

A medicina como elo entre a

CIÊNCIA e a PRÁTICA

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



A medicina como elo entre a

CIÊNCIA e a PRÁTICA

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirêno de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



A medicina como elo entre a ciência e a prática

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 A medicina como elo entre a ciência e a prática /
Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0058-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.585222403>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito
Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

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



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A ciência e a tecnologia são fatores fundamentais para o avanço da sociedade moderna contribuindo de forma geral para o aumento da expectativa de vida das populações uma vez que reduzem a mortalidade por várias doenças, como as infecciosas, facilitam o avanço nos processos de diagnóstico com testes rápidos e mais específicos como os moleculares, propiciam tratamentos específicos com medicamentos mais eficazes, e dentro do contexto atual se apresentam como protagonistas no desenvolvimento de vacinas.

Basicamente, definimos ciência como todo conhecimento que é sistemático, que se baseia em um método organizado, que pode ser conquistado por meio de pesquisas. Deste modo, enquanto a ciência se refere ao conhecimento de processos usados para produzir resultados. A produção científica da área médica tem sido capaz de abrir novas fronteiras do conhecimento pois estabelece o elo necessário entre a ciência e a prática.

Tendo em vista o contexto exposto, apresentamos aqui uma nova proposta literária construída inicialmente de dois volumes, oferecendo ao leitor material de qualidade fundamentado na premissa que compõe o título da obra, isto é, a ponte que interliga a academia, com os conhecimentos teóricos, ao ambiente clínico onde os conhecimentos são colocados em prática.

Assim, salientamos que a disponibilização destes dados através de uma literatura, rigorosamente avaliada, fundamenta a importância de uma comunicação sólida e relevante na área da saúde, portanto a obra “A medicina como elo entre a ciência e a prática - volume 1” proporcionará ao leitor dados e conceitos fundamentados e desenvolvidos em diversas partes do território nacional.

Desejo uma ótima leitura a todos!


Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DA CONFERÊNCIA FAMILIAR PARA CUIDADORES E FAMILIARES DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS EM CUIDADO PALIATIVO


Hanna Soares Bento
Alice Diógenes Parente Pinheiro
Luiz Humberto Jatai Castelo Junior
Victória Hellen Silva Gonçalves
Roberta Kelly Menezes Amorim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224031>

CAPÍTULO 2..... 6

A PANDEMIA DE COVID-19 E O PRHOAMA DO SUS-BH


Cláudia Prass Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224032>

CAPÍTULO 3..... 19

ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS POR ESQUIZOFRÊNICOS: IMPACTOS NO CURSO DA DOENÇA E NO TRATAMENTO


Nicole Monteiro Veras
Marcos Antonio Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224033>

CAPÍTULO 4..... 28

ACOTOVELAMENTO DE TUBO GÁSTRICO EM GASTRECTOMIA VERTICAL POR ADERÊNCIAS APÓS HERNIOPLASTIA INCISIONAL: RELATO DE CASO


Tiago Onzi
Victor Luiz de Vechi Tafarelo
Laura Batista Oliveira
Leticia Nacu Almeida
Kely Silveira Marcello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224034>

CAPÍTULO 5..... 31

ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA


Analia Peña Torres
Mary Zanandrea Bassi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224035>

CAPÍTULO 6..... 39

APENDAGITE EPIPLÓICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Richelly Amanda Pinto
Caroline Evy Vasconcelos Pereira
Natalya Rodrigues Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224036>

CAPÍTULO 7..... 43

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA E SUA APLICABILIDADE NA REDUÇÃO DAS
COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS**


Edmar Araujo de Lima Filho
Carla Tavares Jordão
Evelyn de Kenya Lins Prates
Raphael Assunção Bomfim Luz
Vinícius Chagas Farias
Fernanda Trindade Roman
Ângela Cristina Tureta Feslisberto
Gabriella Fontes de Faria Brito Colnago Soares
Rhanna Guimarães Nágime

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224037>

CAPÍTULO 8..... 49

**CRIANÇAS COM TRANSTORNO AUTÍSTICO: A HISTÓRIA ORAL DO ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO**


Giovana Martins Braga
Isabela de Azevedo Moura
Lucimare Ferraz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224038>

CAPÍTULO 9..... 60

COMO A TECNOLOGIA PODE PREJUDICAR AS CRIANÇAS E JOVENS


Fabiano de Abreu Agrela Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5852224039>

CAPÍTULO 10..... 69

DEFICIÊNCIA DE GUANIDINOACETATO METILTRANSFERASE


Júlia Vilela Rezende
Lara Júlia Pereira Garcia
Lillian Socorro Menezes de Souza
Vanessa Resende Souza Silva
Péricles Moraes Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240310>

CAPÍTULO 11..... 77

DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS: CONSEQUÊNCIAS QUE VÃO ALÉM DA APARÊNCIA


Fernanda Santana Lima
Clara Diniz Machado Nunes
Eduarda de Soares Libânio
Fernanda Gabriel Aires Saad
Gabriela Cunha Fialho Cantarelli Bastos
Rachel Daher Vieira Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240311>

CAPÍTULO 12..... 83

DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS PÓS-COVID EM CRIANÇAS COM FAIXA ETÁRIA ENTRE 0 A 13: REVISÃO DE LITERATURA


Webner Vinicius Belon Araujo
Marcelo dos Santos Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240312>

CAPÍTULO 13..... 95

HISTIOCITOMA ANGIOMATOIDE EM DORSO: CONHECENDO O INIMIGO


Sarah Hulliane Freitas Pinheiro de Paiva
Priscila Ferreira Soto
Jadivan Leite de Oliveira
Luiz Fernando Martins Ferreira
Rafael Leal de Menezes
Lálya Cristina Sarmiento Freitas
Kássya Mycaela Paulino Silva
Kaique Torres Fernandes
João Paulo Morais Medeiros Dias
Débora Nobre de Queiroz Teixeira
Evelyn Bueno da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240313>

CAPÍTULO 14..... 104

MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR: O ENSINO NA ÁREA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE, GARANTIDO PELA GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL E AMPLIADO

Tereza Claudia de Camargo
Lívia Marins de Luca
Priscila Mendonça Matos
Raíssa Barreto dos Reis
Júlia Carolina Beling
Valeska Ruas Lima de Freitas
Carla Albernaz Campos
Joyce Fernandes Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240315>

CAPÍTULO 15..... 116

MODELO DE AVALIAÇÃO NEUROVISUAL EM PACIENTES PÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE) EM ESTÁGIO DE REABILITAÇÃO COGNITIVA

Daniela Yoshida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240316>

CAPÍTULO 16..... 129

NEUROLÉPTICOS E O TRATAMENTO DO DELIRIUM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

EM CUIDADOS PALIATIVOS: HÁ DIFERENÇA NA EFICÁCIA ENTRE SUBCLASSES?

Felipe Silva Ribeiro

Beatriz Moraes Costa

João Batista Santos Garcia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240317>

CAPÍTULO 17..... 143

NEUROTOXICIDADE: DECLÍNIO E NEURODEGERENAÇÃO NO CÉREBRO DIABÉTICO

Francis Moreira da Silveira

Fabiano de Abreu Agrela Rodrigues

Henry Oh

Desiree Ortegón Abud

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240318>

CAPÍTULO 18..... 155

O IMPACTO DO USO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE TERAPIA ASSISTIDA NO BRASIL


Luiz Claudio Ramos de Albuquerque

Luciano Allan Agra dos Santos

Vanessa Karine Bispo Macedo

Samille Maria Bandeira Freitas Pacheco

Georges Basile Christopoulos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240319>

CAPÍTULO 19..... 158

OMEGA 3: COADJUVANTE NA PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Francis Moreira da Silveira

Fabiano de Abreu Agrela Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240320>

CAPÍTULO 20..... 167

ROLE OF INOS IN THE CARDIOVASCULAR RISK OF FEMALE RATS SUBMITTED TO LPS ENDOTOXEMIA: MODULATION BY ESTROGEN

Jaqueline Costa Castardo de Paula

Blenda Hyedra de Campos

Lorena de Jager

Eric Diego Turossi Amorim

Nágela Ghabdan Zanluqui


Carine Coneglian de Farias



Luciana Higachi

Phileno Pinge-Filho

Décio Sabbatini Barbosa

Marli Cardoso Martins-Pinge

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240321>

CAPÍTULO 21.....	189
PRINCÍPIOS DO MANEJO DO ESTRESSE NA PANDEMIA COVID-19 O EFEITO DO USO DE PLATAFORMA DIGITAL NO APRENDIZADO EM SAÚDE MENTAL	
Kleber Jessivaldo Gomes das Chagas Antônio Arnaldo Kern e Xavier Marco de Tubino Scanavino	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240322	
CAPÍTULO 22.....	200
SARCOMA HEPÁTICO EMBRIONÁRIO – UM RELATO DE CASO	
Tamiris Silva de Oliveira Arlene dos Santos Pinto Ketlin Batista de Morais Mendes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240323	
CAPÍTULO 23.....	204
SÍNDROME MIOCLONIA-ATAXIA PARAINFECCIOSA SECUNDÁRIA AO SARS-CoV-2: RELATO DE CASO	
Camila Moraes Eberhardt Emanuelle Bianchi da Silva Rocha Pamela Regina Henning Ricardo Funes Bastos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240324	
CAPÍTULO 24.....	212
VARIANTES RARAS DOS ARCOS SUPERFICIAIS DA MÃO	
Iván Cruz Alvarez Cantos Thalys Moretto Tayroni Moretto Alexia Karolyne Winter Zeviani Gilliano Neves Gotardi Renan do Nascimento Neves Laura Galvão Rumiatto	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58522240325	
SOBRE O ORGANIZADOR.....	222
ÍNDICE REMISSIVO.....	223

NEUROLÉPTICOS E O TRATAMENTO DO DELIRIUM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: HÁ DIFERENÇA NA EFICÁCIA ENTRE SUBCLASSES?

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 14/02/2022

Felipe Silva Ribeiro

Universidade Federal do Maranhão, Mestre em Saúde do Adulto, Farmacêutico clínico e oncológico do Hospital do Câncer do Maranhão
São Luís, MA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0808-4531>

Beatriz Morais Costa

Universidade Federal do Maranhão, Bacharel do Curso de Medicina, Médica do serviço de pronto atendimento do Hospital do Câncer do Maranhão
São Luís, MA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7898-0254>

João Batista Santos Garcia

Universidade Federal do Maranhão, Prof. Dr. Associado da Universidade Federal do Maranhão, Médico de Dor e Cuidados Paliativos no Hospital Universitário HU-UFMA e no Hospital do Câncer do Maranhão
São Luís, MA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-3597-6471>

RESUMO: O delirium uma síndrome aguda de origem neurológica caracterizada por mudanças no padrão neurocomportamental, com alterações do estado mental basal, adquirindo um aspecto flutuante. Os sintomas de delirium são extremamente incidentes em indivíduos sob cuidados paliativos, principalmente os que possuem doenças oncológicas com

estadiamento avançado. Os estudos indicam que o delirium tem casuística multifatorial, e que quanto mais próximos ao fim da vida, mais propensos os pacientes estarão a apresentarem esse sintoma. A base do tratamento do delirium são os fármacos da classe neuroléptica (ou antipsicóticos), utilizados para tratar várias doenças psiquiátricas, que vão desde uma psicose aguda, até distúrbios crônicos, como a esquizofrenia e são subdivididos em duas classes. Os neurolépticos típicos, são os mais tradicionais, também chamados de primeira geração, têm grande afinidade por receptores dopaminérgicos e agem bloqueando-os, inibindo os efeitos de caráter hiperativos do sintoma de delirium. Os mais recentes são os de segunda geração, também chamados de atípicos, que além de influenciar a ação da dopamina, fazem interferência na ação da serotonina, desta forma impactando também nos sintomas de caráter hipoativo do delirium.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; delirium; Eficácia Neurolépticos; Tratamento.

NEUROLEPTICS AND THE TREATMENT OF DELIRIUM IN CANCER PATIENTS UNDERGOING PALLIATIVE CARE: IS THERE A DIFFERENCE IN EFFECTIVENESS BETWEEN SUBCLASS?

ABSTRACT: Delirium is an acute syndrome of neurological origin characterized by changes in the neurobehavioral pattern, with alterations in the baseline mental state, acquiring a fluctuating aspect. Delirium symptoms are extremely common in individuals under palliative care,

especialmente aqueles com estágio avançado de doenças oncológicas. Estudos indicam que o delírio possui uma série multifatorial, e que quanto mais próximo ao fim da vida, os pacientes têm maior probabilidade de apresentar este sintoma. O pilar do tratamento do delírio são os fármacos da classe neuroleptica (ou antipsicóticos), utilizados para tratar diversas doenças psiquiátricas, variando de psicose aguda a transtornos crônicos como a esquizofrenia e são subdivididos em duas classes. Os neurolepticos típicos são os mais tradicionais, também chamados de primeira geração, possuem grande afinidade por receptores dopaminérgicos e atuam bloqueando-os, inibindo os efeitos hiperativos do delírio. Os mais recentes são da segunda geração, também chamados de atípicos, que, além de influenciarem a ação da dopamina, interferem na ação da serotonina, impactando também os sintomas hipofuncionais do delírio.

KEYWORDS: Palliative Care; delirium; Neuroleptic efficacy; Treatment.

1 | CUIDADOS PALIATIVOS

Essa modalidade de cuidado tem o foco em controlar problemas clínicos, sociais e pessoais que são gerados a partir de enfermidades potencialmente fatais, em especial a dor ou outros sintomas que possam provocar desconforto e angústia ao paciente. As prerrogativas para o sucesso dessa modalidade de cuidado são a sua execução por meio de uma equipe multidisciplinar treinada, além do envolvimento dos familiares e/ou outras pessoas importantes para melhorarem o bem-estar do paciente em geral. (GOMES; OTHERO, 2016)

Os cuidados paliativos têm a filosofia de ratificar a vida e abraçar a finitude como algo natural, sem adiantar ou prolongar o processo, ofertando e sistematizando um fluxo no qual a equipe auxilia os pacientes a viverem mantendo uma performance ativa até o óbito, mediando os problemas decorrentes da doença e do luto dos familiares (MARTA; HANNA; SILVA, 2010).

As doenças crônicas e degenerativas são as principais relacionadas com o aumento do número de mortalidade mundial e em 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) registrou um total de 58 milhões de mortes por ano, o que é fator preponderante para o aumento exponencial da aplicação dos cuidados paliativos. Nesses levantamentos epidemiológicos, o Brasil aparece com 1 milhão de óbitos/ano e aproximadamente 650 mil desses são em decorrência de complicações de doenças crônicas. (SILVA et al., 2019)

A OMS prediz que somente 14% das pessoas que precisam de cuidados paliativos, conseguem recebê-los. Em média, 80% dos pacientes com quadros oncológicos avançados, necessitam destes cuidados. No ano de 2015, estimou-se que 100 milhões de pessoas no mundo precisaram dos cuidados paliativos e apenas 8% os receberam. (ATTY; TOMAZELLI, 2018; VICTOR, 2016)

São diversos os sintomas prevalentes nos pacientes em fim de vida, sendo que a dor, encontra-se em primeiro lugar na grande maioria dos estudos. Alterações cognitivas também são extremamente frequentes. Existe uma preocupação em especial com o delírio, pois é a causa principal de intenso sofrimento, incapacidade e prejuízos à

2 | DELIRIUM

É uma síndrome aguda neurológica na qual há uma mudança neurocomportamental caracterizada por uma alteração do estado mental basal, que adquire um perfil flutuante. Por ser descrito como um sintoma, ele é normalmente ignorado, não há uma correta identificação e triagem dos pacientes, considerando-o como um sintoma evolutivo, associado a doença de base. É extremamente prevalente em adultos idosos internados em unidades de cuidados críticos. Os estudos correlacionam a presença do sintoma como um comprometimento associado a um alto risco de morte. (LUVIZOTTO et al., 2018)

O sintoma é classificado em três tipos: o hiperativo, o hipoativo e o subsindrômico. No hiperativo, o paciente apresenta agitação, alterações intensas de pensamento e atenção. Normalmente ocupa a posição acima de zero na escala de agitação e sedação de Richmond, onde os piores quadros apresentam a pontuação +4. (TORRES-CONTRERAS et al., 2019)

O delirium hipoativo é caracterizado por episódios de inatenção e letargia, com redução da atividade psicomotora. Este está localizado na parte inferior da escala, ocupando a posição de -1 a -5. O paciente -5 encontra-se não contactante, sem responder a estímulos verbais ou físicos, sendo o pior quadro relacionado à classificação hipoativa (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

A forma subsindrômica ou mista é a mais difícil de se diagnosticar, pois há uma mudança nos padrões neurocomportamentais do indivíduo que o levam a apresentar momentos hiperativos e hipoativos, o que os confunde com as demais classificações. Necessita-se de pelo menos 48 horas de observação do paciente em delirium para confirmação do diagnóstico subsindrômico. (SIQUEIRA, 2016)

São diversos os fatores que originam os sintomas de delirium, e dependendo do fator, há o início de um tipo específico. A utilização de opióides e sedativos, a restrição física, a gravidade da doença, o ambiente, o acolhimento ao paciente e fatores iatrogênicos estão relacionados ao aparecimento do sintoma. A prescrição de opióides como o fentanil, propofol e morfina, geralmente estão ligados com os quadros hiperativos. (MORI et al., 2016)

O emprego de psicofármacos está intimamente associado ao aparecimento de delirium. Os opióides e os benzodiazepínicos são as medicações mais relacionadas, sendo que os benzodiazepínicos são mais comuns em delirium hipoativo, e os opióides em delirium hiperativo. (AGAR et al., 2017; SALAMONDE et al., 2006)

Os sintomas de delirium são incidentes em indivíduos sob cuidados paliativos, principalmente naqueles com doenças oncológicas avançadas. É comum na progressão da doença ocorrerem metástases em região cerebral, além dos tumores primários nessa

área. A presença desses tumores torna frequente a ocorrência de delírium, principalmente o do tipo hipoativo. (FARRIOLS DANÉS et al., 2016)

O Índice Prognóstico em Cuidados Paliativos (PPI), é uma escala que estima o prognóstico de pacientes em cuidados paliativos e durante a pesquisa que originou a escala, identificou-se que o delírium está associado ao aumento da mortalidade. Estudos propõem que o aumento da frequência em que o paciente apresenta o delírium está associado com o aumento da pontuação do escore nos demais tópicos da escala (ŞENEL et al., 2017; SUBRAMANIAM et al., 2018).

A ferramenta mais comum para diagnosticar o delírium, é o Método de Avaliação de Confusão para Unidades de Terapia Intensiva (CAM-ICU), que é uma escala muito utilizada em pacientes críticos. Já é validada e tem alta sensibilidade e especificidade, além de estar de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV). Um fator primordial é que a escala é adaptada e abrange indivíduos incapazes de verbalizar. Já foi transculturada para o idioma português, sendo permitido a utilização no cotidiano clínico. (BREITBART et al., 2005; BREITBART; TREMBLAY; GIBSON, 2002; CABRAL; ROCHA; GOUVEIA, 2014; ŞENEL et al., 2017)

Escalas como o “Mini Exame do Estado Mental”(MITCHELL et al., 2014) (Mini-Mental State Examination), tem a capacidade não só de diagnosticar o delírium, como classificá-lo quanto à gravidade. A partir deste pressuposto, quando comparadas as escalas do tipo CAM, elas teriam um desempenho superior para a avaliação deste sintoma. O Mini Exame do Estado Mental é uma ferramenta de triagem para delírium, muito utilizada para pesquisas neuropsiquiátricas, e abrange todos os aspectos funcionais do delírium, porém é mais utilizada para diagnosticar pacientes com sinais de demência do que o delírium. Vale ressaltar que uma das complicações mais comuns do sintoma é o desenvolvimento dos quadros demenciais. (CHAGAS; SUZUKI BORGES; CHAGAS, 2016; MITCHELL et al., 2014)

Embora limitadas por não mensurarem a gravidade, as escalas do tipo CAM ou MAC (Método de Avaliação de Confusão) ainda são preferencialmente utilizadas na prática clínica cotidiana, pela facilidade de aplicação e rapidez no diagnóstico. Por conta desta limitação, foram criadas escalas complementares como a CAM ICU 7, que baseadas nas descrições encontradas nas escalas do tipo CAM, pode-se avaliar a gravidade do delírium diagnosticado. (KHAN et al., 2017; MARIZ et al., 2016; NEUFELD et al., 2013; SCHUURMANS; SHORTRIDGE-BAGGETT; DUURSMA, 2003; VAN ROMPAEY et al., 2008)

As escalas complementares atualmente são muito utilizadas principalmente em estudos clínicos, pois após o rápido diagnóstico realizado pelas CAM' s, aplica-se um escore, baseado na estratificação dos sintomas clínicos do paciente com um somatório de pontos que podem chegar a 7. As duas principais escalas complementares utilizadas na prática clínica são a Método de Avaliação de Confusão para Unidades de Terapia Intensiva

– 7 (CAM ICU – 7) e a Escore de Detecção de Delirium (DDS). (CARVALHO; DE ALMEIDA; GUSMAO-FLORES, 2013; PALMA B. et al., 2008; WANG; KHAN; CAMPBELL, 2017)

São diversos os estudos que comprovam a aplicação da escala CAM em pacientes paliativos. Já padronizada para rastreamento de delirium nessa população, por ter uma aplicação rápida e precisa, é uma ferramenta importante para diagnosticar delirium nos pacientes em fim de vida. (MANSKY; WALLERSTEDT, 2006; RYAN et al., 2009)

3 | TRATAMENTO DO DELIRIUM

Os estudos indicam que o delírium tem casuística multifatorial, e que os pacientes quanto mais próximos ao fim da vida, mais propensos estarão a apresentarem esse sintoma. Um dos principais mecanismos neurofisiológicos envolvidos com a origem do sintoma é a redução dos níveis de acetilcolina intracorticais, favorecido pela limitação da movimentação e restrição do paciente a leitos, o que precipita o desenvolvimento do delirium. (PINTOR et al., 2018; SOUSA; VERÍSSIMO, 2012; TANAKA et al., 2015)

O delírium relacionado a idosos seria provocado por um processo hipotrófico celular natural, pelos neurônios produtores de acetilcolina além da redução do metabolismo oxidativo cortical. (SAMPAIO; SEQUEIRA, 2013; SOUSA; VERÍSSIMO, 2012)

Um dos neurotransmissores mais envolvidos com o início abrupto dos quadros de delirium é a dopamina, a elevação dos seus níveis força o aumento da taxa de conversão de noradrenalina e o consumo de oxigênio no processo. Caso não haja oxigenação suficiente, ocorre um acúmulo da dopamina, gerando principalmente delírium do tipo hiperativo. Alterações dos níveis serotoninérgicos, também podem desencadear o delirium. (LÔBO et al., 2010; MORAIS et al., 2017; PEREIRA et al., 2016)

3.1 Intervenções não farmacológicas

Existem terapias não farmacológicas, porém estudos indicam que as mais promissoras são a estimulação multissensorial, cognitiva e motora, o treinamento de atividades básicas de vida diária e o estímulo à participação familiar. Em todas as intervenções, a terapia ocupacional mostra eficácia na redução dos períodos e na incidência dos sintomas. (ÁLVAREZ et al., 2017)

A estimulação cognitiva tem sido muito empregada, pois o enfoque dessa intervenção é recuperar o estado cognitivo basal do paciente, além de amenizar e diminuir o tempo do sintoma. Na maior parte dos estudos, o foco da terapia ocupacional na prevenção do delirium e seu tratamento ainda é inconclusivo e o ideal seria associá-lo às medidas farmacológicas. (CHAGAS, 2018; LÔBO et al., 2010; LOBO, 2011; PIERI et al., 2019; TIARE QUIROZ; ESPERANZA ARAYA; PATRICIO FUENTES, 2014)

A musicoterapia tem eficácia comprovada na diminuição da incidência do delirium em aproximadamente 78% dos pacientes adultos hospitalizados. É fundamental ratificar

que nos estudos houve além da diminuição da prevalência, em caráter preventivo, e redução dos quadros onde os sintomas havia iniciado. O caráter terapêutico é transitório, pois os sintomas normalmente voltam durante o tratamento, porém o tempo em que o paciente passa sendo acometido pelo sintoma é menor, reduzindo a possibilidade de início de quadros demência, principalmente em idosos. (BENTO; MARQUES; SOUSA, 2018; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008; MANSKY; WALLERSTEDT, 2006)

3.2 Intervenções farmacológicas

Na prática clínica atual, a base do tratamento do delirium é o uso de fármacos da classe neuroléptica ou também chamados de antipsicóticos. São utilizados para tratar várias doenças psiquiátricas, que vão desde uma psicose aguda, até distúrbios crônicos, como a esquizofrenia. Também são eficazes no tratamento dos quadros de agitação e outras condições psiquiátricas emergenciais. (SOLMI et al., 2017)

Vale chamar a atenção para os benzodiazepínicos, que estão entre os medicamentos com restrições para o tratamento do delirium. Eles são na verdade uma das causas primárias, mais comuns do delirium em pacientes em estado crítico em enfermarias de cuidados intensivos. Podem estar associados a crises de agitação, confusão e sonolência, reações adversas que podem se confundir com os sintomas de delirium, ou até mesmo, intensificar os já presentes. Entretanto, benzodiazepínicos são eficazes na terapêutica do delírium quando associado à abstinência alcoólica. (FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ et al., 2015; HUI et al., 2017; LONERGAN; LUXENBERG; SASTRE, 2009)

A classe benzodiazepínica está também correlacionada com o delirium em pacientes sob cuidados paliativos, sendo recomendado evitar o uso durante a fase aguda dos sintomas, em especial, quando há crises relacionadas com delirium hipoativo. O Midazolam é o benzodiazepínico mais associado com os quadros hipoativos e observa-se uma alta prevalência quando as doses são feitas em bolus, normalmente utilizado para controlar episódios de agitação. (ZAAL et al., 2015)

4 | OS NEUROLÉPTICOS

Estes medicamentos revolucionaram a área da psicofarmacologia, com um elenco de fármacos ativos para tratamento de doenças psiquiátricas graves. No ano de 1952 a síntese da primeira fenotiazina deu o início a tratamento de psicoses graves, até mesmo da síndrome maníaco depressiva. Não são restritos a tratamentos psiquiátricos, pois podem ser utilizados para vertigem, êmese e dor neuropática, dentre outros. (BERMEJO; RODICIO, 2007)

Os neurolépticos são subdivididos em duas classes, os típicos e os atípicos. Os neurolépticos típicos, são os mais tradicionais, também chamados de primeira geração,

têm grande afinidade por receptores dopaminérgicos e agem bloqueando-os, inibindo os efeitos de caráter hiperativos do sintoma de delirium. Os mais recentes são os de segunda geração, também chamados de atípicos, que além de influenciar a ação da dopamina, fazem interferência na ação da serotonina, desta forma impactando também nos sintomas de caráter hipoativo do delirium. (GRÜNDER et al., 2016)

4.1 Neurolépticos Típicos ou de Primeira Geração.

A base do mecanismo dessa subclasse ainda não é bem definida, porém sabe-se que ocorre o bloqueio pós-sináptico dos receptores de dopamina do tipo D₂ no sistema nervoso, com forte antagonismo desses receptores principalmente nas áreas cortical e estriatal, que garante a eficácia antipsicótica destes fármacos. (CHEN et al., 2017)

O que caracteriza as diferentes ações de cada fármaco são suas especificidades pelos diferentes receptores dopaminérgicos, normalmente abrangendo os D₁ ao D₆ ao longo do sistema nervoso central. Há alguns fármacos entre esta classe que possuem discreta afinidade com outros receptores como os serotoninérgicos, adrenérgicos, histaminérgicos e muscarínicos, porém com uma ação muito reduzida, quando comparada aos de segunda geração. (CHEN et al., 2017; JIBSON; MARDER; HERMANN, 2019)

Ainda, neurolépticos típicos são subclassificados de acordo com a sua potência. Como principal representante dos fármacos de alta potência está o haloperidol, que é a referência na classe e primeira escolha nas crises envolvendo sintomas de delirium hiperativo. Outros fármacos como a flufenazina e aloxapina, são amplamente utilizados fora do Brasil, principalmente no manejo do transtorno afetivo bipolar e na esquizofrenia refratária. (SOLMI et al., 2017)

Como exemplos de antipsicóticos de primeira geração de baixa potência temos a clorpromazina e a tioridazina. Ao contrário dos demais, tem sua ação subdividida entre os receptores dopaminérgicos, histaminérgicos e muscarínicos, o que os caracteriza como os de maior prevalência de efeitos sedativos e anticolinérgicos, porém com menor risco de efeitos colaterais extrapiramidais entre os típicos. (JIBSON; MARDER; HERMANN, 2019)

A subclasse dos típicos têm potencial expressivo de desencadear sintomas extrapiramidais (quais são esses sintomas? Acho que seria interessante colocar aqui entre parênteses. Lembre-se que as pessoas que irão ler sua dissertação podem não ser da área), também sendo responsável pelo aparecimento precoce de discinesia tardia. A tendência de provocar alterações de movimento é a característica chave para diferenciar os antipsicóticos típicos e atípicos. (AMATO; VERNON; PAPAEO, 2018).

Os efeitos cardiotoxicos da subclasse típica são os mais preocupantes, pois a utilização de doses altas desses medicamentos, podem induzir efeitos adversos graves como torsade de pointes, prolongamento do intervalo QT, podendo até iniciar outros quadros de arritmias. O efeito maciço no receptor D₂ é o principal fator farmacodinâmico envolvido neste processo e dependendo da dose empregada, a intensidade da reação

pode gerar quadros de parada cardíaca. (BALDAÇARA et al., 2011; BERMEJO; RODICIO, 2007; JIBSON; MARDER; HERMANN, 2019; LIU et al., 2004; PAGE; CASARIN, 2014)

O haloperidol é uma butirofenona que faz bloqueio não seletivo pós-sináptico dopaminérgico, porém tem uma ação superior em receptores D₂, no Sistema Nervoso Central. É eficaz, porém possui riscos à saúde, como a indução de alterações eletrolíticas que podem levar a cardiotoxicidade. Este fármaco possui maior índice de reações adversas e interações medicamentosas se comparado aos outros medicamentos da mesma classe, portanto não é recomendado para terapias em longo prazo. (TIARE QUIROZ; ESPERANZA ARAYA; PATRICIO FUENTES, 2014)

Apesar do maior índice de reações adversas o haloperidol tem ampla utilização em pacientes sob cuidados paliativos, pelo seu baixo custo e máxima eficácia para o controle do delírium. É o antipsicótico de escolha nas crises de delirium no fim da vida e em pacientes sob cuidados críticos, em conjunto com intervenções não farmacológicas para prevenir e gerenciar o sintoma. Em sua forma endovenosa é adotada uma dose que varia entre de 0,5 a 10 mg, de acordo com a avaliação do grau de agitação. Caso não haja uma resposta terapêutica efetiva, pode-se repetir ou aumentar a dose em bolus a cada 15 a 30 minutos até que seja atingida a resposta necessária. Pelos riscos inerentes ao uso, é necessário monitorar eletrocardiograma. (AL-QADHEEB et al., 2017; CARLTON; MAHOWALD; MALAS, 2017)

Apenas nos casos considerados emergenciais, o uso é preferencial pela via parenteral, em especial na via intravenosa. Quanto à dose de segurança por esta via há divergências na literatura. O fabricante brasileiro, Janssen Cilag, cita na bula uma dose segura entre 0,03 a 0,05 por quilograma. Outros autores, citam como seguras, as doses fixas de 0,5 a 2 miligramas por etapa infundida, em adultos acima de 40 quilos, não ultrapassando as administrações de 4 doses por dia. Já a dose 0,3 mg por quilograma é descrita como a referência para o aparecimento dos sintomas cardíacos, principalmente as arritmias derivadas de prolongamento do intervalo QT (AL-QADHEEB et al., 2017; BREITBART et al., 2005; GRÜNDER et al., 2016; PEREIRA, 2014; SOLMI et al., 2017)

Embora o fabricante brasileiro desta medicação mencione doses seguras relacionadas a via intravenosa, a bula referencia que a via preferencial e mais segura para sua utilização é a intramuscular, por sua absorção ser mais lenta, e por ter menos efeitos adversos, principalmente os cardiotóxicos. A forma intravenosa foi extinta do mercado brasileiro pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), porém a forma tradicional comercializada pela Janssen Cilag era de via intramuscular e intravenosa, sendo mantida a fórmula original, admitindo o uso *off label* intravenoso. (BALDAÇARA et al., 2011; CLINTON et al., 1987)

No caso do delírium é preconizado o uso da via oral, pelos riscos envolvendo o uso da via parenteral, principalmente relacionado a episódios de cardiotoxicidade por prolongamento do intervalo QT. A utilização do fármaco por esta via é mais segura e há

protocolos bem definidos para o tratamento e manutenção dos episódios de delírium. Preconiza-se a dose de 0,5 a 5 mg, administradas entre 2 a 3 vezes ao dia, ajustando conforme a resposta e tolerabilidade do paciente. Na forma oral, é permitido o uso de até 100 mg/dia. A administração no período antes de dormir é a mais aceita e mais fácil de adaptar na rotina da maioria dos pacientes, pois são fármacos passíveis de provocar sedação. (AGAR et al., 2017; GRÜNDER et al., 2016; MANEETON et al., 2013)

4.2 Neurolépticos Atípicos ou de Segunda Geração

Os neurolépticos ou antipsicóticos de segunda geração, são utilizados com maior frequência, pois apresentam índices menores de probabilidade de efeitos adversos extrapiramidais e discinesia tardia quando comparados com os antipsicóticos de primeira geração. É uma classe mais heterogênea em comparação com os de primeira geração, diferem bastante entre si, tanto nos aspectos farmacológicos, quanto no custo, fatores cruciais na escolha da terapêutica. (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018)

O mecanismo está vinculado a ação em diversos receptores dopaminérgicos, porém a maior diferença entre as classes é a presença da forte ligação aos receptores serotoninérgicos 5-HT₂, que transcende a ação antagonista o que está relacionado há um menor risco de efeitos adversos, porém, com potência similar. (JIBSON; MARDER; HERMANN, 2019)

Outro aspecto interessante é que há uma ligação menos intensa nos receptores D2, por consequência, uma rápida dissociação do fármaco com o receptor. A afinidade maior do fármaco é aos receptores das regiões mesolímbicas e mesocorticais, diferente dos fármacos de primeira geração que dão preferência a ligação na via estriatal. Somada a ação desses receptores, ainda existe a atividade agonista parcial ou antagonista em receptores alfa-adrenérgicos, colinérgicos muscarínicos e histamínicos, o que resulta no aparecimento de outros efeitos adversos como anticolinérgicos, hipotensores e sedativos. (BREITBART; ALICI, 2012)

A olanzapina é um dos mais promissores representantes da segunda geração dos antipsicóticos. Faz parte dos fármacos derivados da tienobenzodiazepina e tem como mecanismo de ação o intenso antagonismo dos receptores dopaminérgicos de D₁₋₄, serotoninérgicos do tipo 5-HT_{2a} e 5-HT_{2c}, histaminérgicos H₁ e receptores adrenérgicos do tipo α_1 . O antagonismo desses receptores é o que torna a ação da olanzapina tão eficaz, porém sua ação não se resume apenas a isto, ela também tem afinidade por receptores 5-HT₃, muscarínicos de M₁₋₅ e com uma potência moderada de antagonismo. Como suporte aos demais mecanismos, existe também um fraco agonismo com receptor benzodiazepínico, portanto potencializa a ligação do neurotransmissor GABA. É amplamente utilizado para controle de delírium em especial em pacientes no fim da vida, pois auxilia no controle de outros sintomas como as náuseas refratárias. (AGAR et al., 2017; BALDAÇARA et al., 2011; YOON et al., 2013)

Derivada da classe química farmacológica dos benzoxazolas, a risperidona também faz parte dos neurolépticos de segunda geração, com intensa afinidade antagonista dos receptores D_2 , α_{1-2} , H_1 e do $5-HT_2$. O diferencial da risperidona é uma discreta ação em receptores do tipo $5-HT_1$ e D_1 , pois tem efeitos aditivos em episódios psicóticos agudos e ainda, a ausência de efeitos muscarínicos, o que diminui a intensidade de outros efeitos adversos relacionados aos demais atípicos. Tem uma boa eficácia na maioria dos estudos citados para o tratamento do delirium e tem uma resposta rápida, equiparada ao da olanzapina (NUNES; CHRISTOFF; VALLE, 2012; SOLMI et al., 2017; YOON et al., 2013).

Já é comprovada a ação dos neurolépticos atípicos no controle de todas as classificações do delirium, agindo tanto no tipo hiperativo, quanto no hipoativo e no subsindrômico, devido a quantidade de receptores envolvidos em seu mecanismo de ação. São menos utilizados na prática clínica devido ao alto custo e das menores variedades de formas farmacêuticas disponíveis no mercado (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

REFERÊNCIAS

- AGAR, M. R. et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: A randomized clinical trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 177, n. 1, p. 34–42, 2017.
- AL-QADHEEB, N. S. et al. Preventing ICU Subsyndromal Delirium Conversion to Delirium with Low Dose IV Haloperidol: A Double-Blind, Placebo- Controlled Pilot Study. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 1, p. 139–148, 2017.
- ÁLVAREZ, E. A. et al. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. **Journal of Critical Care**, v. 37, p. 85–90, 2017.
- AMATO, D.; VERNON, A. C.; PAPALEO, F. Dopamine, the antipsychotic molecule: A perspective on mechanisms underlying antipsychotic response variability. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 85, n. January 2017, p. 146–159, 2018.
- ATTY, A. T. DE M.; TOMAZELLI, J. G. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 225–236, 2018.
- BALDAÇARA, L. et al. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 30–39, 2011.
- BENTO, M. S. P.; MARQUES, R.; SOUSA, P. P. Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado – uma revisão bibliográfica. **Enfermería Global**, n. 52, p. 657–673, 2018.
- BERMEJO, J. C.; RODICIO, S. G. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. **FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria**, v. 14, n. 10, p. 637–647, 2007.
- BREITBART, W. et al. A Double-Blind Trial of Haloperidol, Chlorpromazine, and Lorazepam in the Treatment of Delirium in Hospitalized AIDS Patients. **Focus**, v. 3, n. 2, p. 333–340, 2005.

BREITBART, W.; ALICI, Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 11, p. 1206–1214, 2012.

BREITBART, W.; TREMBLAY, A.; GIBSON, C. An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. **Psychosomatics**, v. 43, n. 3, p. 175–182, 2002.

CABRAL, J. V. B.; ROCHA, R. T.; GOUVEIA, V. DE A. Diagnóstico De Delirium Pelo Método De Avaliação Da Confusão Em Unidade De Cuidados Intensivos. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 18, n. 1, p. 195–201, 2014.

CARLTON, E. F.; MAHOWALD, M. K.; MALAS, N. Management of multifactorial infant delirium with intravenous haloperidol in the setting of over sedation and poor enteral absorption. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 27, n. 3, p. 289–290, 2017.

CARVALHO, J. P. L. M.; DE ALMEIDA, A. R. P.; GUSMAO-FLORES, D. Delirium rating scales in critically ill patients: A systematic literature review. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 2, p. 148–154, 2013.

CHAGAS, F. P. DAS. **INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DELIRIUM : Uma revisão integrativa INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DELIRIUM : Uma revisão integrativa.** [s.l.] UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2018.

CHAGAS, N. M. S.; SUZUKI BORGES, D. G.; CHAGAS, M. H. N. Delirium como fator de risco para demência em idosos: Uma atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 94–98, 2016.

CHEN, J. et al. Molecular mechanisms of antipsychotic drug-induced diabetes. **Frontiers in Neuroscience**, v. 11, n. NOV, p. 1–12, 2017.

CLINTON, J. E. et al. Haloperidol for sedation of disruptive emergency patients. **Annals of Emergency Medicine**, v. 16, n. 3, p. 319–322, 1987.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. 1. ed. São Paulo: CEMESP, 2008.

FARRIOLS DANÉS, C. et al. Prevalencia del delirium en pacientes con enfermedad oncológica avanzada ingresados en una unidad de cuidados paliativos. **Medicina Paliativa**, v. 23, n. 4, p. 165–171, 2016.

FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, M. et al. Síndrome confusional: échale la culpa a los opioides.. **Revista de la Sociedad Espanola del Dolor**, v. 22, n. 2, p. 62–68, 2015.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avancados**, v. 30, n. 88, p. 155–166, 2016.

GRÜNDER, G. et al. Effects of first-generation antipsychotics versus second-generation antipsychotics on quality of life in schizophrenia: a double-blind, randomised study. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 8, p. 717–729, 2016.

HUI, D. et al. Effect of lorazepam with haloperidol vs haloperidol alone on agitated delirium in patients with advanced cancer receiving palliative care: A randomized clinical trial. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 318, n. 11, p. 1047–1056, 2017.

JIBSON, M. D.; MARDER, S.; HERMANN, R. **Medicamentos antipsicóticos de primeira geração : Farmacologia , administração e efeitos colaterais comparativos** UpToDate, , 2019. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/first-generation-antipsychotic-medications-pharmacology-administration-and-comparative-side-effects/>>

KHAN, B. A. et al. The confusion assessment method for the ICU-7 delirium severity scale: A novel delirium severity instrument for use in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 5, p. 851–857, 2017.

LIMA, A.; GRADUANDA, S.; TIRADENTES, U. **Escala de Edmonton nos Cuidados Paliativos**. INTERNATIONAL NURSING CONGRESS. **Anais...**2017

LIU, C. Y. et al. Efficacy of risperidone in treating the hyperactive symptoms of delirium. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 19, n. 3, p. 165–168, 2004.

LÔBO, R. R. et al. Simpósio: Condutas em enfermagem de clínica médica de hospital de média complexidade -Parte 2 Capítulo IV Delirium Delirium. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 3, p. 249–57, 2010.

LOBO, T. O. C. Intervenções não farmacológicas no Delirium. **Revista Portal de Divulgação**, v. 14, n. Dsm Iv, p. 10–18, 2011.

LONERGAN, E.; LUXENBERG, J.; SASTRE, A. A. Benzodiazepines for delirium. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, p. 13, 7 out. 2009.

LUVIZOTTO, J. DO R. et al. MÉTODOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E DIAGNÓSTICO DO DELIRIUM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **REVISTAINSPIRAR - movimento & saúde**, v. 17, p. 1–7, 2018.

MANEETON, B. et al. Quetiapine versus haloperidol in the treatment of delirium: A double-blind, randomized, controlled trial. **Drug Design, Development and Therapy**, v. 7, p. 657–667, 2013.

MANSKY, P. J.; WALLERSTEDT, D. B. **Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management** **Cancer Journal**, 2006.

MARIZ, J. et al. Delirium diagnostic and screening instruments in the emergency department: An up-to-date systematic review. **Geriatrics (Switzerland)**, v. 1, n. 3, p. 1–14, 2016.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F. DA. Cuidados paliativos e ortotanásia. **Diagn Tratamento**, v. 15, n. 2, p. 58–60, 2010.

MITCHELL, A. J. et al. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: Systematic review and meta-analysis. **General Hospital Psychiatry**, v. 36, n. 6, p. 627–633, 2014.

MORAIS, S. et al. Melanoma brain metastases presenting as delirium: A case report. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 44, n. 2, p. 53–54, 2017.

MORI, S. et al. Incidence and factors related to delirium in an Intensive Care Unit. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n. 4, p. 585–591, 2016.

NEUFELD, K. J. et al. Evaluation of two delirium screening tools for detecting post-operative delirium in the elderly. **British Journal of Anaesthesia**, v. 111, n. 4, p. 612–618, 2013.

NUNES, B. L.; CHRISTOFF, A. DE O.; VALLE, L. L. DO. Avaliação dos efeitos da risperidona injetável na esquizofrenia - Revisão bibliográfica. **Cadernos da Escola de Saúde**, 2012.

PAGE, V. J.; CASARIN, A. Uso de antipsicóticos para tratamento do delírio na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 2, p. 86–88, 2014.

PALMA B., M. A. et al. Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico. ¿Existe concordancia entre pacientes y médicos? **Revista Medica de Chile**, 2008.

PEREIRA, J. M. et al. El delirio en pacientes críticos: factores de riesgo modificables por los enfermeros. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIV, n. 9, p. 29–36, 2016.

PEREIRA, M. R. **Bula do profissional - Haloperidol**São Paulo, 2014.

PIERI, M. et al. Trials Focusing on Prevention and Treatment of Delirium After Cardiac Surgery: A systematic Review of Randomized Evidence. **Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia**, v. 000, 2019.

PINTOR, L. et al. “Delirium en el paciente adulto mayor”. v. 2275400, n. ext 2063, p. 1–15, 2018.

PRAYCE, R.; QUARESMA, F.; NETO, I. G. **Delirium: The 7th vital sign?***Acta Medica Portuguesa*, 2018.

RYAN, K. et al. Validation of the confusion assessment method in the palliative care setting. **Palliative Medicine**, 2009.

SALAMONDE, G. L. F. et al. Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 2006.

SAMPAIO, F.; SEQUEIRA, C. Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. **Revista de Enfermagem Referência**, v. III Série, n. nº 9, p. 125–134, 2013.

SCHUURMANS, M. J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M.; DUURSMA, S. A. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. **Research and theory for nursing practice**, v. 17, n. 1, p. 31–50, 2003.

ŞENEL, G. et al. Delirium Frequency and Risk Factors Among Patients With Cancer in Palliative Care Unit. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 34, n. 3, p. 282–286, 2017.

SILVA, C. P. et al. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2019.

SIQUEIRA, I. DE A. Delirium no pós-operatório. **IOSR Journal of Economics and Finance**, v. 3, n. 1, p. 56, 2016.

SOLMI, M. et al. **Safety, tolerability, and risks associated with first-and second-generation antipsychotics: A state-of-the-art clinical review** *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2017.

SOUSA, C. M. P. DE; VERÍSSIMO, M. T. **DELIRIUM NO IDOSO**. [s.l.] Universidade de Coimbra, 2012.

SUBRAMANIAM, S. et al. Prognosis prediction with two calculations of Palliative Prognostic Index: Further prospective validation in hospice cancer patients with multicentre study. **BMJ Supportive and Palliative Care**, p. 326–331, 2018.

TANAKA, L. M. S. et al. Delirium em pacientes na unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação não invasiva: Um inquérito multinacional. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 4, p. 360–368, 2015.

TIARE QUIROZ, O.; ESPERANZA ARAYA, O.; PATRICIO FUENTES, G. Delirium: Actualización en manejo no farmacológico. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 4, p. 288–297, 2014.

TORRES-CONTRERAS, C. C. et al. Factors associated with delirium in critical patients in a health institution in Bucaramanga, Colombia. **Enfermería Intensiva (English ed.)**, v. 30, n. 1, p. 13–20, 2019.

VAN ROMPAEY, B. et al. A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM confusion scale in intensive care delirium assessment: An observational study in non-intubated patients. **Critical Care**, v. 12, n. 1, p. 1–7, 2008.

VICTOR, G. H. G. G. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2016.

WANG, S.; KHAN, B.; CAMPBELL, N. Aging and Post-Intensive Care Syndrome (PICS): How Can We Provide Integrated, Innovative Care for Older Adults Suffering From Delirium, Dementia, and Depression? **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 25, n. 3, p. S8, 2017.

YOON, H. J. et al. Efficacy and safety of haloperidol versus atypical antipsychotic medications in the treatment of delirium. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

ZAAL, I. J. et al. Benzodiazepine-associated delirium in critically ill adults. **Intensive Care Medicine**, v. 41, n. 12, p. 2130–2137, 2015.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acomodação 116, 119, 120, 121, 123
Acreditação 155, 156, 157
Álcool 19, 21, 22, 23, 24, 25, 58, 92
Apendagite epiplóica 39, 40, 41, 42
Arco Arterial Palmar Superficial Incomum 212
Ataxia 70, 204, 205, 206, 208, 209, 210
Auditoria 155, 156
Avaliação visual 116, 119, 125, 126

C

Centro de infusão 155
Centro de terapia imunobiológica assistida 155
Certificação 155, 157
Ciências da saúde 1, 3, 19, 21, 36, 104, 106, 107, 111
Conferência de consenso 1, 3
Convergência 116, 119, 120, 121, 123, 127
COVID-19 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 189, 190, 191, 193, 194, 199, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211
Creatinina 69, 70, 71, 73, 74
Criança 31, 32, 33, 34, 36, 37, 49, 50, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 74, 88, 91, 200, 201, 202
Cuidadores 1, 2, 3, 4, 53
Cuidados paliativos 1, 2, 3, 4, 5, 129, 130, 131, 132, 134, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 160

D

Deficiência de GAMT 69, 70, 71, 72, 74
Delirium 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142
Desnutrição 77, 78, 79, 80, 81
Distance education 190
Distúrbios do movimento 70, 204, 205, 208, 210
Distúrbios hematológicos infantis 83
Dor abdominal 39, 40, 41, 200, 201

E

Eficácia neurolépticos 129

Embrionário 200, 201, 202, 203

Esquizofrenia 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 50, 118, 129, 134, 135, 141

Estilo de vida 67, 78, 81, 106, 151, 160, 161

EWSR1-CREB1 96, 97, 101, 102

F

Família 1, 2, 3, 4, 11, 13, 34, 53, 54, 55, 56, 57, 77, 80, 90, 206

Ferramentas de gestão 155, 157

Frequência cardíaca 168, 169, 207

G

Governança 155, 156

H

Hematologia 83, 90, 93, 114

Hipersensibilidade 31, 32

Histiocitoma fibroso angiomatóide (AFH) 96

Homeopatia 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 106, 108, 109, 110

I

Idosos 6, 13, 67, 77, 78, 79, 80, 81, 99, 131, 133, 134, 139, 151, 159, 160, 165, 166, 208

L

Leite 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 87, 95

Lipopolissacarídeo 169

M

Manifestações neurológicas 204, 205, 206, 208, 210

Má rotação intestinal 39

Medical education 190, 199

Medicina integrativa 104, 105, 106, 107, 109, 114

Mental health 25, 61, 189, 190

Mioclonia 204, 205, 206, 208, 209, 210

Movimentos oculares 116, 121, 125

N

Neoplasia mesenquimal rara 95, 96

O

Ovariectomia 168, 169

Óxido nítrico 162, 168, 169

P

Pandemia 6, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 84, 85, 93, 94, 189, 191, 192, 193, 194, 199, 204, 205, 208

Práticas integrativas e complementares 104, 105, 106, 108, 109, 113, 114, 115

Pressão arterial 168, 169, 215

PRHOAMA 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18

Prognóstico 4, 19, 20, 22, 23, 24, 53, 84, 86, 88, 90, 91, 92, 97, 100, 102, 132, 200, 201

Protocolo 17, 116, 120, 121, 122, 123, 126, 202

Prótons 69, 70, 71, 72, 74

Psychiatry 24, 25, 26, 68, 139, 140, 142, 166, 190

R

Reação alérgica 31, 34

Relações familiares 49, 59, 118

S

Sarcoma hepático 200, 201, 203

Substâncias 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 110, 164

SUS 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 104, 105, 106, 109, 113, 114

T

Transtorno autístico 49, 51, 52, 55, 58

Tratamento 3, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 49, 52, 56, 57, 70, 72, 73, 74, 75, 83, 85, 86, 91, 92, 96, 97, 101, 102, 105, 106, 107, 111, 117, 118, 121, 122, 123, 129, 133, 134, 137, 138, 140, 141, 151, 160, 164, 165, 169, 189, 200, 202, 203, 205, 206, 207, 210, 218

Tratamento conservador 39, 42

Traumatismo cranioencefálico (TCE) 116, 117, 119, 124, 125

A medicina como elo entre a

CIÊNCIA e a PRÁTICA



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022

A medicina como elo entre a

CIÊNCIA e a PRÁTICA



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022