

Clínica Médica & Cirurgia

Capítulo 31

***DELIRIUM* PÓS-OPERATÓRIO: FATORES DE RISCO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

ELIZA SCHUCK CASTANHO BRENNER¹

MARÍLIA BORGES OSÓRIO²

NATÁLIA FERNANDES MARTINS FERREIRA³

¹Enfermeira do Serviço de Terapia Intensiva (SETI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestre em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Terapia Intensiva - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Graduada em Enfermagem - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

²Enfermeira Chefe da Unidade de Enfermagem de Adição - Serviço de Enfermagem de Psiquiatria Infantil e de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestre Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtorno - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Graduada em Enfermagem - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

³Enfermeira do Serviço de Terapia Intensiva (SETI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestre em Tecnologia da Informação e Gestão em Saúde - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Especialista em Atenção ao Adulto Crítico - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Graduada em Enfermagem - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Palavras-chave: *Delirium Pós-Operatório; Enfermagem; Diagnóstico.*

INTRODUÇÃO

O *delirium* pós-operatório é uma das complicações neuropsiquiátricas mais frequentes e subdiagnosticadas, especialmente em pacientes idosos e submetidos a cirurgias de maior complexidade. Caracteriza-se por uma alteração aguda e flutuante da atenção, da consciência e da cognição, que se instala em curto intervalo de tempo e não pode ser mais bem explicada por um transtorno neurocognitivo prévio (WILSON *et al.*, 2020).

Apesar de sua alta prevalência — podendo acometer entre 20% e 50% dos pacientes idosos submetidos a cirurgias de grande porte —, o *delirium* permanece subestimado na prática clínica, sobretudo em sua forma hipoativa, frequentemente confundida com sonolência, apatia ou simples fadiga pós-operatória. Essa subnotificação tem consequências clínicas relevantes: o *delirium* está associado a maior tempo de internação, maior risco de complicações, institucionalização após a alta e declínio cognitivo a longo prazo (JIN *et al.*, 2020; GOLDBERG *et al.*, 2020).

A equipe de enfermagem ocupa posição privilegiada tanto para o reconhecimento precoce do *delirium* quanto para a implementação das estratégias não farmacológicas que constituem, atualmente, a base mais consistente de prevenção dessa complicação. Isso porque, na prática assistencial, é o técnico de enfermagem quem permanece o maior tempo possível junto ao paciente, seguido do enfermeiro, a quem cabe a avaliação clínica sistematizada, a interpretação dos achados e a coordenação das intervenções junto à equipe multiprofissional. É essa proximidade constante da equipe de enfermagem como um todo — e não de um único profissional isoladamente — que sustenta seu papel central na vigilância contínua desses pacientes (DEVLIN *et al.*, 2018).

Este capítulo tem como objetivo apresentar, de forma didática e estruturada, os principais fatores de risco, as ferramentas de diagnóstico validadas, o papel do familiar e as intervenções de enfermagem relacionadas ao *delirium* pós-operatório, com base em diretrizes internacionais atualizadas e evidências científicas dos últimos anos.

Definição, epidemiologia e fisiopatologia do *delirium* pós-operatório

Segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), o *delirium* é definido pela presença de quatro características centrais: perturbação da atenção e da consciência; instalação aguda (horas a poucos dias) e flutuação ao longo do dia; alteração cognitiva adicional (déficit de memória, desorientação, alteração de linguagem ou percepção); e evidência de que o distúrbio é consequência fisiológica direta de uma condição médica subjacente, como a própria cirurgia (WILSON *et al.*, 2020).

A incidência do *delirium* pós-operatório varia amplamente conforme o tipo de cirurgia, a idade do paciente e a presença de comorbidades — de menos de 10% em cirurgias eletivas de menor porte em pacientes mais jovens a mais de 50% em cirurgias cardíacas, ortopédicas de quadril e procedimentos de grande porte em pacientes idosos (JIN *et al.*, 2020).

Do ponto de vista fisiopatológico, o *delirium* resulta da interação entre vulnerabilidades prévias do paciente e o estresse imposto pela cirurgia sobre o sistema nervoso central. Os mecanismos biológicos propostos incluem neuroinflamação sistêmica com passagem de citocinas pró-inflamatórias através de uma barreira hematoencefálica mais permeável, disfunção vascular cerebral, alterações do metabolismo cerebral de glicose e oxigênio, desequilíbrio de

neurotransmissores — com destaque para a redução da atividade colinérgica e o excesso de atividade dopaminérgica — e prejuízo da conectividade entre redes neuronais (XIAO *et al.*, 2023).

Para tornar esse mecanismo mais concreto, é possível pensá-lo como uma sequência de quatro etapas. Primeiro, o trauma cirúrgico e a resposta inflamatória sistêmica que o acompanha liberam citocinas pró-inflamatórias, como a interleucina-6 e o fator de necrose tumoral alfa, na circulação sanguínea. Segundo, em pacientes já vulneráveis — idosos, com reserva cognitiva reduzida ou barreira hematoencefálica naturalmente mais permeável —, essas citocinas conseguem atravessar essa barreira e atingir o tecido cerebral, desencadeando neuroinflamação local, com ativação da micróglia, as células de defesa do sistema nervoso central. Terceiro, essa neuroinflamação, somada a episódios de hipotensão, hipóxia ou hipoglicemia comuns no perioperatório, compromete a oferta de glicose e oxigênio aos neurônios, prejudicando seu funcionamento normal. Quarto, como consequência final dessa cascata, instala-se um desequilíbrio na produção e na ação dos neurotransmissores cerebrais — sobretudo uma queda da atividade colinérgica, já que a acetilcolina é fundamental para a atenção e a memória, e um excesso relativo de atividade dopaminérgica —, o que se traduz clinicamente na desatenção, na desorganização do pensamento e nas alterações de comportamento características do *delirium* (MEZA MONGE *et al.*, 2025).

Compreender essa cascata fisiopatológica é o que permite à equipe de enfermagem antecipar quais pacientes têm maior probabilidade de desenvolver *delirium* e reconhecer, em cada etapa, um possível ponto de intervenção — desde o controle da resposta inflamatória até a correção de distúrbios metabólicos e a proteção

da função neuronal, temas retomados nas intervenções descritas na Seção 6 deste capítulo.

Fatores de risco

Os fatores de risco para *delirium* pós-operatório são classicamente divididos em dois grupos: fatores predisponentes, relacionados às características prévias do paciente e presentes antes mesmo da cirurgia; e fatores precipitantes, relacionados ao próprio evento cirúrgico e ao ambiente de cuidado no pós-operatório. A maioria dos pacientes que desenvolve *delirium* apresenta uma combinação de ambos os tipos de fatores (WILSON *et al.*, 2020).

Entre os fatores predisponentes mais relevantes estão a idade avançada, o comprometimento cognitivo prévio (incluindo demência subclínica não diagnosticada), o déficit sensorial (visual ou auditivo), a polifarmácia, a desnutrição, a dependência funcional prévia e a presença de múltiplas comorbidades clínicas. A avaliação pré-operatória desses fatores, quando possível, permite identificar previamente os pacientes de maior risco e direcionar recursos preventivos — como as estratégias multicomponentes de enfermagem detalhadas na Seção 6 deste capítulo (ALDECOA *et al.*, 2024).

Já os fatores precipitantes incluem o porte e a duração da cirurgia, a profundidade excessiva da anestesia, o controle inadequado da dor, a privação de sono, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, o uso de determinadas classes de medicamentos (especialmente benzodiazepínicos), a imobilização prolongada, a presença de múltiplos cateteres e dispositivos invasivos, e o próprio ambiente da unidade de terapia intensiva, com privação sensorial, ruído excessivo e desorientação têmporo-espacial (DEVLIN *et al.*, 2018; ALDECOA *et al.*, 2024). O **Quadro 31.1** sintetiza os principais fatores de risco predisponentes e precipitantes.

Quadro 31.1 Fatores de risco predisponentes e precipitantes para *delirium* pós-operatório

Fatores predisponentes	Fatores precipitantes
Idade avançada (≥ 65 anos)	Duração e porte da cirurgia
Comprometimento cognitivo prévio / demência	Controle inadequado da dor
Déficit sensorial (visual ou auditivo)	Privação de sono e ruído excessivo
Polifarmácia e uso de benzodiazepínicos	Distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos
Desnutrição e dependência funcional prévia	Imobilização e múltiplos dispositivos invasivos
Múltiplas comorbidades clínicas	Privação sensorial e desorientação no ambiente de UTI

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em WILSON *et al.* (2020), DEVLIN *et al.* (2018) e ALDECOA *et al.* (2024).

Subtipos clínicos e ferramentas diagnósticas

Clinicamente, o *delirium* se manifesta em três subtipos: hiperativo, caracterizado por agitação psicomotora, inquietação e, por vezes, agressividade; hipoativo, caracterizado por letargia, apatia e redução da atividade psicomotora; e misto, no qual o paciente alterna entre os dois padrões ao longo do dia. O subtipo hipoativo é o mais prevalente em pacientes cirúrgicos e também o mais subdiagnosticado, por ser frequentemente confundido com sonolência ou depressão (WILSON *et al.*, 2020).

O diagnóstico definitivo do *delirium* segue os critérios do DSM-5, mas sua aplicação direta à beira do leito é pouco prática na rotina assistencial. Por isso, diretrizes internacionais recomendam o uso de ferramentas de rastreamento validadas, aplicadas sistematicamente pela equipe de enfermagem pelo menos uma vez ao dia durante os primeiros dias de pós-operatório (ALDECOA *et al.*, 2024). As diretrizes atuais recomendam o uso de uma das duas ferramentas a seguir: o CAM-ICU, mais amplamente vali-

dado para pacientes críticos, ou o ICDSC (*Intensive Care Delirium Screening Checklist*), que também permite estratificar a gravidade do quadro (ALDECOA *et al.*, 2024).

Antes de aplicar as ferramentas de rastreamento de *delirium* propriamente ditas, é necessário avaliar o nível de sedação do paciente, já que essa avaliação prévia determina se o rastreamento pode ou não ser realizado naquele momento. A *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) é a escala mais utilizada para essa finalidade, tendo sido traduzida e validada para o português, com boa confiabilidade interobservador entre diferentes categorias profissionais, incluindo enfermeiros (NASSAR JUNIOR *et al.*, 2008). O **Quadro 31.2** apresenta a versão em português da escala.

Quadro 31.2 *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), versão em português

Pontos	Termo / Descrição
+4	Combativo: Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe.
+3	Muito agitado: Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente.
+2	Agitado: Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador.
+1	Inquieto: Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos.
0	Alerta e calmo
-1	Sonolento: Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos.
-2	Sedação leve: Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos.
-3	Sedação moderada: Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual).
-4	Sedação intensa: Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico).
-5	Não desperta: Sem resposta ao estímulo verbal ou físico.

Fonte: NASSAR JUNIOR *et al.*, 2008.

O método de avaliação da confusão para unidade de terapia intensiva (CAM-ICU) é a

ferramenta mais amplamente validada para pacientes críticos, inclusive aqueles sob ventilação mecânica e impossibilitados de verbalizar, apresentando sensibilidade de 82% e especificidade de 95% (ZHANG *et al.*, 2024). Sua aplicação segue quatro passos sequenciais, consi-

derando primeiro o nível de sedação do paciente pela escala RASS e avaliando, em seguida, a presença de alteração aguda do estado mental, a atenção, o nível de consciência e a organização do pensamento. O **Quadro 31.3** detalha cada um desses passos, as instruções de aplicação e os critérios de resultado.

Quadro 31.3 Fluxograma de avaliação do CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the ICU*)

Passo / Característica	Avaliação e instruções	Resultado e fluxo
1. Alteração aguda ou curso flutuante do estado mental	Há uma alteração aguda em relação ao estado mental basal? — OU — O estado mental do paciente flutuou nas últimas 24 horas?	NÃO: Sem <i>Delirium</i> SIM: Avançar para o Passo 2
2. Desatenção	“Aperte minha mão quando eu disser a letra ‘A’.” Ler uma sequência de letras, por exemplo: S A V E A H E A R T Erros: não apertar na letra ‘A’ ou apertar em outra letra. Se incapaz de completar com letras, usar figuras.	0 a 2 erros: Sem <i>Delirium</i> Mais de 2 erros: Avançar para o Passo 3
3. Nível de consciência alterado	Avaliar o nível atual do paciente na escala RASS.	RASS = 0: Avançar para o Passo 4 RASS ≠ 0: Com <i>Delirium</i>
4. Pensamento desorganizado	Perguntas/comandos: Uma pedra flutua na água? Existem peixes no mar? Um quilo pesa mais que dois? É possível usar um martelo para pregar um prego? “Mostre esta quantidade de dedos” e “agora faça o mesmo com a outra mão” (sem demonstrar). Se incapaz de mover ambos os braços, substituir por “adicione mais um dedo”.	0 a 1 erro: Sem <i>Delirium</i> Mais de 1 erro: Com <i>Delirium</i>

Fonte: adaptado de ELY *et al.* (2001).

Critério para diagnóstico final: para que o paciente seja considerado com delirium, deve apresentar obrigatoriamente a característica 1 e a característica 2, somadas à característica 3 ou à característica 4.

Já o *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) avalia oito itens ao longo do turno de trabalho — nível de consciência, desatenção, desorientação, alucinação ou ilusão, agitação ou lentificação psicomotora, discurso ou humor inadequado, alteração do ciclo sono-vigília e flutuação dos sintomas —, cada um pontuando 1 ponto quando presente. A pontuação total varia de 0 a 8: o valor 0 indica ausência de *delirium*, de 1 a 3 sugere *delirium* subsindrômico, e a partir de 4 caracteriza *delirium* estabelecido. Diferentemente do CAM-ICU, que informa apenas presença ou ausência, o ICDSC permite acompanhar a gravidade e a evolução

do quadro ao longo da internação (**Quadro 31.4**) (BERGERON *et al.*, 2001).

Para pacientes em enfermarias gerais ou unidades de recuperação pós-anestésica, o 4AT (4 ‘A’s Test) é recomendado por sua rapidez de aplicação (menos de dois minutos) e por não exigir treinamento especializado prolongado, apresentando sensibilidade de 88% e especificidade de 88% em revisão sistemática (TIEGES *et al.*, 2021). É organizado em quatro itens: avaliação do nível de alerta, observando se o paciente está claramente hipervigilante ou hipoa-lerta; um teste cognitivo abreviado com quatro perguntas simples (idade, data de nascimento,

local atual e ano corrente); um teste de atenção, solicitando que o paciente enumere os meses do ano em ordem decrescente a partir de dezembro; e a avaliação de alteração aguda do estado mental ou flutuação nas últimas duas semanas,

obtida também por meio de informações de familiares ou da equipe. A pontuação de cada item é somada, e valores a partir de 4 pontos já sugerem *delirium* (**Quadro 31.5**).

Quadro 31.4 *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)*

Item avaliado	Critério (pontua 1 quando presente)
1. Alteração do nível de consciência	Vigília ou sono facilmente despertável = 0. Hipervigilância ou sedação leve com resposta a estímulo = 1. Sem resposta ou resposta apenas a estímulo vigoroso = avaliação interrompida nesse turno
2. Desatenção	Dificuldade em acompanhar uma conversa ou seguir instruções; facilmente distraído por estímulos externos
3. Desorientação	Qualquer erro evidente quanto a tempo, lugar ou pessoa
4. Alucinação, ilusão ou psicose	Manifestação clínica inequívoca de alucinação, ilusão ou comportamento sugestivo (ex.: tentar pegar objeto inexistente)
5. Agitação ou lentificação psicomotora	Hiperatividade que exige contenção ou sedação adicional; ou lentificação/hipoatividade psicomotora perceptível
6. Discurso ou humor inadequado	Discurso desorganizado ou incoerente; emoção inadequada em relação à situação
7. Alteração do ciclo sono-vigília	Sono menor que 4 horas à noite ou despertares frequentes; sonolência excessiva durante o dia
8. Flutuação dos sintomas	Flutuação de qualquer item acima ao longo do turno ou entre turnos

Fonte: adaptado de KLEIN *et al.* (2023), com base em BERGERON *et al.* (2001).

Vale destacar que o rastreo isolado do *delirium*, por si só, tem impacto clínico limitado: os benefícios clínicos e econômicos só se tornam evidentes quando essa avaliação está integrada a um protocolo institucional bem definido, com estratégias de atuação claras diante de um resultado positivo. Tanto o CAM-ICU quanto o ICDSC são escalas traduzidas e validadas para uso no Brasil, podendo ser aplicadas não apenas por médicos, mas também

por enfermeiros e demais profissionais de saúde devidamente capacitados — o que reforça o papel central da enfermagem nesse processo. A frequência ideal de aplicação deve seguir o protocolo de cada instituição, e o CAM-ICU, em particular, admite adaptações para pacientes com déficit auditivo ou visual, ampliando sua aplicabilidade à beira do leito (**Quadro 31.6**) (KLEIN *et al.*, 2023).

Quadro 31.5 4AT (4 'A's Test): itens e pontuação

Item	Como avaliar	Pontuação
1. Alerta (Alertness)	Observação do nível de consciência ao longo da avaliação.	Normal = 0 Claramente alterado (sonolento ou hiperalerta) = 4
2. AMT4 (teste cognitivo abreviado)	Idade, data de nascimento, local atual e ano corrente.	Nenhum erro = 0 1 erro = 1 ≥2 erros ou não testável = 2
3. Atenção (meses em ordem decrescente)	Pedir para dizer os meses do ano de trás para frente, a partir de dezembro.	≥7 meses corretos = 0 <7 meses ou recusa = 1 Não testável = 2
4. Alteração aguda ou flutuante	Evidência de alteração do estado mental nas últimas 2 semanas, por observação ou relato de terceiros.	Não = 0 Sim = 4

Fonte: adaptado de BELLELLI *et al.* (2014). Pontuação total de 0 a 12: 0 = delirium/comprometimento cognitivo improvável; 1-3 = possível comprometimento cognitivo; ≥4 = possível delirium.

Quadro 31.6 Comparação entre as principais ferramentas de rastreamento de *delirium*

Característica	CAM-ICU	ICDSC	4AT
Ambiente de uso principal	Unidade de terapia intensiva, incluindo pacientes sob ventilação mecânica	Unidade de terapia intensiva, incluindo pacientes sob ventilação mecânica	Enfermarias gerais e unidades de recuperação pós-anestésica
Tempo de aplicação	1 a 2 minutos	Observação ao longo de todo o turno	Menos de 2 minutos
Componentes avaliados	Início agudo/flutuação, desatenção, alteração do nível de consciência, pensamento desorganizado	8 itens, incluindo nível de consciência, desatenção, desorientação e alucinação (escore de 0 a 8)	Nível de consciência, teste cognitivo abreviado, teste de atenção, alteração aguda/flutuante
Desempenho diagnóstico	Sensibilidade 80%; especificidade 96%	Sensibilidade 74%; especificidade 82%	Sensibilidade 88%; especificidade 88%
Aplicável a pacientes não verbais	Sim	Sim	Parcialmente

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em ZHANG *et al.* (2024), GUSMAO-FLORES *et al.* (2012) e TIEGES *et al.* (2021).

O papel do familiar na UTI

A presença do familiar junto ao paciente criticamente enfermo deixou de ser vista apenas como uma cortesia hospitalar para se tornar um componente reconhecido do cuidado centrado no paciente, com repercussões diretas sobre a prevenção do *delirium*. Historicamente, contudo, a maioria das unidades de terapia intensiva no mundo — e também no Brasil — adota políticas restritivas de visita, limitando o contato do paciente com sua rede familiar a poucos minutos, poucas vezes ao dia (KOCH-HANN *et al.*, 2023).

Evidências acumuladas nas últimas duas décadas mostram que a ausência de visita familiar constitui fator de risco independente para o desenvolvimento de *delirium* durante a internação em terapia intensiva (VAN ROMPAEY *et al.*, 2009). As evidências sobre a flexibilização da visita como estratégia preventiva, no entanto, ainda são heterogêneas. Um estudo brasileiro do tipo antes e depois demonstrou que a mudança de um modelo restritivo de visita

(cerca de 4,5 horas diárias) para um modelo flexível (até 12 horas diárias) resultou em redução de 50% na incidência cumulativa de *delirium*, com benefício mais evidente entre pacientes idosos e mais graves (ROSA *et al.*, 2017). Contudo, o maior ensaio clínico já realizado sobre o tema — um estudo cluster-crossover conduzido em 36 UTIs brasileiras — não confirmou redução estatisticamente significativa na incidência de *delirium* com a visita flexível, embora tenha demonstrado maior presença e envolvimento percebido dos familiares em estratégias de prevenção, como reorientação, mobilização e controle da dor, sem aumento do risco de infecção ou de sobrecarga da equipe (ROSA *et al.*, 2019).

Esse efeito protetor parece decorrer de múltiplos mecanismos combinados: a presença do familiar contribui para a reorientação temporal e espacial do paciente, reduz a ansiedade, favorece o reconhecimento mais preciso, pela equipe, dos hábitos e do estado cognitivo basal do paciente, e permite maior controle da dor e do desconforto — muitas vezes percebidos com mais sensibilidade por quem convive com o paciente do que por um

profissional que o conhece apenas desde a internação (KOCHHANN *et al.*, 2023).

Além da prevenção do *delirium*, modelos mais flexíveis de visitação estão associados a maior satisfação de pacientes e familiares, melhor comunicação com a equipe assistencial e, segundo alguns estudos, redução de complicações cardiovasculares durante a internação — sem evidência, até o momento, de aumento do risco de infecção associado à maior permanência de familiares (KOCHHANN *et al.*, 2023). A implementação bem-sucedida de uma política de visitação flexível, no entanto, exige preparo organizacional da equipe. O **Quadro 31.7** sintetiza os principais desafios e as estratégias sugeridas para tornar essa transição benéfica para pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Quadro 31.7 Desafios e estratégias para a flexibilização da visita familiar na UTI

Desafio	Estratégia
Acomodações e privacidade	Definir espaços de apoio aos familiares e regras de acesso conforme a preferência do paciente
Comunicação da equipe	Capacitar a equipe em comunicação com familiares; permitir participação em rounds multiprofissionais
Segurança do paciente	Orientar familiares sobre o ambiente de UTI, higienização das mãos e cuidados com dispositivos
Suporte psicológico ao familiar	Disponibilizar suporte de psicologia e grupos de apoio a familiares
Proteção da equipe assistencial	Adequar o dimensionamento de profissionais e oferecer suporte psicológico ocupacional

Fonte: elaborado pelas autoras, com base em KOCHHANN *et al.* (2023).

Diante dessas evidências, incorporar a família como parceira no cuidado — e não apenas como visitante — deve ser considerado um componente adicional, de baixo custo e alto impacto potencial, nas estratégias de prevenção do

delirium discutidas na próxima seção deste capítulo.

Intervenções de enfermagem para prevenção e manejo

As diretrizes atuais são consistentes ao afirmar que a prevenção não farmacológica multi-componente é a estratégia mais eficaz e mais bem embasada para reduzir a incidência de *delirium* pós-operatório, superando as intervenções farmacológicas profiláticas isoladas, cujo benefício permanece controverso (ALDECOA *et al.*, 2024). Nesse contexto, destacam-se as diretrizes PADIS — sigla em inglês para *pain, agitation/sedation, delirium, immobility and sleep disruption* (dor, agitação/sedação, *delirium*, imobilidade e distúrbios do sono) —, publicadas pela *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e atualmente em sua terceira versão, que reúnem as recomendações mais robustas sobre avaliação e manejo integrado desses cinco domínios em pacientes críticos (DEVLIN *et al.*, 2018).

O *Hospital Elder Life Program* (HELP), programa multicomponente desenvolvido para pacientes idosos hospitalizados, permanece o modelo de referência nessa abordagem. Uma metanálise recente de ensaios clínicos randomizados confirmou que a implementação do HELP reduz a incidência de *delirium* em cerca de 40% e está associada a menor tempo de internação e menor incidência de quedas (SHEN *et al.*, 2024). Na prática, o programa se organiza em torno de seis protocolos-alvo, detalhados no **Quadro 31.8**, cada um direcionado a um fator de risco modificável específico.

De forma complementar, o pacote ABCDEF é recomendado pelas diretrizes PADIS para pacientes críticos, com evidência de redução da duração do *delirium* e do tempo de ventilação mecânica quando implementado de

forma integrada (DEVLIN *et al.*, 2018; PUN *et al.*, 2019). O **Quadro 31.9** detalha o significado

de cada letra do pacote e sua tradução em ações concretas de enfermagem.

Quadro 31.8 Protocolos-alvo do *Hospital Elder Life Program* (HELP)

Protocolo	Ação de enfermagem
Orientação	Reorientação estruturada, uso de calendários e relógios visíveis, comunicação clara sobre local e motivo da internação
Atividades terapêuticas	Estimulação cognitiva (conversas orientadas, atividades simples) uma a duas vezes ao dia
Mobilização precoce	Redução do tempo de imobilização no leito; exercícios ativos e passivos conforme liberação da equipe
Protocolo visual e auditivo	Disponibilização de óculos, lupas e aparelhos auditivos assim que possível
Protocolo de sono	Redução de ruído e luminosidade noturna; reorganização de horários de medicação e procedimentos
Hidratação e nutrição	Monitorização e correção precoce de sinais de desidratação e ingesta inadequada

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir da estrutura original do *Hospital Elder Life Program* (SHEN *et al.*, 2024).

Quadro 31.9 Componentes do pacote ABCDEF

Letra	Significado	Ação de enfermagem
A	Avaliar, prevenir e tratar a dor (<i>Assess, prevent, manage pain</i>)	Aplicar escala de dor validada a intervalos regulares (ex.: CPOT ou BPS em pacientes não comunicativos)
B	Despertar e respiração espontâneos (<i>Both spontaneous awakening and breathing trials</i>)	Participar da pausa diária de sedação e dos testes de respiração espontânea, conforme protocolo
C	Escolha criteriosa de analgesia e sedação (<i>Choice of analgesia and sedation</i>)	Priorizar sedação leve (RASS entre -1 e +1) e analgesia antes da sedação
D	Avaliar, prevenir e tratar o delirium (<i>Delirium: assess, prevent, manage</i>)	Aplicar CAM-ICU ou 4AT sistematicamente, ao menos uma vez por turno
E	Mobilização precoce (<i>Early mobility and exercise</i>)	Iniciar e progredir a mobilização assim que houver segurança clínica
F	Envolvimento familiar (<i>Family engagement and empowerment</i>)	Incentivar e viabilizar a presença ativa do familiar no cuidado (ver Seção 5)

Fonte: elaborado pelas autoras, com base em DEVLIN *et al.* (2018), MARRA *et al.* (2017) e PUN *et al.* (2019).

Na prática assistencial, essas recomendações se traduzem em ações concretas de enfermagem, sistematizadas no **Quadro 31.10**: reorientação temporo-espacial frequente, disponibilização precoce de óculos e aparelhos auditivos, promoção do ciclo sono-vigília, mobilização precoce e progressiva, manutenção de hidratação e nutrição adequadas, remoção precoce de sondas e cateteres, e incentivo à presença e à participação de familiares no cuidado (SHEN *et al.*, 2024; DEVLIN *et al.*, 2018).

Por fim, vale destacar as recomendações específicas sobre o sono, um dos domínios mais frequentemente negligenciados no ambiente de terapia intensiva. As medidas não farmacológicas — redução de ruído e luminosidade noturna, reorganização do cuidado para concentrar procedimentos fora do período de sono e controle adequado da dor — têm evidência mais consistente do que as medidas farmacológicas: a melatonina não demonstrou benefício comprovado em pacientes críticos, os benzodi-

azepínicos têm efeito deletério sobre a arquitetura do sono e não são recomendados como indutores nesse contexto, e antipsicóticos como olanzapina e risperidona têm evidência ainda

preliminar, não sendo recomendados rotineiramente para essa finalidade (**Quadro 31.11**) (KLEIN *et al.*, 2023; DEVLIN *et al.*, 2018).

Quadro 31.10 Domínios de intervenção não farmacológica e ações de enfermagem correspondentes

Domínio da intervenção	Ação de enfermagem
Orientação e estimulação cognitiva	Reorientação temporo-espacial frequente; uso de relógios e calendários; comunicação clara sobre local e motivo da internação
Correção de déficits sensoriais	Disponibilização precoce de óculos e aparelhos auditivos; boa iluminação para comunicação
Sono e ritmo circadiano	Controle de luminosidade e ruído noturno; agrupamento de procedimentos durante o dia; redução de interrupções noturnas
Mobilização precoce	Troca de decúbito, sedestação e deambulação progressiva conforme liberação da equipe
Hidratação, nutrição e revisão medicamentosa	Monitorização do estado volêmico e nutricional; atenção a fármacos de risco (ex.: benzodiazepínicos)
Redução de dispositivos invasivos	Remoção precoce de sondas, cateteres e restrições físicas assim que clinicamente possível
Envolvimento familiar	Estímulo à presença e à participação ativa de familiares no cuidado e na reorientação do paciente

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em DEVLIN *et al.* (2018) e SHEN *et al.* (2024).

Quadro 31.11 Intervenções para melhora do sono no paciente crítico

Categoria	Intervenções
Não farmacológicas	Redução de ruído (protetores auriculares) e de luminosidade noturna; reorganização do cuidado evitando o período entre meia-noite e 5h; conforto do paciente; tratamento adequado da dor
Farmacológicas	Melatonina sem benefício comprovado em pacientes críticos; benzodiazepínicos com efeito deletério sobre o sono; antipsicóticos com evidência preliminar limitada, ainda não recomendados rotineiramente

Fonte: Adaptado de KLEIN *et al.* (2023), com base em DEVLIN *et al.* (2018).

Cuidados de enfermagem sistematizados

A sistematização do cuidado de enfermagem ao paciente em risco de *delirium* pós-operatório passa pela integração dos elementos discutidos ao longo deste capítulo: reconhecimento dos fatores de risco já na admissão, aplicação diária e sistemática de uma ferramenta de rastreio validada, envolvimento ativo da família no cuidado, e implementação das medidas não

farmacológicas multicomponentes, independentemente da confirmação diagnóstica do *delirium* — já que essas mesmas medidas constituem a base da prevenção primária.

O **Quadro 31.12** sintetiza, de forma prática, os principais sinais de alerta que a equipe de enfermagem deve monitorizar sistematicamente, seu possível significado clínico e a conduta correspondente, funcionando como uma ferramenta de consulta rápida à beira do leito.

Quadro 31.12 Sinais de alerta, significado clínico e conduta de enfermagem no delirium pós-operatório

Sinal observado	Possível significado clínico	Conduta de enfermagem
Agitação psicomotora ou inquietação súbita	Possível delirium hiperativo	Aplicar CAM-ICU/4AT; avaliar segurança do paciente; comunicar equipe médica
Letargia ou redução súbita da interação	Possível <i>delirium</i> hipoativo (frequentemente subdiagnosticado)	Não atribuir apenas a sonolência; aplicar ferramenta de rastreio; reavaliar nível de consciência
Desorientação têmporo-espacial de início recente	Sinal precoce comum a ambos os subtipos	Reorientar ativamente; verificar uso recente de sedativos/benzodiazepínicos
Flutuação do quadro ao longo do dia/turnos	Característica central do delirium (distingue de demência)	Registrar horários de alteração; comunicar em passagem de plantão
Alteração aguda da atenção ou do discurso	Sugestivo de desatenção/pensamento desorganizado	Aplicar ferramenta de rastreio validada; investigar causas precipitantes (dor, retenção urinária, hipóxia)

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em WILSON *et al.* (2020), ZHANG *et al.* (2024) e TIEGES *et al.* (2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDECOA, C. *et al.* Update of the European society of anaesthesiology and intensive care medicine guideline on postoperative delirium in adults. *European Journal of Anaesthesiology*; v. 41, n. 2, p. 81-108, 2024.
- BELLELLI, G. *et al.* Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and Ageing*; v. 43, n. 4, p. 496-502, 2014.
- BERGERON, N. *et al.* Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*; v. 27, n. 5, p. 859-64, 2001.
- DEVLIN, J.W. *et al.* Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*; v. 46, n. 9, p. e825-e873, 2018.
- ELY, E.W. *et al.* Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*; v. 286, n. 21, p. 2703-10, 2001.
- GOLDBERG, T.E. *et al.* Association of delirium with long-term cognitive decline: a meta-analysis. *JAMA Neurology*; v. 77, n. 11, p. 1373-81, 2020.
- GUSMAO-FLORES, D. *et al.* The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*; v. 16, n. 4, p. R115, 2012.
- JIN, Z. *et al.* Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *British Journal of Anaesthesia*; n. 125, v. 4, p. 492-504, 2020.
- KLEIN, C. *et al.* Avaliação, prevenção e manejo da dor, agitação e delirium. In: Morsch CMF, Klein C, Soares OM, organizadores. *Terapia intensiva enfermagem no contexto multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu; 2023. p.95-106.
- KOCHHANN, R. *et al.* O papel do familiar na UTI. In: Morsch CMF, Klein C, Soares OM, organizadores. *Terapia intensiva enfermagem no contexto multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu; 2023. p.323-8.
- MARRA, A. *et al.* The ABCDEF bundle in critical care. *Critical Care Clinic*; v. 33, n. 2, p. 225-43, 2017.
- MEZA MONGE, K. *et al.* From bench to bedside: new frontiers in understanding and treating postoperative delirium. *Journal of Clinical Medicine*; n. 14, v. 23, p. 8418, 2025.
- NASSAR JUNIOR, A.P. *et al.* Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*; v. 126, n. 4, p. 215-9, 2008.
- PUN, B.T. *et al.* Caring for critically ill patients with the ABCDEF bundle: results of the ICU liberation collaborative in over 15,000 adults. *Critical Care Medicine*; v. 47, n. 1, p. 3-14, 2019.
- ROSA, R.G. *et al.* Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. *Critical Care Medicine*; v. 45, n. 10, p. 1660-7, 2017.
- ROSA, R.G. *et al.* Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: the ICU visits randomized clinical trial. *JAMA*; v. 322, n. 3, p. 216-28, 2019.
- SHEN, H. *et al.* Effect of hospital elder life program on the incidence of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Geriatric Nursing*; v. 56, p. 225-36, 2024.
- TIEGES, Z. *et al.* Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*; v. 50, n. 3, p. 733-43, 2022.
- VAN ROMPAEY, B. *et al.* Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Critical Care*; v. 13, n. 3, p. R77, 2009.

WILSON, J.E. *et al.* Delirium. Nature Reviews Disease Primers; v. 6, n. 1, p .90, 2020.

XIAO, M.Z. *et al.* Postoperative delirium, neuroinflammation, and influencing factors of postoperative delirium: a review. Medicine (Baltimore); v. 102, n. 8, p. e32991, 2023.

ZHANG, Y. *et al.* Validity and predictability of the confusion assessment method for the intensive care unit for delirium among critically ill patients in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. Nursing in Critical Care; v. 29, n. 6, p. 1204-14, 2024.