

DESAFIOS NO DOENTE COM *DELIRIUM*

CAPÍTULO 32

PAPEL DA ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO DOENTE COM *DELIRIUM* NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DA ULSAC

Data de aceite: 02/05/2025

Rita Pinheiro

Enfermeira na Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

à gestão do *delirium* na UCI da ULSAC, com ênfase nas estratégias implementadas e no contributo fundamental dos profissionais de enfermagem na abordagem a esta condição.

INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma disfunção cerebral aguda frequentemente observada em doentes críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), caracterizando-se por alterações do estado de consciência, atenção, cognição e percepção. Este estado pode surgir de forma súbita e flutuar ao longo do tempo, sendo muitas vezes sub-diagnosticado e confundido com outras condições neurológicas ou psiquiátricas.

A sua presença associa-se a múltiplas complicações, como o aumento do número de dias de ventilação mecânica, do tempo de internamento, dos custos, da mortalidade e a um compromisso funcional e cognitivo a longo prazo. No contexto dos cuidados intensivos, o papel da equipa de enfermagem na **prevenção, diagnóstico e intervenção precoce** é determinante para mitigar os efeitos adversos do *delirium*.

A presente comunicação tem como objetivo descrever os desafios associados

METODOLOGIA

A metodologia adotada para a implementação de boas práticas na abordagem ao *delirium* foi multidimensional e progressiva, envolvendo:

1. **Revisão de literatura e enquadramento teórico** sobre a definição, etiologia, critérios diagnósticos e estratégias de intervenção no *delirium*.
2. **Implementação do diagnóstico sistemático** através de instrumentos validados e adaptados à realidade da UCI:
 - **CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU);**
 - **ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist).**

- 3. Definição de critérios de inclusão e exclusão** para rastreio de *delirium*, com base na escala de agitação e sedação RASS (Richmond Agitation Sedation Scale):
 - Apenas doentes com RASS entre -3 e +4 são incluídos para avaliação.
 - Exclusão de doentes com demência, doenças psiquiátricas e com RASS -4 e -5.
- 4. Criação e implementação de normas e protocolos institucionais:**
 - Norma de atuação sobre *delirium*;
 - Protocolo de prevenção, diagnóstico e tratamento;
 - Fluxograma clínico: “da previsão à prevenção”.
- 5. Formação contínua da equipa de enfermagem** com vista à capacitação técnica e clínica na avaliação e intervenção precoce no *delirium*.
- 6. Promoção de intervenções não farmacológicas**, reconhecidas como mais eficazes e seguras para o controlo do *delirium* em ambiente de cuidados intensivos.

RESULTADOS

A abordagem estruturada, tendo por base as guidelines para a gestão da dor, agitação e *delirium* em doentes adultos em cuidados intensivos, permitiu avanços significativos na identificação precoce e na gestão do *delirium*, nomeadamente:

Diagnóstico Sistematizado

A introdução dos instrumentos **CAM-ICU** e **ICDSC** na prática clínica permitiu um diagnóstico mais preciso e padronizado. O CAM-ICU, mais comumente usado, utiliza um processo de avaliação em duas etapas:

- 1. Avaliação da Escala RASS** – Determina se o doente está apto para avaliação cognitiva.
- 2. Execução do fluxograma CAM-ICU** (1. Identificação de alterações do estado mental; 2. Falta de atenção; 3. Nível de consciência; 4. Pensamento desorganizado)

Este método revelou-se eficaz, mesmo em doentes intubados ou com dificuldades de comunicação verbal, ao adaptar os estímulos de forma visual e auditiva.

Promoção de Estratégias Não Farmacológicas

As intervenções não farmacológicas mostraram-se mais eficazes que os tratamentos farmacológicos, tanto na prevenção como no tratamento do *delirium*. Entre as principais estratégias destacam-se:

- **Orientação do doente, no tempo e espaço;**
- **Estimulação cognitiva, falando de acontecimentos recentes, relembrando o motivo do internamento, fornecendo livro, revista ou televisão;**
- **Promoção de um sono tranquilo, reduzindo a luz e o ruído, evitando procedimentos médicos e de enfermagem no período noturno, fornecendo tampões e vendas para os olhos, como forma de manter o ritmo circadiano;**
- **Redução de défices sensoriais, com o fornecimento de óculos e prótese auditiva, caso o doente possua;**
- **Identificação e tratamento da dor;**
- **Remoção de cateteres e restrições físicas, assim que possível;**
- **Mobilização precoce, com levante para cadeirão ou com mobilizações passivas, quando o doente ainda está restrito ao leito;**
- **Envolvimento familiar, com promoção de visitas frequentes, participação dos familiares em atividades como a alimentação e a orientação, realização de videochamadas com familiares que não consigam estar presentes;**
- **Manutenção da hidratação adequada;**
- **Prevenção da obstipação, reduzindo o desconforto e a dor;**
- **Ambiente iluminado durante o dia, evitando que o doente durma durante o período diurno;**
- **Audição de música suave, como estímulo cognitivo e redutor da ansiedade.**

Estas medidas simples revelaram impactos positivos no bem-estar geral dos doentes e contribuíram para a redução da incidência e duração do *delirium*.

Criação de uma Cultura Institucional Focada na Prevenção

Na UCI da ULSAC, a avaliação do *delirium* foi integrada como **objetivo no sistema SIADAP**, reforçando o compromisso institucional com a qualidade dos cuidados prestados. Foram desenvolvidas iniciativas como:

- **Primeira formação formal sobre *delirium*, com participação ativa da equipa de enfermagem;**
- **Consulta de follow-up, com acompanhamento dos doentes que tenham desenvolvido *delirium* durante o internamento na UCI;**
- **Partilha de conhecimento clínico entre diferentes profissionais e serviços;**
- **Desenvolvimento de um fluxograma clínico, que guia a equipa desde a previsão de risco de desenvolvimento de *delirium*, até à implementação de estratégias.**

Estas ações resultaram numa abordagem mais sistematizada, segura e eficaz, que valoriza o papel da enfermagem como agente ativo na vigilância clínica, educação do doente e intervenção precoce.

CONCLUSÃO

O *delirium* constitui um desafio constante na prática clínica em UCI, exigindo atenção redobrada e uma abordagem holística, centrada no doente. A sua elevada prevalência, associada às consequências negativas a curto e longo prazo, justifica a necessidade de uma **intervenção precoce, contínua e multidisciplinar**.

O projeto implementado na UCI da ULSAC mostra que:

- A **formação da equipa de enfermagem e a sistematização do diagnóstico** através de ferramentas validadas como o CAM-ICU e o ICDSC são fundamentais para o sucesso clínico;
- As **intervenções não farmacológicas**, simples, de baixo custo e centradas no conforto do doente, são mais eficazes que as medidas farmacológicas isoladas;
- A **integração institucional do rastreio de *delirium*** como objetivo estratégico, promove a qualidade e segurança dos cuidados;
- O **enfermeiro** assume um papel insubstituível na identificação precoce, implementação de medidas preventivas e humanização dos cuidados prestados.

Em suma, o combate ao *delirium* deve ser contínuo, com uma cultura de vigilância ativa e estratégias personalizadas. A experiência da ULSAC demonstra que é possível transformar desafios em oportunidades de melhoria, valorizando o conhecimento técnico e humano da enfermagem como motor de mudança na prática clínica.