



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)





FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)



Atena
Editora
Ano 2023


Fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem: autonomia e processo de cuidar

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
F254	<p>Fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem: autonomia e processo de cuidar 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0959-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.595231001</p> <p>1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Kassia Rejane dos Santos
Maria Almira Bulcão Loureiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310019>

CAPÍTULO 10.....92

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO EM IDOSOS

Carlos Pires Magalhães

João Ricardo Miranda da Cruz


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100110>

CAPÍTULO 11 106

O PAPEL DO ENFERMEIRO(A) NA VISITA DOMICILIAR À PACIENTES IDOSOS ACAMADOS COM LESÃO POR PRESSÃO

Lucimário Santos Belmiro

Patrícia Honório Silva Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100111>

CAPÍTULO 12.....117

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS REPERCUSSÕES DO ISOLAMENTO SOCIAL EM IDOSOS SOB CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19

Saulo Igor Santana da Silva

Patrícia Honório Silva Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100112>

CAPÍTULO 13..... 128

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM PACIENTES OSTOMIZADOS COM DOENÇA DE CROHN: REVISÃO DE LITERATURA

Isadora Uchoa de Andrade

Maira Rodrigues Nascimento

Walquiria Lene dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100113>

CAPÍTULO 14..... 148

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Tales Martins Nascimento

Sara Tannus

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100114>

CAPÍTULO 15.....161

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Juliete Trantenmuller de Almeida

Juliana Menezes Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100115>

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO EM IDOSOS

Data de submissão: 08/11/2022

Data de aceite: 02/01/2023

Carlos Pires Magalhães

Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança e Unidade de
Investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem (UICISA: E), Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-0170-8062>

João Ricardo Miranda da Cruz

Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-4316-481X>

RESUMO: *Delirium* é uma síndrome neuro comportamental decorrente da quebra transitória da homeostase cerebral, caracterizando-se por uma mudança aguda na cognição e atenção, comum no período pós-operatório em pessoas idosas, acarretando aumento de morbilidade e mortalidade. O objetivo desta revisão da literatura é compreender a sua fisiopatologia, etiologia e diagnóstico, com enfoque nas estratégias de prevenção. Os doentes idosos são mais suscetíveis à ocorrência desta síndrome, devido à presença de mudanças fisiológicas ocasionadas pelo processo de senescência e pelas comorbidades existentes. Constitui-se como uma patologia em que a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento

adequados reduzem a mortalidade e complicações pós-operatórias, além de acelerar a recuperação funcional, diminuir os custos e tempo de internamento hospitalar do idoso. A fisiopatologia do *delirium*, é atribuída à produção de mediadores neuroinflamatórios, decorrente de qualquer lesão periférica, provocando um desequilíbrio na libertação dos principais neurotransmissores, que vão induzir alterações neurofisiológicas e na homeostasia do Sistema Nervoso Central (SNC). A prevenção constitui a medida major, que se baseia em intervenções multidisciplinares sob os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento. A evidência científica para o tratamento do *delirium* foca-se preferencialmente na abordagem não farmacológica, com implementação de estratégias ambientais, comportamentais e sociais. Assim, as estratégias para prevenir a sua ocorrência estão intimamente relacionadas com as intervenções desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, em que as suas competências, com estratégias de prevenção e diagnóstico precoce são fatores cruciais para o prognóstico favorável. O tratamento farmacológico é de segunda linha e deverá ser instituído de

forma a prevenir o risco de auto-lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Delirium, fatores de risco, Período Pós-Operatório, idosos, enfermeiros.

THE ROLE OF NURSES IN THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE DELIRIUM IN THE ELDERLY

ABSTRACT: Delirium is a neurobehavioral syndrome resulting from the transient breakdown of brain homeostasis, characterized by an acute change in cognition and attention, common in the postoperative period in the elderly, leading to increased morbidity and mortality. The aim of this literature review is to understand its pathophysiology, etiology and diagnosis, with a focus on prevention strategies. Elderly patients are more susceptible to the occurrence of this syndrome due to the presence of physiological changes caused by the senescence process and existing comorbidities. It constitutes a pathology in which prevention, early diagnosis, and adequate treatment reduce mortality and postoperative complications, in addition to accelerating functional recovery, reducing costs and hospitalization time for the elderly. The pathophysiology of delirium is attributed to the production of neuroinflammatory mediators, resulting from any peripheral lesion, causing an imbalance in the release of the main neurotransmitters, which will induce neurophysiological changes and homeostasis in the Central Nervous System (CNS). Prevention is the major measure, based on multidisciplinary interventions on the main risk factors for its development. The scientific evidence for the treatment of delirium focuses mainly on the non-pharmacological approach, with the implementation of environmental, behavioral and social strategies. Thus, the strategies to prevent its occurrence are closely related to the interventions developed by nursing professionals, in which their skills with prevention strategies and early diagnosis are crucial factors for a favorable prognosis. Pharmacological treatment is second line and should be implemented in order to prevent the risk of self-injury.

KEYWORDS: Delirium, risk factors, postoperative period, aged, nurses.

1 | INTRODUÇÃO

A transição demográfica que vem sucedendo nos últimos decénios, traduz um enorme desafio para os sistemas de saúde, em que o significativo crescimento da população idosa, requer transformações e adaptações das instituições, da ciência e dos profissionais de saúde, entre outros. Segundo o Eurostat (2020) o continente europeu vai atingir um envelhecimento significativo, em que a proporção de pessoas com mais de 65 anos deverá aumentar de 20% em 2019 para 30% em 2070, simultaneamente, a população com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos deverá diminuir de forma constante. Os dados da Pordata (2022) indicam que Portugal, no período compreendido entre 2015 e 2020, registou uma taxa de crescimento médio anual do índice de envelhecimento na ordem dos 3,6%, salientando-se que no ano de 1990, o rácio era de 66 idosos por cada 100 jovens, sendo atualmente de 182 por cada 100.

Assim, o advento do aumento do envelhecimento populacional vai fomentar o

crescimento do número de pessoas idosas que se submetem a procedimentos anestésico-cirúrgicos decorrente, essencialmente, de dois fatores: o desenvolvimento das técnicas anestésico-cirúrgicas concomitantemente com a grande incidência de patologias do foro cirúrgico nesta faixa etária (LEMONS, 2015).

Entre os doentes idosos submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos, a ocorrência de *delirium* pós-operatório (DPO) constitui-se como um dos efeitos indesejados mais comuns (BROOKS et al., 2014).

Para os autores Ocadiz-Carrasco et al. (2013) o *delirium* compreende um dos quadros neuropsiquiátricos mais frequentes em meio hospitalar, com elevada prevalência no doente idoso submetido a procedimentos anestésico-cirúrgicos, incrementando o seu estado de fragilidade e vulnerabilidade, com impacto significativo na morbilidade e mortalidade, comprometendo a qualidade de vida destes doentes além de prolongar o seu tempo de internamento, com evidente consequência no seu prognóstico e aumentando os custos dos cuidados de saúde.

Face ao exposto, considerando que o doente idoso tem maior risco de apresentar *delirium* após ser submetido a procedimentos anestésico-cirúrgicos, este artigo constitui-se como uma revisão da literatura, pretendendo evidenciar a produção científica existente sobre a fisiopatologia, etiologia e fatores de risco, diagnóstico, tratamento e prevenção, associados ao *delirium* pós-operatório que acomete os doentes desta faixa etária.

2 | DELIRIUM PÓS-OPERATORIO

Segundo os autores Adamis et al. (2007) a génese da palavra *delirium* advém do latim *deliro-delirare, de-lira*, que tem como significado “estar fora do lugar”. Os mesmos autores afirmam que o termo foi utilizado na literatura médica pela primeira vez por Celsus, no século I d.C, no sentido de descrever alterações mentais que ocorriam em episódios de febre, pneumonia, meningite ou traumatismo craniano. Já Hipócrates, ano de 500 a.C., usava o termo *phrenitis*, que descrevia uma síndrome composta por início agudo de alterações comportamentais, distúrbios do sono e déficits cognitivos, usualmente associada à febre.

Há mais de dois milénios esta síndrome é descrita na literatura médica, tendo sido definida por uma miríade de termos (MARCANTONIO, 2017), que incluem “estado confusional agudo”, “falência cerebral aguda” e “síndrome cerebral aguda”. Atualmente, *delirium* é o termo empregue na prática clínica, podendo aceitar-se o sinónimo “disfunção cognitiva global aguda” (MARTINS; FERNANDES, 2012).

O médico James Sims, num artigo publicado, no final do século XVIII, destrinchava *delirium* de loucura, descrevendo as formas hipoativas e hiperativas desta patologia. Não obstante, apesar do progresso na sua denominação e classificação, até ao início do século XX, esta condição fisiopatológica continuava sendo mal diagnosticada, e era

escassa a informação respeitante à sua epidemiologia, patogénese e fisiopatologia, pois continuava a ser utilizado para designar loucura, mas também para definir alterações mentais decorrentes de patologias do foro febril. Contudo, no século XX, particularmente no período compreendido entre 1940 e 1946, foram iniciadas pesquisas na tentativa de uma compreensão mais assaz da fisiopatologia e patogénese do *delirium*, adquirindo notável relevância os trabalhos protagonizados por Romano e Engel, em que ambos os autores concluíram que o *delirium* definia-se por ser um transtorno do nível de consciência resultante da quebra da homeostasia cerebral, estabelecendo assim, uma base científica aos conceitos da sua fisiopatologia e produzindo importantes avanços na evolução conceitual de *delirium* (WACKER; NUNES; FORLENZA, 2005).

O *delirium*, na atualidade, é definido como uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante de início agudo, caracterizando-se por englobar três dimensões essenciais: disfunção cognitiva global, alteração do estado de consciência e défice de atenção. (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018). Para Oh et al. (2017) os doentes podem ainda apresentar um quadro que se caracteriza por alterações do comportamento motor, da senso-percepção e do ciclo sono-vigília além da labilidade emocional.

A American Psychiatric Association, em 1980, na 3ª edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), definiu pela primeira vez *delirium* enquanto entidade diagnóstica, tendo a sua definição registado uma evolução no decurso do tempo. (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018). O *delirium* encontra-se definido e descrito na versão da 5ª edição do DSM-V (2013), e na 10ª edição do International Classification of Diseases (ICD-10, 1993) (OH et al., 2017).

3 | FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA

O DPO pode suceder em doentes de qualquer faixa etária, sejam crianças ou até adultos idosos, em que a sua incidência varia nas diversas faixas etárias, sendo determinado por fatores de risco associados ao doente, que são variavelmente distribuídos, acumulando-se distintamente nas diferentes faixas etárias (ALDECOA et al., 2017).

No que concerne à sua fisiopatologia, observa-se no decurso do episódio de *delirium*, tanto previamente como posteriormente, a ocorrência de uma considerável redução do fluxo sanguíneo cerebral, tendo como consequência uma insuficiência cerebral aguda. Assim, os adultos idosos, que apresentam vários fatores etiológicos, as áreas do cérebro que são mais comprometidas são quatro, mais concretamente, cortical, parietal, tálamo e gânglios da base, estando intimamente relacionadas com a consciência, a atenção, habilidades cognitivas e executivas (SOUSA, 2015).

A fisiopatologia do *delirium*, na atualidade, ainda não está totalmente elucidada. Atribui-se à produção de mediadores neuroinflamatórios, decorrente de qualquer lesão periférica, como manancial de desequilíbrio na libertação dos principais neurotransmissores, de entre

os quais, podemos citar a acetilcolina, dopamina, serotonina e GABA, que vão produzir alterações neurofisiológicas e na homeostasia do Sistema Nervoso Central (SNC). Assim, sinteticamente, as duas principais teorias que concorrem para descrever a fisiopatologia do *delirium* são a deficiência colinérgica e a resposta ao stress/neuroinflamação (CEREJEIRA; MUKAETOVA-LADINSKA, 2011).

Em relação à neurotransmissão, o déficit de acetilcolina e o excesso de dopamina são variáveis que contribuem para o *delirium*. O processo inflamatório por meio de mediadores imunes circulantes, mais concretamente as citocinas, atravessam a barreira hematoencefálica, ativando a micróglia e gerando a reação neuroinflamatória na transmissão sináptica e edema perivascular induzindo hipoxia. O stress está relacionado ao *delirium*, no sentido de ativar o sistema nervoso simpático, com consequente libertação de noradrenalina e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal causando hipercortisolismo (SOUSA, 2015).

De acordo com Santos (2008) a etiologia do *delirium* é amiúde multifatorial. Para o mesmo autor os fatores de risco dividem-se em dois grupos: predisponentes e precipitantes. Os primeiros tornam o doente mais vulnerável à ocorrência de *delirium*, enquanto os fatores precipitantes correspondem ao fator etiológico propriamente dito. A associação de ambos os fatores aumentam exponencialmente a possibilidade de o doente vir a desenvolver *delirium*. Para melhor compreensão, são apresentados na tabela 1, os fatores predisponentes e precipitantes do *delirium*, de acordo com o mesmo autor.

Fatores predisponentes para <i>delirium</i>	Fatores precipitantes de <i>delirium</i>
Idade ≥ 65 anos	Infeções
Desnutrição	Desidratação
Sexo masculino	Hipnóticos
Polimedicado	Mau estado nutricional
Demência	Hipoalbuminemia
Abuso de álcool	Fármacos anticolinérgicos
Declínio cognitivo	Distúrbios hidroeletrólíticos
História de <i>delirium</i>	Tratamento com múltiplos fármacos
Múltiplas condições clínicas coexistentes	Cirurgias ortopédicas
Depressão	Abstinência de álcool ou drogas
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Complicações iatrogénicas
Tratamento com múltiplos fármacos psicoativos	Doença aguda grave
Imobilidade	Uso de restrição física
Desidratação	Hipoxia
Distúrbios metabólicos	Cateterismo vesical
Fratura ou trauma	Múltiplos procedimentos hospitalares
	Febre ou hipotermia
	Dor
	Anemia
	Stress emocional

Tabela 1 – Fatores predisponentes e precipitantes para ocorrência de *delirium* (Santos, 2008)

Fonte: Santos, 2008

Segundo Lôbo et al. (2010) o *delirium* caracteriza-se por ser uma condição multifatorial,

havendo uma inter-relação entre dois fatores: os fatores denominados predisponentes e os fatores precipitantes. Os primeiros englobam: demência, idade superior a 65 anos, gênero masculino, historial prévio de *delirium*, múltiplas comorbidades, polimedicado, doença terminal, desidratação, depressão, desnutrição e défices sensoriais prévios. Relativamente aos fatores precipitantes encontram-se: terapêutica, mais concretamente as benzodiazepinas e antibióterápia, procedimentos anestésico-cirúrgicos, patologias do foro agudo, entre as quais, por exemplo, infeção, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral; imobilização prolongada, uso de técnicas invasivas, desidratação, desnutrição, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, mudanças de ambiente, abuso ou abstinência de substâncias (álcool e drogas de abuso) e privação de sono prolongado.

Citando Rocha (2019, p. 13):

Considera-se que os pacientes idosos correm maior risco, por predisporerem de fatores de risco como comprometimento cognitivo, comorbidades e multimorbidades, déficits sensoriais, desnutrição, polimedicção, estado funcional debilitado e fragilidade (condição que só pode ser observada em pacientes idosos) se acumulam e se sobrepoem ao envelhecimento.

Guo et al. (2016) num estudo que realizaram sobre a prevalência e fatores de risco no desenvolvimento de *delirium* no pós-operatório em doentes idosos submetidos a cirurgia à anca, concluíram que a associação do baixo IMC (índice de massa corporal), correlacionando a desnutrição proteica com a ingestão nutricional inadequada, constituem-se como fatores propensos a distúrbios metabólicos, resultando em menor concentração de albumina e, assim, associando-se ao desenvolvimento de DPO em idosos com fratura da anca.

Quarto et al. (2019) num estudo que tinha como objetivo avaliar a frequência, fatores de risco e influência no período de permanência hospitalar de *delirium* pós-operatório em doentes idosos submetidos a cirurgias eletivas não cardíacas, concluíram que o *delirium* pós-operatório foi observado com maior frequência nos doentes com idade mais avançada, portadores de declínio cognitivo e anemia, com evidente influência no aumento do período de internamento.

Também os autores Arotce et al. (2018) no seu estudo em que a amostra era constituída por doentes idosos submetidos a cirurgia à anca no período pós-operatório, concluíram que o comprometimento cognitivo prévio, baixo IMC e idade avançada foram encontrados como fatores de risco associados ao desenvolvimento de DPO.

Numa revisão da literatura realizada por Egito, Nascimento e Carneiro (2020) relativamente aos fatores de risco associados ao *delirium* pós-operatório em idosos concluíram que o comprometimento cognitivo prévio e a idade avançada foram os fatores mais predominantes no seu estudo.

4 | DIAGNÓSTICO

O diagnóstico precoce do DPO é crucial para sistematizar um tratamento direcionado e eficiente. Os doentes não devem ser transferidos da sala de recuperação para a área de internamento sem ser efetuado o devido rastreamento para esta patologia. Na atualidade os padrões de referência para o diagnóstico de *delirium*, são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (tabela 2) ou o Código Internacional de Doenças (CID-10) (ALDECOA et al., 2017).

Citando Prayce, Quaresma e Neto (2018, p. 53):

O passo inicial no diagnóstico de *delirium* passa primeiramente pela avaliação basal cognitiva do doente. É o declínio cognitivo traduzido pela redução do score que deverá sinalizar o profissional para a realização de um rastreio de *delirium* com instrumentos diagnósticos. Se existir suspeita clínica elevada, poder-se-á aplicar o instrumento diagnóstico de *delirium* numa avaliação inicial. A aplicação da escala de rastreio de *delirium* deverá ser seguida da aplicação dos critérios DSM-5, considerado o gold standard quando aplicado por profissionais com treino (expert opinion). A Confusion Assessment Method (CAM – validada em português) está validada para a aplicação em populações idosas, em internamento ou ambulatório.

Segundo o DSM-V, o *delirium* define-se pela presença dos seguintes critérios:

A. Distúrbio da atenção (ou seja, redução da capacidade de dirigir, focar, manter ou mudar a atenção) e do estado de consciência (diminuição da orientação em relação ao ambiente);
B. O distúrbio desenvolve-se num curto período (habitualmente horas a poucos dias) e tende a flutuar em gravidade ao longo do dia;
C. Distúrbio cognitivo adicional (por exemplo, déficit de memória, desorientação, distúrbio da linguagem e da capacidade visão-espacial) ou da perceção;
D. Os distúrbios nos critérios A e C não são mais bem explicados por outra perturbação neurocognitiva pré-existente, estabelecida ou em evolução, e não ocorrem no contexto de uma redução severa do estado de consciência, como no coma;
E. Existe evidência, a partir da história clínica, exame físico ou laboratorial, que o distúrbio é consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (droga de abuso ou medicação), exposição a toxina, ou é devido a múltiplas etiologias.

Tabela 2 – Critérios diagnósticos para *delirium* segundo DSM-V (DSM-5ª edição, 2013)

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição

Ainda de acordo com o DSM-V, o *delirium* pode ser agudo, se persistir por horas a dias, ou persistente, se durar semanas a meses.

De acordo com a CID-10 (tabela 3), o diagnóstico de *delirium* requer a presença das seguintes características clínicas:

A. Comprometimento da consciência e atenção (em continuum de obnubilação ao coma; capacidade reduzida para dirigir, focar, sustentar e mudar a atenção).

B. Perturbação global da cognição (distorções preceptivas, ilusões e alucinações – mais frequentemente visuais; comprometimento do pensamento abstrato e compreensão, com ou sem delírios transitórios, mas tipicamente com algum grau de incoerência, comprometimento das memórias imediata e recente, mas com a memória remota relativamente intacta; desorientação temporal, assim como, em casos mais graves, espacial e pessoal);

C. Perturbações psicomotoras (hipo ou hiperatividade e mudanças imprevisíveis de uma para outra; tempo de reação aumentado; aumento ou diminuição do fluxo da fala; intensificação da reação de susto);

D. Perturbação do ciclo sono-vigília (insônia ou, em casos graves, perda total do sono ou reversão do ciclo sono-vigília; sonolência diurna; piora noturna dos sintomas; sonhos perturbadores ou pesadelos, os quais podem continuar como alucinação após o despertar);

E. Perturbações emocionais, por exemplo depressão, ansiedade ou medo, irritabilidade, euforia, apatia ou perplexidade abismada.

Tabela 3 – Critérios diagnósticos para *delirium* segundo CID-10 (OMS, 1993)

Fonte: Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10, OMS.

Segundo a CID-10 o início do episódio de *delirium* é usualmente rápido, o curso flutuante no decurso do dia e a duração total da condição menor que seis meses.

O diagnóstico de *delirium*, segundo a CID-10, requer a presença das 5 características clínicas acima descritas, tornando assim os critérios da CID-10 mais restritos do que os do DSM-V (MARTINS; FERNANDES, 2012). Também os autores Meagher; MacLulich e Laurila (2008) advogam que os critérios da CID-10 tem menor sensibilidade do que os da DSM-IV, recorrendo ao mesmo argumento.

Em suma o diagnóstico de *delirium* pode ser complexo ou de difícil determinação, pelo facto de os idosos apresentarem frequentemente no seu historial clínico múltiplas comorbilidades e déficits cognitivos subjacentes. Portanto o estabelecer do diagnóstico baseia-se na identificação de um conjunto de sinais e sintomas, requerendo assim, um conhecimento das características clínicas de *delirium* simultaneamente com uma avaliação clínica assaz (SAXENA; LAWLEY, 2009).

5 | TRATAMENTO

Segundo Grover e Avasthi (2018) pelo facto de o *delirium* poder constituir-se como uma emergência, requerendo uma intervenção urgente, a abordagem terapêutica de todos os fatores de risco modificáveis identificados durante a avaliação inicial do doente é crucial, constatando-se que múltiplas intervenções podem aduzir um benefício substancial. A abordagem terapêutica do *delirium* inclui três prioridades que passam pela: imediata investigação e tratamento da(s) causa(s) subjacente(s), pelo tratamento de suporte e prevenção de complicações e, por último, pelo tratamento sintomático.

O tratamento de suporte tem como objetivo restaurar as condições fisiológicas do doente com *delirium* e prevenir complicações, exigindo monitorização cuidadosa até

que os sintomas desapareçam. A monitorização por um período deve ser feita para evitar o surgimento de novos fatores, que podem piorar o *delirium* e levar à continuação dos sintomas. Outros aspetos importantes incluem: garantir a segurança do paciente, garantir o sono adequado, evitar o desenvolvimento de complicações como úlceras por pressão e quedas, em que as restrições físicas devem ser evitadas tanto quanto possível. A contenção física pode ser considerada quando houver um sério risco de lesão corporal a si mesmo ou a outros, outras medidas de controlo (ou seja, a farmacoterapia falhou) e os benefícios potenciais superam os riscos do uso de contenção, devendo ser usadas pela menor duração possível e devem ser removidas quando os comportamentos potencialmente ameaçadores de dano tiverem diminuído ou se o paciente desenvolver complicações físicas devido ao uso de restrições (GROVER; AVASTHI, 2018).

O uso de agentes farmacológicos deve ser ponderado em relação aos possíveis efeitos colaterais, não sendo indicado em todos os doentes. Sugere-se que a farmacoterapia seja considerada quando as medidas não farmacológicas não produzem efeito ou houver indicações específicas para a sua utilização. Quando a farmacoterapia está indicada, os antipsicóticos são considerados os fármacos de primeira linha (GROVER; AVASTHI, 2018).

As intervenções não-farmacológicas englobam medidas ambientais, comportamentais e sociais. São semelhantes às usadas na prevenção de *delirium*, no entanto, a evidência demonstra que a sua eficácia é claramente superior na prevenção (SAXENA; LAWLEY, 2009).

Tavares e Flora (2016), relativamente ao tratamento específico do doente com *delirium*, destacam a correção das prováveis causas, bem como dos fatores de risco. Ao nível do tratamento de suporte e prevenção das complicações salientam, entre outras medidas: a promoção de um ambiente sossegado e confortável; a diminuição do ruído noturno; o assegurar a presença de familiares e amigos próximos; o proporcionar medidas que facilitem a orientação e o estímulo cognitivo; a correção de déficits sensoriais (óculos, aparelho auditivo, se necessários); o providenciar uma proteção ao nível das vias respiratórias; a promoção de uma adequada nutrição e hidratação; a mobilização e posicionamento adequado; o controlo da dor; a evicção de condições restritivas no leito.

6 | PREVENÇÃO

O DPO constitui um desafio para os vários profissionais de saúde. Os vários estudos realizados têm concluído que a ocorrência de DPO pode ser prevenida em aproximadamente 40% dos doentes idosos internados (LEMOS, 2015).

A prevenção do *delirium* é essencial, pelo facto de estar associado ao aumento da morbimortalidade e dos custos inerentes aos cuidados de saúde. A sua incidência pode ser reduzida em até 30-40% dos casos (SHAH; BARTUALA, 2018).

Segundo Rito (2018) inúmeros estudos comprovam que é exequível proceder a uma

prevenção adequada, tendo como premissa a identificação planeada e estruturada dos doentes com risco de desenvolver DPO. Esta correta identificação de doentes de alto risco vai permitir aos profissionais de saúde executarem um plano terapêutico mais eficiente e competente para o doente.

Assim, decorrente das inúmeras consequências negativas geradas pelo *delirium*, as medidas preventivas devem ter especial enfoque, devendo ser consideradas e serem do conhecimento de todos os profissionais de saúde que prestam cuidados a estes doentes. Pela exigência das suas funções, pelo facto de serem os profissionais que mais horas de cuidados prestam diretamente aos doentes, os enfermeiros são cruciais na prevenção, necessitando, portanto, de conhecer as medidas farmacológicas e não farmacológicas para prevenção e tratamento do *delirium* com o objetivo de proporcionar as intervenções mais adequadas e o mais precocemente possível com o intuito de minimizar as consequências associados ao *delirium*. (SILVA et al., 2018).

Para Karabulut e Aktas (2016) a identificação dos doentes em risco, o célere e idóneo diagnóstico, bem como o tratamento eficaz constituem-se como metas que os profissionais de saúde devem ambicionar. Incidir na formação e componente prática dos profissionais de enfermagem, com o objetivo de dotá-los com capacidade de identificarem fatores de risco e atuarem preventivamente, constitui-se como uma medida que resulta na redução da incidência de *delirium*.

A equipa de enfermagem, em toda a sua dinâmica de trabalho, assume uma importância crítica na prevenção do *delirium*, pois as estratégias para prevenir a sua ocorrência estão intimamente direcionadas com as intervenções desenvolvidas por estes profissionais. Pela importância desta patologia, promovendo a transformação efetiva nas práticas de enfermagem para a prevenção e monitorização do *delirium* no idoso, torna-se imprescindível realizar ações que induzam nos profissionais de enfermagem a reflexão sobre a sua prática, identificando problemas, e alcançando uma melhoria contínua nos cuidados ao idoso com risco para *delirium*, por meio da articulação da evidência científica mais atual com os seus conhecimentos científicos prévios (FAUSTINO et al., 2016).

Silva (2021) destaca que os profissionais de enfermagem estão comprometidos com o cuidado, a arte de cuidar, mantendo o contato 24 horas por dia próximo do doente, concluindo, assim, que é possível, ao serem identificados precocemente os fatores de risco de desenvolvimento de *delirium*, proporcionar cuidados de enfermagem qualificados e direcionados para as medidas preventivas que evitem a sua ocorrência. Salienta-se ainda, que apesar de o *delirium* no idoso ser uma ocorrência que envolve outros profissionais, ficou evidente que a monitorização e percepção dos profissionais de enfermagem pode contribuir indubitavelmente para todo o processo de construção de mitigação de desenvolvimento de *delirium*.

A Geriatrics-for-Specialists Initiative da Sociedade Americana de Geriatria (AGS-GSI), no ano de 2015, elaborou as Diretrizes de Prática Clínica para *Delirium* Pós-

Operatório em Adultos Idosos, recomendando aos profissionais de saúde um conjunto de *guidelines*, com o objetivo de promover a implementação de várias medidas de ação, convenientemente validadas, nos diversos sistemas hospitalares e na prática clínica dos distintos profissionais de saúde, com vista a facilitar a prevenção e o tratamento do DPO entre a população idosa (LEMOS, 2015).

As várias recomendações, segundo a AGS-GSI, destinadas à prevenção de DPO na prática clínica são elencadas na Tabela 4, visando implementar estratégias de intervenção para a prevenção primária de DPO, de modo a prevenir o quadro antes deste se desenvolver. Devem ser dirigidas a todos os doentes cirúrgicos idosos em risco de desenvolver DPO, considerando em risco aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes características: idade igual ou superior a 65 anos, qualquer comprometimento cognitivo (passado ou presente) e/ou demência, fratura da anca presente ou doença grave. (AGS-GSI, 2015.)

Recomendação	Força da recomendação	Nível de evidência
II. Intervenções não-farmacológicas a serem realizadas por uma equipa multidisciplinar para a prevenção de DPO nos doentes idosos.	Forte	Moderado
I. Programas educacionais sobre “DPO em doentes idosos”, direcionados aos vários profissionais de saúde.	Forte	Baixo
IV. Identificação e correção das causas de DPO em doentes idosos.	Forte	Baixo
VIII. Otimizar o controlo da dor no pós-operatório de doentes idosos.	Forte	Baixo
X. Evicção de medicação inapropriada, particularmente fármacos que induzem DPO	Forte	Baixo
XI. Não devem ser iniciados inibidores da acetilcolinesterase no peri-operatório dos doentes idosos.	Forte	Baixo

Tabela 4 – Guidelines para a prevenção de DPO na prática clínica (AGS-GSI, 2015)

Fonte: Geriatrics-for-Specialists Initiative da Sociedade Americana de Geriatria

REFERÊNCIAS

ADAMIS, D. et al. A brief review of the history of delirium as a mental disorder. **Hist Psychiatry**, vol. 18, p. 459-69, 2007. DOI: 10.1177/0957154X07076467

ALDECOA C. et al. European Society of Anaesthesiology evidence-basedand consensus-based guideline on postoperative *delirium*. **Eur J Anaesthesiol**, v. 34, n.4, p. 192–214, 2017. DOI: 10.1097/EJA.0000000000000594

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY ABSTRACTED CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR POSTOPERATIVE DELIRIUM IN OLDER ADULTS. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 1. p. 142-50, 2015. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13281> Acesso em: 30 set. 2022.

AROTCE, C. et al. *Delirium* en el perioperatorio de cirugía de cadera en el adulto mayor. **Anales De La Facultad de Medicina**, v. 5, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a5>

BROOKS, P. et al. Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium. **AORN journal**, v. 99, n. 2, p. 257-73, 2014. Doi: [org/10.1016/j.aorn.2013.12.009](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.12.009)

CEREJEIRA, J.; MUKAETOVA-LADINSKA, E. B. A clinical update on delirium: from early recognition to effective management. **Nurs Res Pract.**, v. 2011, 2011. DOI: 10.1155/2011/875196

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: DESCRIÇÕES CLÍNICAS E DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS, Coord. Organiz. Mund. da Saúde, Artes Médicas, Porto Alegre, 1993

EGITO, M. A. N. L. DO; NASCIMENTO, N. DE M.; CARNEIRO, L. V. (2020). Fatores de risco associados ao delírio pós-operatório em idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 365-377. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p365-377>

EUROSTAT. Ageing Europe. **Looking at the lives of older people in the EU**. 2019. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>. Acesso em: 15 set. 2022.

FAUSTINO, T. N. et al. Prevenção e monitorização do *delirium* no idoso: uma intervenção educativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 725-732, 2016. Doi: [org/10.1590/0034-7167.2016690416i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i).

GROVER, S.; AVASTHI, A. Clinical Practice Guidelines for Management of Delirium in Elderly. **Indian J Psychiatry**, v. 60, n. 3, p. 329-340, 2018. DOI: 10.4103/0019-5545.224473

GUO, Y. et al. Prevalence and risk factors of postoperative delirium in elderly hip fracture patients. *Journal of International Medical Research*, v. 44, n. 2, p. 317-327, 2016. DOI: 10.1177/0300060515624936

KARABULUT N.; YAMAN AKTAŞ Y. Nursing Management of Delirium in the Postanesthesia Care Unit and Intensive Care Unit. **J Perianesth Nurs.**, v. 31, n. 5. p. 397-405, 2016. DOI: 10.1016/j.jopan.2014.10.006

LEMOS, Marta Silva. **Delirium Pós-operatório no Idoso: Diagnóstico e Prevenção**. 2015. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31990/2/disserta%20c3%a7%c3%a3o.pdf> Acesso em: 30 set. 2022.

LÔBO, R. R., et al. *Delirium*. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 3, p. 249-257, 2010. DOI:10.11606/issn.2176-7262.v43i3p249-257. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/182>. Acesso em: 15 out. 2022.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 5ª Edição. American Psychiatric Association, 2013.

Marcantonio, E. R. *Delirium* in Hospitalized Older Adults. **N Engl J Med.**, v. 377, n.15, p. 1456-1466, 2017. DOI: 10.1056/NEJMcp1605501

MARTINS, S.; FERNANDES, L. *Delirium* in elderly people: a review. **Front Neurol.**, v. 3, artigo 101, 2012. DOI: 10.3389/fneur.2012.00101

MEAGHER, D. J.; MACLULLICH, A. M.; LAURILA, J.V. Defining delirium for the International Classification of Diseases, 11th Revision. **J Psychosom Res.**, v. 65, n.3, p. 207-214, 2018. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.015

OCÁDIZ-CARRASCO, J., et al. Preventive program for postoperative delirium in the elderly. **Cirurgia y cirujanos.** v. 81, n.3, p. 181-186, 2013.

OH, E. S. et al. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. **JAMA**, vol. 318, n. 12, p. 1161-1174, 2017. DOI: 10.1001/jama.2017.12067

PORDATA. **Estatísticas sobre Portugal e Europa.** 2022. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>. Acesso em: 1 set. 2022.

PRAYCE, R.; QUARESMA, F.; NETO, I.G. Delirium: the 7th vital sign? **Acta Med Port.**, v. 31, n.1, p. 51-58, 2018. Doi.org/10.20344/amp.9670

QUARTO, G. V., et al. Maior risco de delirium no pós-operatório está associado à idade avançada, anemia e baixa reserva cognitiva. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 13, n. 1, p. 24-27, 2019. DOI: 10.5327/Z2447-211520191900014

RITO, Ana Sofia Costa Gomes Manta. **Disfunção cognitiva no pós-operatório no idoso.** 2018. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/ASUS/OneDrive/Desktop/Artigo_Revista_Atena/DeliriumPosOperatorio/ArtigosAtuais/DCPO%20-%20IDOSO_2015_TESE.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

ROCHA, Jennifer de Melo. **Delirium no pós-operatório.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito parcial para conclusão de Residência Médica em Anestesiologia do Hospital Geral de Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, Fortaleza, 2019.

SANTOS, F. S. **Delirium: Uma síndrome mental orgânica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

SAXENA, S.; LAWLEY, D. *Delirium* in the elderly: a clinical review. **Postgraduate Medical Journal**, v. 85, n. 1006, p. 405-413, 2009. DOI: 10.1136/pgmj.2008.072025

SILVA, M. H. O. DA, et al. Delirium na terapia intensiva: fatores predisponentes e prevenção de eventos adversos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26031>

SILVA, Marcos Aurélio Pinto. **O risco de desenvolvimento de delirium no idoso hospitalizado em pós-cirúrgicos de alta complexidade.** 2021. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS) como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

SHAH, B.; BARTUALA, B. A. Review of Clinical Evaluation and Management of Delirium. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v.12, n.6, p. 1-4, 2018.

SAXENA, S.; LAWLEY, D. *Delirium* in the elderly: a clinical review. **Postgraduate Medical Journal**, v. 85, p. 405-413, 2009.

SOUSA, Cristina Marta Pinto de. **Delirium no idoso**. Artigo de revisão. 2015. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/37396/1/Delirium%20no%20idoso.pdf>. Acesso em: 30 out. 2022

TAVARES, A.D.; FLORA, R. *Delirium*. In: TOMMASO A. B. G. et al.(Org.). *Geriatría guia práctico*, Guanabra Koogan, p. 227-239, 2016.

WACKER, P.; NUNES, P. V.; FORLENZA, O. V. *Delirium: uma perspectiva histórica*. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, v.3, n.32, p. 97-103, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300001>