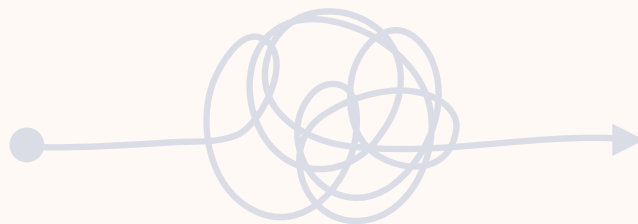


Eduarda Lazzarin Leal

DELIRIUM NA UTI: ATENÇÃO E CUIDADO EM EQUIPE

GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO



AUTORIA E DIAGRAMAÇÃO

Psicóloga e mestranda Eduarda Lazzarin Leal

ORIENTAÇÃO E REVISÃO

Prof. Dra. Mariana Calessio Moreira

Prof. Dra. Luiza Maria de O. Braga Silveira

Catálogo na Publicação

Leal, Eduarda Lazzarin

Delirium na UTI: Atenção e Cuidado em Equipe : Guia de Orientações para Equipe Multiprofissional / Eduarda Lazzarin Leal. -- 2025.

44 p. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2025.

Orientador(a): Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira.

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Delirium. 3. Educação em Saúde. 4. Psicologia. I. Título.

Descrição técnica do produto educacional

Origem: Dissertação intitulada Delirium na UTI: Avaliação de um produto educacional e proposta de aplicabilidade.

Área do Conhecimento: Ensino na Saúde.

Público Alvo: Profissionais da saúde.

Categoria: Material gráfico em livreto, de proposta didático-científica.

Finalidade: Fornecer subsídios para o processo educativo em saúde, a fim de orientar as equipes multiprofissionais quanto às intervenções possíveis para o melhor manejo do delirium nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI).

Disponibilidade: Irrestrita, preservando-se os direitos autorais bem como a proibição do uso comercial do produto.

Divulgação: Em formato físico e digital.

Instituição: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Idioma: Português.

País/Ano: Brasil, 2025.

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste Guia é fornecer subsídios para o processo educativo em saúde, a fim de orientar as equipes multiprofissionais quanto às intervenções possíveis para o melhor manejo do delirium nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI).

Este material foi elaborado inicialmente a partir do trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Atenção em Terapia Intensiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA) na área de Psicologia em 2022-2023.

No intuito de disponibilizar um produto de qualidade para a prática profissional e o ensino na saúde, propôs-se a validação e aperfeiçoamento do Guia, enquanto tecnologia educacional, através da pesquisa desenvolvida no Mestrado Profissional de Ensino na Saúde (PPG ENSAU - UFCSPA) durante o ano de 2024 e 2025.

Espera-se, por fim, auxiliar na disseminação do conhecimento sobre o assunto, trazendo luz à importância do tema e direcionando pequenos passos pela busca constante do melhor cuidado.

SUMÁRIO

Por que precisamos saber sobre o <i>delirium</i> ?	6
O que é <i>delirium</i> ?	7
O que pode direcionar a nossa prática?	12
O que fazer e como cuidar?	13
Esquema prático	21
Perguntas e respostas	22
Situações clínicas	28
Atuação nas diferentes áreas do conhecimento	32
Sugestão de <i>checklist</i> em <i>Round</i> Multiprofissional	33
Sugestão de elaboração de projeto para visitas ampliadas	36
Considerações finais	41
Referências	42

POR QUE PRECISAMOS SABER SOBRE O DELIRIUM?



Apesar da necessidade de prevenção, avaliação e manejo dos casos de *delirium* já estar consolidada, esta ainda é uma síndrome pouco antecipada, diagnosticada e tratada nas UTIs. Além disso, os profissionais ainda carecem de maior conhecimento sobre o assunto.

O tema exige atenção das instituições e das equipes de saúde, visto que o *delirium* é uma condição prevalente em ambiente hospitalar, correspondendo a quase um terço dos pacientes internados em UTI.

Representa também maior tempo de internação, aumento da morbidade, mortalidade e dos custos na assistência em saúde.

DELIRIUM

PREVALENTE NAS UTIs

SUBNOTIFICADO,
POUCO PREVENIDO
E TRATADO

LONGAS
INTERNAÇÕES E
CUSTOS NA SAÚDE

MAIOR MORBIDADE
E MORTALIDADE

POUCO CONHECIDO
PELOS PROFISSIONAIS

Trata-se de uma condição potencialmente fatal, que acompanha piores resultados clínicos a curto e longo prazo para os paciente críticos.

O QUE É DELIRIUM?

É uma **síndrome** causada por uma condição médica geral e caracterizada por prejuízo na **atenção** e **consciência**, com alterações cognitivas e de sensopercepção, que não são mais bem explicadas por patologia prévia.



As alterações cognitivas podem incluir:

- ▶ Comprometimento generalizado do funcionamento cognitivo;
- ▶ Perturbação da percepção, incluindo distorções, ilusões e alucinações;
- ▶ Comprometimento da capacidade de abstração e compreensão;
- ▶ Delírios transitórios;
- ▶ Comprometimento das memórias imediata e recente;
- ▶ Desorientação quanto ao tempo e, ocasionalmente, local e pessoa;

Essas alterações podem ser comumente observadas, por exemplo, em pacientes que possuem **dificuldade para manter um diálogo** contínuo e coerente, nos que relatam estar enxergando objetos/pessoas que não estão no ambiente naquele momento ou ainda nos que apresentam **ideias persecutórias** de que a equipe está lhe causando algum mal.





Trata-se de um estado confusional de **início agudo e curso flutuante**. Portanto, manifesta-se através de uma mudança repentina e que costuma oscilar em sua intensidade por momentos, turnos ou dias.

Pode ocorrer ainda:

- Comprometimento do ciclo sono-vigília: insônia e reversão do ciclo;
- Transtornos emocionais: depressão, ansiedade, medo, irritabilidade, euforia, apatia, perplexidade, entre outros.

De acordo com a variação da atividade psicomotora, é classificado como:

- **Hiperativo:** agitação psicomotora, ansiedade e hipervigilância. Mais facilmente identificado pela equipe.
- **Hipoativo:** retardo psicomotor, sonolência e letargia. Bastante comum e menos diagnosticado.
- **Misto:** combinação intercalada entre hiper e hipoatividade.



O *delirium* é um quadro potencialmente reversível com **duração** de dias, semanas e limitado a seis meses.



Porém, alguns pacientes podem nunca se recuperar totalmente do *delirium*.



Está associado ao **declínio cognitivo**, com risco aumentado para problemas de saúde e morte.



Entre fatores de risco conhecidos para *delirium* estão a **idade avançada** e os transtornos neurocognitivos.



Algumas das condições geralmente associadas são uso de medicamentos ou **polifarmácia**, as doenças sistêmicas ou **infecciosas**, os distúrbios **toxicometabólicos**, as doenças do **sistema nervoso central** e o abuso ou abstinência de **álcool** ou outras substâncias psicoativas.

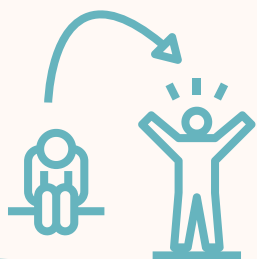


Medicamentos geralmente associados ao desenvolvimento de *delirium*:

- Agentes anticolinérgicos
- Benzodiazepínicos/hipnóticos
- Diuréticos
- Digitálicos
- Drogas anti-hipertensivas
- Antiarrítmicos
- Serotonérgicos
- Lítio
- L-dopa
- Anti-inflamatórios
- Narcóticos/opioides
- Quimioterapia



ALGUNS SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA!



Mudança no estado mental.
Por exemplo, paciente previamente alerta e tranquilo, apresentando sonolência excessiva ou agitação repentina.



Idade avançada representa fator de risco.

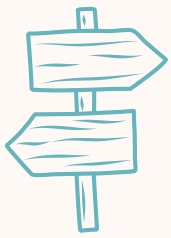


Trocar o dia pela noite - insônia e sonolência diurna.












Desatenção, com dificuldade para manter contato visual ou o mesmo assunto em um diálogo.

Alucinações/delírios: ver, ouvir ou acreditar em coisas que não são reais.



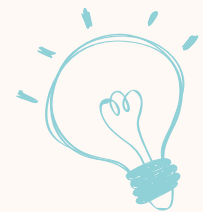
O QUE PODE DIRECIONAR A NOSSA PRÁTICA?

-  **Conhecer** sobre *delirium* e estabelecer **planos de cuidado** em conjunto com equipe multiprofissional;
-  **Prevenir**, reconhecer, avaliar e tratar o *delirium*;
-  Priorizar o controle da **dor** em relação à sedação;
-  Possibilitar um **despertar** adequado e confortável ao paciente, conforme sua condição clínica;
-  Priorizar as intervenções **não farmacológicas**;
-  Investigar e tratar a **causa** do *delirium*;
-  Revisar constantemente as **prescrições** medicamentosas e monitorar a hidratação e a **nutrição** do paciente;
-  Considerar a **mobilização** do paciente como um objetivo comum da equipe multiprofissional;
-  Compreender a **família** como parceira no cuidado;

O QUE FAZER E COMO CUIDAR?

INTERVENÇÕES POSSÍVEIS

A seguir, serão apresentadas algumas **intervenções possíveis** para orientar as equipes multiprofissionais em sua prática de cuidado relacionada a pacientes críticos e *delirium*.



Implementar o *bundle* ABCDEF.

O *bundle* ABCDEF é uma ferramenta que contém um **pacote de intervenções multicomponentes** para avaliar, tratar e prevenir a dor, a agitação e o *delirium* em UTI.

É capaz de auxiliar o profissional de saúde a **orientar o tratamento** do paciente e a utilizar diferentes recursos, contendo múltiplos benefícios potenciais que superam os riscos mínimos de custos e coordenação.



O *bundle* ABCDEF

Sua sigla corresponde a seis eixos que significam, respectivamente:

(A) *Assess, Prevent and Manage Pain:*

avaliar, prevenir e controlar a dor, estabelecendo-a como prioridade quanto à sedação do paciente;

(B) *Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials:*

condução de um protocolo de respiração espontânea com o objetivo de liberar o paciente da ventilação mecânica;

(C) *Choice of Analgesia and Sedation:*

reavaliação constante da escolha de analgesia e sedação;

(D) *Delirium: assess, prevent and manage:*

construção de um plano para compreender as causas do *delirium*, além de avaliar a necessidade de redução ou introdução de medicamentos no seu manejo;

(E) *Early Mobility and Exercise:*

implementação de programas de mobilização precoce e exercícios desenvolvidos pela equipe;

(F) *Family Engagement and Empowerment:*

incentivo ao engajamento e empoderamento dos familiares junto ao paciente na UTI.



- **Praticar a avaliação frequente da dor com ferramentas validadas.** Priorizar as medidas não farmacológicas, como adequação da postura corporal ou remoção de outros estímulos físicos.
- **Estabelecer um protocolo de analgo-sedação,** tendo como alvo a sedação mínima.
- **Considerar o uso de antipsicóticos** em caso de agitação aguda do paciente.
- **Evitar a prática da contenção mecânica.** Restringir seu uso somente em episódios de agitação e de forma transitória para segurança do paciente.





Estabelecer uma triagem para monitoramento do *delirium* através da avaliação com escalas validadas, como o *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* (CAM-ICU).



Desenvolver um protocolo de mobilização precoce com abordagem multidisciplinar. Priorizar as saídas do leito e exercícios físicos, conforme condições do paciente.



Vigiar estado nutricional. Estabelecer rotina de avaliação e controle para casos de deficiências nutricionais, desnutrição, desidratação e constipação.





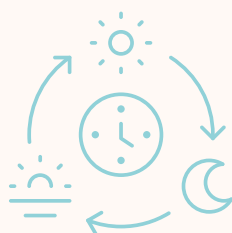
Instituir medidas ambientais. Promover melhor qualidade do sono através da redução de ruídos, como os alarmes e conversas, da padronização de períodos de silêncio, da manutenção da temperatura corporal e do acesso à luz natural, com janelas ou em saídas externas ao sol, conforme possibilidade e estrutura da unidade.



Realizar estimulação cognitiva e reorientação tempo-espacial dos pacientes constantemente. Possibilitar ao paciente o acesso a um relógio no leito. Apresentar-se ao paciente, informar sobre o procedimento/ação a ser realizada, fornecer dados de realidade, orientar sobre rotinas e esclarecer dúvidas.



Permitir o uso de objetos pessoais e dispositivos como próteses auditivas e óculos sempre que possível.





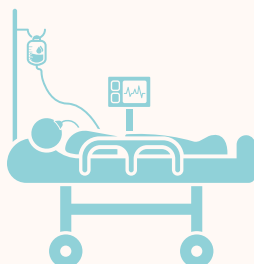
Desenvolver uma estratégia de cuidado com olhar individualizado, construindo objetivos centrados no paciente e nas suas necessidades singulares. Facilitar, dentro das possibilidades, sua participação ativa no processo de recuperação.



Criar uma política de visita ampliada ou aberta, permitindo a presença de acompanhante sempre que possível.



Estimular a participação dos familiares no cuidado com os pacientes.





Estabelecer estratégias de educação da família acerca do *delirium* e de seu manejo, a fim de que os acompanhantes/visitantes conheçam melhor a forma de interagir com os pacientes. Podem ser criados grupos de acolhimento e orientação às famílias e fornecidos materiais como cartilhas informativas.



Desenvolver ações de formação e treinamento periódico da equipe, possibilitando melhor adesão e continuidade das intervenções recomendadas.





Estruturar uma rotina para implementação de *round* multiprofissional. Dessa forma, favorecer a comunicação e a tomada de decisão em conjunto, elencar atividades e estabelecer metas e planos de cuidado, bem como monitorar o funcionamento dos protocolos e práticas instituídas.



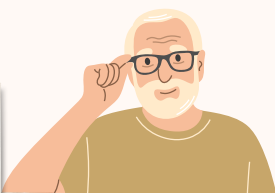
ESQUEMA PRÁTICO



Permitir acesso à luz natural e facilitar manutenção do ciclo sono-vigília.



Reduzir os ruídos ambientes.



Permitir objetos pessoais sempre que possível.



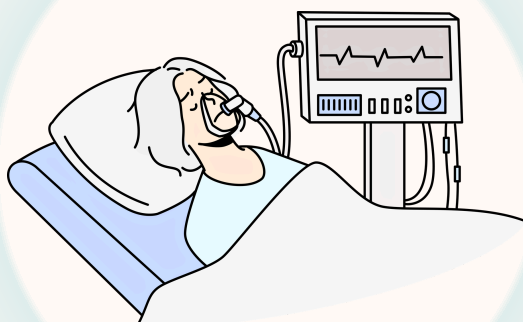
Comunicar-se claramente com o paciente, informar data, hora e local. Promover a estimulação cognitiva.



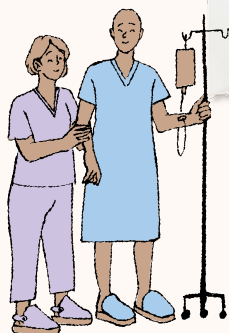
Viabilizar a presença da família por meio de visitas ampliadas.



Priorizar o controle da dor e a sedação mínima.



Orientar a família e estimular sua participação no cuidado.



Praticar a mobilização precoce.



Monitorar o *delirium* por meio da aplicação sistemática de escalas.

Investigar fatores desencadeantes e agir na causa.



Revisar a prescrição medicamentosa.



Melhorar a comunicação entre a equipe multiprofissional através de estratégias como o *round*.

Olhar para o paciente como sujeito ativo e com necessidades singulares.



O QUE FAZER E COMO CUIDAR?

PERGUNTAS E RESPOSTAS



COMO A FAMÍLIA PODE AJUDAR NO CUIDADO DO PACIENTE EM DELIRIUM?

O **afastamento** da família pode ser um fator de impacto emocional negativo ao paciente na UTI. A sua **presença**, pelo contrário, costuma trazer sensação de **segurança** ao paciente, representando elementos conhecidos e afetivos, em meio ao ambiente tão novo e potencialmente intimidador.

Nesse sentido, os familiares podem exercer um importante papel, por exemplo, **reorientando** o paciente em tempo e espaço, trazendo **notícias** externas agradáveis, **apoiando** e facilitando a **compreensão** do momento vivenciado. Assim, também auxiliam a equipe, que passa a conhecer melhor o paciente em sua **individualidade**.

É importante lembrar que, para o familiar, encontrar pela primeira vez o seu ente querido em *delirium*, agitado, confuso e, por vezes, contido, pode causar grande **estranhamento e impacto emocional**. Quando os familiares já foram orientados pela equipe, cientes do que significa o *delirium* e de como podem encontrar o paciente no leito, estes tendem a desempenhar uma função **tranquilizadora** e atenta ao paciente, minimizando sintomas.



QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS DO DELIRIUM?

O *delirium* está associado ao aumento da morbidade e mortalidade na UTI, bem como ao maior tempo de **ventilação mecânica** e internação hospitalar. É reconhecido enquanto preditor de **intercorrências**, como a remoção acidental de tubos e cateteres ou a autoextubação. Também impacta de forma prejudicial o **prognóstico** dos pacientes e pode acarretar no **comprometimento cognitivo** e de qualidade de vida em longo prazo.



EXISTE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA O DELIRIUM?

Muitos estudos investigam e sugerem o manejo farmacológico como conduta para sintomas presentes neste quadro, como a **agitação psicomotora**. No entanto, **não existe um consenso ou um tratamento medicamentoso único** para o *delirium*. Esta condição é multifatorial e requer um tratamento de abordagem interdisciplinar, incluindo investigação e tratamento da causa ou fator desencadeante da síndrome.



QUAIS AS ESCALAS MAIS UTILIZADAS PARA AVALIAÇÃO DE DELIRIUM? QUEM APLICA E QUAL O TEMPO DE DURAÇÃO?

Os instrumentos de avaliação mais utilizados são o *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* - **CAM-ICU**, seguido do *Intensive Care Delirium Screening Checklist* - **ICDSC**.

Podem ser aplicadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde e sua aplicação leva de **um a três minutos**.



[Abrir CAM-ICU](#)



[Abrir ICDSC](#)



QUAIS MODIFICAÇÕES NO AMBIENTE DA UTI PODEM SER FEITAS PARA PREVENÇÃO E MANEJO DO PACIENTE EM DELIRIUM?

Dependendo da estrutura da unidade, pode-se **realocar** este paciente em um leito próximo ao posto de enfermagem, com janela para **luz natural** e temperatura ajustada para conforto. Na ausência de janelas, mantenha a **luz** principal acesa durante o dia e desligada à noite, usando apenas uma luz guia se necessário.

Pode-se organizar a escala de modo a minimizar a **rotatividade** de técnicos de enfermagem, facilitando o vínculo e a sensação de previsibilidade ao paciente. Pode-se colocar no leito **objetos** como fotos/cartas/desenhos da família, rádio, livros, bem como um calendário e/ou relógio funcionando e com boa visibilidade.

Também, é importante atentar à redução de **ruídos** ambiente, como conversas, alarmes e arrasto de equipamentos, especialmente no horário noturno.



COMO REALIZAR A ESTIMULAÇÃO COGNITIVA?

O ambiente de UTI pode ser favorável ao declínio cognitivo e funcional, especialmente aos pacientes **idosos** e/ou em internações prolongadas.

A estimulação cognitiva é uma intervenção importante no cuidado ao paciente crítico e pode ser implementada de forma **interdisciplinar**.

Algumas intervenções possíveis são:

- **Comunicação** simples, clara e efetiva - apresentar ao paciente os membros da equipe, explicar sobre procedimentos e equipamentos, informar sobre tratamento e prognóstico, lembrar sobre local, data, horário, nome de familiares, etc.
- **Livros** e folhetos de exercícios para memória e aprendizagem;
- **Recursos** como televisão, rádio ou música;
- **Diário** de UTI - registros de memórias ao longo da internação;
- **Tecnologias** de Realidade Virtual.



O QUE É IMPORTANTE SABER A RESPEITO DA RELAÇÃO ENTRE DELIRIUM E ASPECTOS EMOCIONAIS?

A associação entre sintomas psicológicos ou transtornos psiquiátricos e o *delirium* é um tema de estudo complexo e de difícil mensuração. Já foi percebida uma tendência de pacientes com sintomas de **ansiedade** e **depressão** ao risco de desenvolvimento do *delirium*.

Assim como, é notável o impacto emocional da síndrome nos **pacientes** críticos durante a experiência de internação. Destacam-se os **sentimentos** de: medo e ansiedade, relacionados à confusão e à desorientação; frustração e irritabilidade, em decorrência do descontrole percebido; vergonha e desconforto, após manifestação de comportamentos incomuns ou agressivos; depressão e estresse pós-traumático, que devem ser observados pela equipe, especialmente no período após alta.

Da mesma forma, pode ser bastante assustador para a **família** perceber as mudanças de comportamento do paciente, sem compreender o que está acontecendo ou como agir.

Nesse sentido, é fundamental a disponibilidade de assistência **psicológica e/ou psiquiátrica** nas instituições de saúde.

O QUE FAZER E COMO CUIDAR?

SITUAÇÕES CLÍNICAS



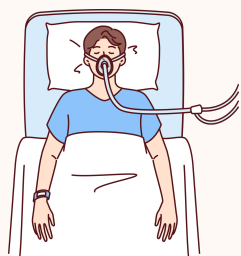
Paciente feminina, 70 anos, internada na UTI devido pós-operatório de cirurgia abdominal. Apresentou boa evolução no PO imediato. Passou por período de restrição no leito e sua família tinha dificuldades para comparecer às visitas.

Em uma das noites, a paciente passou acordada, mas pouco comunicativa. Na manhã seguinte, durante a avaliação da enfermagem, manteve-se bastante sonolenta. Então, a partir da observação da alteração aguda de sensório da paciente e seus fatores de risco, a profissional decide aplicar a *CAM-ICU*. O resultado foi positivo para *delirium*, provável tipo hipoativo. Após avaliação médica, constata-se em seus exames um quadro infeccioso e inicia-se imediatamente o tratamento medicamentoso.

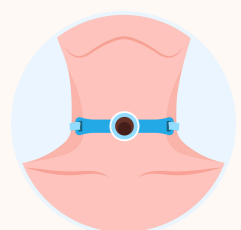
Nota-se, nesta situação clínica, a importância de observar as alterações de estado mental dos pacientes e da aplicação de escalas validadas para *delirium*, principalmente para detectar os casos do tipo hipoativo. Igualmente necessária é a investigação das causas ou fatores desencadeantes de tais alterações percebidas, a fim de seguir com o tratamento adequado.



Ressalta-se também, neste caso, a possibilidade de contatar os familiares, considerando sua presença como uma forma de apoio à paciente. Além disso, pode-se atentar à mobilização precoce e saída do leito, assim que o quadro clínico permita.



Paciente masculino, 50 anos, internado na UTI por complicações da Covid-19, em uso de traqueostomia e ventilação mecânica. Inicia o despertar após pausa na sedação, responde perguntas simples, negando dores no momento. Porém, encontra-se aparentemente angustiado e agitado, tenta falar com a equipe, que encontra dificuldades para compreensão.



Uma profissional então utiliza materiais de comunicação alternativa e aos poucos consegue entender que o paciente deseja saber o motivo de sua internação. Ao ser respondido e orientado pela profissional, o paciente mostra-se surpreso e consegue verbalizar que acreditava ter sofrido um acidente e perdido os movimentos do corpo, já que não podia se levantar. Também, preocupa-se por acreditar ter sido abandonado pela sua família.



Após esclarecimentos do quadro de saúde e rotinas de visitas na unidade, o paciente tranquiliza-se e segue mais colaborativo em seus cuidados.



Nota-se, nesta situação clínica, a importância de uma abordagem preventiva e uma comunicação efetiva, sempre fornecendo orientações gerais ao paciente sobre onde se encontra e sobre como está sendo cuidado.

Paciente masculino, 35 anos, internado em UTI com insuficiência renal aguda e necessidade de diálise. Inicia com quadro de confusão mental e alucinações visuais. Começa a verbalizar sobre alienígenas que vieram lhe buscar. Como reação imediata, a equipe ironiza o assunto, estimula conversas e risadas acerca de tais alucinações do paciente.



Nota-se, nesta situação clínica, uma tendência espontânea de ironizar as falas equivocadas ou bizarras dos pacientes. No entanto, este comportamento deve ser evitado. Os sintomas de delirium devem ser valorizados e o paciente respeitado em sua vulnerabilidade. Dessa forma, também não é indicada a confrontação. Recomenda-se fornecer dados de realidade que tranquilizem o paciente ou mesmo o redirecionamento da conversa para assuntos mais agradáveis.



Paciente feminina, 40 anos, em internação prolongada na UTI após complicações de cirurgia oncológica. Desenvolve quadro de *delirium* hiperativo, com alteração de comportamento agressivo e ideias paranoides sobre a equipe - acredita que estão lhe perseguindo e querem lhe fazer mal. Ao administrar medicamento, uma técnica de enfermagem é agredida no braço pela paciente. Esta fica bastante incomodada, acreditando ser conduta intencional da paciente contra ela.

Após discussão em equipe e observação da paciente, a profissional percebe que ela apresenta juízo crítico prejudicado e que os delírios motivaram sua ação. Em estabilização posterior, com manejo verbal e medicamentoso, a paciente desculpa-se pelo ocorrido.



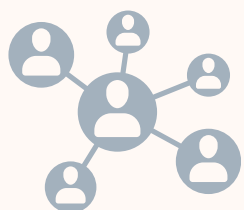
Nota-se, nesta situação clínica, como os pacientes podem modificar abruptamente seu estado mental e comportamento, bem como a complexidade que implica o cuidado destes em episódios de agitação psicomotora. Ressalta-se aqui a importância do acolhimento e da educação da equipe para melhor compreensão do delirium e suas manifestações.

O QUE FAZER E COMO CUIDAR? ATUAÇÃO NAS DIFERENTES ÁREAS DO CONHECIMENTO

São diversas as áreas profissionais que podem compor uma equipe nas Unidades de Terapia Intensiva.

Podem ser citados os seguintes **profissionais**:

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, odontologistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e assistentes espirituais.



Cada vez mais, o padrão de cuidado na UTI para lidar com o *delirium* centra-se em **processos de cuidado integrados**.

São fundamentais os esforços para uma prática assistencial que envolva a união de diferentes especialidades neste contexto.

Sabe-se que a abordagem **interdisciplinar** representa melhor qualidade na assistência a pacientes de complexidade crescente e com necessidades diversificadas.

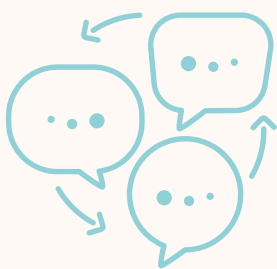
Contudo, a literatura científica ainda **carece de estudos** que descrevam a atuação interdisciplinar para manejo de *delirium* na UTI.

O QUE FAZER E COMO CUIDAR? SUGESTÃO DE CHECKLIST EM ROUND MULTIPROFISSIONAL

ROUND MULTIPROFISSIONAL NA UTI

Trata-se de um dispositivo muito utilizado em hospitais como um espaço de **discussões**, que favorece a tomada de **decisão** em conjunto, possibilita elencar atividades e estabelecer metas e planos de cuidado, bem como monitorar o funcionamento dos protocolos e práticas instituídas.

É considerado uma ferramenta que fortalece a **comunicação** entre os profissionais, permite uma abordagem integral e organizada do cuidado, tornando o atendimento prestado seguro e qualificado.



PORTANTO, É TAMBÉM UM ESPAÇO POTENCIAL PARA INSERÇÃO DO DIÁLOGO E SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DO DELIRIUM.

Durante as discussões, é possível apoiar-se em mecanismos como *checklists* para conferência e registro de informações relevantes de cada caso.



A seguir, será apresentada uma sugestão de itens a serem considerados na aplicação de *checklist* em *Round* Multiprofissional diário na UTI.

ITENS A SEREM CONSIDERADOS NA APLICAÇÃO DE
CHECKLIST EM ROUND MULTIPROFISSIONAL DIÁRIO NA UTI.

Paciente com fatores de risco para *delirium*?

- >65 transtorno neurocognitivo prévio
 não outros _____

Observou-se alteração recente de consciência e atenção?

- sim – aplicar a CAM-ICU ou outra escala validada
 não

*Se confirmado *delirium* – indicado avaliação médica de fatores desencadeantes ou quadros orgânicos associados para tratamento.

O controle da dor está adequado?

- sim não – reavaliar medidas

Quais fatores ambientais modificáveis ou medidas não farmacológicas podem auxiliar na prevenção ou manejo do *delirium* neste paciente?

- Mobilização precoce
 Orientação tempo-espacial/Acesso ao relógio no leito
 Redução de ruídos/luz natural para qualidade do sono
 Objetos pessoais/prótese auditiva ou óculos
 Estratégias individualizadas _____
 Outros _____

Parte 1/2

Necessita contenção mecânica para agitação psicomotora?

sim – reavaliar periodicamente não

Há dispositivos que podem ser retirados?

SNE / SNG PAI
 SVD outro _____
 cateter central ou periférico não

Demais fatores relevantes presentes para avaliação:

sedação excessiva
 polifarmácia a ser reavaliada prescrição
 estado nutricional crítico ou desidratação
 resultados críticos de exames. Quais _____
 vulnerabilidade social
 sofrimento emocional exacerbado
 outro _____

Sobre a família: Comparece às visitas?

sim não a investigar

Necessita horário estendido?

sim não a investigar

Necessita reforçar orientações sobre *delirium*?

sim não a investigar

Parte 2/2

O QUE FAZER E COMO CUIDAR? SUGESTÃO DE ELABORAÇÃO DE PROJETO PARA VISITAS AMPLIADAS

Práticas como os modelos de visitas estendidas ou prolongadas, à exemplo do Projeto UTI Visitas, têm demonstrado múltiplos **benefícios** para o paciente e seu familiar, como:

- melhora na comunicação entre os pacientes e a equipe;
- reforço à adesão ao tratamento;
- otimização da reorientação dos pacientes;
- redução da ocorrência e menor tempo de *delirium*, coma e permanência na UTI.



Do mesmo modo, a possibilidade de ampliação das visitas não apenas se revela viável, mas também tem conduzido as equipes a reconhecê-la como um benefício para reduzir a **ansiedade** dos familiares e fortalecer sua sensação de **segurança** e confiança na equipe multiprofissional.

Muitas instituições ainda possuem uma restrição importante em relação aos horários de visitas em suas UTIs. A questão da **estrutura** e **recursos** pode ser um dificultador, assim como a falta de conhecimento sobre como implantar um projeto de visitas ampliadas que seja benéfico aos pacientes, familiares e equipes.

Dessa forma, serão apresentadas, a seguir, reflexões e caminhos possíveis para a elaboração de um projeto que contemple essa demanda em diferentes realidades.

Uma vez presente este interesse, a **gestão** da UTI pode iniciar um processo para elaboração de projeto de visitas ampliadas.



Reúna sua equipe para discussão deste plano e do levantamento das **dificuldades** previstas. Abra espaço para **sensibilização** da equipe sobre a importância da família no cuidado aos pacientes.

Procure realizar uma ampliação **gradual** dos horários para melhor adaptação de todos. A duração das visitas pode ser estabelecida conforme as **rotinas** da unidade, por exemplo, se for adequado evitar os horários de trocas de plantão ou de *round* multiprofissional, ou ainda, se a unidade não dispõe de **recursos** como cadeiras confortáveis para o acompanhante permanecer tempo prolongado.

OPÇÕES DE MODELOS POSSÍVEIS:



Horário ampliado à tarde e visita social à noite
(14h às 17h + 20h às 20h30)

Horários ampliados manhã, tarde e noite
(10h às 12h + 14h às 16h + 20h às 22h)

Horário ampliado para acompanhantes no dia e visita social à noite
(10h às 17h + 20h às 21h)

Acompanhantes da manhã até a noite
(09h às 21h)

Também pode ser estabelecido um horário específico para visita de assistência espiritual.

Será definido um **número de visitantes** por horário, por exemplo, de até duas pessoas. **Exceções possíveis** são os casos de processo de fim de vida, risco iminente de óbito e despedidas.



Quando identificada pela equipe a demanda para visita de **menores de 14 anos**, é recomendada uma **avaliação psicológica** para verificar a indicação e o acompanhamento.

É importante que a **permanência** de familiares durante a visita ampliada seja **continuamente avaliada** pela equipe, considerando a capacidade e o equilíbrio emocional do visitante para contribuir positivamente com o cuidado do paciente e com o bom funcionamento da unidade.



PARA O BOM FUNCIONAMENTO DA FLEXIBILIZAÇÃO DE VISITAS, É IMPORTANTE DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO DOS FAMILIARES, COMO AS REUNIÕES DE ACOLHIMENTO.

LEMBRE-SE QUE OS PROCESSOS FORMATIVOS DAS EQUIPES E A EDUCAÇÃO DA FAMÍLIA DEVE SER CONSTANTE, ASSIM COMO O ANDAMENTO DO PROJETO DEVE SER FREQUENTEMENTE REAVALIADO.

REUNIÃO DE ACOLHIMENTO

A proposta é oferecer uma reunião **informativa** aos visitantes, especialmente aos que pretendem permanecer em horário estendido. Para exercer esse direito, é recomendado que uma participação dos familiares novos na unidade seja obrigatória.

Dessa forma, os familiares estarão melhor preparados para contribuir no cuidado e suas angústias podem ser minimizadas.

Sugere-se que a reunião ocorra **diariamente**, se houver demanda, em horário prévio à abertura da visita, com duração aproximada de 15 minutos.

Pense em uma organização em que diferentes profissionais poderão ser escalados para coordenar essa reunião, sendo comumente exercida por enfermeiros.



REUNIÃO DE ACOLHIMENTO

A reunião abrangerá **orientações** como:

- funcionamento e estrutura da UTI;
- cuidados que paciente crítico é submetido;
- medidas de controle de infecção;
- direitos e deveres do visitante na UTI.

INCLUA EXPLICAÇÕES SIMPLES SOBRE DELIRIUM, O QUE ESPERAR E FORMAS ADEQUADAS DE INTERAGIR COM O PACIENTE.

Poderá ser entregue material impresso com as regras da unidade. Poderá também ser feito um termo de ciência para assinatura.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Guia de Orientações não teve a pretensão de esgotar as reflexões sobre a temática apresentada, nem de abranger toda a **complexidade técnica** que representa este cuidado. Contudo, apresentou elucidações, que orientam uma direção de trabalho e subsidiam o processo de **formação profissional** desta importante problemática.

O *delirium* é uma condição prevalente e de grande repercussão na assistência hospitalar. Também acarreta impacto significativo na vida dos paciente e familiares durante e após a internação. No entanto, ainda carece de atenção para que se efetivem ações para sua **prevenção, diagnóstico e tratamento** nas UTIs.

Tal contexto representa um desafio que tensiona a necessidade de **atualizações científicas**, contemplando as diferentes realidades do sistema de saúde vigente.

Considera-se necessário ultrapassar os esforços individuais, visando um **movimento coletivo**, em direção a uma mudança de cultura, voltada ao trabalho em equipe multiprofissional e à qualidade do cuidado acerca do *delirium* na UTI.

REFERÊNCIAS

Acesse as referências bibliográficas utilizadas na composição do material através do *QR Code* abaixo.



[ABRIR AS REFERÊNCIAS](#)



DELIRIUM NA UTI: ATENÇÃO E CUIDADO EM EQUIPE

