

ARTIGO ORIGINAL


Desafios na avaliação e manejo não farmacológico do *delirium* por enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva


Challenges in the assessment and non-pharmacological management of delirium by nurses in Intensive Care Units


HIGHLIGHTS


1. Adotar protocolos estruturados para prevenir delirium em UTIs.
2. Organizar ambientes adequados para reduzir desorientação na UTI.
3. Incluir família no cuidado para reduzir o delirium.
4. Implementar ações não farmacológicas com foco centrado na pessoa.

Júlia Horn Scherer¹ 

Taylor Felipe Alves Maia² 

Clayton Felipe da Silva Telles² 

Amanda dos Santos Fragoso³ 

Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski² 

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas⁴ 

Fábio Silva da Rosa² 

RESUMO

Objetivo: Identificar os desafios na implementação de estratégias não farmacológicas na prevenção do *delirium* em pacientes críticos. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com 25 enfermeiros intensivistas das cinco regiões do Brasil. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas entre agosto e outubro de 2023 e analisadas por meio da análise textual discursiva, conforme diretrizes do COREQ. **Resultados:** As principais barreiras identificadas foram ausência de protocolos padronizados e de ferramentas para a identificação do *delirium*, limitações estruturais das unidades e restrições à participação da família no cuidado intensivo. **Conclusão:** Desafios estruturais, institucionais e organizacionais comprometem a eficácia das estratégias não farmacológicas. Investimentos em capacitação, adequações ambientais e políticas de cuidado centradas no paciente são essenciais.

DESCRITORES: Unidade de Terapia Intensiva; Delírio; Cuidados de Enfermagem; Cuidados Críticos; Segurança do Paciente.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Scherer JH, Maia TFA, Telles CFS, Fragoso AS, Propodolski PGNT, Vargas MAO, da Rosa FS. Desafios na avaliação e manejo não farmacológico do delirium por enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e97798pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97798pt>

¹Hospital São Lucas da Pontifícia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Unidade de Terapia Intensiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

³Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Unidade de Terapia Intensiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma condição grave de disfunção cerebral comum em unidade de terapia intensiva (UTI) caracterizada por início agudo, com alterações na atenção, pensamento desorganizado e perturbação do nível de consciência. Sua presença está associada ao aumento da morbidade e mortalidade, ao prolongamento do tempo de internação, acréscimo nos custos em saúde e a déficits cognitivos persistentes após a alta. Além de ser uma condição dispendiosa e de alta prevalência, o *delirium* está fortemente relacionado a um declínio funcional significativo¹⁻².

A fisiopatologia do *delirium* é multifatorial e ainda não completamente compreendida. Os mecanismos envolvidos incluem alterações nos neurotransmissores, inflamação sistêmica, disfunção da barreira hematoencefálica, estresse oxidativo e desregulação do ritmo circadiano. Esses processos, muitas vezes combinados, contribuem para a manifestação clínica do *delirium*, o que reforça a importância da identificação precoce de pacientes em risco ou já acometidos pelo quadro²⁻³.

Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do *delirium*, como tabagismo, hipertensão, doenças cardíacas, sepse e demência preexistente. Gatilhos comuns incluem insuficiência respiratória e cardíaca, choque, distúrbios metabólicos (hipoglicemia, disnatremia, uremia e amonemia), ventilação mecânica prolongada, dor, imobilização, uso de medicamentos psicoativos ou sedativos, déficits sensoriais não corrigidos, má higiene do sono, isolamento familiar e condições ambientais desfavoráveis^{1,3}. Indivíduos mais vulneráveis, como idosos ou aqueles expostos a estressores adicionais (infecções e determinados fármacos), apresentam risco ainda maior².

Segundo as diretrizes da *Society of Critical Care Medicine*, a administração rotineira de antipsicóticos para o tratamento do *delirium* em adultos gravemente enfermos deve ser evitada, pois não melhora de forma consistente a função cerebral¹. A dexmedetomidina, embora ainda em investigação, mostra-se uma alternativa promissora, especialmente em pacientes idosos, com agitação grave ou em processo de desmame da ventilação mecânica invasiva³⁻⁵.

O manejo do *delirium*, no entanto, não se restringe ao tratamento farmacológico. Intervenções não farmacológicas continuam sendo fundamentais, com foco na mitigação de fatores de risco modificáveis. Essas intervenções são sistematizadas no *bundle* ABCDEF, uma estratégia baseada em evidências para prevenção e tratamento do *delirium*. A letra A refere-se à avaliação e manejo sistemático da dor; B, à interrupção diária da sedação com avaliação da respiração; C, à escolha criteriosa de analgésicos e sedativos; D, à avaliação rotineira e manejo do *delirium*; E, à mobilização precoce e segura; e F, ao envolvimento da família como parte ativa no cuidado¹.

Além do *bundle*, outras medidas preventivas complementares incluem o controle eficaz da dor, dispneia, febre e constipação; o uso de óculos e aparelhos auditivos; a orientação temporal do ambiente; a promoção do sono com redução de ruídos; e a minimização de sedativos, especialmente benzodiazepínicos. Deve-se também evitar procedimentos invasivos desnecessários, promover a mobilização precoce e incentivar o autocuidado, sempre com atenção à hidratação e nutrição adequada. O envolvimento da família na estimulação cognitiva tem impacto positivo na recuperação e conforto do paciente⁵.

Evidências científicas recentes reforçam a eficácia dessas práticas. Intervenções como estimulação cognitiva e terapia ocupacional contribuem para a redução da

incidência e gravidade do *delirium*, principalmente quando associadas à mobilização precoce. Tais estratégias incluem tarefas cognitivas adaptadas e reorientação frequente, preservando a função cognitiva e minimizando sintomas de confusão aguda em pacientes internados na UTI⁶⁻⁷.

Um estudo realizado em UTI neurológica evidenciou que programas multicomponentes com suporte à visão, audição, orientação temporal e estímulo ao sono, aumentaram os dias livres de *delirium* e coma, ressaltando os benefícios de uma abordagem multidisciplinar para a recuperação de pacientes críticos. Essas práticas têm sido associadas à redução da duração do *delirium*, melhora da funcionalidade e diminuição do tempo de ventilação mecânica e de internação⁸.

Apesar das evidências, a aplicação dessas estratégias no Brasil ainda enfrenta barreiras relevantes. Entre elas, destacam-se limitações estruturais dos serviços, escassez de recursos humanos e materiais, resistência institucional e ausência de protocolos padronizados^{1,3,6-7}. Mesmo em ambientes com recursos restritos, adaptações como reorientação cognitiva, ajustes na iluminação e envolvimento familiar podem ser implementadas com resultados positivos^{1,5}.

No contexto do cuidado intensivo, a enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção do *delirium*, sobretudo na identificação precoce dos fatores de risco e alterações do estado de consciência. A qualidade da assistência prestada influencia diretamente na incidência e na gravidade desse quadro clínico. Contudo, a implementação de estratégias não farmacológicas ainda encontra obstáculos significativos na rotina hospitalar. Compreender essas dificuldades é essencial para fortalecer a atuação da enfermagem, qualificar o cuidado e aprimorar os protocolos institucionais voltados à prevenção do *delirium* em pacientes críticos.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo identificar os desafios na implementação de estratégias não farmacológicas na prevenção do *delirium* em pacientes críticos.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, conduzida por meio da análise de entrevistas semiestruturadas realizadas com 25 enfermeiros intensivistas das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). O estudo foi fundamentado na abordagem da análise textual discursiva⁹. O desenvolvimento do estudo seguiu o guia *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ)¹⁰, o que permitiu um exercício de interpretação e reconstrução de significados focado na perspectiva dos participantes, considerando seus contextos e subjetividades.

A equipe de pesquisa foi composta por enfermeiros com experiência em terapia intensiva e formação em pesquisa qualitativa, o que favoreceu a condução das entrevistas e da análise dos dados.

Os enfermeiros foram recrutados intencionalmente por meio de redes profissionais e contatos institucionais, com o auxílio da técnica de amostragem por conveniência em eventos científicos e fóruns virtuais. O acesso inicial aos participantes se deu via convite eletrônico, enviado com a apresentação da proposta do estudo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seleção priorizou a distribuição geográfica nacional, visando à diversidade de realidades. Não houve recusa formal de participação após o aceite inicial.

Os participantes foram incluídos até o alcance da saturação teórica dos dados, isto é, quando novas entrevistas não acrescentavam informações relevantes à compreensão do fenômeno investigado¹¹. A coleta ocorreu entre agosto e outubro de 2023, por entrevistas individuais, realizadas via *Google Meet*, com duração média de 30 minutos. As entrevistas foram conduzidas pela autora principal, gravadas em áudio com autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado, cujo conteúdo foi testado previamente com quatro enfermeiros não participantes da amostra, com o objetivo de validar sua clareza e relevância. O roteiro incluiu questões sociodemográficas e perguntas como: "Quais são os principais desafios que você enfrenta na prevenção do *delirium* em sua prática na UTI?" "Existem protocolos estabelecidos para o manejo do *delirium* em sua instituição?", e "Como a estrutura física e as políticas institucionais influenciam a prevenção do *delirium*?" As transcrições não foram submetidas à validação pelos participantes, o que constitui uma limitação metodológica reconhecida pelos autores, justificada pela abrangência do estudo e pelas restrições logísticas associadas à etapa de devolutiva.

Os critérios de inclusão foram enfermeiros atuantes em UTI adulto há mais de seis meses em instituições públicas e/ou privadas. Adotou-se o período mínimo de seis meses considerando-o suficiente para a familiarização do enfermeiro com a UTI e o desenvolvimento de autonomia no cuidado. Foram excluídos aqueles que não exerciam atividade assistencial ou ocupavam cargos exclusivamente administrativos.

Para a análise qualitativa, os dados foram submetidos à análise textual discursiva, desenvolvida em três etapas: unitarização dos textos, categorização e comunicação⁹. As entrevistas foram organizadas inicialmente em planilhas eletrônicas com auxílio do *Microsoft Excel®*, onde foram segmentadas em unidades de sentido, agrupadas por semelhança e posteriormente organizadas nas categorias temáticas finais.

Não foi utilizado um *software* para análise textual, pois a equipe optou por um processo analítico interpretativo manual, alinhado à natureza da análise textual discursiva e à abordagem fenomenológica do estudo, que prioriza o sentido emergente das falas dos participantes.

As análises descritivas dos dados sociodemográficos dos participantes (sexo, idade, titulação, tempo de formação e de atuação, tipo de instituição, quantidade de leitos e infraestrutura da UTI) foram apresentadas com frequências absolutas e relativas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), sob parecer nº 6.069.259. A identidade dos participantes foi preservada por meio da codificação por região do país e número sequencial da entrevista.

RESULTADOS

Entre os 25 enfermeiros intensivistas participantes, a maioria era do sexo feminino (68%), com idades entre 24 e 49 anos. Todos possuíam especialização, sendo 80% em terapia intensiva, além de 20% com titulação de mestre e 12% com doutorado. Quanto ao vínculo empregatício, 52% atuavam em instituições privadas e 48% em públicas. A maioria (88%) trabalhava em UTI de alta complexidade, com tempo de formação entre

2 e 22 anos e experiência em UTI variando de 6 meses a 16 anos. Em seus turnos de trabalho, os enfermeiros eram responsáveis pelo cuidado direto de até 10 pacientes, enquanto os técnicos de enfermagem atuavam, em média, com até dois pacientes.

As UTIs contavam, em média, com 21 leitos. Em termos estruturais, 68% dispunham de janelas e relógios, 64% de televisores, 12% utilizavam música como recurso terapêutico e 4% aplicavam cromoterapia. Medidas voltadas à higiene do sono estavam presentes em 92% das unidades. Embora 52% dos profissionais relataram a realização de treinamentos sobre *delirium*, apenas 32% mencionaram o uso de instrumentos como o *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e a existência de protocolos específicos para seu manejo.

Nos parágrafos abaixo, serão apresentados os desafios para implementar estratégias não farmacológicas na prevenção do *delirium*, organizados em três categorias: (1) ausência de protocolos e ferramentas para a identificação do *delirium*; (2) características do ambiente e infraestrutura da UTI; e (3) inclusão e participação de familiares no cuidado intensivo. Com base nos dados analisados, foram identificados problemas enfrentados por enfermeiros de diferentes regiões do Brasil no manejo do *delirium* em UTI.

1. Ausência de protocolos e ferramentas para a identificação do *delirium*

A inexistência de protocolos específicos para a prevenção e manejo do *delirium* evidencia uma lacuna significativa na padronização de cuidados para essa condição crítica. A falta de protocolos não só dificulta a prevenção como também o reconhecimento precoce do *delirium*.

Não temos nada que direcione o cuidado com o delirium. Começamos a pensar em implantar algo, mas veio a pandemia, e até hoje tentamos retomar. (Nordeste/1)

Não temos escalas para avaliar delirium e nem protocolos na UTI para tratar ou prevenir. (Centro-Oeste/3)

Outros enfermeiros destacam que estão em andamento discussões e esforços para desenvolver protocolos, especialmente para aspectos como a higiene do sono, sendo mencionada uma abordagem rudimentar que integra ações indiretas relacionadas ao *delirium*:

Não existe protocolo de prevenção de delirium. O que temos são alguns cuidados para prevenção do delirium, mas nada muito estabelecido. (Centro-Oeste /1)

A construção de um protocolo está em andamento. Não temos protocolo de higiene do sono, mas tentamos manejar as luzes e barulhos e situar o paciente. (Sul/3)

Não tem um protocolo estabelecido ainda, mas há uma discussão para que venha a ter essa implantação no futuro. (Norte/3)

A ausência de ferramentas de avaliação, como a CAM-ICU, compromete a capacidade das equipes de enfermagem de diagnosticar e monitorar o *delirium* com precisão, evidenciando uma fragilidade estrutural na abordagem do *delirium* em muitas UTIs. Em alguns casos, a avaliação ocorre de forma informal, sem a utilização de instrumentos próprios para monitoramento contínuo pela enfermagem.

Então, nesse período que estou trabalhando na UTI, a gente não usa essa ferramenta, a gente usa mais a escala de RASS, que utilizamos muito. Nunca vi aqui a escala CAM ICU. (Norte/2)

Não temos instrumento para avaliar o delirium. Às vezes a gente aciona um profissional. Chamamos o psicólogo, o psiquiatra para avaliar, mas assim, nós como cunho de identificação e prevenção principalmente não temos. (Nordeste/3)

Existe a avaliação do profissional enfermeiro diariamente em sua visita à beira leito, mas não utilizamos nenhuma ferramenta específica para investigar a presença do delirium. (Centro-Oeste /2)

Embora algumas unidades utilizem instrumentos como a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), a ausência de uma ferramenta específica para a detecção do delirium compromete a padronização e a consistência dos diagnósticos. Além disso, alguns relatos evidenciam a total inexistência de métodos estruturados de avaliação:

Não temos escalas e nenhum outro método específico que seja utilizado para a avaliação do delirium na UTI. Então o paciente que está na UTI fica exposto ao que está na frente dele, por exemplo, fica vendo outros pacientes em estado mais grave, muitas vezes intubado, e por mais que as cortinas estejam fechadas. (Sudeste/1)

Esses relatos ilustram a necessidade urgente de protocolos e ferramentas padronizadas para a identificação e prevenção do delirium, enfatizando a importância de uma abordagem sistemática para melhorar a segurança e o bem-estar dos pacientes nas UTI.

2. Ambiente físico e infraestrutura da UTI

O ambiente físico das unidades de terapia intensiva exerce forte influência sobre a orientação e o bem-estar dos pacientes, contribuindo significativamente para o risco de delirium. A ausência de iluminação natural, a prevalência de luz artificial intensa e contínua, bem como a limitação no acesso a janelas, dificultam a percepção do ciclo circadiano.

Temos leitos com janelas, no entanto, elas ficam na parte de trás do paciente, com a cabeceira voltada para a janela. Então o paciente não vê a janela, fica sem saber da orientação se é dia ou noite. (Nordeste/3)

Não temos janelas na UTI, apenas iluminação artificial, e estas ficam acesas 24 horas por dia, então o paciente não sabe se é dia ou noite. (Nordeste/5)

Metade dos leitos da UTI não está acesso à janela, então, tentamos fazer com que os pacientes em ventilação mecânica fiquem nesses leitos sem janela, e sempre que o paciente está no despertar ou está acordado priorizamos nos leitos com janelas. (Sul/5)

Aliado a isso, o excesso de ruídos constantes provenientes de equipamentos, alarmes e conversas paralelas, bem como a realização de procedimentos noturnos, compromete o repouso adequado dos pacientes, elevando os riscos de desorientação e delirium.

Em alguns leitos da UTI tem uma basculante média, os leitos são isolados e os pacientes não conseguem ver se é dia ou se é noite. Tem iluminação artificial bem forte e sempre muito ruído. (Nordeste/2)

O ambiente da UTI é um dos principais fatores que contribuem para a desorientação dos pacientes. Muitos leitos não possuem janelas, o ambiente é frequentemente frio e impessoal, com alarmes constantes, iluminação artificial e com emprego de muita tecnologia. (Nordeste/3)

A questão do ruído é muito complicada, trabalho em uma UTI com 30 leitos, e a equipe é muito grande. Então, com tanta gente trabalhando ao mesmo tempo, acaba sendo complicado manter um ambiente silencioso. (Nordeste/2)

Os ruídos são realmente um problema na nossa UTI, junto com a questão da luminosidade. A gente tenta, inclusive, policiar a equipe para minimizar isso, sabe? Evitar barulho desnecessário, conversas paralelas. Mas mesmo assim, é difícil. (Sudeste/4)

Quando temos um paciente em estado grave, que precisa de procedimentos prolongados ou mesmo uma admissão no meio da madrugada, infelizmente, o nível de ruído aumenta consideravelmente, e o controle do som no ambiente acaba ficando comprometido. (Sul/3)

Além dessas condições estruturais, a ausência de dispositivos que auxiliem na orientação temporal e estimulação sensorial, como relógios, televisores ou rádios, foi apontada como um fator agravante.

Na UTI em que trabalho não há janelas, a iluminação é apenas artificial, além disso, tem muito barulho, não tem relógios e nem televisão para os pacientes. (Nordeste/5)

Um ambiente que é o do particular, temos televisão, tem relógio, tem tudo para orientar o paciente. Mas no serviço público não tem, lá a UTI não tem janela, não tem TV, não tem possibilidade de o paciente escutar música, só a luz artificial mesmo. (Nordeste/2)

A UTI não possui relógio, televisão, tem poucas janelas e quase nada de incidência da luz solar. Além disso, é um local fechado com muito barulho durante a noite. (Centro-Oeste/4)

Na nossa UTI os leitos individualizados, possuem boa iluminação artificial, mas não temos relógios e televisão. A única forma de o paciente ter algum estímulo é quando os familiares trazem rádio a pilhas. (Nordeste/3)

Possui janelas de vidro, mas não temos relógios, nem televisão, algo que pudesse distrair os pacientes. (Centro-Oeste/3)

Poderíamos ter uma televisão, música ou outra forma do paciente poder se distrair e interagir. (Sudeste/1)

3. Inclusão e participação de familiares no Cuidado Intensivo

A presença de horários de visita curtos e restritos nas UTIs limita o apoio familiar direto ao paciente, impactando negativamente na sensação de conforto e segurança do indivíduo internado.

Temos apenas um horário de visita no dia de 30 minutos e pode entrar duas pessoas, cada uma pode permanecer 15 minutos com o paciente, e ainda é necessário ao familiar usar avental devido aos cuidados de biossegurança. (Centro-Oeste/1)

Funciona em dois períodos de 30 minutos pela manhã e à tarde, dependendo da necessidade o médico ou enfermeiro avalia se pode dar mais tempo ou abrir um horário à noite, mas é muito raro essa concessão acontecer. (Nordeste/5)

O horário de visitas é de 30 minutos e abrimos exceções em casos mais graves ou necessidade de apoio psicológico quando possível. (Centro-Oeste/3)

A gente meio que desobedece ao que a direção diz, porque o que está estabelecido na instituição é só 1h de visita no dia e sabemos por estudos e por experiência que

se o acompanhante consegue ficar um pouco mais, isso traz benefícios ao paciente. (Nordeste/1)

Além disso, a flexibilidade limitada para visitas estendidas ou em horários alternativos em algumas unidades torna ainda mais difícil a participação ativa dos familiares no cuidado, prejudicando a continuidade do apoio emocional e a orientação do paciente durante o tratamento.

Temos visita estendida para alguns casos, por exemplo, morte encefálica ou algum prognóstico ruim, um cuidado paliativo exclusivo, mas não é algo de rotina, depende do profissional que está naquele dia em liberar ou não, mas para aqueles pacientes com risco de delirium, ou já com delirium não há visita estendida. (Centro-oeste/1)

São 30 minutos de horário de visita no período da tarde somente e entram apenas duas pessoas por horário. (Norte/4)

As visitas infelizmente acontecem somente restritas aos horários permitidos pela instituição, não existe a possibilidade de liberação para o familiar ficar mais tempo. (Sul/4)

São dois momentos de visitas no dia que duram 30 minutos cada e podem entrar até dois familiares na UTI, dependendo do caso conseguimos fazer visita estendida, mas é bem difícil. (Norte/1)

Na UTI [...], depende do bom humor do plantonista ou do enfermeiro que está de plantão, a visita ocorre em 20 minutos. Então, é difícil, porque tem paciente que está acordado e sente falta da família ou saudade do filho(a), e sabemos que a presença dessas pessoas faria muito bem para o paciente. (Sudeste/1)

Essas restrições indicam a necessidade de políticas mais flexíveis, que promovam o envolvimento familiar, essencial para a prevenção do *delirium* e o bem-estar do paciente.

DISCUSSÃO

O *delirium* pode acometer mais de 80% dos pacientes, apresentando-se principalmente em idosos, com ou sem histórico demencial. Mesmo diante da relevância desta temática, cerca de 3% a 66% dos casos de *delirium* não são diagnosticados em UTIs e apenas 16% dos profissionais relatam o uso de uma escala de avaliação específica diariamente^{7,12}.

As intervenções não farmacológicas são complemento essencial às abordagens tradicionais no manejo do *delirium* em pacientes críticos, amplamente reconhecidas por sua eficácia na redução da incidência e gravidade da condição. As diretrizes recentes enfatizam que, embora as intervenções farmacológicas desempenhem um papel importante em situações específicas, a implementação de estratégias não farmacológicas são cruciais para abordar os fatores de risco modificáveis, promover o bem-estar do paciente e melhorar os desfechos clínicos. Práticas como a mobilização precoce, a promoção de um ambiente propício ao sono e o envolvimento familiar são fundamentais para a prevenção do *delirium* em UTI¹².

Entre as principais intervenções não farmacológicas recomendadas pela literatura estão o controle ambiental (redução de ruídos, ajuste de iluminação), reorientação

cognitiva, uso de objetos familiares, incentivo ao sono fisiológico, mobilização precoce e visitas familiares estruturadas^{1,3,13}.

A aplicação de escalas validadas é essencial para a detecção precoce do *delirium*. As ferramentas mais utilizadas incluem a CAM-ICU, a ICDSC (*Intensive Care Delirium Screening Checklist*) e a NuDESC (*Nursing Delirium Screening Scale*), cada uma com características e sensibilidades específicas¹³.

O ambiente da UTI representa um fator determinante na manifestação do *delirium*, sendo frequentemente caracterizado por condições adversas, como iluminação artificial, excesso de ruídos e ausência de recursos orientadores como relógios e televisores. Essas características não apenas comprometem a orientação temporal e espacial dos pacientes, mas também contribuem significativamente para o aumento do risco de *delirium*. A exposição contínua a um ambiente desorientador pode intensificar a confusão mental em pacientes críticos. Em contrapartida, intervenções ambientais como o ajuste da iluminação para simular ciclos naturais de dia e noite, a redução de ruídos e a introdução de estímulos visuais e auditivos adequados podem gerar impactos positivos na redução da incidência e gravidade do *delirium*⁴.

Mesmo quando não é possível eliminar completamente os estressores ambientais, como ruídos de equipamentos e luz artificial, estratégias de mitigação — como uso de luzes âmbar à noite, barreiras acústicas, protetores auriculares e organização de rotinas para reduzir intervenções noturnas — têm demonstrado eficácia na redução de danos^{1,3}.

A limitação de visitas em UTIs pode impactar negativamente a prevenção do *delirium*, uma vez que a presença da família desempenha um papel essencial na cognição e no bem-estar emocional do paciente crítico. Contudo, restrições institucionais dificultam a permanência prolongada dos familiares, o que reforça a necessidade de políticas mais flexíveis que reconheçam o papel central da família no cuidado centrado no paciente⁷.

A inclusão ativa da família no cuidado ao paciente é uma intervenção não farmacológica eficaz, ajudando a minimizar os sintomas de *delirium* e a melhorar os desfechos clínicos⁷. Integrar os familiares como parte da equipe de cuidado promove um ambiente de UTI como espaço mais humanizado e favorável à recuperação dos pacientes⁴.

Protocolos de visita estendida, como os sugeridos pelo *Institute for Patient-and Family-Centered Care*, têm demonstrado impacto positivo na redução da incidência e duração do *delirium*, além de serem reconhecidos por enfermeiros como práticas que favorecem a humanização e a segurança emocional do paciente^{1,4}.

Em relação aos desafios estruturais em UTIs, como a ausência de janelas, iluminação inadequada e excesso de ruídos, afetam diretamente a orientação e o bem-estar dos pacientes, aumentando o risco de *delirium*. Medidas simples, como ajustar a iluminação para simular ciclos naturais, reduzir ruídos e introduzir estímulos visuais e auditivos, podem minimizar esses impactos. Essas intervenções, combinadas ao uso de tecnologias como ferramentas de monitoramento cognitivo, contribuem para reduzir a incidência de *delirium*, promovendo um cuidado mais eficaz e humanizado¹².

Os resultados deste estudo reforçam a relevância das teorias de cuidado centrado no paciente e da abordagem holística da enfermagem no manejo do *delirium* em UTIs. Embora a pesquisa não tenha adotado formalmente uma teoria específica, os relatos evidenciam princípios do modelo centrado na pessoa¹⁴ e da teoria do conforto¹⁵, que enfatizam empatia, envolvimento familiar e atenção ao ambiente. Tais abordagens

apontam a importância de considerar dimensões físicas, emocionais e sociais dos pacientes, promovendo práticas integradas de cuidado. Os enfermeiros exercem papel essencial na implementação de estratégias interdisciplinares, desde o controle ambiental até a inclusão da família, consolidando a enfermagem como mediadora de um cuidado mais adaptado e humanizado⁵.

O desenvolvimento de protocolos de prevenção e manejo do *delirium* pode assegurar a uniformidade e a qualidade da assistência. Além disso, é essencial promover treinamento contínuo da equipe multiprofissional para a avaliação e o manejo, com foco no uso de ferramentas validadas para identificação do *delirium*, como a CAM-ICU¹³. O investimento em infraestrutura também é imprescindível para melhorar a orientação e o conforto dos pacientes, por meio de intervenções como ajuste de iluminação, redução de ruídos e estímulos cognitivos adequados⁴.

A adequação da estrutura física, tecnológica e de apoio familiar exige investimentos materiais e monetários que podem ser desafiadores, especialmente em instituições públicas. Dessa forma, a adoção de medidas de baixo custo e baseadas em evidências, como as sugeridas no pacote ABCDEF, adaptadas à realidade institucional, surge como alternativa viável e eficaz¹.

Apesar das contribuições deste estudo, algumas lacunas permanecem, particularmente em relação à implementação efetiva do pacote ABCDEF em diferentes regiões e realidades hospitalares¹. Além disso, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que avaliem o impacto de tecnologias sensoriais, como cromoterapia ou dispositivos auditivos interativos, e estudos que investiguem as barreiras institucionais e culturais que dificultam a aplicação de práticas baseadas em evidências em UTI para prevenção e manejo do *delirium*³.

Também seria relevante avaliar se o uso dos protocolos citados por alguns enfermeiros nas entrevistas resultou em percepção de melhora nos indicadores de *delirium*. Os relatos sugerem que, onde há protocolos estruturados, os profissionais percebem benefícios, como redução da necessidade de contenção e maior estabilidade clínica.

Este estudo apresenta limitações relacionadas à abrangência geográfica e à possibilidade de generalização das estratégias discutidas, considerando as particularidades de outros contextos culturais e estruturais. Apesar disso, a pesquisa traz contribuições significativas para ampliar a compreensão sobre as práticas dos enfermeiros na prevenção do *delirium* em UTIs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou desafios significativos enfrentados por enfermeiros intensivistas na implementação de estratégias não farmacológicas para a prevenção do *delirium* em UTIs no Brasil. Os resultados evidenciaram a ausência de protocolos específicos, a limitação no uso de ferramentas padronizadas de avaliação, as inadequações ambientais das UTIs e as restrições institucionais à participação familiar como barreiras relevantes no cuidado preventivo ao *delirium*.

A adoção de protocolos específicos, como o uso sistemático do CAM-ICU, pode contribuir para a identificação precoce do *delirium* e o melhor direcionamento das intervenções não farmacológicas. Da mesma forma, flexibilizar políticas de visitas e

incluir a família no processo de cuidado são estratégias valorizadas pelos enfermeiros. Aspectos como a redução de ruídos, o respeito ao ciclo circadiano e a oferta de estímulos sensoriais adequados também foram apontados como fatores que impactam positivamente na prevenção do *delirium*.

Os achados deste estudo indicam a necessidade de investimentos em capacitação profissional, adequações estruturais e formulação de diretrizes institucionais para tornar as práticas preventivas mais efetivas, promovendo um cuidado mais seguro e centrado nas necessidades dos pacientes críticos.

REFERÊNCIAS

1. Mart MF, Shownkina WR, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and management of delirium in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 12];42(1):112-26. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
2. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2024 Apr 10];173(7):ITC49-ITC64. Available from: <https://doi.org/10.7326/AITC202010060>
3. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med* [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 10];47:1089-1103. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>
4. Kappenschneider T, Meyer M, Maderbacher G, Parik L, Leiss F, Quintana LP, et al. Delir – eine interdisziplinäre Herausforderung. *Orthopäde* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 15];51:106-15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00132-021-04209-2>
5. Cortés-Beringola A, Vicent L, Martín-Asenjo R, Puerto E, Domínguez-Pérez L, Maruri R, et al. Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. *Am Heart J* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 20];232:164-76. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.11.011>
6. Parker AM, Aldabain L, Akhlaghi N, Glover M, Yost S, Velaetis M, et al. Cognitive stimulation in an intensive care unit: a qualitative evaluation of barriers to and facilitators of implementation. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 20];41(2):51-60. Available from: <https://doi.org/10.4037/ccn2021551>
7. Lange S, Mędrzycka-Dąbrowska W, Friganovic A, Oomen B, Krupa S. non-pharmacological nursing interventions to prevent delirium in ICU patients—an umbrella review with implications for evidence-based practice. *Journal of Personalized Medicine* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 24];12(5):760. Available from: <https://doi.org/10.3390/jpm12050760>
8. Rood PJT, Ramnarain D, Oldenbeuving AW, den Ouden BL, Pouwels S, van Loon LM, et al. the impact of non-pharmacological interventions on delirium in neurological intensive care unit patients: a single-center interrupted time series trial [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 22];12(18):5820. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm12185820>
9. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. 3. ed. rev. e atual. Ijuí: Editora Unijuí, 2016. 264 p. E-book.
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 24];34:eAPE02631. Available from: [10.37689/acta-ape/2021AO02631](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631)
11. de Moura CO, Silva ÍR, da Silva TP, Santos KA, Crespo MCA, da Silva MM. Methodological path to reach the degree of saturation in qualitative research: grounded theory. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 24];75(2):e20201379. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1379>

12. Deng LX, Cao L, Zhang LN, Peng XB, Zhang L. Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. J Crit Care [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 24];60:241-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.08.019>
13. Miranda F, Gonzalez F, Plana MN, Zamora J, Quinn TJ, Seron P. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2023 Nov 21 [cited 2024 Apr 26];(11):CD013126. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013126.pub2>
14. Frampton SB, Guastello S, Hoy L, Naylor M, Sheridan S, Johnston-Fleece M, et al. Harnessing evidence and experience to change culture: a guiding framework for patient and family engaged care [Internet]. Discussion paper. Washington (DC): National Academy of Medicine; 2017 [cited 2025 Jul 27]. 38 p. Available from: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Harnessing-Evidence-and-Experience-to-Change-Culture-A-Guiding-Framework-for-Patient-and-Family-Engaged-Care.pdf>
15. Lin Y, Zhou Y, Chen C, Yan C, Gu J. Application of Kolcaba's Comfort Theory in healthcare promoting adults' comfort: a scoping review. BMJ Open [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 27];14(10):e077810. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077810>

Challenges in the assessment and non-pharmacological management of delirium by nurses in Intensive Care Units

ABSTRACT

Objective: Identify challenges in implementing non-pharmacological strategies for delirium prevention in critically ill patients. **Method:** Qualitative, descriptive, and exploratory study, conducted with 25 intensive care nurses from the five regions in Brazil. Semi-structured interviews were carried out between August and October 2023 and analyzed through discursive textual analysis, in accordance with COREQ guidelines. **Results:** The main barriers identified were lack of standardized protocols and tools for delirium detection, structural limitations within units, and restrictions on family participation in intensive care. **Conclusion:** Structural, institutional, and organizational challenges undermine the efficacy of non-pharmacological strategies. Investments in training, environmental adjustments, and patient-centered care policies are fundamental.

DESCRIPTORS: Intensive Care Units; Delirium; Nursing Care; Critical Care; Patient Safety.

Desafios en la evaluación y el manejo no farmacológico del delirio por enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

Objetivo: Identificar los desafíos en la implementación de estrategias no farmacológicas para prevenir el delirio en pacientes críticos. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio con 25 enfermeros de cuidados intensivos de cinco regiones de Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas entre agosto y octubre de 2023, analizadas mediante análisis textual discursivo, de conformidad con las directrices de COREQ. **Resultados:** Las principales barreras identificadas fueron la falta de protocolos y herramientas estandarizados para la identificación del delirio, las limitaciones estructurales de las unidades y las restricciones a la participación familiar en cuidados intensivos. **Conclusión:** Los desafíos estructurales, institucionales y organizativos comprometen la eficacia de las estrategias no farmacológicas. Es fundamental invertir en formación, adaptaciones ambientales y políticas de atención centradas en el paciente.

DESCRIPTORES: Unidad de Cuidados Intensivos; Delirio; Atención de Enfermería; Cuidados Críticos; Seguridad del Paciente.

Recebido em: 08/12/2024

Aprovado em: 22/07/2025

Editor associado: Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix

Autor Correspondente:

Fábio Silva da Rosa

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Avenida Unisinos, 950. Bairro Cristo Rei – São Leopoldo/RS CEP: 93.022-750

E-mail: fabiorosa18@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo -

Scherer JH, Maia TFA, Telles CFS, Fragoso AS, Propodolski PGNT, Vargas MAO, da Rosa FS. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Scherer JH, Maia TFA, Telles CFS, Fragoso AS, Propodolski PGNT, Vargas MAO, da Rosa FS.**

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo -

Scherer JH, da Rosa FS. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

Disponibilidade de dados:

Os autores declaram que os dados estão disponíveis de forma completa no corpo do artigo.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).