

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

FLAVIO FERNANDES NAVES

PROTOCOLO DE DELIRIUM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Uberlândia/MG

2026

FLAVIO FERNANDES NAVES

PROTOCOLO DE DELIRIUM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Comissão de Residência
Médica da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista.

Área de concentração: Terapia Intensiva

Orientador (a): Dra. Liliane Barbosa da
Silva Passos

Coorientador: Denisson Silva Nascimento

Uberlândia/MG

2026

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência

Às 11:05h do dia 15 de janeiro do ano de 2026, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pelo residente Flávio Fernandes Naves. Além da orientadora Liliane Barbosa da Silva Passos, presidente desta banca, e do coorientador Denisson Silva Nascimento, constituíram a banca examinadora os seguintes membros: Anna Carolyne Muniz Gonçalves e Natália Rodrigues de Sá.

Após a finalização da apresentação do TCR pela residente, a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

Avaliador 1: Anna Carolyne Muniz Gonçalves

Nota final: 9,0

Avaliador 2: Natália Rodrigues de Sá

Nota final: 9,0

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores a nota final 9,0, considerando-se, assim, o residente APROVADO. Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu, Liliane Barbosa da Silva Passos, lavro a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, 15 de janeiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
 **LILIANE BARBOSA DA SILVA PASSOS**
Data: 15/01/2026 12:15:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **DENISSON SILVA NASCIMENTO**
Data: 16/01/2026 21:13:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Coorientador

Documento assinado digitalmente
 **ANNA CAROLYNE MUNIZ GONCALVES**
Data: 16/01/2026 17:39:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Anna Carolyne Muniz Gonçalves

Documento assinado digitalmente
 **NATALIA RODRIGUES DE SA**
Data: 16/01/2026 16:35:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Natália Rodrigues de Sá

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Delirium em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um desafio diagnóstico devido à falta de protocolos que façam parte da rotina de avaliação dos pacientes críticos. Na ausência de escalas padronizadas para avaliação do estado mental, os pacientes podem não receber o cuidado preventivo e terapêutico para o Delirium no ambiente hospitalar, este fato causa sofrimento aos pacientes e familiares por prolongar o tempo de internação e gerar prejuízos cognitivos e sociais. **OBJETIVO:** Este trabalho teve como objetivo elaborar um protocolo institucional para a prevenção, a triagem e o tratamento do Delirium em pacientes adultos internados na UTI do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/Ebserh (HC-UFU/Ebserh). **MÉTODO:** Foi realizada revisão narrativa da literatura, utilizando os descritores Delirium, *Treatment*, Critical Illness, Intensive Care Units, Critically Ill Patients. Foram selecionados artigos, protocolos e diretrizes em inglês, espanhol e português, publicados entre 2015 e 2025, que possuíam no título, resumo ou corpo do texto a abordagem do delirium em adultos em estado crítico. Foram excluídos artigos repetidos, relatos de caso e artigos que não continham informações sobre o assunto. Após revisão narrativa, foi elaborado um protocolo institucional de prevenção e tratamento de delirium em ambiente de UTI do HC/UFU de acordo com as normas da Unidade de Gestão da Qualidade. **RESULTADOS:** Com foco em ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas relevantes foi elaborado um protocolo abordando aspectos fisiopatológicos, avaliação dos sinais de alteração, exames diagnósticos indicados e estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas pacientes com Delirium na UTI. **CONCLUSÃO:** O protocolo foi desenvolvido para auxiliar a equipe multiprofissional na prevenção, detecção precoce e tratamento do Delirium em pacientes adultos internados em UTI. A padronização dessa ferramenta para o diagnóstico e manejo do delirium em pacientes críticos impacta na sobrevida e possibilita a melhor recuperação da funcionalidade motora, fisiológica, psíquica e social na alta hospitalar.

Palavras-chave: Delirium; Estado Crítico; Protocolos clínicos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Delirium in the Intensive Care Unit (ICU) is a diagnostic challenge due to the lack of protocols integrated into the routine assessment of critically ill patients. In the absence of standardized scales for mental status evaluation, patients may not receive preventive and therapeutic care for delirium in the hospital setting. This situation causes suffering for patients and their families by prolonging hospital stays and leading to cognitive and social impairments. **OBJECTIVE:** This study aimed to develop an institutional protocol for the prevention, screening, and treatment of delirium in adult patients admitted to the ICU of the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia/Ebserh (HC-UFU/Ebserh). **METHOD:** A narrative literature review was conducted using the descriptors *Delirium*, *Treatment*, *Critical Illness*, *Intensive Care Units*, and *Critically Ill Patients*. Articles, protocols, and guidelines published in English, Spanish, and Portuguese between 2015 and 2025 were selected if they addressed delirium in critically ill adults in the title, abstract, or main text. Duplicate articles, case reports, and studies that did not contain relevant information on the topic were excluded. After the narrative review, an institutional protocol for the prevention and treatment of delirium in the ICU setting of HC-UFU was developed in accordance with the standards of the Quality Management Unit. **RESULTS:** Focusing on randomized clinical trials, systematic reviews, and relevant clinical guidelines, a protocol was developed addressing pathophysiological aspects, assessment of signs of alteration, indicated diagnostic tests, and pharmacological and non-pharmacological therapeutic strategies for ICU patients with delirium. **CONCLUSION:** The protocol was developed to support the multidisciplinary team in the prevention, early detection, and treatment of delirium in adult ICU patients. Standardization of this tool for the diagnosis and management of delirium in critically ill patients positively impacts survival and enables better recovery of motor, physiological, psychological, and social functioning at hospital discharge.

Keywords: Delirium; Critical Illness; Clinical Protocols.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos específicos.	7
3. MÉTODO.	10
3.1 Revisão da Literatura	10
3.2 Elaboração do protocolo.	10
3.3 Publicação do protocolo.....	10
4. RESULTADOS.....	11
4.1 Protocolo Institucional.	11
4.2 Limitações do Estudo.....	11
5. CONCLUSÕES	12
REFERÊNCIAS	13
APÊNDICE	14

1. INTRODUÇÃO

Conceito e relevância clínica do delirium na UTI

O delirium é definido como uma síndrome neuropsiquiátrica aguda caracterizada por distúrbio da atenção, da consciência e da cognição, com início súbito e curso flutuante, não explicada por um transtorno neurocognitivo prévio ou em estágio avançado (American Psychiatric Association, 2013). Em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o delirium apresenta elevada incidência, podendo acometer até 80% dos indivíduos submetidos à ventilação mecânica invasiva (Ely *et al.*, 2001; Girard; Pandharipande; Ely, 2008; Northam; Phillips, 2024).

A ocorrência do delirium em pacientes críticos está associada a desfechos adversos relevantes, como aumento da mortalidade hospitalar e em longo prazo, prolongamento do tempo de internação, maior duração da ventilação mecânica, maior incidência de complicações e desenvolvimento de comprometimento cognitivo persistente após a alta hospitalar (Pandharipande *et al.*, 2013; Inouye *et al.*, 2014). Dessa forma, o delirium é considerado um importante marcador de gravidade e qualidade assistencial no contexto da terapia intensiva.

Fisiopatologia do delirium em pacientes críticos

A fisiopatologia do Delirium é multifatorial e ainda não completamente elucidada. Evidências atuais sugerem que o delirium resulta da interação entre vulnerabilidade cerebral prévia e fatores precipitantes agudos, comuns no ambiente da UTI (Girard; Pandharipande; Ely, 2008).

Um dos mecanismos centrais envolvidos é o desequilíbrio neuroquímico, especialmente a redução da neurotransmissão colinérgica associada ao aumento da atividade dopaminérgica. A acetilcolina desempenha papel fundamental na regulação da atenção, do estado de alerta e da memória, e sua deficiência está diretamente relacionada às manifestações cognitivas do delirium (Inouye *et al.*, 2014). O excesso relativo de dopamina, por sua vez, contribui para alterações perceptivas, agitação psicomotora e pensamento desorganizado.

Outro mecanismo amplamente descrito é a neuroinflamação. Em pacientes críticos, condições como sepse, trauma e insuficiência orgânica levam à liberação

sistêmica de citocinas pró-inflamatórias, incluindo interleucina-1, interleucina-6 e fator de necrose tumoral alfa. Essas substâncias podem atravessar a barreira hematoencefálica, promovendo ativação microglial, disfunção sináptica e alteração da neurotransmissão cerebral (Seymour; Gershengorn, 2018).

Adicionalmente, fatores como hipóxia cerebral, hipercapnia, distúrbios hidroeletrólíticos, disfunção renal e hepática, privação do sono e uso de fármacos sedativos e analgésicos — especialmente benzodiazepínicos e opioides — contribuem de forma significativa para o desenvolvimento do delirium (Barr *et al.*, 2013; Devlin *et al.*, 2018).

Diagnóstico do delirium na UTI

O diagnóstico do delirium é eminentemente clínico e baseia-se na identificação de alterações agudas do estado mental, com flutuação ao longo do tempo. No entanto, em pacientes críticos, especialmente naqueles sob ventilação mecânica ou com comunicação limitada, o diagnóstico clínico isolado é insuficiente, tornando imprescindível o uso de instrumentos validados (Ely *et al.*, 2001).

O *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) é a ferramenta mais amplamente validada e utilizada na prática clínica e em pesquisas científicas. O diagnóstico de delirium pelo CAM-ICU requer a presença de início agudo ou curso flutuante do estado mental, déficit de atenção, associado a pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência (Ely *et al.*, 2001).

Outra ferramenta utilizada é o *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), que avalia o delirium por meio de oito critérios observacionais ao longo do turno assistencial, sendo considerado positivo quando a pontuação é igual ou superior a quatro pontos (Girard; Pandharipande; Ely, 2008).

A avaliação prévia do nível de sedação, geralmente realizada por meio da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), é fundamental para garantir a acurácia diagnóstica, uma vez que pacientes em sedação profunda não podem ser adequadamente avaliados quanto à presença de delirium (Devlin *et al.*, 2018).

Prevenção do delirium em pacientes internados em UTI

A prevenção do delirium constitui uma das principais estratégias para redução de sua incidência e impacto clínico. Diretrizes internacionais recomendam prioritariamente

intervenções não farmacológicas, uma vez que grande parte dos fatores de risco para delirium é potencialmente modificável (Devlin *et al.*, 2018; Lewis *et al.*, 2025).

Entre as principais medidas preventivas destacam-se: manejo adequado da dor, evitando tanto a dor não tratada quanto o uso excessivo de opioides; preferência por sedação leve; minimização do uso de benzodiazepínicos; promoção do ciclo sono–vigília; controle ambiental de ruídos e luminosidade; mobilização precoce; reorientação cognitiva frequente e uso de dispositivos sensoriais quando indicados (Barr *et al.*, 2013).

O *bundle* ABCDEF, que inclui avaliação e manejo da dor, interrupção diária da sedação, escolha adequada de sedativos, monitorização sistemática do delirium, mobilização precoce e envolvimento da família no cuidado, tem demonstrado redução significativa da incidência, duração e gravidade do delirium, além de melhora dos desfechos clínicos globais (Devlin *et al.*, 2018; Lewis *et al.*, 2025).

Tratamento do delirium na UTI

O tratamento do delirium deve ser centrado, prioritariamente, na identificação e correção das causas precipitantes e fatores contribuintes, como infecções, distúrbios metabólicos, hipóxia, abstinência de substâncias, dor inadequadamente tratada e efeitos adversos de medicamentos (Seymour; Gershengorn, 2018).

As intervenções não farmacológicas permanecem como pilar do tratamento e devem ser mantidas de forma contínua. O tratamento farmacológico é reservado para pacientes com delirium hiperativo ou misto, quando há risco iminente à segurança do paciente ou da equipe assistencial (Devlin *et al.*, 2018; Lewis *et al.*, 2025).

Os antipsicóticos, como o haloperidol e os antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina), são frequentemente utilizados para controle dos sintomas comportamentais. No entanto, estudos clínicos não demonstraram redução consistente da duração do delirium ou melhora da mortalidade com o uso rotineiro desses fármacos, não sendo recomendados para prevenção do delirium (Barr *et al.*, 2013; Devlin *et al.*, 2018).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Elaborar um protocolo institucional para a prevenção, a triagem e o tratamento do Delirium em pacientes adultos internados na UTI do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/Ebserh (HC-UFU/Ebserh).

2.2. Objetivos específicos

Realizar revisão narrativa da literatura sobre a prevenção e tratamento de Delirium em pacientes gravemente doentes.

Definir fatores de risco não modificáveis (predisponentes) e fatores de risco modificáveis (precipitantes) para Delirium em pacientes gravemente doentes.

3. MÉTODO

3.1 Revisão de literatura

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura acerca de estratégias de prevenção e manejo em pacientes em estado crítico internados em UTI. A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados *PubMed/MEDLINE* e *UpToDate*, além de literatura cinzenta, incluindo protocolos institucionais e diretrizes governamentais.

Foram selecionadas publicações compreendidas no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol. A estratégia de busca baseou-se na combinação de descritores e termos livres relacionados ao tema, Utilizando-se os seguintes termos: *Delirium*, *Treatment*, *Critical Illness*, *Intensive Care Units*, *Critically Ill Patients* associados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme a especificidade de cada base consultada.

Foram incluídos artigos originais, revisões, consensos e diretrizes clínicas que abordassem analgesia e sedação em pacientes críticos internados em UTI, com disponibilidade de texto completo. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, relatos de caso isolados, estudos envolvendo exclusivamente população pediátrica, trabalhos não relacionados diretamente ao objeto desta revisão e duplicatas.

3.2 Elaboração do protocolo

Após a realização da revisão narrativa sobre o assunto, foi elaborada uma versão inicial do protocolo, conforme modelo institucional disponibilizado pela Unidade de Gestão da Qualidade (UGQ).

3.3 Publicação do protocolo

Após validação da equipe multiprofissional da UTI adulto e reformulação do protocolo inicial, o documento foi enviado para validação final da chefia de unidade para posterior encaminhamento à UGQ para publicação, conforme fluxo institucional.

4. RESULTADOS

4.1 Protocolo institucional

Apêndice A

4.2 Limitações do estudo

Por tratar-se de uma revisão narrativa, o presente estudo não seguiu rigorosamente os procedimentos sistematizados de identificação, seleção e avaliação crítica das evidências, como ocorre nas revisões sistemáticas. Não foi utilizado protocolo previamente registrado, nem instrumento padronizado para avaliação do risco de viés dos estudos incluídos. Desse modo, reconhece-se a possibilidade de viés de seleção e de interpretação dos resultados.

Além disso, a busca foi restrita a determinadas bases de dados e ao período de 2015 a 2025, o que pode ter resultado na não inclusão de estudos relevantes publicados fora desse intervalo temporal ou indexados em outras bases. A inclusão de literatura cinzenta, embora amplie o espectro de fontes consultadas, também implica variabilidade na qualidade metodológica dos documentos analisados. Ainda assim, optou-se por esse delineamento por permitir uma abordagem abrangente e descritiva do tema, favorecendo a síntese narrativa e a discussão crítica dos principais conceitos e recomendações atuais sobre analgesia e sedação em pacientes em estado crítico em UTI.

5. CONCLUSÃO

O Delirium em pacientes internados em UTI representa uma condição clínica de elevada prevalência, impacto prognóstico significativo e etiologia multifatorial. A compreensão aprofundada de sua fisiopatologia, aliada ao diagnóstico sistemático por meio de instrumentos validados e à implementação de estratégias preventivas e terapêuticas baseadas em evidências, é fundamental para a qualificação da assistência ao paciente em estado crítico e para a redução de desfechos adversos associados à internação em terapia intensiva.

O protocolo institucional foi desenvolvido e traduz as recomendações mais atuais sobre o tema em um modelo assistencial aplicável à prática hospitalar, com fluxos claros e critérios de inclusão bem definidos. A proposta está alinhada aos princípios de segurança, efetividade e humanização que amplamente norteiam o atendimento de pacientes críticos que requerem tratamentos de alta complexidade no HC-UFU/Ebserh. Por fim, destaca-se que a consolidação de protocolos assistenciais como este contribui para intervenções focadas no indivíduo como um todo e não somente no uso de medicações para tratar sintomas relacionados a alteração do estado mental.

REFERÊNCIAS

BARR, J. et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 41, n. 1, p. 263–306, 2013.

DEVLIN, J. W. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 9, p. e825–e873, 2018.

ELY, E. W. et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). **JAMA**, v. 286, n. 21, p. 2703–2710, 2001.

GIRARD, T. D.; PANDHARIPANDE, P. P.; ELY, E. W. Delirium in the intensive care unit. **Critical Care**, v. 12, supl. 3, p. S3, 2008.

INOUE, S. K. et al. Delirium in elderly people. **The Lancet**, v. 383, n. 9920, p. 911–922, 2014.

LEWIS, Kimberley et al. **A Focused Update to the Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Anxiety, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU.** *Critical Care Medicine*, v. 53, n. 3, p. e711–e727, mar. 2025. DOI: 10.1097/CCM.0000000000006574

NORTHAM, Kalynn A.; PHILLIPS, Kristy M. **Sedation in the ICU.** *NEJM Evidence*, v. 3, n. 11, 22 out. 2024. DOI: 10.1056/EVIDra2300347

PANDHARIPANDE, P. P. et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. **New England Journal of Medicine**, v. 369, n. 14, p. 1306–1316, 2013.

SEYMOUR, C. W.; GERSHENGORN, H. B. Delirium in the intensive care unit. **JAMA**, v. 320, n. 4, p. 385–386, 2018.

APÊNDICE A

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 1/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

SUMÁRIO

SUMÁRIO	1
1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVO (S)	3
3. JUSTIFICATIVAS	3
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	4
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	5
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	7
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	8
9. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	11
10. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA	11
11. FLUXOS	12
12. MONITORAMENTO	12
13. REFERÊNCIAS	13
14. DOCUMENTOS RELACIONADOS (item não obrigatório)	13
15. HISTÓRICO DE REVISÃO (obrigatório)	13
16. ANEXOS	15

- :: | EM ELABORAÇÃO | :-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 2/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1. SIGLAS E CONCEITOS

1.1 Delirium

O Delirium é um estado de confusão mental agudo, caracterizado por flutuação do déficit de atenção, da alteração do nível de consciência e do pensamento desorganizado. É um desafio para a equipe de saúde, um motivo de grande desgaste metabólico e psíquico para o paciente e de sofrimento para a família, aumentando significativamente os desfechos negativos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O Delirium é uma disfunção orgânica cerebral. Quanto ao subtipo motor, se classifica em:

- Delirium hiperativo: caracterizado pelo comportamento de hipervigilância, irritabilidade e agitação psicomotora. Os sintomas psicóticos são comuns, como alucinações visuais e delírios. É o mais diagnosticado na UTIAD devido aos sintomas exuberantes, mas não é o mais prevalente.
- Delirium hipoativo: é subdiagnosticado e caracterizado pela apatia, lentificação e sonolência.
- Delirium misto: alterna sonolência e agitação.

1.2 SIGLAS

CAM-ICU: *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*; **EEG:** eletroencefalograma; **HC-UFU:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia; **LCR:** Líquido Cefalorraquidiano; **VM:** Ventilação mecânica; **UTIAD:** Unidade de terapia intensiva adulto; **UTI:** Unidade de Terapia intensiva.

2. OBJETIVO (S)

Este protocolo foi desenvolvido a fim de orientar a equipe multiprofissional na triagem de fatores de risco não modificáveis (predisponentes) e fatores de risco modificáveis (precipitantes) para Delirium de pacientes adultos em estado crítico internados na UTI adulto (UTIAD) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/Ebserh (HC-UFU/Ebserh). Isso permitirá prevenção, detecção precoce e tratamento de sintomas em tempo hábil.

3. JUSTIFICATIVAS

As alterações da atenção, da consciência e do pensamento na UTI trazem em si grandes consequências para pacientes, equipe de saúde e familiares, como por exemplo:

- aumento da morbidade e mortalidade;
- Risco de segurança;
- aumento do tempo de ventilação mecânica (VM) e de internação;
- comprometimento cognitivo que persiste muito tempo após a alta hospitalar;

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 3/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- prejuízos substanciais em suas atividades básicas da vida diária, com aumento da incidência de síndromes demenciais após a alta;
- atrofia e perda de volume cerebral;
- redução do emprego nos sobreviventes, com impacto socioeconômico;
- delírios, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade e de estresse pós-traumático nos meses ou anos após a alta hospitalar;
- custos hospitalares elevados.

Dessa forma, a implementação de um protocolo para avaliar a atenção, a consciência e o pensamento na UTIAD é necessário para melhorar a qualidade do cuidado aos pacientes em estado crítico, permitindo que eles recebam alta, se reabilitem e, a depender da reserva fisiológica e cognitiva basal, recuperem funcionalidade.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.1 Critério de inclusão

Serão incluídos todos pacientes adultos gravemente doentes internados em ambiente de terapia intensiva.

4.2 Critérios de Exclusão

Serão excluídos pacientes ambulatoriais e internados em enfermarias.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

5.1 Enfermagem

- a) Identificar os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para Delirium nos pacientes admitidos na UTIAD;
- b) Aplicar a escala CAM-ICU sistematicamente 2x ao dia em todos os pacientes internados na UTIAD e registrar em prontuário;
- c) Se escala CAM-ICU for positiva para Delirium, atuar imediatamente nos fatores de risco modificáveis e comunicar ao médico responsável;
- d) Aplicar o Protocolo de Analgesia e Sedação do HC-UFU/Ebserh, titulando as drogas sedativas e estabelecendo a vazão programada, de acordo com as possibilidades do paciente. Isso previne Delirium;
- e) Estabelecer com a Equipe Multiprofissional outras estratégias de tratamento para os sintomas de Delirium.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 4/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

5.2 Fisioterapia

- Definir com a equipe multiprofissional as melhores metas de sedação, prevenção e tratamento do Delirium;
- Avaliar diariamente a tentativa de desmame da VM, associada à titulação dos sedativos;
- Aplicar a escala CAM-ICU na suspeita de Delirium;
- Comunicar à Equipe Multiprofissional em caso de detecção de risco para Delirium ou CAM-ICU positivo para Delirium;
- Reabilitar/mobilizar o paciente precocemente. Isso previne Delirium.

5.3 Psicologia

- Identificar os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para Delirium nos pacientes admitidos na UTIAD;
- Aplicar a escala CAM-ICU na suspeita de Delirium;
- Comunicar à Equipe Multiprofissional em caso de detecção de risco para Delirium ou CAM-ICU positivo para Delirium;
- Definir com a equipe multiprofissional as melhores metas para prevenção e tratamento do Delirium.

5.4 Médico Diarista/Plantonista

- Identificar os fatores de risco modificáveis e não modificáveis nos pacientes admitidos na UTIAD;
- Aplicar a escala CAM-ICU nos pacientes com suspeita de alteração na Atenção, Consciência e Pensamento;
- Se escala CAM-ICU for positiva para Delirium, atuar imediatamente nos fatores de risco modificáveis;
- Aplicar o Protocolo de Analgesia e Sedação do HC-UFU/Ebserh, titulando as drogas sedativas e estabelecendo a vazão programada, de acordo com as possibilidades do paciente. Isso previne Delirium;
- Estabelecer com a Equipe Multiprofissional outras estratégias de prevenção e tratamento;
- Tratar sintomas de agitação se estes oferecerem riscos ao paciente, a outros pacientes ou à Equipe de Saúde.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 5/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

O diagnóstico é eminentemente clínico, por meio de uma história de alteração aguda/flutuante da atenção, pensamento e consciência. Sugere-se no momento da suspeita se atentar aos fatores de risco relacionados ao Delirium (Figura 2 e Figura 3).

Figura 2 - Fatores Predisponentes para Delirium.

Características demográficas: - 65 anos - Sexo masculino	Redução da ingestão oral: - Desidratação - Desnutrição
Status cognitivo: - Demência - Déficit Cognitivo - História de <i>delirium</i> - Depressão	Drogas: - Múltiplas drogas psicoativas - Terapia com múltiplas drogas - Abuso de álcool
Status funcional: - Dependência funcional - Imobilidade - Baixo nível de atividade - História de quedas	Morbidades coexistentes: - Doença grave - Doença hepática ou renal - Alteração metabólica - Fratura ou trauma - Doença terminal - Infecção por HIV
Prejuízo sensorial: - Visual - Auditivo	

Fonte: Inouye (2006)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 6/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Figura 3 - Fatores Precipitantes para Delirium.

Drogas - Sedativos hipnóticos - Narcóticos - Drogas anticolinérgicas - Tratamento com múltiplas drogas	Cirurgias - Ortopédicas - Cardíacas
Doenças neurológicas primárias - AVE - Meningite ou encefalite	Ambiente - Admissão ao CTI - Restrição motora - Uso de sonda vesical - Múltiplos procedimentos - Dor - Estresse emocional
Doenças intercorrentes - Infecções - Complicações iatrogênicas - Hipóxia - Choque - Febre ou hipotermia - Anemia - Desidratação - Déficit nutricional - Alterações metabólicas	Privação de sono prolongada

Fonte: Inouye (2006)

O *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) é uma ferramenta rápida, validada mundialmente e tem por objetivo facilitar o diagnóstico do Delirium na UTI, inclusive naqueles pacientes em VM, impossibilitados de comunicação verbal (Figura 4).

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 7/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Figura 4 - Escala CAM-ICU.



Fonte: Miranda *et al.* (2023)

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

- Investigar fatores precipitantes: hemograma, eletrólitos, função renal, rastreio infeccioso com culturas de amostras biológicas, gasometria para avaliar acidemia ou alcalose, função hepática e perfil tireoidiano, uso de medicamentos na UTI.
- Considerar diagnósticos diferenciais que cursam com sintomas delirantes, mas que não se trata de Delirium em si: Demência Prévia, Esquizofrenia, Lesão Cerebral primária (Acidente Vascular Cerebral, traumatismo cranioencefálico, por exemplo), Estado Epiléptico não convulsivo, Delirium Tremens e Encefalopatia Hepática, são exemplos.
- Neuroimagem: embora não exista indicação de neuroimagem estrutural em todos os casos de Delirium, é importante que se tenha um limiar baixo para utilização desse recurso, pois nem toda lesão estrutural determina déficits focais. Por sua rapidez e facilidade de realização em pacientes confusos e pouco cooperativos, a tomografia de crânio (TC) sem contraste é o exame inicial em grande parte das situações.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 8/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- d) Líquido Cefalorraquidiano (LCR) e Eletroencefalograma (EEG): ambos exames complementares que devem ser considerados em casos selecionados, após uma avaliação inicial básica e com o apoio de um especialista. O LCR e o EEG são especialmente úteis na presença de alguns sintomas ou sinais específicos ou quando não houver fatores precipitantes identificados.

Quadro 1 - Principais Indicações de exames complementares.

POSSÍVEIS INDICAÇÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES	IMAGEM	LCR	EEG
Déficit focal no exame neurológico	•		
Incapaz de cooperar no exame neurológico	•		
História de trauma (incluindo queda)	•		
Delirium iniciado após início de anticoagulação plena	•		
Quadro infeccioso sem foco determinado	•	•	
Presença de cefaleia persistente	•	•	
Antecedente de epilepsia			•
Fasciculação de músculos faciais, nistagmo ou automatismos da boca			•
Etiologia indeterminada (não explicada por outros fatores clínicos)	•	•	•
Sem melhora após tratamento dos fatores precipitantes identificados	•	•	•

Fonte: HCOR (2020)

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

8.1 Medidas Não Farmacológicas

O manejo do Delirium envolve medidas no ambiente da UTI, ações com o acompanhante e familiares e, ainda, condutas ativas dos profissionais de saúde que lidam com o doente.

- Ambiente*: ambiente iluminado de dia, se possível janelas de vidro que permitam ver a luz do sol; calendário e relógio em posição de fácil visualização; entre 22h às 6h o nível de ruído deve ser reduzido ao mínimo possível e as luzes apagadas, com cuidado especial para conversas, alarmes e arrasto de carrinhos, incluindo neste item os colaboradores da higienização e assistência técnica.
- Acompanhantes*: aumentam a segurança do paciente na UTI e a estimulação cognitiva; estimulam o uso de óculos ou aparelho auditivo quando estes forem de uso prévio; evitam que o paciente durma de dia e fique acordado a noite.
- Equipe de Saúde*: estimular a mobilidade; retirar dispositivos invasivos e suspender VM assim que for possível; tratar a dor, evitar a obstipação intestinal, corrigir alteração de eletrólitos, titular sedação, atentar-se aos sinais de hidratação/desidratação, entrar no

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 9/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

quarto no período noturno o mínimo possível (somente para a administração de medicamentos e aferição de sinais vitais indispensáveis; evitar banho na madrugada); desenvolver um protocolo de sono na UTI.

Técnicas de Comunicação:

- ✓ Os cuidadores devem receber folheto informativo sobre Delirium, que traz explicações sobre essa condição;
- ✓ As informações escritas devem ser reforçadas pela Equipe Multiprofissional;
- ✓ As intervenções de reorientação devem ser implementadas pelos familiares e pela equipe;
- ✓ O paciente deve ser lembrado – de forma gentil e quantas vezes for preciso – sobre o que está fazendo no hospital, o nome do hospital, quem o visitou nos últimos dias, o nome de pessoas da equipe que realizam o atendimento, que dia é hoje, a data de previsão de alta etc;
- ✓ Valorize as preocupações: mesmo que sejam irreais, as demandas devem ser valorizadas. Utilize frases como: “Entendo a sua preocupação, nós vamos cuidar disso” ou “Você tem razão de estar chateado, mas estamos aqui para ajudar”;
- ✓ Utilize o toque e o contato visual sempre que possível: caso julgue adequado do ponto de vista pessoal e cultural, segure a mão do paciente e faça contato visual enquanto conversa. Reforce a importância dessa atitude para os familiares;
- ✓ Não corrija o paciente com confrontações, ironia ou ridicularização: mesmo que o paciente esteja equivocado e apresente ideias sem sentido, não confronte, não tente provar algo por argumentos lógicos e não ridicularize. Prefira redirecionar a conversa para assuntos agradáveis.

8.2 Medidas Farmacológicas

Antipsicóticos:

Não existem medicações comprovadamente efetivas no tratamento do Delirium;

Não há evidências dos benefícios dos antipsicóticos na duração, na gravidade ou na redução de internação e mortalidade no Delirium;

Atenção aos efeitos adversos dessa classe de medicamentos, incluindo sedação excessiva e pneumonia aspirativa;

Reservados para as situações de agitação grave e/ou sintomas psicóticos importantes quando as medidas não farmacológicas já tiverem sido esgotadas;

Como não há evidências claras sobre a superioridade de algum antipsicótico no controle da agitação em pacientes com Delirium, a escolha do agente deve ser feita com base no perfil farmacológico, efeitos colaterais e situação clínica geral do paciente com Delirium na UTI (Tabela

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 10/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1).

Tabela 1 - Perfil de efeitos colaterais dos antipsicóticos

Fármaco	EPS*	Sedação	Efeitos colinérgicos	Hipotensão	QT
Haloperidol	++++	+	—	+	+
Risperidona	+++	++	—	+	+
Quetiapina	+	++++	++	++++	+
Clorpromazina	++	++++	++++	++++	+

* EPS = sintomas extrapiramidais

Fonte: ARTMED (2017)

- Haloperidol*: por apresentar o menor efeito sedativo, permanece sendo o agente de primeira escolha em grande parte dos casos; evitar nos pacientes com parkinsonismo; na agitação extrema e agressividade, o haloperidol intramuscular ou endovenoso são alternativas (neste último caso em ambientes monitorizados, pois esta via está associada prolongamento de QT).
- Risperidona*: menor risco de efeitos extrapiramidais; baixa afinidade por receptores muscarínicos (vantagem de possuir carga anticolinérgica reduzida); afinidade por receptores $\alpha 2$ -adrenérgicos pode causar hipotensão; com eliminação renal, deve ter a dose reduzida pela metade em pacientes com clearance < 30 mL/min.
- Quetiapina*: pouco efeito extrapiramidal (agente de escolha em pacientes com parkinsonismo); meia vida curta (6 horas) facilita a sua titulação no ambiente hospitalar. As evidências de benefício da quetiapina no Delirium foram obtidas apenas em doses relativamente altas (100-400 mg/dia) em ambiente de terapia intensiva.
- Antipsicóticos Típicos de Baixa Potência*: foram muito utilizados no passado. Clorpromazina (Amptil®) e Levomepromazina (Neozine®), ao contrário do haloperidol, apresentam baixa afinidade por receptores dopaminérgicos, sendo necessárias doses altas para sedação, devendo, por isso, ser evitados em pacientes com Delirium na UTI.
- Dexmedetomidina*: tem propriedades sedativas, ansiolíticas e analgésicas, com mínima depressão respiratória. Permite interação e maior despertar dos pacientes. No entanto, pode causar hipotensão e bradicardia, o que exige monitorização quando administrada.
- Clonidina*: tem propriedades farmacológicas semelhantes à Dexmedetomidina, podendo por isso ser usada no seu desmame, ou mesmo como alternativa em ambientes sem monitorização. No primeiro dia de uso, a clonidina deve ser administrada na dose de 0,1 mg a cada 3 horas até o máximo de 4 doses se houver necessidade. A manutenção é

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 11/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

realizada com 0,1 mg a cada 12 horas. A medicação não deve ser iniciada em pacientes com pressão arterial sistólica (PAS) < 120 mmHg ou frequência cardíaca (FC) < 60 bpm. As doses subsequentes devem ser atrasadas ou não administradas nestes casos.

- g) *Benzodiazepínicos*: devem ser evitados no paciente com Delirium, pois podem piorar o quadro confusional, causar agitação paradoxal e sedação excessiva. Indicado no Delirium Tremens e no contexto dos momentos finais de vida (sedação paliativa). Nos pacientes que fazem uso continuado dos benzodiazepínicos a medicação pode ser mantida para evitar quadros de abstinência. No entanto nesses casos deve-se considerar a possibilidade de reduzir a dose para 50% do habitual e suspender caso haja sonolência excessiva.

8.3 Contenção Mecânica

Nos quadros de Delirium deve ser uma conduta excepcional, que se justifica apenas quando há risco à integridade física do paciente ou daqueles que estão à sua volta, após o esgotamento de todos os recursos de tratamento não farmacológico e farmacológico.

Em pacientes com nível de consciência minimamente preservado, a contenção provavelmente será interpretada como uma agressão. Nos pacientes torporosos, a restrição representará um desconforto adicional. Em ambos os casos a contenção física contribuirá para agravar o quadro confusional e a agitação. Além de agravar o Delirium, a contenção física dificulta o reposicionamento no leito, causando dor osteomuscular e aumentando substancialmente o risco de lesão por pressão. O decúbito dorsal forçado por tempo prologado pode dificultar a dinâmica respiratória e aumentar o risco de broncoaspiração.

O paciente deve receber explicações simples e assertivas sobre o fato de que a contenção está sendo realizada para a sua própria segurança e que será retirada o mais breve possível. A família deve receber esclarecimentos e estar de acordo com o fato de que essa é a melhor opção. O paciente contido deve ser submetido a reavaliações frequentes, de acordo com as recomendações do protocolo específico (a contenção mecânica deve ser indicada apenas após avaliação do médico plantonista ou diarista e instalada somente mediante prescrição médica, sendo reavaliada a cada 60 minutos e retirada assim que RASS entre +1 e 0). É importante que a equipe seja treinada para manter a contenção pelo tempo mínimo necessário e não utilizar essa medida como estratégia de facilitação dos cuidados.

9. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Após a aplicação de ações não farmacológicas e o manejo farmacológico, a equipe multiprofissional é responsável por reavaliar o paciente sistematicamente ao longo de todos os turnos. Se necessário, as terapias serão ajustadas.

10. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Pacientes com Delirium que apresentam rebaixamento do nível de consciência ou condições potencialmente graves associadas (por exemplo: choque séptico, AVC) são mantidos em

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 12/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

UTI. Caso não haja condição grave associada, o paciente com Delirium pode ser transferido para enfermaria. A presença de agitação grave não deve ser isoladamente um critério de transferência para UTI. Ao contrário, o paciente com Delirium pode piorar nesse ambiente.

O pacote de intervenções *bundle* ABCDEF (Quadro 2) descreve as práticas para guia de analgo-sedação, resultando em desfechos favoráveis, incluindo redução de mortalidade, tempo de VM, Delirium e readmissão na UTI. O Pacote de Liberação da UTI é composto pelos seguintes elementos individuais:

Quadro 2 - Pacote de Liberação da UTI: *Bundle* ABDEF.

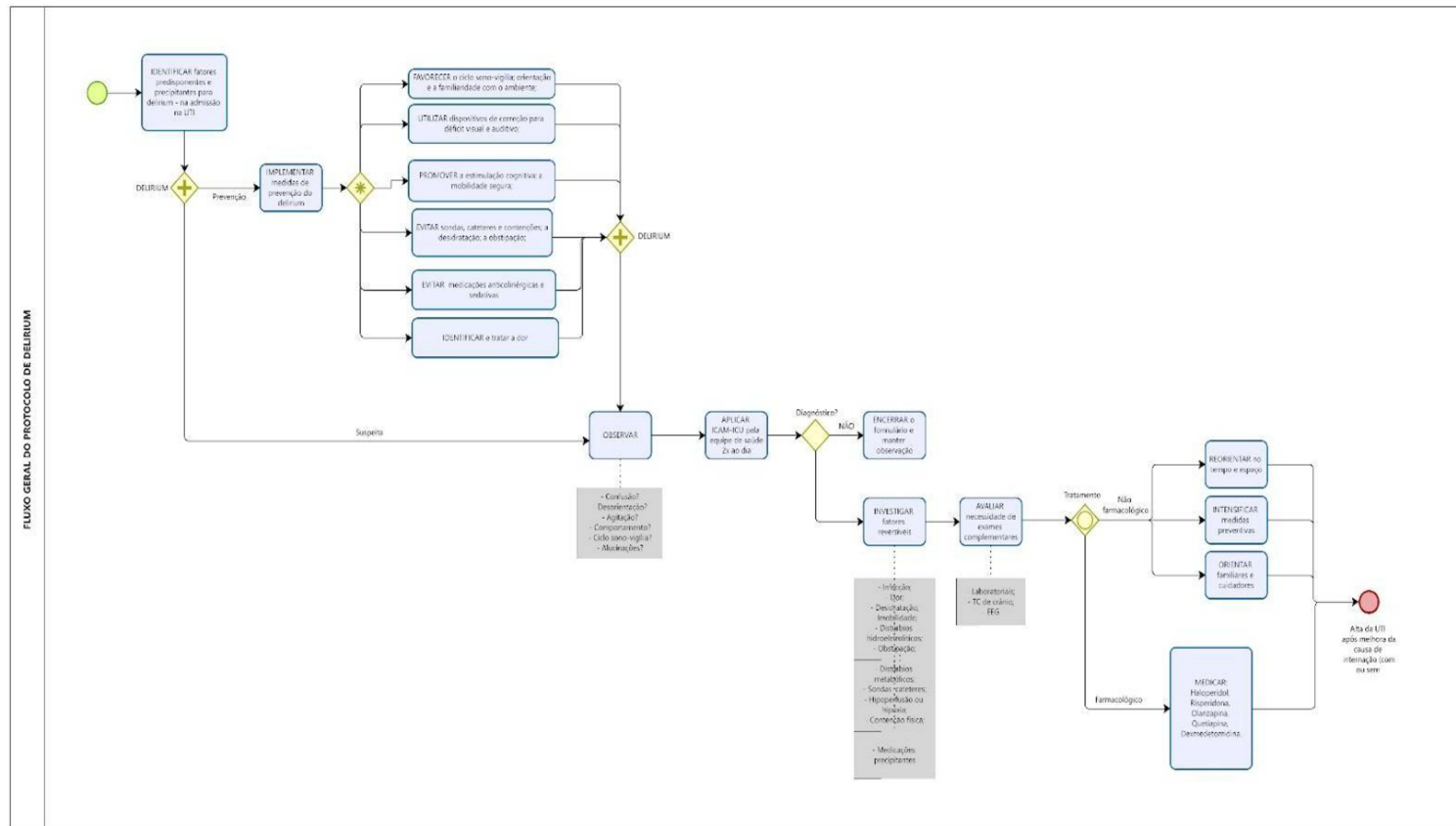
BUNDLE ABCDEF		
A	Avaliar, prevenir e controlar a dor	Avaliar a dor pelo menos quatro vezes por plantão utilizando uma escala validada. Tratar a dor em até 30 minutos após sua identificação e reavaliar. Utilizar abordagens não farmacológicas e farmacológicas. Prevenir a dor: administrar analgesia e/ou intervenções não farmacológicas antes de procedimentos. Primeiro tratar a dor antes de sedar o paciente.
B	Ensaio de despertar espontâneo e de respiração espontânea	Consiste em definir um período diário de interrupção da sedação para reorientação de pacientes em relação ao horário do dia e conduzir um protocolo de respiração espontânea com o objetivo de liberar o paciente da ventilação.
C	Escolha de analgesia e sedação	Reavaliação, no mínimo uma vez ao dia pela equipe multidisciplinar, da necessidade das intervenções farmacológicas que foram iniciadas para o tratamento da dor e agitação.
D	Delirium: avaliar, prevenir e manejar	PARE: considerar sedativos, revisar as medicações e fazer um plano de redução da exposição a drogas. PENSE (<i>THINK</i>): Situações Tóxicas, Hipoxemia Infecção/sepsis nosocomial, Imobilização, Intervenções Não farmacológicas, K ⁺ ou outros distúrbios hidroeletrolíticos. MEDIQUE: as recomendações atuais sugerem o uso de medicamentos não benzodiazepínicos.
E	Mobilidade Precoce e Exercício	Identificar estratégias de implementação de programas de mobilização precoce por toda a equipe multidisciplinar.
F	Envolvimento da Família	Avaliar a importância da participação dos familiares na UTI.

Fonte: Devlin *et al.* (2018)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 13/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

11. FLUXOS

a) Fluxo de Triagem para Prevenção e Tratamento de Delirium



- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 14/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

12. MONITORAMENTO

- Tempo de internação na UTIAD
- Taxa de Delirium
- Consumo de antipsicóticos

13. REFERÊNCIAS

Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Guia do Episódio de Cuidado: Analgesia, sedação e manejo do delirium em pacientes adultos sob ventilação mecânica.** Setembro, 2021. Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Analgesia-Sedacao-e-Manejo_de-delirium-emPacientesadultos-sob-ventilacao-mecanica.pdf . Acesso em: 10 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações sobre o Controle da Dor, Sedação e Delirium em Pacientes sob Ventilação Mecânica Invasiva com Covid-19.** agosto, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/manejodor_sedacao_delirium_covid-19_vmi_com_anexo_18082021.pdf/ . Acesso em: 10 mar 2024.

Conitec. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Relatório de Recomendação. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Cap. 3. Controle da Dor, Sedação e Delirium em Pacientes sob Ventilação Mecânica. In: Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com COVID-19.** Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/20210909_cp_diretrizes_brasileiras_para_tratamento_hopitalar_do_paciente_com_covid_capitulo3.pdf/view . Acesso em: 10 mar 2024.

Devlin J. W. *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. **Crit Care Med.** v. 46, n. 9, e825-e873, 2018. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/> . Acesso em: 10 mar 2025.

DURAN, Maria Luiza Rodrigues; SILVA, Tatiane Marques da; LIMA, Lusiane Vieira; LOZANO, Tatiani da Silva Palhota; DIAS, Ricardo Burato; BENTO, Vera Franco da Silva. Delirium em unidade de terapia intensiva, escala ICAM-ICU e assistência de enfermagem: análise reflexiva. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 9, n. 11, p. 30345–30356, nov. 2023. ISSN 2525-8761.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 15/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Ely EW. **The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families**. Crit Care Med. 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5830123/>. Acesso em: 10 mar 2024.

IMIP. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. **Protocolo de Sedação e Analgesia na Unidade de Terapia Intensiva Adulto**. Recife, 2022.

<https://>

<http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/668/1/Protocolo%20PADIS%20IMIP-vers%C3%A3o%20final.pdf> . Acesso em: 10 mar 2024.

ITABORAHY, Reinaldo de Sousa; LIMA, Luciano da Silva. Título do artigo. *Research, Society and Development*, abr. 2023. ISSN 2764-0485.

HCOR. Associação Beneficente Síria. Protocolo de delirium: Prevenção, detecção e tratamento. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/6-Protocolo-Delirium.pdf>. Acesso em: 10 mar 2024.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – HCFAMEMA. Protocolo assistencial HCFAMEMA – Prevenção e tratamento do Delirium. Marília, SP: HCFAMEMA, 29 maio 2023. Disponível em: <https://hc.famema.br/wp-content/uploads/2023/05/PREVEN%C3%87%C3%83O-E-TRATAMENTO-DO-DELIRIUM.pdf>

RAPOZERO, João Felipe Donaire; OLIVEIRA, Eduardo Camilo de; OBEID, Maruan; RIBEIRO, Lucas Oliveira Pinto; ROCINI, Emuly Rovaris Cesario. Delirium em unidade de terapia intensiva: uma revisão abrangente. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 01–11, set./out. 2024. ISSN 2595-6825.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Protocolo de analgesia e sedação para pacientes adultos em estado crítico

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações
00	00/00/0000	Publicação Inicial

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU

Tipo do
Documento

PROTOCOLO ASSISTENCIAL

PRO.XXX.001

Página 16/19

Título do
Documento

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO
E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD**

Emissão:

Versão:

Próxima revisão:

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/ Revisão	Flávio Fernandes Naves	Médico Residente		
	Denisson Silva Nascimento	Enfermeiro		
	Liliane Barbosa da Silva Passos	Médica Intensivista		
Análise	Juliana Cristina da Silva	Chefe de Unidade/Setor		
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação		Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		

- :: EM ELABORAÇÃO :: -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 17/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

ANEXOS

Quadro 3 - Antipsicóticos

Antipsicóticos	Apresentação Farmacêutica	Via de Administração	Reconstituição	Diluição	Posologia	Ajuste de Dose	Dose Máxima
CLORPROMAZINA	25 mg comprimido	VO	Não se aplica	Não se aplica	Desordens psicóticas - Dose inicial: 25 a 100 mg/dia, dividido em 2 a 4 doses ou se este for um primeiro episódio de psicose, considerar iniciar com uma dose reduzida (p. ex., 12,5 a 50 mg/dia em 2 a 4 doses divididas) porque esses pacientes serão mais sensíveis	-	800 mg/dia
CLORPROMAZINA	100 mg comprimido	VO	Não se aplica	Não se aplica		-	800 mg/dia
CLORPROMAZINA	4% (40 mg / mL) gotas 20 mL frasco	VO	Não se aplica	Não se aplica		-	800 mg/dia
CLORPROMAZINA	25 mg 5 mL ampola	IM	Não se aplica	Não se aplica	Agitação severa - Dose inicial: 25 mg, dose única; doses adicionais de 25 a 50 mg no intervalo de 1 hora podem ser necessárias, de acordo com resposta ou tolerância; repetir a cada 4 a 6 horas se necessário	-	200 mg/dia
OLANZAPINA	em padronização	VO	Não se aplica	Não se aplica	Delirium hiperativo em UTI - Dose inicial: 5 a 10 mg uma vez ao dia (ou 2,5 mg uma vez ao dia em pacientes com mais de 60 anos de idade); ajustar diariamente, conforme necessário, em adições de 2,5 a 5 mg	-	20 mg/dia
QUETIAPINA	em	VO	Não se aplica	Não se aplica	Agitação ou delirium em UTI - Dose inicial: 50 mg, duas vezes ao dia;	-	400 mg/dia

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU

Tipo do Documento		PROTOCOLO ASSISTENCIAL		PRO.XXX.001							
				Página 18/19							
Título do Documento		PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD		Emissão:						Próxima revisão:	
				Versão:							
		padronização				pode-se aumentar a dose diária com base na resposta e tolerabilidade em adições de 100 mg em intervalos de ao menos 1 dia					
	HALOPERIDOL	5 mg comprimido	VO	Não se aplica	Não se aplica	Agitação associada a desordens psicóticas: 2 a 10 mg; repetir a dose a cada 6 horas, conforme necessário	-	30 mg/dia			
	HALOPERIDOL	2 mg / mL gts 20 mL frasco	VO	Não se aplica	Não se aplica		-	30 mg/dia			
	HALOPERIDOL	5 mg 1 mL ampola	IM	Não se aplica	Não se aplica	Delirium hiperativo em UTI - Dose inicial: 0,5 a 20 mg, dependendo do grau de agitação (leve: 0,5 a 2,5 mg; moderada: 2 a 5 mg; grave: 10 a 20 mg); se a resposta for inadequada, pode-se repetir ou aumentar a dose em bolus a cada 15 a 30 minutos até que estabilização seja alcançada e, em seguida, administrar uma dose de manutenção (aproximadamente 25% da dose de ataque total necessária para atingir a estabilização) a cada 6 a 12 horas, se necessário	-	-			
	RISPERIDONA	2 mg comprimido	VO	Não se aplica	Não se aplica	Agitação associada a desordens psicóticas - Dose inicial: 1 a 2 mg; pode repetir a cada 2 horas até uma dose diária máxima de 6 mg	ClCr > 60 mL/minuto: não é necessário ajuste posológico. ClCr 30 a 60 mL/minuto: administrar 50% a 75% da dose usual. ClCr 10 a <30 mL/minuto:	6 mg/dia			

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 19/19	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DELIRIUM NA UTIAD	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

							administrar 50% da dose usual. CICr <10 mL/minuto: considerar agente alternativo; se necessário, administrar 25% da dose usual específica para a indicação	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Legenda: CICr - clearance de creatinina; EV - endovenoso; IM - intramuscular; IRA - insuficiência renal aguda; SF: soro fisiológico; SG: soro glicosado; TA: temperatura ambiente; VMI: ventilação mecânica invasiva; VO - via oral.

Fonte: Elaborado pelo autor de acordo com dados do Setor de Farmácia Hospitalar HC-UFU (2025).

Referências:

- 1 "UptoDate. Chlorpromazine: Drug information. Acesso em 15 de abril de 2025."
- 2 "UptoDate. Olanzapine: Drug information. Acesso em 15 de abril de 2025."
- 3 "UptoDate. Quetiapine: Drug information. Acesso em 15 de abril de 2025."
- 4 "UptoDate. Haloperidol: Drug information. Acesso em 15 de abril de 2025."
- 5 "UptoDate. Risperidone: Drug information. Acesso em 15 de abril de 2025."
- 6 Micromedex

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.