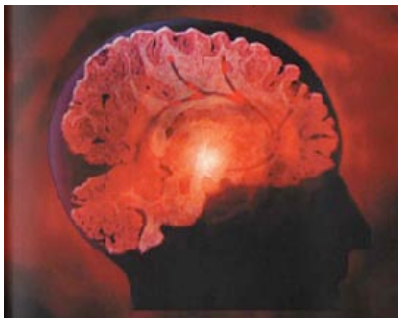


## Intervenções não farmacológicas no *Delirium*



*Talitha Oliveira Carneiro Lobo*

### Introdução

Quadros de “delirium” são extremamente frequentes no idoso. Caracterizam-se por um rebaixamento agudo do nível de consciência, com mudanças no funcionamento cognitivo, desatenção, distúrbios perceptuais e flutuações dos sintomas(1). Via de regra é secundário a transtornos físicos. O desenvolvimento deste quadro geralmente desencadeia uma cascata de eventos, aumentando o risco de morbidade e mortalidade e, conseqüentemente, elevando os custos com a saúde(2).

Apesar de sua importância, ainda pouco se encontra na literatura no que se refere à prevenção e ao manejo do delirium, particularmente significativo no que tange as intervenções não farmacológicas.

### Aspectos gerais do *Delirium*

O delirium foi um dos primeiros transtornos mentais descritos na literatura médica. Nos trabalhos de Hipócrates (460-366 A.C) estão inúmeras referências ao conjunto de sintomas que hoje chamamos de delirium, termo que deriva do latim “delirare” que significa literalmente “estar fora do lugar”(3). Possui mais de 25 sinônimos, incluindo encefalopatias aguda e séptica, psicose tóxica, psicose do CTI e estado confusional agudo, porém o termo delirium é um dos termos mais usados por ter sido validado pela *Diagnostical and Statistical Manual of Disorders, Fourth Edition (DSM IV)* (4).

Segundo a definição atual, o delirium é uma síndrome comportamental, causada pelo comprometimento transitório da atividade cerebral, invariavelmente secundário a distúrbios sistêmicos(3). Este transtorno raramente é causado por um único fator, podendo ser considerado uma síndrome multifatorial, resultando da interação da vulnerabilidade do paciente e

de intervenções relacionadas à hospitalização, medicações e procedimentos(5). É uma síndrome mental orgânica transitória e flutuante de início agudo, caracterizada por um transtorno global das funções cognitivas com reduzido nível de consciência, anormalidades atencionais, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e desordem no ciclo vigília-sono (6).

Os critérios diagnósticos para o delirium incluem distúrbio de consciência ou atenção, distúrbio cognitivo global, distúrbios psicomotores, distúrbio no ciclo vigília-sono e distúrbios emocionais(7).

O delirium possui três subtipos: - o hiperativo, hipoativo e o misto. Os pacientes que apresentam o hiperativo podem estar agitados, desorientados e ter alucinações, características que podem ser confundidas com esquizofrenia, demência ou psicose. No subtipo hipoativo, apresentam-se apáticos, discretamente confusos e desorientados e, nestes casos, o delirium pode ser confundido com depressão ou demência. O subtipo misto é caracterizado pela flutuação entre os outros dois subtipos(8).

Muitas vezes o delirium é sub diagnosticado. Isto pode ocorrer pela falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar, por confundirem o diagnóstico com o um quadro demencial ou depressivo, e por atribuírem o distúrbio como sendo normal para a idade(9).

O delirium é uma das mais frequentes e importantes desordens psiquiátricas em idosos, especialmente nos mais idosos. Sua importância não pode ser subestimada, pois esta síndrome é tão comum quanto febre, dor ou taquicardia em idosos com doença aguda. A incidência do delirium na terceira idade é quatro vezes maior do que em adultos jovens e aumenta progressivamente conforme o indivíduo envelhece (10).

Cerca de 14 / 56% dos idosos hospitalizados e em 6 / 24% dos idosos em cuidados de homecare apresentam delirium (11). Em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, e em uso de ventilação mecânica, este número sobe para 80%, porém apenas 32 / 66% são diagnosticados e tratados (4).

Ao observar o impacto funcional da internação hospitalar em idosos, Siqueira et al, 2004 (12), mostra que os que apresentaram déficit cognitivo ou delirium pioraram muito funcionalmente ou faleceram durante a hospitalização.

Coulson e Almeida(11), 2002, mostraram evidências de que o delirium aumenta o índice de mortalidade e morbidade, o declínio nas funções, aumenta também a necessidade de utilizar recursos médicos e o número de institucionalizações.

Cole e Primeau (13), 1993, afirmam que a ideia convencional de que o delirium é uma condição transitória pode estar incorreta. O prognóstico pode ser ruim e com lenta reversibilidade ou mesmo provocar um quadro de declínio mental em muitos casos.

Conhecer a função cognitiva basal do idoso facilita a identificação do quadro de delirium. Sinais como início agudo de déficit cognitivo, flutuação ou alteração do nível de consciência são sugestivas da síndrome (14).

Hipotetiza -se que a ocorrência de delirium em idosos com intelecto preservado é um fator que acelera a deterioração cognitiva e aumenta o risco para o desenvolvimento de demência em longo prazo(15).

A institucionalização também é um fator que predispõe os idosos a apresentarem um estado cognitivo geral mais rebaixado do que o esperado pela idade e escolaridade, facilitando assim a ocorrência de delirium e de demências (16).

### **Prevenção do delirium**

Nos últimos anos o foco da abordagem do delirium tem sido mudado de curativo para preventivo, haja vista que os custos se elevam muito com o problema já instalado. Inouye (5),1999, afirma que, estudos internacionais estavam focados em quatro tipos de intervenções: abordagens geriátricas gerais, cuidados de enfermagem, intervenções familiares e anestesia. A maioria dos estudos focava no tratamento ao invés de prevenções primárias. Neste estudo os autores buscaram a prevenção primária propondo uma intervenção multifatorial focada em reduzir o número nos fatores de risco para delirium nos pacientes, almejando prevenir os incidentes. Para tal utilizaram um protocolo estandardizado identificando seis fatores de risco para delirium: déficits cognitivos, privação de sono, imobilidade, déficit visual, dificuldades auditivas e desidratação.

Benedetti et al, (17) 2008, relata que foi realizado um estudo em Florianópolis, SC, relacionando a prática de atividade física e a saúde mental dos idosos. Concluíram que um estilo de vida ativo reduz ou atrasa os riscos da demência, mas não se pode afirmar que a atividade física possa evitá-la.

Já em outro estudo realizado nos Estados Unidos, foi avaliada a incidência do aparecimento de demência em idosos que praticavam atividade física mais e menos do que três vezes por semana. Os resultados mostraram que a incidência nos que praticavam mais do que três vezes por semana reduziu em 32% o risco para demência (18).

Os benefícios da atividade física existem e são muito significativos na prevenção de diversas patologias, indicando que se uma pessoa permanecer com boa saúde ela dificilmente apresentará perdas da função cognitiva antes dos 80 anos (19). A baixa ingestão calórica pode aumentar a resistência de neurônios a disfunção e morte. Os fatores induzidos pela dieta restrita podem proteger os neurônios induzindo a produção de proteínas que suprimem a produção de radicais antioxidantes, atuando na homeostasia do cálcio intracelular e inibindo a cascata bioquímica do apoptose. Assim, a limitação da dieta também aumenta o número de células nervosas no cérebro adulto,

sugerindo que a manipulação da mesma pode aumentar a plasticidade e o auto-reparo cerebral (20).

Siddiqui & House (21), 2006, concluíram que as formas mais efetivas de prevenir o delirium são reconhecer e modificar os fatores de risco. No caso de pacientes que irão passar por algum tipo de cirurgia a realização de uma visita pré-operatória, e as devidas orientações, mostrou a redução de um terço nos casos da síndrome.

A permanência de pessoas conhecidas pelo paciente durante os períodos diurno e noturno auxilia na prevenção e/ou redução do tempo e intensidade do delirium (22).

Inouye et al (23), 2008, realizaram um estudo para mensurar a eficácia de um protocolo de tratamento não farmacológico em idosos admitidos no serviço médico de uma universidade. O protocolo consistia em orientar os pacientes quanto à rotina diária, os nomes dos integrantes da equipe multidisciplinar de tratamento, realizar atividades físicas e de estimulação cognitiva, auxiliar no sono dos pacientes que apresentavam algum tipo de distúrbio, corrigir ou minimizar problemas de audição ou visão e evitar a desidratação. Concluíram que aqueles pacientes que aderiram ao protocolo de prevenção tiveram um risco 89% menor de desenvolverem delirium do que no grupo dos que tiveram baixa aderência ao protocolo.

Estratégias de prevenção devem ser realizadas por toda a equipe responsável pelo paciente, promovendo uma orientação adequada, condições de ter um bom sono, minimizando barulho no ambiente, realizando mobilização corporal e fisioterapia. Quando aplicado deve-se retirar, o mais precocemente possível, qualquer tipo de cateter e contenções físicas. Providenciar precocemente os óculos e órteses auditivas dos pacientes também auxilia no processo de prevenção(24).

Não fazer uso de medicamentos para dormir e diminuir a ansiedade, fazer um bom controle da dor, mobilização e caminhada precoce e um bom controle da hidratação e do estado nutricional do paciente também se mostraram como métodos eficazes na prevenção do delirium(25).

O tratamento farmacológico é amplamente utilizado nos casos de delirium, mas nos idosos devemos priorizar todos os recursos não farmacológicos a fim de evitar a iatrogenia e reações adversas muito comuns nestes casos.

Complicações iatrogênicas nos idosos hospitalizados são comuns e se relacionam não apenas ao uso inadequado de medicamentos, mas também com procedimentos e diagnósticos terapêuticos errôneos(22).

### **Intervenções no delirium já instalado**

O tratamento do delirium, quando já instalado, varia de acordo com a condição específica da causa e tem como objetivo reverter suas manifestações. Entre os fatores desencadeantes do estado confusional agudo, destacam-se:

insuficiência cardíaca, hipóxia, hipercapnia, alterações tireoidianas, anemia, desordens nutricionais, infecções, insuficiência renal, insuficiência hepática e condições psiquiátricas, como a depressão. Estas afecções de base devem ser tratadas (4).

Os pacientes com deficiências visuais e/ou auditivas, disfunções cognitivas, doenças em alto grau de descompensação e elevada taxa de ureia sérica / creatinina sérica, devem ser considerados mais susceptíveis ao desenvolvimento do delirium (22).

Uma vez diagnosticada e tratada a causa do delirium é importante que busquemos manejar a síndrome com intervenções multifatoriais, e não medicamentosas. Reduzindo os medicamentos utilizados pelo paciente, como já vimos anteriormente, o risco que a polifarmácia exerce pode acarretar em muitos os danos ao idoso.

Embora ainda não existam comprovações sobre o tratamento do delirium utilizando a música, Podolski (26), em 1934, já relatava que a música exerce influência no corpo humano de acordo com o tipo, e que pode acelerar o metabolismo e suas funções como também pode diminuí-lo.

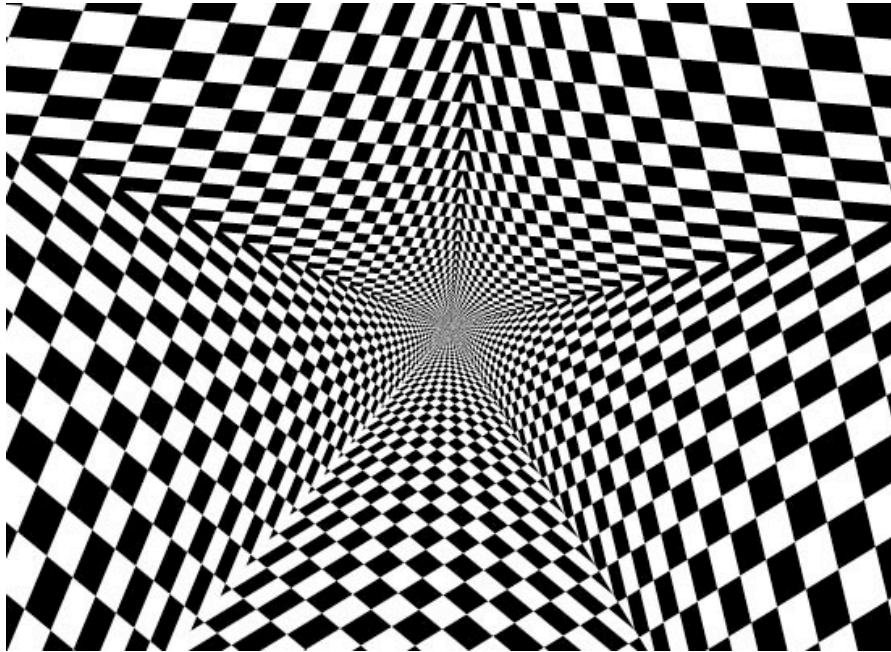
Os acompanhantes do paciente exercem uma função tranquilizadora e, muitas vezes, até facilitadora, e devemos, sempre que possível, mantê-los por perto para auxiliar com os procedimentos necessários.

O manejo do ambiente no caso do paciente com delirium é muito importante. Ele deve estar de preferência, sempre que possível, o mais perto do posto de enfermagem para uma melhor monitorização, inclusive durante a noite, e ter a presença de familiares. Frequentemente deve-se situar o paciente com relação ao ambiente espaço-temporal que ele se encontra, colocar calendários, relógios, radio ou televisão no ambiente auxiliam nessa orientação. É importante também, sempre lembrar o paciente de onde ele está o porquê dele estar nesse local e há quanto tempo ele se encontra internado (8).

Muitas vezes os pacientes se tornam muito agitados e podem ficar violentos e agressivos. É importante que a equipe responsável pelo cuidado mostre uma atitude firme e segura, mas sem agressividade. Quando não podemos convencer o paciente de que ele precisa receber ajuda, ou quando as intervenções não foram suficientes para acalmá-lo, optamos por utilizar a contenção física, embora esta já seja impopular e pouco utilizada de modo geral. Em alguns casos, esta contenção pode causar mais danos orgânicos ao paciente, já que sem utilizar um meio de contenção química, os pacientes podem continuar agitados e machucando a si mesmos (27).

As restrições físicas levam a um declínio funcional agudo e aumenta o risco de quedas, ferimentos graves e até morte. Atualmente, preconiza-se a filosofia da não restrição física tanto nos hospitais quanto nos cuidados de homecare (28).

Os pacientes com quadro de delirium apresentam em comum dificuldades alimentares, como a resistência á alimentação, aspiração do alimento e inabilidade de lidar com o alimento, dificuldades que podem levar a quadros de pneumonias que agravam seu quadro geral Durante o período em que o paciente estiver apresentando indicadores sugestivos para síndrome é necessário avaliar a inclusão de uma dieta pastosa geriátrica, mas com supervisão constante da equipe (29).



### Considerações

É evidente que o delirium tende a assumir um papel de grande importância nos sistemas de cuidados á saúde, de acordo com o já previsto aumento na idade média da população mundial (30).

Todos aqueles idosos que se enquadram nos fatores de risco são fortes candidatos a se

submeter às estratégias de intervenção para minimizar a ocorrência do delirium evitando ou minimizando suas possíveis consequências (23).

Segundo Inouye, 2006 a prevenção da síndrome é a estratégia mais eficaz para reduzir a frequência e as suas complicações. Cerca de 30-40% dos episódios podem ser prevenidos utilizando-se dos métodos já conhecidos e citados anteriormente.

O delirium é uma condição que frequentemente é mal administrada nas instituições hospitalares, onde sabemos que se preconiza a utilização de altas doses de sedativos ou contenção física, pois, geralmente, a movimentação nas enfermarias é muito intensa o que pode ocasionar falhas na utilização das técnicas de orientação (31).

Deve-se desconfiar de delirium quando houver mudanças bruscas de comportamento do paciente. Uma investigação cuidadosa das causas subjacentes deve ser realizada para que seja indicado o manejo mais apropriado (32) (CONN, 2001).

O delirium ainda é uma síndrome de natureza pouco conhecida e estudada, mas com uma série de implicações algumas das quais irreversíveis.

Na maioria dos casos, os autores citados defendem a prevenção e a utilização da equipe multidisciplinar como o tratamento mais efetivo gerando menos custos para os sistemas de saúde.

Este campo ainda deve ser muito estudado para auxiliar a população de idosos de forma a estarmos mais preparados para lidar com o delirium no futuro próximo.

*Quadro I - (MEAGHER, 2001) (30)*

<b>Fatores ambientais no tratamento de delirium</b>
-Comunicar-se de uma forma clara e firme
-Repetir diversas vezes o dia, hora e o local onde o paciente se encontra.
-Identificar os membros da equipe e os familiares.
-Providenciar relógios e calendários para facilitar no processo de localização do paciente.
-Ter objetos familiares ao paciente no local onde ele se encontra.
- Usar televisão e radio para manter o contato do paciente com o mundo exterior.
- Envolver a família e cuidadores para dar segurança ao paciente.
<b>Proporcionando um ambiente que não provoque equívoco</b>
- Simplifique a área removendo objetos desnecessários e mantenha um espaço adequado entre as camas.
-Prefira quartos individuais para um melhor descanso e menos estímulos sensoriais desnecessários.
- Evite usa jargões médicos na presença do paciente para evitar paranóias.
-Mantenha uma luz de vigília no quarto durante a noite.
- Controle os excessos de barulhos (aparelhos, equipe e visitantes).
- Mantenha a temperatura do quarto entre 21.1°C e 23.8°C.
<b>Mantenha a independência do paciente</b>
-Mantenha o paciente com seus óculos, órteses de audição e órteses dentárias.
-Encoraje o paciente a participar de seus auto-cuidados e do tratamento.
-Organize os tratamentos de uma maneira que o paciente possa ter o maior tempo de sono ininterrupto possível
- Mantenha níveis de atividade elevados (ex: caminhadas curtas)

Modificado de Meagher 2001

## **Referências**

1 Élie,M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. "Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients". *CMAJ*. 2000; 163 (8): 977-981.

- 2 Inouye, SK. "Delirium in older persons". *N Engl J Med*. 2006; 354:1157-65
- 3 Wacker P, Nunes PV, Fortaleza OV. "Delirium: uma perspectiva histórica". *Rev. Psiq. Clín.* 2005; 32 (3): 97-103.
- 4 Pessoa RF, Nacul FE. "Delirium em pacientes críticos". *RBTI*. 2006; 18 (2): 190-195.
- 5 Inouye SK, Borgardus ST, Charpentier PA, Summers LL, Acampora D, Holford TR et al. "A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients". *Nejm*. 1999; 340 (9): 669-676.
- 6 Santos FS. "Mecanismos fisiopatológicos do delirium". *Rev. Psiq. Clín.* 2005 32 (3): 104-112.
- 7 Henderson M. "Delirium". *Medicine*. 2008; 36(9): 463-466.
- 8 Gleason, OC. "Delirium". *American Family Physician*. 2003; 67 (5): 1027-1034.
- 9 Rothschild JM, Bates D, Leape LL. "Preventable medical injuries in older patients". *Arch Intern Med*. 2000; 160:2717-2728.
- 10 Santos FS, Babichak AC, Amaral A. "Delirium em pacientes idosos". *Rev. Bras. Med*. 2000; 57(10):1165-1174.
- 11 Cuolson BS, Almeida OP. "Delirium: moving beyond the clinical diagnosis / Delirium além do diagnóstico clínico". *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24 (1): 28-33.
- 12 Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. "Impacto funcional da internação hospitalar em pacientes idosos". *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38 (5): 687-94.
- 13 Cole MG, Primeau FJ. "Prognosis of delirium in elderly patients". *Can Med Assoc J*. 1993; 149 (1): 41-46.
- 14 Chaimowicz F. "Delirium em idosos - um desafio clínico". *Rev. Bras Clin Terap*. 2000; 26 (2): 73-75.
- 15 Wacker P, Nunes PV, Fortaleza OV. "Delirium e demência no idoso: existem fatores de risco comuns?" *Rev. Psiq. Clín.* 2005; 32 (3): 113-118.
- 16 Quadros ACJ, Santos RF, Lamonato ACC, Toledo NAS, Coelho FMG, Gobbi S. "Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero". *BRJB*. 2008; 2(1): 39-50.
- 17 Benedetti TRB, Borges LJ, Petrosk ED, Golçalves LHT. "Atividade física e estado de saúde em idosos". *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42 (2):302-307. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000200016&script=sci_arttext)
- 18 Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, Kukull W. "Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older". *Ann intern Med*. 2006; 144: 73-81.
- 19 Cardoso AS, Cavol AL, Vieira CJ. Envelhecimento e atividade física na memória do idoso. *Revista digital-Buenos Aires*. 2007; 12(113).
- 20 Rocha DM. "Uma velha receita: o que dieta e exercício físico podem fazer contra a doença de Alzheimer". *Ciências & Cognição*. 2005; 2 (6): 145-147.
- 21 Siddiqi N; House A. "Delirium: an update on diagnosis, treatment and prevention". *Clin Medi*. 2006; 6(6): 540-543.

- 22 Gorzoni ML; Pires SL. "Idosos asilados em hospitais gerais". *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (6): 1124-1130.
- 23 Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, Kiely DK, Yang F, Marcantonio ER. "Risk factors for delirium at discharge". *Arch intern med*. 2007; 167 (13): 1406-1413.
- 24 Stevens RD, Nyquist PA. "Coma, delirium, and cognitive dysfunction in critical illness". *Crit Care Clin*. 2007; 22: 787-804.
- 25 Young J, Ynouye S K. "Delirium in older people". *BMI*. 2007;334: 842-846.
- 26 Podolsky E. "Music and health". *The Canadian Medical Association Journal*. 1934:195-200.
- 27 Busselo JMT, Domingo JA, Ballesteros AN, Capote JL, Perales GO. "Atención al paciente agitado, violento, o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento". *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63 (6):526-536.
- 28 Cotter VT. "Restraint free care in older adults with dementia". *Keio J Med*. 2005; 54 (2): 80-84.
- 29 Pelegri P, Venites JP, Bilton TL." Perfil das condutas alimentares de idosos com delirium durante a internação hospitalar". *Disturb Comum*. 2007; 19(1): 63-71.
- 30 Meaguer DJ. "Delirium: optimising management". *BMJ*. 2001; 322: 144-149.
- 31 Young J, George J. "Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium?" *Age and Ageing*. 2003; 32 (5): 525-528.
- 32 Conn DK, Lieff Susan. "Diagnosing and managing delirium in the elderly". *Can Fam Physician*. 2001; 47: 101-108.

---

**Talitha Oliveira Carneiro Lobo** - Fisioterapeuta. Colaboradora do OLHE-Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento no Projeto Condomínio Amigo. E-mail: [talithafisio@gmail.com](mailto:talithafisio@gmail.com)