

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO *DELIRIUM* EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Silvana Pinto Hartmann¹; Gabriela Peretti Wagner²

RESUMO

O objetivo deste estudo consistiu em investigar que ferramentas os profissionais da saúde têm utilizado na avaliação do *delirium* em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O método desse estudo foi o da revisão sistemática da literatura, com busca nas bases eletrônicas de dados dos bancos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do PsycINFO, do Scopus e do Pubmed, utilizando-se dos seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: *Delirium*, Avaliação, Diagnóstico e "Unidades de Terapia Intensiva". Através da análise dos 32 estudos selecionados, evidencia-se que o *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* (CAM-ICU) é o método mais citado nas pesquisas, sendo uma ferramenta validada com alta sensibilidade e especificidade para diagnosticar o *delirium* em pacientes críticos. Observou-se que o *delirium* é avaliado principalmente por médicos e enfermeiros.

Palavras-chave: *delirium*; avaliação; unidades de terapia intensiva.

DELIRIUM EVALUATION TOOLS IN INTENSIVE CARE UNITS: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate which tools healthcare professionals have used in the evaluation of delirium in intensive care units (ICU). The method employed in this study was a systematic literature review, through database searches of the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), the PsycINFO, the Scopus and the PubMed, using the following descriptors and their combinations in Portuguese and English languages: *Delirium*, Evaluation, Diagnosis and "Intensive Care Units." Through the analysis of the 32 selected studies, it is evident that the Confusion Assessment Method in Intensive Care Units (CAM-ICU) is the method most often cited in research, being a validated tool of high sensitivity and specificity in the diagnosis of delirium in critically ill patients. It was observed that delirium has been evaluated mainly by physicians and nurses.

Keywords: *delirium*; evaluation; intensive care units.

¹ Psicóloga Assistencial da Associação Hospitalar Moinhos de Vento, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

² Pós-Doutora em Psicologia (UFRGS). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

INTRODUÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida pela Resolução da Diretoria Colegiada número 7 (RDC Nº 7), documento que versa sobre normas mínimas de funcionamento destas unidades, como a “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia” (Brasil, 2010, p. 49). Também pela RDC Nº 7, entende-se como UTI de Adultos aquela destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

De acordo com o censo das UTIs públicas e privadas em todo o Brasil, realizado no ano de 2010 pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2010), identificou-se o número de 2.300 UTIs, totalizando mais de 25.367 leitos no referido ano em nosso país. Compreende-se que atualmente este número tende a ser ainda maior, evidenciando a crescente distribuição de leitos e unidades por todo o país. Diante deste significativo número de UTIs, faz-se necessária a reflexão acerca da qualificação da assistência prestada neste crescente espaço de atuação, sendo fundamental a observação das demandas a serem enfrentadas neste ambiente.

Um dos transtornos bastante frequentes em UTI é o *delirium*, conforme apontam estudos sobre esta temática (Ely et al., 2004; Lin et al., 2004; Vreeswijk, Timmers, de Jonghe & Kalisvaart, 2009). O *delirium* é uma síndrome caracterizada por um início agudo de disfunção cerebral, observada por um nível alterado de consciência, desatenção e desorganização do pensamento (Ely et al., 2004). Na

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10 (1993), o *delirium* é definido por “perturbações simultâneas de consciência e atenção, percepção, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoção e ciclo sono-vigília.” (p. 57).

São considerados os seguintes critérios para o diagnóstico do *delirium*, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4.^a edição (DSM-IV, 2002): perturbação da consciência, alteração na cognição, desorientação, perturbação da linguagem ou desenvolvimento de perturbação da percepção, que não seja explicada por demência pré-existente, estabelecida ou em evolução. Além disso, considera-se que a perturbação desenvolva-se ao longo de curto período de tempo (de horas a dias), com flutuações no decorrer do dia. Observa-se, também, as evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação possa ser causada por consequências fisiológicas diretas de uma condição médica geral.

É consenso na literatura que o *delirium* é altamente prevalente e sua ocorrência está associada com elevada morbidade, mortalidade, prolongamento da internação, piora na reabilitação e aumento dos custos (Ely et al., 2004; Lin et al., 2004; Vreeswijk et al., 2009). Ao analisar a relação entre o *delirium* e a mortalidade em pacientes internados em UTI, verificou-se que o distúrbio é um preditor independente para a mortalidade em pacientes em ventilação mecânica. As taxas de mortalidade verificadas em pacientes que desenvolveram *delirium* variaram de 19% a 63,6% e, naqueles que não o apresentaram, de 6% a 32,5% (Lin et al., 2004).

Ao avaliar o custo hospitalar em pacientes que desenvolveram *delirium*, Milbrandt et al. (2004) verificou que aqueles pacientes que manifestaram ao menos um episódio do problema apresentaram maiores gastos hospitalares. Além disso,

conforme o autor, os custos em UTI foram 39% maiores em relação àqueles pacientes que não apresentaram o quadro.

Apesar da evidência da importância da identificação e tratamento de *delirium*, este é um problema ainda negligenciado na maior parte das UTIs. Em uma pesquisa norte-americana envolvendo 912 profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros) acerca da importância do diagnóstico e manejo do *delirium* em UTI, 92% destes consideraram-no como um problema significativo e muito grave. Apesar disto, 78% admitiram não diagnosticar adequadamente o quadro. Dentre os 40% que relataram avaliar rotineiramente o *delirium*, 67% realizavam a avaliação diariamente, mas somente 16% afirmaram usar uma ferramenta específica para a avaliação. As complicações mais graves observadas por esses profissionais indicam o prolongamento da ventilação mecânica, autolesão e dificuldades respiratórias. Os entrevistados indicaram o uso de medicações como tratamento usual, sendo o Haloperidol mencionado por 66% dos profissionais. O estudo aponta a discrepância entre a importância percebida do *delirium* pelos profissionais da saúde e as práticas atuais de diagnóstico, acompanhamento e tratamento (Ely et al., 2004).

Observada a relevância do tema, questiona-se a forma pela qual os profissionais da área da saúde estão trabalhando com a avaliação do *delirium*. Para isso, buscou-se, através de uma revisão sistemática da literatura em base de dados *on-line*, identificar quais instrumentos estão sendo utilizados para avaliação do *delirium*, descrevê-los brevemente, bem como investigar quais os profissionais que estão envolvidos no diagnóstico do quadro.

MÉTODOS

Esta revisão sistemática da literatura foi realizada através de buscas nos bancos de dados *on-line* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do PsycINFO, do Scopus e do Pubmed. Foram selecionados artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, derivados de estudos realizados com seres humanos adultos, com data de publicação compreendida entre janeiro de 2007 a outubro de 2013, que possuíam no título, resumo ou corpo do artigo relação com o objetivo da pesquisa. Foram excluídos os artigos repetidos entre as bases e os que não possuíam disponíveis livremente o resumo ou texto completo, os estudos de pediatria, estudos de validação de instrumentos em país que não o de origem do estudo, além de estudos de revisão, relatos de caso, cartas ao editor e opiniões de especialistas, conforme os critérios para a elaboração de revisões sistemáticas (Higgins & Green, 2011).

Para a seleção dos estudos, foram utilizados os seguintes descritores: *Delirium*; diagnóstico/*diagnosis*, avaliação/*evaluation* e “unidades de terapia intensiva/*intensive care units*”. Os descritores foram gerados de acordo com as listas DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings).

RESULTADOS

A pesquisa realizada de acordo com os critérios anteriormente citados gerou um total de 787 estudos, sendo 6 no PsycInfo, 116 na BVS, 291 na Scopus, e 374 no Pubmed. Após a análise dos títulos e resumos dos artigos a partir dos critérios de seleção adotados, foram selecionados 61 estudos. Dos estudos selecionados, excluiu-se 22 artigos, pois estavam em mais de uma base de dados, restando 39 artigos para a análise do texto completo. A partir da leitura destes e da exclusão daqueles que não estavam disponíveis na íntegra, foram selecionados 32 estudos

para análise. O número de participantes nos estudos da amostra final de artigos variou entre 35 e 3056 pessoas.

Tabela 1 – Distribuição dos estudos conforme o ano de publicação

Ano publicado	Nº de Artigos	% de Artigos
2007	4	12,5
2008	3	9,4
2009	3	9,4
2010	8	25
2011	5	15,6
2012	4	12,5
2013	5	15,6
Total	32	100

Conforme pode ser observado na Tabela 1, a partir dos 32 estudos selecionados, nota-se que o maior número de artigos publicados no período investigado ocorreu no ano de 2010, com oito (25%) artigos. Os artigos selecionados são resultados de estudos empíricos desenvolvidos em 14 diferentes países (Tabela 2), sendo 34,4% nos Estados Unidos, seguidos de 15,7% na Holanda. Apenas um estudo foi desenvolvido no Brasil.

Tabela 2 – Distribuição dos estudos analisados conforme os países em que foram desenvolvidos

País	Nº de Artigos	% de Artigos
Alemanha	2	6,25
Austrália	2	6,25
Bélgica	1	3,1
Brasil	1	3,1
Canadá	3	9,5
Coréia	1	3,1
Estados Unidos	11	34,4
Holanda	5	15,7
Inglaterra	1	3,1
Itália	1	3,1
Índia	1	3,1
Japão	1	3,1

Turquia	1	3,1
Outros	1	3,1
Total	32	100

Dos 32 estudos avaliados, 25 (78,1%) citaram o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* (CAM-ICU) (Ely et al., 2001) como ferramenta de avaliação do *delirium* ao paciente crítico, seguido do *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Bergeron, Dubois, Dumont, Dial & Skrobik, 2001), este último citado em oito (25%) artigos. Também foram citadas em menor frequência as seguintes ferramentas para avaliação: *The Neelon and Champagne Confusion Scale* (NEECHAM) (6,25%) (Immers, Schuurmans & Bijl, 2005), *New Delirium Rating Scale* (NDRS) (3,1%) (Aydemir et al., 1998), *Delirium Rate Scale Revised 98 version* (DSR-R-98) (6,25%) (Trzepacz, Baker & Greenhouse, 1998), *Nurse Delirium Screening Scale* (Nu-Desc) (3,1%) (Gaudreau, Gagnon, Harel, Tremblay & Roy, 2005) e *Delirium Detection Score* (DDS) (3,1%) (Otter et al., 2005). Salienta-se que um mesmo estudo citou mais de um instrumento.

Os autores dos 32 estudos investigados citaram como avaliadores do *delirium* os seguintes profissionais: enfermeiros, médicos (intensivistas, psiquiatras, neurologistas, cirurgião e geriatras) e farmacêuticos (Tabela 3). Observa-se que a maior parte dos estudos indica que as avaliações foram realizadas por médicos e enfermeiros (Zaal et al., 2013; Vasilevskis et al., 2011).

Tabela 3 - Instrumentos identificados nos estudos analisados

Instrumento	Autores	Avaliadores	Sensibilidade e Especificidade
Confusion Assessment Method for Intensive Care Units (CAM-ICU)	Ely et al., 2001	Médicos, enfermeiros e farmacêuticos	96% e 95%
Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	Bergeron et al., 2001	Médicos, enfermeiros e farmacêuticos	96% e 72,4%
The Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM)	Immers et al., 2005	Enfermeiros	97,2% e 82,8%
New Delirium Rating Scale (NDRS)	Aydemir et al., 1998	Médicos intensivistas e psiquiatras	89,6% e 88,9%
Delirium Rate Scale Revised 98 version (DSR-R-98)	Trzepacz et al., 1998	Médicos psiquiatras	92,6% e 94,6%
Nurse Delirium Screening Scale (Nu- Desc)	Gaudreau et al., 2005	Enfermeiros	82% e 83%
Delirium Detection Score (DDS)	Otter et al., 2005	Médicos	69% e 75%

As características das sete escalas de avaliação (Tabela 3) capazes de identificar os sintomas de *delirium* são descritas brevemente a seguir:

1 *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* (CAM-ICU)

Inouye et al., em 1991, desenvolveram o CAM para avaliar o *delirium* na população idosa fora da UTI. Após dez anos, Ely et al. (2001) realizaram um estudo

para avaliar a eficácia do CAM, adaptado para pacientes incapazes de expressão verbal admitidos em uma UTI clínica. No mesmo ano, os autores validaram, então, o método CAM-ICU para pacientes em ventilação mecânica. O instrumento pode ser utilizado por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, com tempo de aplicação de 2-3 minutos (Ely et al., 2001). Este método possui tradução e validação para uso na população brasileira (Gusmão-Flores et al., 2011).

2 *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)*

É uma escala desenvolvida por Bergeron et al. (2001) que consiste na observação de oito variáveis e uma comparação com a avaliação do dia anterior, possuindo um tempo de aplicação de 1-2 minutos. É possível identificar em níveis crescentes do ICDSC a gravidade do *delirium*. O ICDSC possui adaptação para o português e validação para o uso no Brasil (Gusmão-Flores et al., 2011).

3 *The Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM)*

É um instrumento diagnóstico criado para enfermeiros avaliarem o *delirium* diariamente, validada para pacientes em UTI e em ventilação mecânica. Possui 97,2% de sensibilidade e 82,8% de especificidade e um tempo de aplicação de 3-4 minutos (Immers et al., 2005).

4 *The New Delirium Rating Scale (NDRS)*

É uma ferramenta desenvolvida por Aydemir et al. (1998) para ser utilizada por médicos em UTIs. O NDRS faz uso de uma avaliação verbal para detectar as características fundamentais de *delirium* como o início agudo ou flutuante, desatenção, desorganização do pensamento e alteração do nível de consciência. O NDRS possui um tempo de aplicação de 3-4 minutos e pode também medir a gravidade de *delirium*.

5 *Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)*

Consiste em uma escala de 16 itens, sendo que cada item recebe uma pontuação de 0 a 2 ou de 0 a 3 pontos e, quanto maior a pontuação final, maior a gravidade do quadro. Uma das dificuldades dessa escala é sua complexidade, necessitando uso por profissionais treinados e capacitados (Trzepacz et al., 1998). A DRS-98-R possui validação para o português por de Negreiros et al. (2008). A literatura consultada não informa o tempo de aplicação do instrumento.

6 *Nurse Delirium Screening Scale (Nu-Desc)*

É uma escala de cinco itens que compreende os sintomas de desorientação, comunicação inadequada, comportamento impróprio, ilusões/alucinações e retardo psicomotor, considerando a condição médica do paciente. Esta escala apresenta uma sensibilidade de 82% e uma especificidade de 83% para pacientes em UTI (Gaudreau et al., 2005). Os estudos consultados não informam o tempo de aplicação da escala.

7 *Delirium Detection Score (DDS)*

Escala que possibilita a médicos a avaliação do *delirium* considerando oito itens (orientação, alucinação, agitação, ansiedade, convulsões, tremores, sudorese e alteração do ciclo sono vigília), cabendo a cada um deles uma classificação de 0, 1, 4 ou 7 pontos. Trata-se de uma escala útil para avaliar o grau do *delirium* e guiar o tratamento, possuindo sensibilidade 69% e especificidade de 75%, com tempo de aplicação de 3-4 minutos (Otter et al., 2005).

DISCUSSÃO

O objetivo geral deste estudo foi o de identificar os instrumentos que vêm sendo utilizados na avaliação do *delirium* em UTI. Evidencia-se que este quadro consiste em uma condição clínica de alta prevalência em pacientes críticos, porém ainda pouco diagnosticada pelos profissionais de saúde (Ely et al., 2004).

Através da presente revisão sistemática, foram identificadas sete escalas utilizadas para identificar e avaliar pacientes com *delirium* na UTI. Das sete escalas citadas, três foram validadas e traduzidas para o português. Com a capacitação prévia dos profissionais para utilizá-las, a maior parte das escalas mostra grande capacidade diagnóstica (Devlin et al., 2007; Gusmão-Flores et al., 2011 & Luetz et al., 2010).

Cada vez é maior a presença da equipe multiprofissional no ambiente hospitalar, sendo a UTI um espaço crescente para a atuação de profissionais de diferentes áreas devido às peculiaridades que ali se manifestam. De acordo com a RDC Nº 7, além das equipes médicas, de enfermagem e de fisioterapia, as UTIs devem manter, por meios próprios ou terceirizados, serviços à beira do leito de assistência nutricional, farmacêutica, fonoaudiológica, psicológica, odontológica, assistência social e de terapia ocupacional (Brasil, 2010).

Considerando isto, observa-se que o CAM-ICU é o instrumento que melhor atende à necessidade de instrumentalização das equipes multidisciplinares, uma vez que foi construído para ser utilizado tanto por médicos e enfermeiros, quanto por outros profissionais de saúde. Além disto, esta ferramenta caracteriza-se por ser de fácil administração, ter alta sensibilidade e especificidade, não necessitar de treinamentos complexos para utilizá-lo e por serem necessários menos de cinco minutos para sua aplicação (Ely et al., 2001). Entende-se que a observação a estes

fatores possa ter contribuído para que o CAM-ICU fosse a ferramenta mais citada como instrumento de avaliação nos estudos analisados.

Identificou-se apenas um estudo desenvolvido no Brasil (Fagundes et al., 2012), sugerindo que a avaliação do *delirium* seja pouco abordada em nossas UTIs ou que a evidência científica da prática clínica não está sendo produzida na proporção da ocorrência do problema. Salieta-se, portanto, não somente a importância da realização de pesquisas sobre o tema, mas que a avaliação do *delirium* seja considerada uma prática de rotina nas UTIs do Brasil.

A maior parte dos estudos indicou que a avaliação do *delirium* é realizada por médicos e enfermeiros (Zaal et al., 2013; Vasilevskis et al., 2011). Além disso, observa-se que nenhum estudo citou a atuação do psicólogo na avaliação do quadro, sugerindo que, apesar da garantia da atuação do psicólogo na UTI pela RDC Nº 7, este espaço precisa ser melhor explorado pelos profissionais da área. Gusmão (2012) afirma que o psicólogo nestes espaços, além da inegável presença na garantia de humanização da assistência, precisa estar atento ao seu caráter de prevenção e atenção em saúde mental que o seu fazer preconiza.

A atuação em UTIs possui peculiaridades, sendo necessário ao psicólogo que atua neste ambiente possuir habilidades pessoais e profissionais que lhe permitam interagir com as pessoas em condições especiais, diferentes daquelas comumente encontradas em outros campos profissionais. Da mesma forma, ele deve integrar os conhecimentos que transcendem os da sua própria disciplina em suas habilidades profissionais, a fim de complementar as suas explicações com o conhecimento que vem das ciências biomédicas e outras ciências sociais (Gusmão, 2012).

Anteriormente à RDC Nº 7, a Portaria Ministerial nº 1071, de 04 de julho de 2005, já previa a obrigatoriedade de um psicólogo disponível nas UTIs (Brasil, 2005). Questiona-se a qualidade da assistência e dos atendimentos psicológicos transpostos à UTI, muitas vezes descontextualizados com as necessidades do paciente crítico. O atendimento psicológico precisa estar adaptado a este contexto diferenciado dentro do ambiente hospitalar, atentando para a melhoria constante da assistência prestada, assim como para que se possa produzir evidência científica das práticas ali desenvolvidas (Gusmão, 2012).

A literatura analisada também destaca a importância de se adotar medidas não-farmacológicas para o tratamento do *delirium*, evidenciando novamente a importância do olhar multidisciplinar do trabalho em UTI. As principais medidas incluem a flexibilização do horário de visitas para permitir maior interação com familiares, o uso de relógios e calendários no ambiente para permitir uma maior orientação de tempo, a redução de ruídos e iluminação noturna com o objetivo de aumentar o conforto do paciente, além da prioridade de se manter uma comunicação clara (Pessoa & Nacul, 2006).

Através desta revisão, entende-se que a implantação de rotinas no diagnóstico de *delirium* utilizando-se escalas padronizadas para pacientes críticos é recomendada para a garantia de melhores desfechos durante internação na UTI. O diagnóstico e avaliação do *delirium* devem fazer parte do conhecimento e competência dos membros da equipe assistencial de saúde (Ely et al., 2004).

CONCLUSÃO

É consenso na literatura que o *delirium* é altamente prevalente e sua ocorrência está associada com elevada morbidade, mortalidade, prolongamento da

internação, dificulta a reabilitação e aumento dos custos, sendo imprescindível a sua avaliação na UTI (Lin et al., 2004). Foram identificadas na pesquisa sete escalas validadas para a avaliação e médicos e enfermeiros foram os profissionais que mais se utilizam desses instrumentos (Aydemir et al., 1998; Bergeron et al., 2001; Ely et al., 2001; Gaudreau et al., 2005; Immers et al., 2005; Otter et al., 2005; Trzepacz et al., 1998).

O CAM-ICU foi a ferramenta mais citada nos estudos, possuindo alta sensibilidade e especificidade, além de ser um instrumento com validação para a língua portuguesa e permitir o uso por qualquer profissional da saúde (Ely et al., 2001). Estudos sobre o tema possibilitam um maior aprofundamento para a avaliação do fenômeno, auxiliando na qualidade da assistência prestada, bem como trazem subsídios para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2010). *Relatório de Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo. Recuperado em 15 jan. 2013 de <http://www.amib.org.br/fileadmin/CensoAMIB2010.pdf>.

Aydemir, Ö., Noyan, A., Gülseren, Fi., Kayahan, B., Bodur, Z., Elbi, H., Kültür, S. (1998). Improvement of delirium rating scale, in which the reliability and valid. *3 P Dergisi* 6:21-27.

Bergeron N.,Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S. & Skrobik Y. (2001). Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med.* 27:859–864.

Brasil. (2005). Portaria Ministerial nº 1071, de 04 de julho de 2005. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União* Nº 37 de 25/02/10 seção 1, p. 48, Brasília, DF.

de Negreiros, D. P., da Silva Meleiro, A. M., Furlanetto L. M., Trzepacz P. T. (2008). Portuguese version of the Delirium Rating Scale-Revised-98: reliability and validity. *Int J Geriatr Psychiatry*. 23(5):472-7.

Devlin, J.W., Fong, J. J., Schumaker, G., O'Connor, H., Ruthazer, R., Garpestad, E. (2007). Use of a validated delirium assessment tool improves the ability of physicians to identify delirium in medical intensive care unit patients. *Critical Care Medicine*, 35(12), 2721-2724. Recuperado em 10 nov. 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18074477>.

Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G. R., Inouye, S. K. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*. 29(7),1370-1379. Recuperado em 5 jan. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11445689.

Ely, E. W., Stephens, R. K., Jackson, J. C., Thomason, J.W., Truman, B., Gordon, S., Dittus, R.S., Bernard, G. R. (2004). Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: A survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, 32(1),106-112. Recuperado em 5 jan. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14707567.

Fagundes, J. A., Tomasi, C. D., Giombelli, V. R., Alves, S. C., de Macedo, R. C., Topanotti, M. F., de Lourdes, U. B. M., do Brasil, P. E., Soares, M., Salluh, J., Dal-Pizzol, F., Ritter, C. (2012). CAM-ICU and ICDSC agreement in medical and surgical ICU patients is influenced by disease severity. *PLoS One*. 7(11):e51010. Recuperado em 10 nov. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23226448.

Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage* 29:368–375. Recuperado em 10 nov. 2013: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15857740>.

Gusmão, L. M. (2012). Psicologia intensiva: nova especialidade. *Revista online Rede Psi*. Recuperado em 5 jan. 2013: www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=2041.

Gusmão-Flores, D., Salluh, J. I. F., Dal-Pizzol, F., Ritter, C., Tomasi, C. D., Lima, M. A. S. D. de, Santana, L. R., Lins, R. M. P., Lemos, P. P. L., Serpa, G. V., Oliveira, J., Chalhub, R. A., Pitrowsky, M. T., Lacerda, A. L. T., Koenen, K. C. Quarantin, L. C. (2011). The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics* 66(11):1917-1922. Recuperado em 5 nov. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203964/.

Higgins, J., Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration. Recuperado em 5 nov. 2013: www.cochrane-handbook.org.

Immers, H. E., Schuurmans, M. J. & Bijl, J. J. van de. (2005). Recognition of delirium in ICU patients: a diagnostic study of the NEECHAM confusion scale in ICU patients. *BMC Nurs.* 4:7. Recuperado em 5 nov. 2013: www.biomedcentral.com/1472-6955/4/7.

Inouye, S. K. et al. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine.* 113(12):941-8. Recuperado em 5 nov. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2240918.

Lin, S. M., Liu, C. Y., Wang, C. H., Lin, H. C., Huang, C.D., Huang, P. Y., Fang, Y.F., Shieh, M. H., Kuo, H. P. (2004). The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 32(11), 2254-2259. Recuperado em 5 jan. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15640638.

Luetz, A. Heymann, A., Radtke FM, Chenitir C, Neuhaus U, Nachtigall I, von Dossow V, Marz S, Eggers V, Heinz A, Wernecke KD, Spies CD (2010). Different assessment tools for intensive care unit delirium: which score to use? *Critical Care Medicine.* 38(2),409-18. Recuperado em 10 nov. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20029345.

Milbrandt, E. B. et al., Deppen, S., Harrison, P. L., Shintani, A. K., Speroff, T., Stiles, R. A., Truman, B., Bernard GR, Dittus RS, Ely EW. (2004). Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 32(4), 955-962. Recuperado em 5 jan. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15071384.

Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Otter, H., Martin, J., Bäsell, K., von Heymann, C., Hein, O. V., Böllert, P. Jänsch P, Behnisch I, Wernecke KD, Konertz W, Loening S, Blohmer JU, Spies C. (2005). Validity and reliability of the DDS for severity of delirium in the ICU. *Neurocritical Care.* 2(2), 150-158. Recuperado em 10 nov. 2013: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16159057>.

Pessoa, R. F., Nacul, F. E. (2006). Delirium em pacientes críticos. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 18(2), 190-195. Recuperado em 15 out. 2013: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2006000200013&lng=en&nrm=iso.

Trzepacz, P. T, Baker, R. W., Greenhouse, J. (1998). A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Research*, 23:89-97. Recuperado em 5 jan. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3363018.

Vasilevskis, E. E., Morandi, A., Boehm, L., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Thompson, J. L., Shintani, A., Gordon, S. M., Pun, B. T., Ely, E. W. (2011). Delirium and sedation recognition using validated instruments: reliability of bedside intensive care unit nursing assessments from 2007 to 2010. *Journal American Geriatrics Society.* 59 Suppl 2:S249-255. Recuperado em 10 nov. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22091569.

Vreeswijk, R., Timmers, J. F., de Jonghe, J. F. M. & Kalisvaart, K. J. (2009). Assessment scales for delirium. *Aging Health*, 5(3) 409-425.

Zaal, I. J., Spruyt, C. F., Peelen, L. M., van Eijk, M. M., Wientjes, R., Schneider, M. M., Kesecioglu, J., Slooter, A. J. (2013). Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Medicine*. 39(3),481-8. Recuperado em 10 nov. 2013: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23093246.

CONTATO

E-mail: silvanasph@yahoo.com.br