesiol. , [periódico na Internet]. 2011 Apr [acesso em 2011 Out 3]; 77(4):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/gW0qlpAgKKordqueB8SdFqn2%252B20adHmTu%252BBETQ%252BMRDPeTjRtUyuqivwFKErp%252FIPecqZQfP%252B3IYe5h%252FvZwEryVOA%253D%253D/R02Y2011N04A0448.pdf>.
7. Satomi M, Kashiba KI, Silva DV, et al. Confusion assessment method para analisar *delirium* em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. Rev. bras. ter. intensiva [periódico na Internet]. 2009 Mar [acesso em 2011 Mai 9]; 21(1):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000100009&lng=en&nrm=iso.
8. Rodrigues LO, et al. Precedex© Dexmedetomidina e *Delirium*. Recomendações da Câmara Técnica Nacional de Medicina Baseada em Evidências do Sistema Unimed [acesso em 2013 Mai 9]; 21(1):[aproximadamente 29 p.]. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/servlet/ServletDownload?id=MjE0NzUxMTY2Mw==>

9. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of *delirium* in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med.* 2001;29(7):1370-9.
10. Luetz A, Heymann A, Radtke FM, Chenitir C, Neuhaus U, Nachtigall I, et al. Different assessment tools for intensive care unit *delirium*: which score to use? *Crit Care Med.* 2010;38(2):409-18. Erratum in: *Crit Care Med.* 2010;38(6):1509.
11. van den Boogaard M, Pickkers P, van der Hoeven H, Roodbol G, van Achterberg T, Schoonhoven L. Implementation of a *delirium* assessment tool in the ICU can influence haloperidol use. *Crit Care.* 2009;13(4):R131.
12. Tan JA, Ho KM. Use of dexmedetomidine as a sedative and analgesic agent in critically ill adult patients: a meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2010;36(6):926-39. Epub 2010/04/09.
13. Cavallazzi R et al., *Delirium* in the ICU: an overview. *Annals of Intensive Care* 2012 [acesso em 2013 Mai 20]; 21(1):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.annalsofintensivecare.com/content/2/1/49>
14. Baptista PPA. Efeitos do exercício físico sobre diferentes parâmetros locomotores e comportamentais em ratos Wistar tratados com Haloperidol [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

APÊNDICE A – Questionário

Questionário - Parte I

- Gênero: () Masculino () Feminino
- Idade: _____
- Ano de Formatura: _____
- Cargo/Função:
- () Diarista () Plantonista () Coordenador
- Possui título de especialista em:
- () Terapia Intensiva () Outras áreas clínicas () Outras áreas cirúrgicas
- Fez curso de especialização ou residência médica em UTI?
- () Sim () Não

Questionário - Parte II

- Em que tipo de UTI você trabalha?
- () Clínica () Cirúrgica () Ambas
- Número de leitos disponíveis na UTI: _____
- Existem médicos residentes em formação em seu serviço?
- () Sim () Não
- Qual o tipo de hospital em que você está trabalhando neste exato momento?
- () Público () Privado () Universitário
- Considere Hospital Universitário se este se encontra associado a uma Faculdade de Medicina***
- Existem visitas multidisciplinares na UTI?
- () Sim () Não

Questionário - Parte III

- Você faz anamnese para diagnosticar *delirium* em seu serviço?
- () Sim () Não
- Você utiliza algum método específico para diagnosticar o *delirium*?
- () Sim () Não
- Caso a resposta anterior seja afirmativa, especifique qual método utilizado:***

- Você conhece o Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit (CAM-ICU) para o diagnóstico do *delirium* na UTI?
- () Sim () Não
- Utiliza o CAM-ICU em sua prática clínica diária?

- Sim Não
- Você encontra dificuldades utilização do CAM-ICU?
- Sim Não Não utilizo esse método em minha prática clínica
- Caso a resposta anterior seja afirmativa, justifique o motivo da sua dificuldade em relação ao CAM-ICU (pode marcar mais de uma opção):
- Critérios de difícil compreensão
- Definição imprecisa dos parâmetros utilizados
- Não conheço esse método diagnóstico
- Você acredita em que existam benefícios no diagnóstico e tratamento precoce do *delirium*?
- Sim Não
- Após estabelecer o diagnóstico de *delirium*, qual o intervalo de tempo que você considera ideal para iniciar o tratamento?
- Imediatamente
- Após 24 horas
- Após 48 horas
- Não trato
- Qual a forma de tratamento mais utilizada em sua prática clínica para tratar o *delirium*?
- Não-farmacológico
- Farmacológico
- Ambos
- Não trato
- Em caso de tratamento farmacológico, qual(is) o(s) medicamento(s) de sua escolha para tratar o *delirium*? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa é sobre o DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO *DELIRIUM* POR MÉDICOS QUE TRABALHAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA e está sendo desenvolvida por TIAGO NUNES DE ARAÚJO, aluno do curso de MEDICINA da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. HEYDRICH LOPES VIRGULINO DE MEDEIROS.

O objetivo da pesquisa é avaliar a capacidade dos médicos intensivistas da cidade de João Pessoa, Paraíba, de diagnosticar e tratar o *delirium* em Unidades de Terapia Intensiva da referida cidade, com o intuito de desvendar dificuldades para diagnóstico e tratamento dessa enfermidade, com a posterior intenção de demonstrar e suprir eventuais falhas.

Solicitamos a sua colaboração para participar desta pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Atenciosamente,

Tiago Nunes de Araújo
Orientando

Heydrich Lopes Virgulino de Medeiros
Orientador

Em caso de dúvidas a posteriori, entrar em contato com:
Heydrich Lopes (Orientador) – hvirgulino@hotmail.com
CEP/UFPB – Telefone: (83) 3216 – 7964 / e-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

ANEXO A – Manual CAM-ICU para diagnóstico do *delirium*

Manual CAM-ICU para Diagnóstico do <i>Delirium</i>			
CAM-ICU – Características e Descrições			
Característica 1: Início agudo ou curso flutuante			<u>Ausente</u> <u>Presente</u>
A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?			
ou			
B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (p. ex.: RASS), Glasgow, ou avaliação de <i>delirium</i> prévio?			
Característica 2: Falta de atenção			<u>Ausente</u> <u>Presente</u>
A. O paciente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8, quer no componente visual quer no componente auditivo do Teste de Atenção (<i>Attention Screening Examination - ASE</i>)?			
Característica 3: Pensamento desorganizado			<u>Ausente</u> <u>Presente</u>
Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:			
Questões (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-se usar um martelo para pesar uma agulha ?		4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?	
Característica 4. Nível de consciência alterado			<u>Ausente</u> <u>Presente</u>
O nível de consciência do paciente é outro qualquer que não o alerta*, tal como o vigil**, letárgico*** ou estuporoso**** ? (p. ex.: RASS diferente de "0" na altura da avaliação)			
CAM-ICU Global (Características 1 e 2 e quer característica 3 ou 4)			<u>Sim</u> <u>Não</u>

*Alerta: completamente ciente do ambiente, e inter-atua apropriadamente de forma espontânea.

** Vigilante: hiper-alerta.

***Letárgico: sonolento mas facilmente despertável, não está ciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente.

****Estuporoso: completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável.

ANEXO B – Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento; perigoso.
+3	Muito agitado	Conduta agressiva; remoção de tubos ou cateteres.
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes.
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos.
0	Alerto, calmo	
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 seg).
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10 seg).
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

Procedimento da medida do RASS:

1. Observar o paciente

- Paciente está alerta, inquieto ou agitado.(0 a +4)

2. Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.

- Paciente acordado com abertura de olhos sustentada e realizando contato visual. (-1)
- Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve. (-2)
- Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual. (-3)

3. Quando paciente não responde ao estímulo verbal realizar estímulos físicos.

- Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico. (-4)
- Paciente não responde a qualquer estímulo. (-5)