

Estratégias utilizadas por enfermeiros na prevenção de delirium em unidades de terapia intensiva

Nurses' Strategies used by nurses to prevent delirium in intensive care units

Estrategias utilizadas por enfermeros en la prevención del delirio en unidades de cuidados intensivos

-  Júlia Horn Scherer¹
-  Sofia Louise Santin Barilli²
-  Tiago da Silva Fontana³
-  Kely Regina da Luz⁴
-  Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski⁵
-  Mara Ambrosina de Oliveira Vargas⁶
-  Fábio Silva da Rosa⁷

^{1,2,3,4,7}Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo (RS), Brasil.

⁵Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre (RS), Brasil.

⁶Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC), Brasil.

Editor de Seção

 Thaís Araújo da Silva

Submetido: 20/06/2024

Aceito: 01/12/2024

Autor Correspondente

Nome: Fábio Silva da Rosa

E-mail: fabiorosa18@gmail.com

RESUMO

Objetivo: investigar as estratégias utilizadas por enfermeiros na prevenção de delirium em unidades de terapia intensiva. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado nas cinco regiões do Brasil. Participaram do estudo 25 enfermeiros intensivistas. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e, posteriormente, submetidos à análise textual discursiva. **Resultados:** o enfermeiro tem papel crucial no estabelecimento de estratégias para a prevenção do delirium, as quais foram agrupadas em três categorias: (1) educação e orientação ao paciente/familiar; (2) fatores ambientais; e (3) presença do familiar. **Conclusão:** as estratégias utilizadas pelos enfermeiros possibilitam a prevenção do delirium, proporcionando um local seguro e humanizado para o paciente durante o período de internação na unidade de terapia intensiva.

Descritores: Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Delirium; Cuidados de enfermagem; Cuidados Críticos.

ABSTRACT

Objective: to investigate nurses' strategies to prevent delirium in intensive care units. **Method:** this was a qualitative, descriptive, and exploratory study carried out in the five regions of Brazil. Twenty-five intensive care nurses took part in the study. Data was collected through semi-structured interviews and then submitted to discursive textual analysis. **Results:** nurses play a crucial role in establishing strategies to prevent delirium, which have been grouped into three categories: (1) patient/family education and guidance; (2) environmental factors; and (3) family presence. **Conclusion:** the nurses' strategies make it possible to prevent delirium, providing a safe and humanized place for patients during their stay in the intensive care unit.

Keywords: Nursing; Intensive Care Unit; Delirium; Nursing Care; Critical Care.

RESUMEN

Objetivo: investigar las estrategias utilizadas por los enfermeros en la prevención del delirium en unidades de terapia intensiva. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en las cinco regiones de Brasil. Participaron en el estudio 25 enfermeros intensivistas. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y, posteriormente, sometidos al análisis textual discursivo. **Resultados:** el enfermero tiene un papel crucial en el establecimiento de estrategias para la prevención del delirium, las cuales se agruparon en tres categorías: (1) educación y orientación al paciente/familiar; (2) factores ambientales; y (3) presencia del familiar. **Conclusión:** las estrategias utilizadas por los enfermeros permiten la prevención del delirium, proporcionando un entorno seguro y humanizado para el paciente durante el período de internación en la unidad de terapia intensiva.

Descriptores: Enfermería; Unidad de Terapia Intensiva; Delirium; Cuidados de Enfermería; Cuidados Críticos.

Como citar este artigo:

Scherer JH, Barilli SLS, Fontana TS, Luz KR da, Propodolski PGNT, Vargas MAO, Rosa FS da. Estratégias utilizadas por enfermeiros na prevenção de delirium em unidades de terapia intensiva. Rev. enferm. UFPE on line. 2025;19(1):e263383. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2025.263383>

Introdução

O delirium é uma condição neurológica aguda caracterizada por distúrbios transitórios na consciência e na cognição. Manifesta-se pela flutuação do estado mental, com desatenção e pensamentos desorganizados, geralmente com duração limitada.¹ Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), quatro características principais definem o delirium: (1) perturbação na consciência, resultando em redução da percepção do ambiente e dificuldade de focar, manter ou alternar a atenção; (2) alterações cognitivas ou surgimento de distúrbios perceptivos, não justificados por demência preexistente; (3) desenvolvimento rápido da perturbação, com flutuações ao longo do dia; e (4) presença de uma causa etiológica identificável.²⁻³

A incidência de delirium é consideravelmente elevada entre pacientes sob ventilação mecânica, alcançando até 80%, e está associada a um aumento significativo na mortalidade. Estudos indicam que pacientes que desenvolvem delirium na unidade de terapia intensiva (UTI) têm risco três vezes maior de mortalidade nos primeiros seis meses após a condição crítica.⁴ Entre 30 e 73,4% dos pacientes idosos internados na UTI manifestam pelo menos um episódio de delirium durante o período de internação. A alta incidência está relacionada a uma combinação de fatores como pacientes com mais de 65 anos de idade, em hospitais e especialmente em UTI, podendo levar a várias complicações como comprometimento cognitivo e funcional de longo prazo, hospitalização prolongada e institucionalização. Como o delirium é frequentemente confundido com demência em pacientes idosos e difícil de diagnosticar, aumenta o risco de mortalidade e morbidade e o custo do tratamento, sendo a prevenção a estratégia mais eficaz.⁵⁻⁶

Os fatores de risco associados ao delirium podem ser classificados em dois grupos distintos: fatores basais, relacionados às características intrínsecas e às comorbidades do paciente; e fatores ambientais, vinculados às condições hospitalares, como a gravidade da doença, o tratamento empregado e a gestão da UTI. Esses fatores de risco interagem de maneira complexa, desencadeando o delirium em pacientes específicos. Indivíduos menos vulneráveis podem necessitar de estímulos mais intensos para desenvolver o quadro, enquanto aqueles mais suscetíveis podem manifestá-lo mesmo diante de fatores desencadeantes menos significativos.²

Fatores de risco robustos para o desenvolvimento do distúrbio incluem idade avançada, comprometimento cognitivo, comorbidades graves e uso de medicamentos. Os fatores de risco para o desenvolvimento de delirium podem ser divididos em “predisponentes” que compreende fatores como idade maior que 65 anos, sexo masculino, déficit cognitivo prévio, depressão, déficit visual ou auditivo, escore de gravidade elevado

na admissão, alcoolismo e tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, desnutrição e polimorfismo. E “fatores precipitantes”, relacionados a uso de cateteres, contenção mecânica, privação de sono, doença respiratória com hipoxemia, uso de benzodiazepínicos, anemia, alterações hidroeletrólíticas, uso de medicamentos psicoativos, dor, sepse e admissão UTI.⁶

O delirium pode se manifestar clinicamente de três formas distintas: hiperativa, hipoativa e mista, todas compartilhando sintomas característicos como confusão e desatenção. No delirium hiperativo, o paciente exibe estado mental agitado, podendo apresentar sintomas como agressividade e inquietação. Em contraste, no delirium hipoativo, o paciente demonstra estado mental apático, com sintomas de letargia, depressão e estupor. No delirium misto, o paciente oscila entre os estados hiperativo e hipoativo. Estudos indicam que o delirium hipoativo está associado a um pior prognóstico de sobrevivência em comparação com as formas mista e hiperativa do distúrbio.⁷

O diagnóstico de delirium é comumente realizado por meio de exames clínicos à beira do leito, utilizando ferramentas validadas. Entre elas, destaca-se o Confusion Assessment Method (CAM), amplamente empregado tanto na triagem quanto no diagnóstico de delirium por profissionais qualificados, sendo frequentemente administrado por enfermeiros. Esse teste possui tempo de execução estimado entre 1 e 2 minutos e demonstra boas propriedades psicométricas.⁸ Um estudo realizado na China com 237 enfermeiros de UTIs revelou que 51,5% dos profissionais optaram por utilizar algum instrumento de avaliação após a identificação dos sintomas, com o CAM-ICU sendo o mais utilizado.⁹

O tratamento do delirium requer uma abordagem multidisciplinar, integrando estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções não farmacológicas incluem mobilização precoce, presença de familiares, manutenção do ciclo sono-vigília e da orientação temporal e espacial. Quando essas medidas não são suficientes, a utilização de fármacos pode ser considerada como opção terapêutica subsequente, como sedativos não benzodiazepínicos (p. ex., propofol, dexmedetomidina e clonidina) ou antipsicóticos (p. ex., haloperidol e quetiapina). No entanto, evidências sobre a eficácia desses medicamentos na redução da incidência de delirium ainda são limitadas.¹⁰

Em UTI, sedativos e opióides são frequentemente administrados a fim de proporcionar conforto ao paciente e facilitar a sincronização com a ventilação mecânica. Uma estratégia recomendada para reduzir o uso excessivo é a implementação de pausas diárias na administração desses medicamentos. Embora intervenções farmacológicas sejam mais fáceis de gerenciar em comparação com intervenções não farmacológicas,

atualmente não existem medicamentos com eficácia comprovada para a prevenção ou tratamento de delirium.²

Pacientes que desenvolvem o distúrbio enfrentam risco aumentado de ventilação mecânica prolongada, maior tempo de internação na UTI, remoção de dispositivos invasivos, autoextubação, necessidade de contenção física, custos adicionais para o sistema de saúde, mortalidade e possibilidade de institucionalização após a alta hospitalar.² Além disso, o delirium tem impacto significativo na família do paciente. Portanto, profissionais da saúde, especialmente enfermeiros que mantêm contato direto e prolongado com os pacientes, devem identificar prontamente as mudanças de comportamento e agir de maneira assertiva para melhorar o prognóstico. O conhecimento dos possíveis fatores desencadeantes do delirium em pacientes internados em unidades de cuidados intensivos é essencial.¹

Em pacientes críticos, a incidência de delirium é significativa, variando de 18,9% a 68,3%, sobretudo entre aqueles que fazem uso de ventilação mecânica. O distúrbio está associado a maior morbimortalidade, ao prolongamento do tempo de internação e à deterioração funcional. No entanto, essa condição não costuma ser identificada e tratada de forma sistemática nos serviços de saúde.⁸

A mortalidade hospitalar entre pacientes com delirium varia de 25% a 33%.¹⁰ Aqueles que desenvolvem a síndrome relatam, com mais frequência, dificuldades nas atividades diárias e apresentam pontuações mais baixas nos testes de função sensório-motora, indicando maior comprometimento cognitivo após a internação na UTI. Essas sequelas se manifestam principalmente na forma de incapacidade funcional e problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático.^{11,12}

Ao considerar que a enfermagem desempenha um papel crucial na minimização da incidência de delirium, principalmente por meio da identificação precoce de fatores de risco e alterações no nível de consciência, é oportuno compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na prevenção dessa condição.

Diante do exposto, objetiva-se investigar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na prevenção do delirium em UTI.

Método

O estudo em questão é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, orientado pelas diretrizes do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ),¹³ visando a interpretação e análise dos significados a partir da perspectiva dos participantes, considerando seus contextos e subjetividades.¹⁴

A pesquisa envolveu 25 enfermeiros intensivistas das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), selecionados intencionalmente até alcançar a saturação dos dados, ou seja, quando novas informações deixam de surgir, sem acrescentar compreensão ao objeto de estudo.¹⁵

A coleta dos dados ocorreu entre agosto e outubro de 2023 por meio de entrevistas individuais *online* utilizando a plataforma *Google Meet*. As entrevistas, com duração média de 30 minutos, foram conduzidas pela autora principal e gravadas em formato de áudio, com a permissão dos participantes. Essa abordagem visou facilitar a participação de enfermeiros intensivistas das cinco regiões do Brasil, promovendo a inclusão geográfica e a conveniência dos participantes.

As questões foram submetidas a teste piloto, com quatro enfermeiros que não contabilizaram na amostra do estudo, para garantir a clareza e a obtenção de dados. O roteiro, elaborado com questões relativas a aspectos sociodemográficos dos participantes e sobre a prevenção do delirium, permitiu explorar as percepções dos enfermeiros intensivistas sobre as estratégias utilizadas de forma a abranger informações importantes relacionadas à compreensão do fenômeno estudado.

Foram incluídos no estudo enfermeiros com mais de seis meses de atuação assistencial na terapia intensiva de instituições do setor público e/ou privado. Esse período de atuação foi estabelecido pois seis meses é o mínimo necessário para que os profissionais se familiarizem com o ambiente da UTI e suas rotinas institucionais, de forma que possam atuar com autonomia diante do processo de cuidado. Foram excluídos enfermeiros que não exercessem atividade assistencial ou que ocupassem cargos de chefia ou de administração na UTI.

O convite para participação se deu por meio de correio eletrônico (e-mail) e redes sociais. Após o aceite, cada participante foi conduzido a uma sala virtual, sendo mantida a sua privacidade. Foi feito agendamento prévio, conforme disponibilidade. Destaca-se que os dados foram obtidos com profissionais das cinco regiões brasileiras, o que motivou a realização das entrevistas em ambiente virtual.

As entrevistas foram transcritas para a composição do corpus e os dados foram submetidos à análise textual discursiva, que estabelece o exercício da interpretação e reconstrução de significados com ênfase na perspectiva dos sujeitos envolvidos na pesquisa.¹⁶ Entende-se, contudo, que a compreensão dos dados busca a transformação da realidade a partir das perspectivas dos sujeitos que participam da investigação. Nesse sentido, exige-se uma interpretação que não parta de fora do fenômeno investigado. Assim,

o desenvolvimento analítico ocorreu em três etapas fundamentais: a unitarização dos textos; a categorização; e a comunicação.¹⁴

Na fase de unitarização, as entrevistas foram minuciosamente analisadas e fragmentadas para identificar unidades de sentido. Durante a categorização, foram estabelecidas relações entre essas unidades, resultando na organização das respostas em três categorias distintas: (1) educação e orientação ao paciente/familiar; (2) fatores ambientais; e (3) presença do familiar. Por fim, na etapa de comunicação, foi elaborada uma compreensão abrangente do fenômeno investigado, resultante da combinação dos elementos construídos ao longo das fases anteriores.

O estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e obedeceu às recomendações éticas do Brasil com o parecer nº 6.069.259. Para preservar suas identidades, os participantes foram identificados apenas pela sua região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) seguida do número sequencial das entrevistas.

Resultados

Dos 25 enfermeiros intensivistas entrevistados, a maioria era do sexo feminino (68%) e possuía especialização na área de terapia intensiva (80%). Aproximadamente 48% tinham vínculo com instituições públicas e 52% com instituições privadas. O tempo de atuação em UTIs variou de 6 meses a 16 anos. O ambiente de trabalho, de modo geral, contava com uma média de 21 leitos, oferecendo algumas ferramentas para a assistência e o conforto do paciente, como janelas, relógios, televisões e cuidados com a higiene do sono. Em relação aos treinamentos, 52% dos participantes relataram que estes ocorriam na UTI, porém apenas 32% utilizavam instrumentos de avaliação específicos para delirium, como o CAM-ICU, ou possuíam protocolos específicos para essa condição.

Serão apresentadas, a seguir, as estratégias para a prevenção do delirium, expostas em três categorias: (1) educação e orientação ao paciente/familiar; (2) fatores ambientais; e (3) presença do familiar.

Educação e orientação ao paciente/familiar

A educação e orientação de pacientes e seus familiares são fundamentais para a prevenção do delirium em UTI. Fornecendo informações claras sobre o ambiente hospitalar, os procedimentos a serem adotados e as condições de saúde do paciente, a equipe de saúde capacita os familiares a participarem ativamente do cuidado, ajudando a mitigar a confusão e desorientação causadas pelo distúrbio. O enfermeiro desempenha papel central

nesse processo pedagógico, estabelecendo vínculos e identificando informações específicas dos pacientes para auxiliar na redução dos sintomas.

“Quando ele começa a despertar, o técnico de enfermagem tem a função de situar o paciente onde ele está, no tempo e espaço, explicar o que aconteceu, porque ele está na UTI, para que ele fique tranquilo, para que possamos ter maior (sic) sucesso na redução da sedação desse paciente.” (SUDESTE/3).

“Acredito que conversar com o paciente, avaliando o nível de consciência, avaliando a orientação, se ele sabe onde está, quem é, o que está acontecendo, explicando todos os procedimentos que são feitos, além de tentar manter um diálogo com o paciente, oferecer um acompanhamento psicológico também, porque sabemos que os pacientes, quando têm uma internação prolongada, têm sua saúde mental bastante afetada.” (NORTE/3).

“Realizamos a avaliação cognitiva constante. Usamos também o prontuário afetivo, onde descobrimos informações singulares para que a gente consiga acessar esse paciente, resgatando suas memórias e a estimulação sensorial. Além disso, sempre orientamos os familiares sobre as conversas com o paciente, evitando que eles levem notícias tristes no momento da internação na UTI, e fizemos isso de forma contínua, porque hoje é o familiar ‘Pedro’ que vem pela manhã, à tarde será a ‘Maria’.” (SUL/5).

“Acredito que quando o enfermeiro avalia o paciente, é indispensável verificar como está o nível de consciência e orientá-lo.” (SUDESTE/1).

“Orientar o paciente quando acorda, explicando onde ele está e o porquê. Informamos data e hora. Quando possível, promovemos conversa com familiares por chamada de vídeo. E o ambiente é adequado, com luz do dia.” (CENTRO-OESTE/3).

“Temos relógio em cada leito da unidade de terapia intensiva. Assim podemos orientar o paciente em relação ao turno (manhã, tarde e noite), podendo situar o paciente no tempo e no espaço.” (SUL/3).

“[...] a gente trabalha conversando com o paciente, situando ele (sic) em tempo e espaço, perguntando se ele sabe o dia que é hoje, um diálogo um pouco mais aprofundado, fazendo um vínculo para tentar identificar também essas outras vertentes do delirium.” (SUDESTE/5).

O entendimento dos familiares sobre o estado clínico do paciente é crucial na prevenção do delirium em UTI. Fornecendo suporte emocional e monitoramento atento, os familiares contribuem para a criação de um ambiente propício à recuperação do paciente durante o período de internação.

“Temos reunião com os familiares, então fizemos orientação com eles. Explicamos que pode acontecer de o paciente apresentar delirium, o que eles devem fazer, a forma como agir, como tentar orientar o paciente, tentar manter a calma e não ficar assustado.” (SUL/2).

“A gente orienta os familiares quanto a ter paciência com o paciente. Geralmente, eles se sentem inseguros, a família também fica impaciente, então a gente orienta a família a compreender esse novo quadro do paciente, atenção, cuidados no momento da agitação.” (NORTE/2).

“Precisamos desenvolver alternativas para melhorar o cuidado ao paciente em relação ao delirium, pensando em oportunizar uma alta da UTI com melhor condição em relação à

cognição, e também para que o familiar não se assuste tanto, nem nas visitas diárias, nem no momento da transferência para a unidade de internação. Para isso, os familiares precisam de orientação para entender o que está ocorrendo com o paciente e, assim, poder ajudar orientando o paciente.” (CENTRO-OESTE/1).

“Dentre os cuidados de enfermagem ao paciente com delirium, é preciso focar também na orientação à família para a prevenção de quedas e [para a] prevenção de retirada de dispositivos acidentalmente, pois, uma vez que ocorre uma complicação, o tempo de cuidado da enfermagem aumenta e o tempo de permanência desse paciente na UTI se prolonga.” (NORDESTE/1).

Fatores ambientais

A atuação da equipe de enfermagem é essencial para a adaptação do ambiente, permitindo tanto a recuperação quanto a prevenção do delirium. Além disso, a intervenção eficaz no manejo do distúrbio, quando necessário, contribui significativamente para a melhora da experiência do paciente durante o período crítico de internação.

“No momento de desorientação ou perda de senso da realidade causados pelo delirium, seja por medicação ou pelo confinamento na UTI, e, muitas vezes, não tem ponto de orientação para esse paciente, como relógio, televisão, janela, então ele perde o senso da realidade, do ambiente onde ele está.” (NORDESTE/1).

“Uma série de fatores podem influenciar o desenvolvimento do delirium além da alteração orgânica, como: tempo de sedação; intubação e ventilação mecânica prolongada; estar em um ambiente que ele não conhece; privação do sono; trocar a noite pelo dia; estar com pessoas que não são do seu convívio diário; e, ainda, todos os funcionários utilizando a mesma roupa.” (SUL/1).

“Por termos um perfil de pacientes que normalmente a família é bem presente, a gente tenta conversar com esses familiares e autoriza rádio, televisão, palavras-cruzadas. Temos relógios em cada leito também. A equipe de fisioterapeutas também mobiliza os pacientes para caminharem, saírem do leito um pouco, porque, às vezes, o que eles veem é apenas através da janela do quarto, o que não é o suficiente.” (CENTRO-OESTE/1).

“A estratégia que mais utilizo é levar os pacientes, quando possível, para uma parte da UTI onde tem janelas. Além disso, temos televisão e alguns relógios nas paredes, mas nem todos funcionam.” (NORDESTE/1).

“A gente trabalha muito com a questão da música como para proporcionar bem-estar ao paciente. Todos os leitos têm um relógio ali para a pessoa situar um pouco, também, a questão do horário. Pacientes que fazem uso de aparelho auditivo, a gente tenta implementar, ou, então, quem não faz uso de aparelho auditivo, mas faz uso de óculos, também fazer o uso desse dispositivo para o paciente ter uma melhor acuidade visual, que pode ser um dos fatores que pode desencadear [o delirium] também.” (SUDESTE/5).

A UTI, devido à sua natureza intensiva e tecnológica, pode ser desorientadora para os pacientes, aumentando o risco de desenvolvimento de delirium. Portanto, é essencial estabelecer um ambiente que promova orientação, tranquilidade e conforto. Nesse sentido, estratégias como o controle adequado da iluminação, o estabelecimento de padrões

regulares de sono, a redução de ruídos prejudiciais e o incentivo a interações humanizadas mostram-se fundamentais.

“Diminuir as luzes durante a noite e deixar luzes ligadas durante o dia. Se o paciente usa aparelho auditivo, óculos, a família [deve] trazer. Mobilizar esse paciente durante o dia e deixar ele no leito para que ele durma de noite.” (SUL/1).

“Reduzir as luzes o máximo possível e os barulhos para [que] o paciente que está consciente consiga ter a percepção [de] que hora é de dormir. Para isso, reduzimos a iluminação e volume dos alarmes de monitores.” (NORDESTE/1).

“À noite, desligamos as luzes da UTI e deixamos somente as luzes do posto de enfermagem acessas para que esses pacientes entendam que é noite e possam dormir.” (CENTRO-OESTE/5).

“Hoje, no CTI, a questão da redução da luminosidade e do barulho é trabalhada todos os dias. Reduzimos a luminosidade do CTI após o almoço, fechamos as cortinas do CTI, apagamos as luzes o máximo possível, deixamos uma luz bem baixinha e percebemos que isso acalma muito o paciente. Uma medida que não gera custo nenhum para o hospital e é melhor para a enfermagem, é melhor para o paciente, porque diminui os [quadros de] delirium.” (SUDESTE/3).

“Quando a gente faz o processo de enfermagem, a gente coloca lá dentro do planejamento e nas intervenções: reduzir ruídos, diminuir a luminosidade, não ligar a TV após as 22h, minimizar os sons, alarmes do monitor, bomba de infusão, evitar conversar no salão após as 22h.” (NORDESTE/3).

“À noite, conversamos com a equipe médica para alinharmos algumas coisas e questionamos sobre a verificação dos sinais vitais. Pacientes sem droga vasoativa e estáveis dá para ver os sinais a cada três horas ou a cada duas horas, para não atrapalhar o sono.” (SUL/1).

Presença do familiar

A presença ativa de familiares na UTI desempenha papel crucial para a prevenção em pacientes críticos. Ao proporcionar conforto emocional, apoio psicológico e uma conexão com a realidade, os familiares contribuem para a estabilização emocional dos pacientes, reduzindo o risco de delirium. Os participantes da pesquisa destacaram a importância da presença contínua da família durante a internação.

“A gente tem a política de humanização dentro das unidades de terapia intensiva e, se a gente perceber que é importante a família ficar nesse momento. Isso faz parte do tratamento, da integralidade do cuidado. Entendemos que a presença da família é importante em todas as fases do adoecimento, principalmente quando ele tem potencial para desenvolver o delirium.” (SUL/3).

“Os horários de visita são distribuídos de acordo com os leitos com uma escala dos horários de visita e o acompanhante pode ter visita estendida. Assim a família pode passar mais tempo ao lado do paciente.” (NORTE/3).

“A gente flexibiliza o tempo de visita. Em uma das UTIs em que trabalho, existe a política de visita aberta, onde o acompanhante permanece o tempo todo. Na outra UTI, temos dois horários de visita e a gente tenta estender mais quando o paciente começa a apresentar delirium.” (NORDESTE/3).

“A flexibilidade de o familiar poder estar no início da manhã, no despertar do paciente, poder dar café para ele, aí depois vai ter a visita, fica ali uma hora, por exemplo, meia

hora, aí depois volta no final da manhã, acompanha o almoço, ao entardecer, se um familiar quiser vir acompanhar, ficar até o paciente dormir, até para ele se sentir seguro, acolhido, que tem pessoas de referência para ele.” (SUL/5).

“É estabelecido, na instituição, que o horário de visitas é só uma hora; porém, muitas vezes abrimos exceções, pois sabemos, por evidências e experiências, que se o acompanhante consegue ficar mais um pouco, traz conforto ao paciente quando está mais estável. Temos casos em que o familiar não consegue vir no horário da visita porque não tem mais transporte para voltar para a cidade de origem, então permitimos que ele venha mais cedo ou mais tarde, de acordo com a situação.” (NORDESTE/1).

“Um acompanhante pode ficar das 9h até as 21h, 12h de visita. Ainda tem a visita social, que pode entrar até três pessoas por horário, manhã, tarde e noite, duas horas por horário, fazendo com que o paciente tenha pessoas do seu convívio vindo visitá-lo.” (SUL/1).

“Por mais que nós tenhamos horários pré-estabelecidos de visitação pela manhã e [pela] tarde, meia hora para cada turno, existe a possibilidade de uma avaliação especial feita pelo enfermeiro.” (SUL/5).

“Acho que o principal é ter a família dentro da UTI o tempo inteiro, ou o máximo de tempo que essa família pode ficar, para que esse paciente tenha alguém da referência dele.” (SUL/1).

Discussão

A prevenção e o manejo eficaz do delirium requerem uma abordagem individualizada, na qual o enfermeiro desempenha papel essencial na identificação precoce de alterações comportamentais, o que é fundamental para prevenir o início da síndrome.¹⁶ Considerando a natureza multifatorial do delirium, as intervenções devem ser adaptadas às necessidades específicas de cada paciente. É crucial identificar e tratar precocemente os fatores desencadeantes e contribuintes, uma vez que muitos deles são evitáveis e iatrogênicos.¹²

Uma revisão sistemática de 10 ensaios clínicos randomizados e 25 estudos não randomizados investigou práticas não farmacológicas para prevenir o delirium em pacientes gravemente enfermos, a fim de identificar as intervenções mais eficazes. As evidências de certeza moderada indicaram que o uso de intervenções multicomponentes, como estimulação sensorial, promoção do sono, mobilização precoce e a participação da família estão associados à redução da incidência do delirium.¹⁷

O estudo de validação de um protocolo multiprofissional para o manejo de pacientes com delirium internados em UTI concluiu que as orientações cognitivas, embora de fácil execução – por não requererem investimento financeiro e mudanças estruturais –, necessitam de capacitação e empenho da equipe para serem aplicadas.⁸ Contudo, isso não deve se limitar apenas aos pacientes: é essencial capacitar e instruir os familiares para que sejam participantes ativos no cuidado, melhorando o desempenho e a comunicação da equipe ao fornecerem informações importantes sobre a condição do paciente e mantendo o foco nos cuidados individualizados na UTI. Essa intervenção pode levar à identificação

precoce do delirium e à redução da carga de estresse psicológico e emocional entre os familiares. Para que a comunicação seja efetiva, deve-se utilizar um discurso simplificado e concreto, evitando a comunicação rápida.¹⁸

Estratégias de estimulação sensorial para eliminar ou reduzir o risco de desenvolvimento de delírio como utilizar fotografias de familiares dos pacientes, calendários e relógio, garantir um ambiente calmo e relaxante, iluminação apropriada e reduzir o ruído são de grande importância para a prevenção do distúrbio.⁵ Entre as estratégias destacadas estão a reorientação, a estimulação cognitiva, o uso de relógios e a mitigação de deficiências auditivas e/ou visuais por meio de dispositivos como aparelhos auditivos e óculos. É essencial garantir o uso dessas próteses, sobretudo em pacientes idosos, a fim de promover a comunicação e a interação, evitando a privação sensorial. Essas intervenções visam não apenas a redução ou o encurtamento do delirium, mas também a melhora da qualidade de vida dos pacientes, facilitando a comunicação e a interação, fatores fulcrais para a prevenção e o manejo eficaz dessa condição.^{5,19}

A promoção da autonomia busca mitigar os sintomas de delirium. O enfermeiro deve incentivar a participação dos pacientes em atividades diárias, como higiene pessoal, alimentação e movimentação na cama, visando manter rotinas e reduzir a confusão mental. Essas práticas são essenciais para a prevenção do delirium, pois ajudam a manter a orientação temporal e espacial dos pacientes, diminuindo a incidência e gravidade do delirium.⁴

Para prevenir o delirium, é fundamental criar um ambiente mais familiar para o paciente, o que pode ser alcançado tanto pela presença de pessoas conhecidas quanto pela introdução de objetos do seu cotidiano. O familiar que acompanhar ou visitar o paciente deve ser orientado a interagir verbalmente, a auxiliar na orientação temporal e espacial e a fornecer apoio emocional.¹⁸

Os fatores ambientais influenciam diretamente a fisiologia, a psicologia e os comportamentos sociais dos indivíduos, tornando essencial a adaptação de ambientes como a UTI para a melhora do paciente. Recomendações para um ambiente ideal incluem: separação dos equipamentos da UTI, como alarmes e monitores, de modo a permitir o controle de ruídos; camas orientadas para as janelas, possibilitando a visualização da luz do dia e da noite, bem como da natureza, favorecendo, assim, o ritmo circadiano; telas que propiciem o uso de televisão e a realização de exercícios cognitivos; exposição de calendários, relógios e porta-retratos, a fim de melhorar a orientação; e uma área dedicada à família. Tais modificações podem minimizar os estressores e auxiliar na prevenção e no manejo do delirium.¹²

Embora seja crucial para a recuperação, a qualidade do sono na UTI é frequentemente comprometida. Fatores que desempenham papel significativo nessa deterioração incluem ruídos, perturbações frequentes, administração de medicamentos que alteram o sono e luminosidade inadequada.^{19,20}

A exposição de pacientes a altos níveis de ruído em UTI contribui para distúrbios do sono e desenvolvimento de delirium. A privação do sono em indivíduos saudáveis causa desatenção, flutuações na capacidade mental e disfunção cognitiva, características que também são observadas em pacientes com delirium. A má-qualidade do sono tem sido sugerida como potencial fator de risco modificável para o delirium, justificando a implementação de medidas com o intuito de promover um sono adequado, a fim de maximizar os benefícios aos pacientes.²⁰

O manejo adequado do ambiente pode reduzir consideravelmente os quadros de delirium. É crucial que as instituições de saúde adotem princípios que norteiem e ajustem as rotinas e a infraestrutura hospitalar para esse fim. Estratégias viáveis incluem permitir o acesso do paciente idoso à luz natural, evitar o uso de cateteres vesicais sempre que possível e acomodar o idoso em setores menos estressantes. Essas medidas podem impactar significativamente a qualidade da atenção à saúde do idoso, resultando na redução da incidência de delirium, da gravidade dos casos e da mortalidade.²¹

Um estudo quase-experimental com dois grupos independentes não randomizados, envolvendo 60 pacientes teve como objetivo examinar o efeito de modificações ambientais na prevenção de delírio em pacientes idosos na UTI. No grupo intervenção (30 pacientes), foram implementadas melhorias no nível de som, uso de luz brilhante, calendário e relógio visíveis, além de ser permitido o uso de óculos e aparelhos auditivos. No grupo controle (30 pacientes), não foram feitas modificações adicionais. Os resultados mostraram que o nível médio de som foi maior no grupo controle, e a frequência de delírio na UTI foi de 56,7%, sendo 2,32 vezes maior no grupo controle, concluindo-se que um pacote de cuidados específico pode reduzir significativamente o risco de delírio em pacientes idosos na UTI.⁵

Entre as intervenções de estimulação sensorial preventivas para o delirium menciona-se a prevenção de deficiências sensoriais usando óculos e aparelhos auditivos, facilitando o acesso a dispositivos de comunicação e promovendo a orientação temporal no ambiente hospitalar, assim como a redução de ruído e a promoção do sono, com horários de descanso estabelecidos e ambiente noturno ajustado para minimizar estímulos. Em relação aos fatores ambientais, a redução de procedimentos invasivos, a evitação de restrições mecânicas, o início da mobilização precoce e a promoção do autocuidado são práticas essenciais recomendadas para a prevenção do distúrbio.²²

A presença de familiares no cuidado de pacientes em UTI está associada à redução na incidência de delirium e à melhora no entendimento da situação clínica dos pacientes. O envolvimento da família promove um ambiente mais acolhedor, diminui o isolamento e estimula a coesão familiar, contribuindo para a segurança e a qualidade do cuidado prestado. A atitude positiva dos enfermeiros em relação à participação da família é essencial para criar uma cultura de inclusão e suporte, resultando em benefícios tanto para a qualidade do cuidado de enfermagem quanto para a adesão familiar e a segurança do paciente.²¹

A inclusão da família no ambiente de terapia intensiva também tem sido associada à diminuição da necessidade de restrição física dos pacientes. Embora possa ser necessária em determinadas situações para prevenir eventos adversos, recomenda-se uma comunicação eficaz entre enfermeiros, equipe multidisciplinar, pacientes e seus familiares a fim de favorecer a aplicação mais criteriosa dessa medida.²³ A falta de compreensão dos familiares sobre restrições de visitas, intubação ou sedação dos pacientes pode gerar desconfiança com a equipe de saúde e a ausência de comunicação entre profissionais de saúde e familiares pode limitar a cooperação.²⁴

Uma rede social de apoio é crucial para reforçar sentimentos de bem-estar e ampliar o suporte para o enfrentamento de crises. Nesse contexto, o envolvimento de usuários e familiares favorece a participação ativa e a apropriação do cuidado, contrapondo-se, assim, à medicalização do sofrimento. A flexibilização institucional, ao permitir a permanência de familiares durante a hospitalização, possibilita que estes atuem como uma unidade de saúde para seus membros, uma vez que a família pode ser a primeira a observar mudanças e realizar ações para aliviar sintomas, desempenhando um papel crucial no cuidado do paciente.²⁴

Uma política flexível de visitação para familiares em UTI tem sido recomendada pelas diretrizes de sociedades profissionais como um passo importante em direção ao cuidado centrado no paciente e na família. Horários de visita flexíveis podem contribuir para a prevenção do delirium, bem como para a redução do estresse e a melhoria da satisfação familiar. No entanto, algumas UTIs ainda adotam modelos de visitação restritos, possivelmente devido a preocupações com os riscos associados aos horários de visita irrestritos, tais como desorganização do atendimento, complicações infecciosas e esgotamento da equipe.²⁴

A flexibilização dos horários de visita, recomendada e estimulada em terapia intensiva, merece destaque nas falas dos enfermeiros. Essa prática, que permite a presença do familiar em diversos períodos, tem o potencial de reduzir sintomas de delirium

e ansiedade e de melhorar a satisfação dos familiares.¹⁸ Envolvimento ativo da família no cuidado do paciente, com apoio durante as visitas e participação em atividades de estimulação cognitiva é incentivado para melhorar os resultados clínicos e o conforto do paciente.²²

Por fim, a presença da família também contribui para a reorientação do paciente e para o fornecimento de apoio emocional. Embora essa intervenção possa ter efeitos variados, criar um ambiente mais familiar ao paciente é uma estratégia recomendada para prevenir o delirium.¹⁹ Assim, fornecer informações sobre delirium aos familiares é fundamental para aumentar a compreensão dos cuidados e melhorar a participação familiar no tratamento. A família, sendo uma entidade histórica, representativa e fundamental para a vida humana, desempenha papel crucial na implementação de práticas não farmacológicas. A inserção e comunicação eficaz com os familiares é essencial para a prevenção do delirium em UTI.²³

As limitações do estudo estão relacionadas à representatividade geográfica e à interpretação dos resultados quanto à generalização das estratégias. No entanto, o estudo contribui significativamente para a compreensão das práticas dos enfermeiros na prevenção do delirium, sugerindo melhorias nos serviços de saúde e enfatizando a importância da colaboração entre equipe, pacientes e familiares para um cuidado adaptado e humanizado.

Conclusão

A análise dos resultados e das estratégias adotadas pelos enfermeiros para a prevenção do delirium em UTIs de todo o país evidencia a importância de uma abordagem multifacetada que envolva a educação de pacientes e familiares, a gestão de fatores ambientais e a integração familiar. A pesquisa reconhece, ainda, a necessidade de intervenções específicas para abordar o delirium, apesar das limitações estruturais e organizacionais.

A participação ativa dos familiares, capacitados para compreender e interagir com os pacientes de maneira informada, é fundamental para a mitigação dos sintomas. A flexibilização dos horários de visita e a inclusão dos familiares no processo de cuidado aumentam a sensação de segurança e o apoio emocional dos pacientes.

Ambientes de UTIs adequadamente iluminados, silenciosos e que promovam a orientação temporal e espacial dos pacientes são essenciais. Estratégias como a utilização de relógios, televisores e janelas para luz natural, assim como a implementação da música

como um recurso para proporcionar o bem-estar do paciente, contribuem para a criação de um ambiente que favoreça a recuperação e diminua o risco de desenvolvimento do delirium.

Contribuições dos autores

Concepção do estudo: Júlia Horn Scherer, Sofia Louise Santin Barilli, Tiago da Silva Fontana, Kely Regina da Luz. Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski, Maria Ambrosina de Oliveira Vargas, Fábio Silva da Rosa. **Coleta de dados:** Júlia Horn Scherer, Sofia Louise Santin Barilli, Tiago da Silva Fontana, Kely Regina da Luz. Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski, Maria Ambrosina de Oliveira Vargas, Fábio Silva da Rosa. **Análise e interpretação dos dados:** Júlia Horn Scherer, Sofia Louise Santin Barilli, Tiago da Silva Fontana, Kely Regina da Luz. Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski, Maria Ambrosina de Oliveira Vargas, Fábio Silva da Rosa. **Redação do manuscrito:** Júlia Horn Scherer, Sofia Louise Santin Barilli, Tiago da Silva Fontana, Kely Regina da Luz. Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski, Maria Ambrosina de Oliveira Vargas, Fábio Silva da Rosa. **Revisão crítica do manuscrito:** Júlia Horn Scherer, Sofia Louise Santin Barilli, Tiago da Silva Fontana, Kely Regina da Luz. Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski, Maria Ambrosina de Oliveira Vargas, Fábio Silva da Rosa. **Aprovação da versão final do texto:** Júlia Horn Scherer, Sofia Louise Santin Barilli, Tiago da Silva Fontana, Kely Regina da Luz. Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski, Maria Ambrosina de Oliveira Vargas, Fábio Silva da Rosa.

Conflito de interesse

Os autores declararam que não há conflito de interesse.

Referências

1. Oliveira KP, Picanço CM, Oliveira AR, Assis YIS de, Souza ACF de, Ribeiro AG. Strategies used by nurses to minimize the occurrence of delirium in critically ill patients. Rev Enferm UFSM [Internet]. March 12, 2020;10:e21. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/38778>
2. Brummel NE, Girard TD. Preventing delirium in the intensive care unit. Crit Care Clin. 2013;(1):51-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2012.10.007>
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Bannon L, McGaughey J, Verghis R, Clarke M, McAuley DF, Blackwood B. The effectiveness of non-pharmacological interventions in reducing the incidence and duration of delirium in

- critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2019; 45(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5452-x>
5. Arzu Ç, Arzu AY. The Effect of Environmental Modifications on Preventing Delirium for the Elderly Patients in the Intensive Care Unit: A Nonr-andomized Controlled Trial. *Eur J Geriatric Gerontol.* 2023;5(2):108-115. DOI: <https://doi.org/10.4274/ejgg.galenos.2023.2022-10-6>
 6. dos Santos, F.C.M., Rêgo, A.S., Montenegro, W.S. et al. Delirium in the intensive care unit: identifying difficulties in applying the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *BMC Nurs.* 2022;21(323). DOI: <https://doi-org.ez16.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12912-022-01103-w>
 7. la Cour KN, Andersen-Ranberg NC, Weihe S, et al. Distribution of delirium motor subtypes in the intensive care unit: a systematic scoping review. *Crit Care.* 2022;26(1):53. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03931-3>
 8. Souza TL de, Azzolin K de O, Souza EN de. Validation of a multidisciplinary care protocol for critically ill patients with delirium. *Rev Gaúcha Enferm [Internet].* 2020;41:e20190165. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190165>
 9. Gao Y, Zhang C, Liao C, Gan X. Nurses' assessment of subsyndromal delirium and barriers to assessment: A cross-sectional survey in the intensive care unit. *J Nurs Manag.* 2022; 30(8):4491-4502. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13887>
 10. Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC da, Barbosa TP. Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. *Rev Gaúcha Enferm [Internet].* 2020;41:e20190068. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068>
 11. Mart MF, Williams Roberson S, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Semin Respir Crit Care Med.* 2021; 42(1):112-126. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
 12. Kotfis K, van Diem-Zaal I, Williams Roberson S, et al. The future of intensive care: delirium should no longer be an issue [published correction appears in *Crit Care.* 2022 Sep 21;26(1):285]. *Crit Care.* 2022;26(1):200. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y>
 13. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta paul enferm [Internet].* 2021;34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
 14. Moraes R, GALIAZZI M do C. Análise textual discursiva. rev e atual. 2016; 3. E-book. Available from: <https://www.editoraunijui.com.br/produto/amostra/2250>
 15. Moura CO de, Silva ÍR, Silva TP da, Santos KA, Crespo M da CA, Silva MM da. Methodological path to reach the degree of saturation in qualitative research: grounded theory. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2022;75(2):e20201379. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1379>
 16. Contreras CCT, Páez-Esteban AN, Rincon-Romero MK, Carvajal RR, Herrera MM, Castillo AHD del. Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. *Rev esc enferm USP [Internet].* 2021;55:e03685. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035003685>

17. Liang S, Chau JPC, Lo SHS, Zhao J, Choi KC. Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*. 2021;34(4):378–87. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.004>
18. Mart MF, Williams Roberson S, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Semin Respir Crit Care Med*. 2021 [cited June 10, 2024; 42(1):112-126. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
19. Rocha CCM da, Portela PP, Santana T da S, Gois JA, Oliveira SS de. Care for patients with delirium in the intensive care unit: the nurse's view. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2021;10(1). Available from: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/809>
20. Ramos FJ da S, Taniguchi LU, Azevedo LCP de. Sleep promotion practices in intensive care units in Brazil: a national survey. *Rev bras ter intensive* [Internet]. 2020;32(2):268–76. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200043>
21. Alcindor M, Cadet MNurses consider family involvement as an important element of patient careEvidence-Based Nursing. 2021;24:100. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103322>
22. Cortés-Beringola A, Vicent L, Martín-Asenjo R, et al. Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. *Am Heart J*. 2022;248:178. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.11.011>
23. Liang S, Chau JPC, Lo SHS, et al. Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2022;21:235. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01019-5>
24. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;322(3):216-228. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>