

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Sandra da Silva Kinalski

**MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA
PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI**

Santa Maria, RS
2022

Sandra da Silva Kinalski

**MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA
PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração, Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Margrid Beuter
Coorientadora: Prof^a Dr^a Eliane Raquel Rieth Benetti

Santa Maria, RS
2022

Kinalski, Sandra
MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO
DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI / Sandra Kinalski.-
2022.
188 p.; 30 cm

Orientadora: Margrid Beuter
Coorientadora: Eliane Benetti
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2022

1. Idoso 2. Delirium 3. Enfermagem 4. Unidade de
Terapia Intensiva 5. Teoria de Enfermagem I. Beuter,
Margrid II. Benetti, Eliane III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UPSE. Dados fornecidos pelo
autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca
Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, SANDRA KINALSKI, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Tese) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Sandra da Silva Kinalski

**MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA
PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem.**

Aprovado em 15 de dezembro de 2022:

Margrid Beuter, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora) (por videoconferência)

Eliane Raquel Rieth Benetti, Dra. (UFSM)
(Coorientadora) (por videoconferência)

Marcos Antônio Gomes Brandão, Dr. (UFRJ)
(por videoconferência)

Ana Paula Nunes de Lima Fernandes, Dra. (FACENE)
(por videoconferência)

Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)
(por videoconferência)

Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)
(por videoconferência)

Carla Argenta, Dra. (UDESC)
(por videoconferência)

Larissa Venturini, Dra. (UFSM)
(por videoconferência)

Santa Maria, RS
2022



Ministério da Educação

Universidade Federal de Santa Maria

Coordenação do Programa/Curso de PG-D em Enfermagem

ATA DE DEFESA - PROCESSO Nº 23081.131163/2022-08

Aos quinze dias do mês de Dezembro do ano de dois mil e vinte e dois, às oito horas, por videoconferência, realizou-se a prova de Defesa de Tese, intitulada **MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI**, de autoria da Candidata **SANDRA DA SILVA KINALSKI (201960588)**, aluna do Programa de PG-D em Enfermagem, em nível de Doutorado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: MARGRID BEUTER Presidente, MARCOS ANTÔNIO GOMES BRANDÃO, CARLA ARGENTA, MARINES TAMBARA LEITE e SILVIAMAR CAMPONOGARA. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a candidata foi aprovada pela Comissão Examinadora. Foi concedido um prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, para a candidata efetuar as correções sugeridas pela Comissão Examinadora e apresentar o trabalho em sua redação definitiva, sob pena de não expedição do Diploma. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

MARGRID BEUTER

CARLA ARGENTA

MARCOS ANTÔNIO GOMES BRANDÃO

MARINES TAMBARA LEITE

SILVIAMAR CAMPONOGARA

() Por sugestão da Comissão Examinadora, o novo título passa a ser:

.....
.....

(X) Declaração:

Todos os membros da Comissão Examinadora da Defesa de Tese participaram da banca por videoconferência.

À PRPGP

Certifico que o(a) discente cumpriu com as exigências da Banca de Defesa do Trabalho de conclusão e do Regimento Interno dos Programas de Pós-Graduação da UFSM.

Em ____/____/____

Coordenador(a) do Programa de PG:

NUP: 23081.138747/2022-04		Prioridade: Normal
Homologação de ata de banca de defesa de pós-graduação 134.332 - Bancas examinadoras: indicação e atuação		
COMPONENTE		
Ordem	Descrição	Nome do arquivo
1	Ata de defesa de dissertação/tese (134.332)	ataDefesa_1621 SANDRA DA SILVA KINALSKI.pdf
Assinaturas		
15/12/2022 13:43:38 SILVIAMAR CAMPONOVARA (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR) 04.10.19.00.0.0 - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF		
15/12/2022 15:47:37 MARGRID BEUTER (PESSOAL VOLUNTÁRIO) 04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE		
15/12/2022 16:31:33 MARINES TAMBARA LEITE (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR) 32.10.03.00.0.0 - CURSO-PROGRAMA PG EM SAÚDE E RURALIDADE - UFSM-PM - PPGSR		
15/12/2022 17:31:44 Carla Argenta (Pessoa Física) Usuário Externo (000.***.***.**)		
15/12/2022 18:29:08 LARISSA VENTURINI (PESSOAL VOLUNTÁRIO) 04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE		
30/12/2022 17:33:00 Marcos Antônio Gomes Brandão (Pessoa Física) Usuário Externo (003.***.***.**)		
 1960		
Código Verificador: 2184884 Código CRC: c848581 Consulte em: https://portal.ufsm.br/documentos/publico/autenticacao/assinaturas.html		

Àqueles que eu amo incondicionalmente e que sempre estiveram ao meu lado...

*Ao amor da minha vida e companheiro **Marcos**,
aos meus queridos e amados filhos **Samuel e Milene**,
ao meu irmão e amigo **Leonardo**.*

AGRADECIMENTOS

À DEUS, que me orienta, me guia e fornece todo o discernimento, força e proteção necessária para percorrer a caminhada da vida.

À SAMUEL e MILENE, filhos amados e queridos, por serem minha inspiração e alegria, por fazerem de mim uma pessoa melhor, com vocês vivencio a magia de ser mãe e a vida assim, se torna completamente feliz. Agradeço por entenderem minhas ausências, as longas horas de estudo e, principalmente pelo incentivo para a concretização desse sonho. Filhos, destinem amor e zelo aos sonhos de vocês, que com certeza os verão serem realizados e que Deus me permita sempre ser suporte, apoio e colo a vocês dois, assim como vocês são para mim.

Ao MARCOS, meu companheiro, amigo e amor, por estar sempre ao meu lado dividindo os desafios e as alegrias da vida, por não me deixar desistir dos sonhos, por compreender minhas ausências e por acreditar em minha capacidade, dando-me a força necessária em cada momento. Seu apoio e estímulo foram imprescindíveis. Te amo sem medida!

Aos meus amados pais, ANTÔNIO e JORGINA (in memoriam), pelos valores que alicerçaram em minha vida, pelo amor e investimento na minha educação. Sem seus esforços nada disso seria possível. Amo muito vocês!

Ao meu irmão LEONARDO, pelo incentivo, cumplicidade e apoio incondicional. Agradeço ao universo por ser você, a vida ao teu lado é muito mais divertida e leve. Te amo desde o primeiro dia em que te vi!

Aos meus sogros ARMANDO e NORMA, por compreenderem minhas correrias e pelo suporte nos cuidados com as crianças. Minha imensa gratidão por sempre acreditarem em minha capacidade e incentivarem meu caminhar profissional.

À professora MARGRID BEUTER, pela orientação prestada, por todos os ensinamentos, por ter me acolhido gentilmente na temática dessa obra e auxiliado em sua lapidação. Minha eterna gratidão e reconhecimento!

À professora ELIANE BENETTI, pela coorientação prestada, pelo apoio, companheirismo e conhecimentos compartilhados durante todo o doutoramento. Em especial, pela amizade de longa data e por tornar minha passagem por Santa Maria tão acolhedora.

A Professora MARINÊS TAMBARA LEITE, por ser muito mais que uma grande amiga e mestre, por ser luz, inspiração, colo e aconchego. Especialmente, por me apresentar à área da enfermagem gerontogeriátrica e ter compartilhado comigo sua experiência, assim mostrou-me

as pessoas idosas com outros olhos, o do amor, da humanização, do respeito e da necessidade do cuidado de enfermagem. A você minha amizade como gratidão!

Ao Professor MARCOS ANTÔNIO GOMES BRANDÃO, agradeço a todos os momentos compartilhados, o ensino recebido e a atenção dispensada para a concretização dessa obra.

A todos os membros da banca de qualificação e defesa, por cada palavra proferida, que contribuiu para a qualificação deste trabalho. Agradeço imensamente pela disponibilidade de apreciação e pelo aprendizado proporcionado!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM, aos professores e aos colegas de doutorado, pela convivência, amizade, pelos momentos de alegria e pelos conhecimentos compartilhados, que contribuíram imensamente para a minha formação pessoal e acadêmica.

Ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento (NIEPE) agradeço pela acolhida e por tudo que vivemos e aprendemos juntos. Em especial, às amigas Carolina, Paloma e Francine pela amizade construída, alegrias, desafios e estudos compartilhados. A vida vale a pena pelas memórias, lembranças e pelas pessoas que nos tornaram o que somos hoje. Gratidão pela amizade de vocês!

À amiga LARISSA VENTURINI, que sem data, hora ou qualquer restrição disponibilizou seu apoio, afeto, atenção e ajuda incondicional. Você tornou mais leve esta caminhada, a sua amizade e parceria foram fundamentais nessa trajetória! Amo você!

À Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, em especial aos colegas do curso de enfermagem, pelo apoio sempre que precisei, e por entenderem os meus momentos de isolamento. A todos minha gratidão!

E a todos que, de uma maneira ou outra, fizeram parte dessa etapa de minha vida pessoal e profissional e que, de alguma forma, contribuíram para sua concretização. Com carinho, agradeço!

*“Se os problemas constituem as questões da ciência,
são as teorias que constituem as respostas”.*
(Larry Laudan)

RESUMO

MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI

AUTORA: Sandra da Silva Kinalski
ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Margrid Beuter
COORDINADORA: Eliane Raquel Rieth Benetti

Nas unidades de terapia intensiva as pessoas idosas são expostas a ruídos, isolamento social, restrição física, privação do sono, dispositivos invasivos, desencadeando com frequência, um distúrbio denominado delirium. Trata-se de uma síndrome cerebral orgânica, com manifestação aguda e presença simultânea de perturbações da consciência, da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções, do ritmo sono-vigília, de desorientação e perturbações na linguagem, com prevalência de até 70% dos pacientes analisados em UTI. Os modelos teóricos e teorias de enfermagem, ao sustentar as práticas de cuidados, podem contribuir para o aprimoramento das habilidades teórico-práticas no cuidado de enfermagem incluindo na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI. Para a fundamentação do cuidado de enfermagem, reconheceu-se no Modelo de Adaptação de Roy a possibilidade de visionar a integração da teoria com a prática clínica para a prevenção do delirium nas pessoas idosas na UTI. A questão de pesquisa que guiou o presente estudo foi: quais as relações teóricas podem ser estabelecidas entre o Modelo de Adaptação de Roy e o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI por meio de uma microteoria de enfermagem? E como objetivo geral: desenvolver uma microteoria, do tipo prescritiva, para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, sustentada em construtos do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Realizou-se uma pesquisa básica, teórica, prescritiva, com estrutura metodológica baseada no processo de substrução teórica. O Modelo de Adaptação de Roy permitiu o desenvolvimento do caminho dedutivo da teoria. Para conhecer o fenômeno dos cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, realizou-se, como um método de síntese, uma revisão integrativa da literatura que contribuiu para o caminho indutivo da teoria. Foram realizadas as etapas de conceitualização e de operacionalização da microteoria. No sistema teórico utilizaram-se os construtos estímulo focal e estímulo contextual de Roy. Assim, foram produzidos os conceitos de cuidado focal e cuidado contextual e destes subsumidos, a resposta adaptativa à prevenção, sendo considerada uma variável. No estabelecimento das declarações relacionais do sistema teórico elaboraram-se quatro axiomas, dois postulados, oito proposições e um pressuposto epistêmico. No sistema operacional estabeleceram-se dois indicadores empíricos: o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* e o histórico demográfico/clínico das pessoas idosas (alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências). No estabelecimento das declarações relacionais do sistema operacional produziram-se duas declarações transformacionais e quatro hipóteses. Um fluxograma e um protocolo foram criados para a implementação prática da microteoria e para orientar a sua utilização nas etapas do processo de enfermagem. A presente tese contribui de forma original ao definir, cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas por um construto de interesse para a enfermagem, na organização de ações do cuidado profissional na Unidade de Terapia Intensiva.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Delirium. Teoria de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

MICROTHEORY FOR NURSING CARE IN THE PREVENTION OF DELIRIUM IN ELDERLY PEOPLE IN THE ICU

AUTHOR: Sandra da Silva Kinalski

ADVISOR: Prof. Dr. Margrid Beuter

COORDINATOR: Eliane Raquel Rieth Benetti

In intensive care units, elderly people are exposed to noise, social isolation, physical restriction, sleep deprivation, invasive devices, often triggering a disorder called delirium. It is an organic brain syndrome, with acute manifestation and simultaneous presence of disturbances in consciousness, attention, perception, thinking, memory, psychomotor behavior, emotions, sleep-wake rhythm, disorientation and disturbances in language, with a prevalence of up to 70% of the patients analyzed in the ICU. Theoretical models and nursing theories, by supporting care practices, can contribute to the improvement of theoretical and practical skills in nursing care, including the prevention of delirium in elderly people in the ICU. For the foundation of nursing care, Roy's Adaptation Model recognized the possibility of envisioning the integration of theory with clinical practice for the prevention of delirium in elderly people in the ICU. The research question that guided this study was: what theoretical relationships can be established between Roy's Adaptation Model and nursing care in the prevention of delirium in elderly people in the ICU through a nursing microtheory? And as a general objective: to develop a microtheory, of the prescriptive type, for nursing care in the prevention of delirium in elderly people in the ICU, supported by constructs of the Adaptation Model of Callista Roy. A basic, theoretical, prescriptive research was carried out, with a methodological structure based on the theoretical substruction process. Roy's Adaptation Model allowed the development of the theory's deductive path. In order to understand the phenomenon of nursing care in the prevention of delirium in elderly people in the ICU, an integrative literature review was carried out, as a method of synthesis, which contributed to the inductive path of the theory. The stages of conceptualization and operationalization of the microtheory were carried out. In the theoretical system, Roy's focal stimulus and contextual stimulus constructs were used. Thus, the concepts of focal care and contextual care were produced and from these subsumed, the adaptive response to prevention, being considered a variable. In establishing the relational statements of the theoretical system, four axioms, two postulates, eight propositions and an epistemic assumption were elaborated. Two empirical indicators were established in the operating system: the Confusion Assessment Method for Intensive Care Units and the demographic/clinical history of the elderly (alcoholism, smoking, previous cognitive impairment and dementia). In establishing the relational statements of the operating system, two transformational statements and four hypotheses were produced. A flowchart and a protocol were created for the practical implementation of the microtheory and to guide its use in the stages of the nursing process. This thesis contributes in an original way by defining nursing care in the prevention of delirium in the elderly through a construct of interest to nursing, in the organization of professional care actions in the Intensive Care Unit.

Keywords: Nursing. Elderly. Delirium. Nursing Theory. Intensive care unit.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Estrutura holárquica do conhecimento da enfermagem contemporânea: componentes e níveis de abstração.....	42
FIGURA 2 -	Fases do processo de enfermagem descrito por Roy e sua relação com o indivíduo enquanto um ser adaptativo.....	61
FIGURA 3 -	Esquema pictórico para representar o desenvolvimento da microteoria.....	65
FIGURA 4 -	Diagrama pictórico do processo de substrução teórica.....	69
FIGURA 5 -	Passos seguidos no presente estudo para sustentar as etapas da substrução teórica.....	103
FIGURA 6 -	Processo de substrução teórica dos construtos do MAR.....	105
FIGURA 7 -	Processo de substrução dos conceitos da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTL.....	107
FIGURA 8 -	Processo de substrução da variável da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTL.....	112
FIGURA 9 -	Declarações relacionais entre construtos, conceitos e variáveis do processo de substrução teórica.....	114
FIGURA 10 -	Declarações relacionais entre os construtos e o fenômeno Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTL.....	114
FIGURA 11 -	Declarações relacionais entre os construtos e os conceitos da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTL.....	116
FIGURA 12 -	Declarações relacionais entre os conceitos e o fenômeno Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTL.....	116
FIGURA 13 -	Declarações relacionais entre os conceitos e a variável da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTL.....	118
FIGURA 14 -	Diagrama dos Enunciados Relacionais Hipotetizados.....	123

FIGURA 15 -	Diagrama de Substrução Teórica da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.....	124
FIGURA 16 -	Modelo teórico da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas.....	128
FIGURA 17 -	Fluxograma para aplicação prática da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI associada ao Processo de Enfermagem.....	131
ARTIGO -	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI	
FIGURA 1 -	Fluxograma da seleção dos estudos, diagrama de fluxo PRISMA....	81

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Protocolo Clínico de Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.....	133
------------	--	-----

ARTIGO - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI

QUADRO 1	Base de dados e estratégias de buscas	80
QUADRO 2 -	Características dos artigos selecionados para revisão integrativa.....	82
QUADRO 3 -	Cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em idosos na UTI.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ASE	<i>Attention Screening Examination</i>
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CONUT	<i>Controlling Nutritional Status</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FACENE	Faculdade Nova esperança
GNRI	Índice de Risco Nutricional Geriátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICDSC	<i>Intensive Care Delirium Screning Checklist</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAR	Modelo de Adaptação de Roy
MiTCare-DEP	<i>Micro Theory of care for delirium in elderly people</i>
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association International</i>
NEECHAM	<i>The Neelon and Champagne Confusion Scale</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIEPE	Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Índice de Nutrição Prognóstica
RASS	<i>Richmond Agitation Sedation Scale</i>
REM	Padrão de movimento rápido dos olhos
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNIJUÍ	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	26
1 INTRODUÇÃO	29
1.1 OBJETIVOS.....	36
1.1.1 Objetivo Geral	36
1.1.2 Objetivos Específicos.....	36
2 REFERENCIAL TEÓRICO	37
2.1 O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM	37
2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS TEORIAS DA ENFERMAGEM.....	44
2.3 ESTRATÉGIAS DE TEORIZAÇÃO	50
2.4 MARCO TEÓRICO-FILOSÓFICO DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY.....	52
2.4.1 Conceitos centrais metaparadigmáticos do MAR	56
2.4.1.1 Pessoa	56
2.4.1.2 Ambiente	57
2.4.1.3 Saúde	57
2.4.1.4 Enfermagem.....	57
2.4.2 Principais construtos do MAR	58
2.4.2.1 Adaptação	58
2.4.2.2 Estímulos	59
2.4.2.3 Mecanismos de enfrentamento	59
2.4.3 O Modelo de Adaptação de Roy e sua aplicação na prática pelo Processo de Enfermagem.....	60
3 MÉTODO	64
3.1 TIPO DE ESTUDO	64
3.2 CAMINHO METODOLÓGICO PARA ALCANCE DOS OBJETIVOS	64
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	69
4 RESULTADOS	71
4.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI	71

4.2 SUBSTRUÇÃO TEÓRICA: O CAMINHO DE UMA MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI	99
4.2.1 Sistema teórico	102
4.2.2 Sistema operacional	117
4.3 PRESSUPOSTOS DA MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI - MiTCare-DEP	122
4.4 LIMITES DA MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI - MiTCare-DEP	123
4.5 MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI - MiTCare-DEP	124
4.6 CONSIDERAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO NA PRÁTICA E NA PESQUISA DA MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI.....	127
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICE	150
APÊNDICE A - QUADRO DE ARTIGOS QUE COMPÕEM O CORPUS DE ANÁLISE DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA	151
ANEXO	187
ANEXO A	188
MÉTODO <i>CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR INTENSIVE CARE UNIT</i> (CAM-ICU).....	188

APRESENTAÇÃO

São interessantes os contornos que a vida toma em razão de seu próprio percurso, e como isso impacta na trajetória de uma pesquisadora. O interesse sobre a temática deste estudo adveio da proximidade com o cuidado às pessoas idosas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), contexto em que percebi que o delirium tem uma alta incidência entre a população idosa. No entanto, a minha trajetória dentro da gerontologia, acende discussões iniciadas antes da minha experiência profissional.

Durante o curso de graduação em enfermagem na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), tive afinidade especial pelas disciplinas de enfermagem em gerontologia e enfermagem em saúde do adulto II, que abordaram o cuidado à pessoa idosa em terapia intensiva. Ainda na graduação, realizei o estágio final do curso na UTI Cardíaca do Hospital Santa Casa, na cidade de Campo Grande/MS, cujo perfil de pacientes assistidos era majoritariamente de pessoas idosas, o que me proporcionou um crescimento teórico/prático significativo acerca do cuidado à pessoa idosa na UTI.

Após a conclusão do curso de graduação em enfermagem, atuei por 13 anos como enfermeira na área hospitalar, a maior parte deste tempo na terapia intensiva e na clínica médica, em uma estreita relação assistencial com pessoas idosas. Em 2008, realizei Especialização de Enfermagem em Terapia Intensiva, o que proporcionou aprofundamento teórico e prático na área e a possibilidade de implementar ações assistenciais inovadoras direcionadas ao cuidado de enfermagem na UTI.

Em busca por mais qualificação profissional, iniciei o curso de Mestrado em Atenção Integral à Saúde, em 2017, ofertado pelas Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ) e UNIJUÍ, desenvolvendo a dissertação intitulada “Educação em saúde multidisciplinar pré-cirurgia cardíaca eletiva: avaliação de estresse e de ansiedade” (KINALSKI, 2018). A realização desta pesquisa apontou novas formas de cuidar das pessoas idosas, especialmente no ambiente intensivo, despertando-me para a necessidade de incluir intervenções diferenciadas no cotidiano do cuidado de enfermagem, que pudessem modificar o desfecho clínico e a vida das pessoas idosas.

Ainda, em 2017, ingressei na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no campus de Palmeira das Missões, como docente substituta do curso de Graduação em Enfermagem. Tive oportunidade de desenvolver atividades de pesquisa, extensão e ensino nas disciplinas de Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem em Gerontologia. Esta atuação profissional

proporcionou experiências importantes na atenção a pessoa idosa, em diferentes cenários de assistência.

As mudanças transcorridas no âmbito profissional foram determinantes para a tomada de decisão de buscar o doutoramento na área da enfermagem. Assim, em meados de 2018 me inseri no grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, especificamente no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento (NIEPE) e, em 2019, ingressei no Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.

Com o objetivo de ampliar o conhecimento, em relação ao referencial metodológico da presente tese, participei na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da disciplina Concepções Teóricas de Enfermagem, que visou o estudo de estratégias de desenvolvimento de teorias, experiências e conjecturas de uso das teorias na prática, a análise de teorias de enfermagem: características e finalidades e avaliação de teorias: princípios de aplicação.

Atualmente sou docente e pesquisadora na UNIJUÍ, nos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina e na pós-graduação *lato sensu* de Enfermagem em Terapia Intensiva, lecionando as disciplinas de Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso, Teorias e Sistematização da Assistência de Enfermagem e Tecnologias em UTI, que estimulam a minha atualização constante na temática desse estudo.

Em minha trajetória profissional, pude ir acompanhando avanços e desafios no que tange a assistência à pessoa idosa no contexto da UTI e percebi algumas lacunas, como a ausência de cuidados específicos para a prevenção do delirium. Além disso, apesar do reconhecimento do delirium pela comunidade científica, como uma importante causa de complicações na pessoa idosa, ainda observo uma pulverização das evidências científicas disponíveis e a sua deficiente implementação na prática clínica.

Nesse ínterim, compreendo que as teorias de enfermagem possuem potencial para orientar a prática e melhorar a qualidade da assistência ao possibilitarem a articulação do que a equipe de enfermagem faz com o porquê o faz. Assim, as teorias de enfermagem moldam a prática cotidiana da equipe de enfermagem e o cuidado ofertado aos pacientes.

Frente ao contexto apresentado, considero que avanços são necessários e que a enfermagem precisa de novas perspectivas que possam redimensionar suas práticas, no que se refere o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI. Assim, entendo ser necessário a produção de uma microteoria integradora dos cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas, por ocasião da hospitalização na UTI, que possa metodológica e teoricamente consolidar o cuidado de enfermagem nesse contexto.

1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população mundial repercute no envelhecimento populacional. As modificações nas pirâmides demográficas evidenciam que chegar à velhice que era privilégio de poucos, passa a ser regra para um segmento significativo da população (COSTA; SOARES, 2018). Estima-se que até 2030, o contingente de pessoas idosas no mundo crescerá 56%, passando de 901 milhões em 2015 para mais de 1,4 bilhão, com crescimento mais rápido nos países em desenvolvimento, como o Brasil (UNITED NATIONS, 2015).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018) demonstram que o número de pessoas idosas brasileiras, em uma década, cresceu cerca de 55%. Indubitavelmente, o fenômeno do envelhecimento, traz consigo a necessidade de se agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, têm se exigido tanto do poder público, quanto da sociedade civil, novas posturas para uma melhora substancial dos parâmetros de saúde da população idosa (VERAS; OLIVEIRA, 2018; SAAD, 2016).

A saúde da pessoa idosa consta como o 12º eixo temático da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), evidenciando a necessidade de estudos que possam contribuir com o envelhecimento saudável. Um dos seis tópicos do 12º eixo aborda sobre as ações das equipes no cuidado às especificidades em saúde da pessoa idosa, enfatizando a necessidade de desenvolver estratégias nacionais direcionadas a essas práticas de cuidado.

Neste cenário, deve-se atentar para as modificações estruturais e funcionais inerentes ao processo de envelhecimento que, comumente, levam as pessoas idosas a apresentarem maior prevalência de doenças crônicas e incapacidades, o que pode ocasionar a necessidade de longos períodos de hospitalização. Assim, é necessário que a equipe de enfermagem esteja preparada para o atendimento a esse público, visando diminuir os estressores vivenciados na hospitalização, objetivando manter sua estabilidade físico-emocional e bem-estar (ROSA et al., 2018).

A internação hospitalar é um importante recurso na atenção às pessoas idosas, com ações e serviços para o manejo adequado dos agravos à saúde. No Brasil, em 2016, do total de 11 milhões de pessoas hospitalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), 24,9% eram pessoas idosas com idade acima de 60 anos e 14,2% com mais de 70 anos (DATASUS, 2016).

Entre as unidades assistenciais da atenção hospitalar, sinaliza-se a UTI como local destinado a cuidados permanentes e intensivos, com alto índice de internação de pessoas idosas, devido a maior complexidade nos tratamentos, o grau de fragilidade, a instabilidade hemodinâmica, maior presença de comorbidades (RODRIGUES et al., 2017; SANTOS et al.,

2018). Estudos apontam que, aproximadamente 52% das admissões em UTI, correspondem a pacientes idosos com um índice de mortalidade geral de 28 a 56% (OLIVEIRA et al., 2011; PEDROSA; FREIRE; SCHNEIDER, 2017; SIMÃO et al., 2019).

Pessoas idosas em estado crítico de saúde podem ser consideradas como principal demandante de cuidados permanentes na UTI, com potencial risco de complicações, agravamento e morte. A associação entre doenças agudas e crônicas, em conjunto com as limitações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento, podem interferir no tratamento da pessoa idosa na UTI e resultar em um pior prognóstico (PEDROSA et al., 2015)

Frente à complexidade e variabilidade fenotípica que configura a hospitalização da pessoa idosa na UTI, evidencia-se o delirium como uma das complicações decorrentes desse processo. O delirium é considerado uma síndrome cerebral orgânica, sem etiologia específica, caracterizada pela presença simultânea de perturbações da consciência, atenção, percepção, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoções e ritmo sono-vigília (FABBRI, 2017). A duração é variável e a gravidade altera de formas leves a muito graves (EVENSEN et al., 2018).

De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2014), o delirium pode ser classificado conforme o nível de atividade motora entre os tipos: hipoativo, hiperativo e misto. No hipoativo a pessoa apresenta um baixo nível de atividade psicomotora, que pode estar acompanhado de lentidão e letargia, que se aproxima ao estupor. O hiperativo caracteriza-se pelo nível alto de atividade psicomotora como inquietação, agitação e/ou recusa a cooperar com a assistência terapêutica. No tipo misto, a pessoa tem um nível normal de atividade psicomotora mesmo com perturbação da atenção e da percepção, inclui também pessoas cujo nível de atividade oscila rapidamente.

A incidência de delirium em pessoas idosas durante a internação hospitalar pode oscilar de 9% em até 50% (NEERLAND et al., 2017; FOLBERT et al., 2017). Estudo de Wolters et al (2014), evidenciou uma prevalência da síndrome de até 70% , do total de 1.101 dos pacientes analisados na UTI. Aponta-se que a incidência e prevalência do delirium é maior em pessoas idosas que apresentam fragilidade, déficit cognitivo, gravidade da doença de base e comorbidades associadas (TOSTES et al., 2018; MORI et al., 2016).

Para Maldonado (2017), alterações que acompanham o processo de envelhecimento, especificamente as modificações cerebrais na proporção de neurotransmissores que regulam o estresse, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e da densidade vascular, além da perda de neurônios, são fatores que levam a idade a ser considerada um fator de risco independente para o desencadeamento do delirium.

Existem também fatores de risco modificáveis presentes nas UTIs, que contribuem para a ocorrência do delirium, como: ambiente com ruídos sonoros, iluminação artificial, mudança de hábitos, privação do sono, isolamento social, rodízio de profissionais, contenção física, dor, sedoanalgesia, dispositivos invasivos – tubos, sondas e ventilação mecânica (MEHTA et al., 2015; MORI et al., 2016; WASSENAAR; ROOD; SCHOONHOVEN et al., 2017).

Ainda, o ambiente desconhecido, o afastamento dos familiares e amigos tornam-se fatores facilitadores à aparição de complicações em pessoas idosas internadas na UTI. Estes fatores desencadeiam impactos físicos e psicológicos, que, muitas vezes vão além de tudo que a pessoa idosa já experienciou, tornando-a ainda mais propensa ao desencadeamento do delirium (LIN; CHAN; WANG, 2015). Dessa forma, a hospitalização na UTI requer a promoção de estratégias para prevenção do delirium pela equipe de enfermagem, a fim de estimular o enfrentamento e adaptação dos pacientes no ambiente intensivo (PUPULIM; SAWADA; 2012).

O delirium é considerado uma emergência geriátrica comum, diretamente relacionada à piora clínica, aumento do tempo de permanência hospitalar e em UTI (MEHTA et al., 2015; SALLUH et al., 2015), bem como, maiores custos de saúde (WOLTERS et al., 2014). Também é estimado como um indicador de mau prognóstico, que pode levar à morbidade e mortalidade se não for tratado (KARABULUT; AKTAS, 2016; NUMAN et al., 2017).

Sabe-se também, que esta síndrome aumenta o tempo de ventilação mecânica, interfere na avaliação e abordagem da dor e de outros sintomas, diminui a funcionalidade e qualidade de vida pós-alta da pessoa idosa que esteve internada em uma UTI (FARIA; MORENO, 2013; BARR et al., 2013). Dessa forma, o delirium é considerada uma condição grave, que passou a fazer parte da agenda de segurança do paciente (WACHTER, 2013) e tem sido cada vez mais apontado como indicador de qualidade em saúde para pessoas idosas (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

Frente a notoriedade das complicações acometidas às pessoas idosas na ocorrência do delirium, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias para prevenção da síndrome, por meio de protocolos institucionais que direcionem para uma assistência segura e com qualidade (TOMLINSON et al., 2017). Estudo de Abraha et al. (2015) demonstrou que intervenções não-farmacológicas como musicoterapia, mobilização precoce, terapia de luz e ações educacionais com pessoas idosas longevas são eficazes na prevenção do delirium.

Diante da magnitude da problemática imposta às pessoas idosas na UTI pelo delirium, destaca-se como desafio à equipe de enfermagem a utilização de intervenções de cuidados com foco na multifatorialidade da síndrome e na multidimensionalidade da pessoa idosa para a

prevenção (CARRASCO; ZALAQUETT, 2017). Para isso, deve-se ter em mente, que a redução dos fatores de risco presentes no ambiente e na rotina assistencial da UTI, associada a intervenção nos fatores de risco modificáveis presentes nas pessoas idosas, podem impactar positivamente na frequência de delirium (SOYSAL; KAYA; ISIK, 2015).

Além disso, sabe-se que intervenções de enfermagem que visem o favorecimento da manutenção do equilíbrio sensorial são úteis na prevenção do delirium, como ajustes de iluminação, controle do ruído, orientação no tempo e espaço (HWANG; KIM, 2021). Para tanto recomenda-se que o enfermeiro promova um cuidado que minimize défices sensoriais, além de estimular o uso dos óculos e órteses auditivas, sempre que possível (WASSENAAR; ROOD; SCHOONHOVEN et al., 2017).

Promover um sono adequado também colabora na prevenção do delirium. Nas UTIs, obtém-se taxas de até 61% de privação de sono, em consequência do ruído e da luminosidade intensa (OOSTERHOUSE et al., 2016). Assim, implementar protocolos para a promoção do sono, com atividades que permitam períodos de sono contínuo durante a noite, evitem a inversão do ciclo sono-vigia, reduzam o ruído e organizem horários de procedimentos de enfermagem, podem facilitar o equilíbrio sensorial e a manutenção de um ambiente para diminuir o risco de delirium (FAUSTINO et al., 2016).

Em suma, são várias as medidas não farmacológicas para a prevenção do delirium e devem ser a primeira escolha para os cuidados de enfermagem às pessoas idosas na UTI (EBERLE; SANTO; MACEDO JÚNIOR, 2019). No entanto, ainda persiste a lacuna entre as evidências científicas disponíveis e a sua implementação na prática clínica.

Também se observa uma pulverização de diversas pesquisas científicas sobre o cuidado de enfermagem para prevenção do delirium em UTI, especialmente quando se refere a pessoas idosas (FERNANDES et al., 2015). Desse modo, compreende-se ser necessário um agrupamento, uma síntese dos cuidados de enfermagem conectados entre si, por uma teoria de enfermagem com a mesma perspectiva filosófica.

Assim, dada a pertinência desta temática e para promover a transformação efetiva nas práticas da enfermagem, no que se refere à prevenção do delirium em pessoa idosa na UTI, faz-se necessária uma teoria de enfermagem que considere a multidimensionalidade do fenômeno, sistematize e prescreva práticas de cuidados. Deve-se pensar em cuidados sustentados pelas teorias de enfermagem, trazendo cientificidade à profissão e contribuindo para o aprimoramento das habilidades teórico-práticas.

A adoção de teorias na prática de enfermagem contribui para a constituição do conhecimento científico e para a orientação do cuidado de enfermagem, com reflexo direto na

qualidade do cuidado. As teorias desafiam as práticas existentes, uma vez que possibilitam remodelar normas e princípios vigentes e criar novas abordagens para estabelecer pontes entre teoria, pesquisa e prática de enfermagem (BRANDÃO et al., 2017).

À medida que as teorias de enfermagem são aplicadas no cuidado ao paciente, elas norteiam as ações profissionais e o conhecimento torna-se sistematizado, sólido, crítico e reflexivo (MONTEIRO et al., 2016). Isso, por serem consideradas meios sistemáticos de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática de enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2014).

Na perspectiva de Schaurich e Crossetti (2010), as teorias explicitam a visão de mundo dos profissionais, cada uma a seu modo, e apresentam a prática por meio de conceitos que expressam o desenvolvimento de ações, com o objetivo de consolidar a enfermagem como ciência e arte. Assim, as proposições das teorias de enfermagem contribuem na organização do cuidado (MCEWEN; WILLS, 2019).

A Enfermagem contemporânea vem demonstrando preocupação em se consolidar como ciência e fortalecer a prática clínica nas variadas situações de cuidado, utilizando uma teoria que fundamente a assistência conduzida pelo enfermeiro (CLARES et al., 2013). As teorias podem ser consideradas aportes epistemológicos fundamentais à construção do saber e à prática profissional, pois possibilitam que os profissionais descrevam, expliquem e prescrevam aspectos da realidade assistencial (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

No entendimento de Weatherston (1979), a teoria pode ser construída por análises de conceitos da enfermagem, relacionados com proposições e testes das hipóteses produzidas. Para o autor, a teoria de enfermagem, pode ser construída e utilizada como uma microteoria, preocupada com um aspecto bem definido da enfermagem, ou pode ser mais geral, preocupado com termos de referência mais amplos. Assim, a teoria de enfermagem pode ser usada para explicar, prever, controlar fenômenos exclusivos da enfermagem, desde que não se sobreponham aos valores da enfermagem.

Diante disso, cita-se o Modelo de Adaptação de Callista Roy (MAR) como possibilidade de visionar o desenvolvimento de uma teoria para a prescrição de cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI. O MAR envolve em um dos seus aspectos centrais a tendência de olhar as pessoas como sistemas abertos, que mantêm interação contínua com o ambiente, estando expostas a diversos estímulos que geram um processo de *coping* capaz de resultar em respostas adaptativas ou ineficazes (ROY, 2009). Assim, reconhece os estímulos como “entrada”, que ativa mecanismos reguladores e cognitivos com objetivos de manter a adaptação das pessoas. As respostas são entendidas como “saídas”, isto é, são os

comportamentos, que, por sua vez, tornam-se retroalimentação para a pessoa e para o ambiente, categorizadas como respostas adaptativas ou ineficazes (ROY, 2009).

Nesta conjectura, entende-se que a enfermagem, ancorada à potencialidade do MAR e repensando o fenômeno dos cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, sob uma mesma perspectiva filosófica, pode redimensionar intervenções de cuidados. Assim, por meio da integração da teoria com a prática da enfermagem, visiona-se proporcionar cuidados de enfermagem, que compreendam a multidimensionalidade do fenômeno, utilizando-os como estímulos para respostas adaptativas a prevenção do delirium, da pessoa idosa na UTI.

Brandão et al. (2017) consideram necessários avanços epistemológicos na enfermagem por meio de mais estudos de teorias, por serem essenciais para o desenvolvimento da enfermagem e para promover o conhecimento como base numa estrutura que guie as ações da profissão. Assim, vislumbra-se, dentre os níveis teóricos, nas microteorias a possibilidade de fornecer uma maneira prática para os enfermeiros conectarem as perspectivas filosóficas da disciplina com o mundo real e a prescrição de intervenções à prática da enfermagem. Visto que as microteorias são conhecidas por apresentarem maior concretude e serem as mais aplicáveis de todas as teorias (HIGGINS; SHIRLEY, 2000).

Por estarem em um nível de menor abstração, mais próximas ao nível empírico dos fenômenos, quando comparadas às grandes teorias de enfermagem, as microteorias são caracterizadas por produzirem instruções específicas para a prática. Assim, impactam diretamente nos cuidados de enfermagem, tendo em vista sua limitação de tempo, lugar e situação (HIGGINS; SHIRLEY, 2000; PETERSON, 2017; MCEWEN; WILLS, 2019).

As microteorias estão preocupadas com áreas mais específicas do conhecimento, que podem ser alteradas por testes. Para isso, a sua validação ocorrerá por meio do uso de julgamento e da medição. Sabe-se, que as microteorias e as teorias paradigmáticas são interdependentes, pode-se dizer, que a microteoria existe dentro da estrutura de uma teoria paradigmática (WEATHERSTON, 1979).

Frente a essa compreensão e contemplando a complexidade do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, sinaliza-se no desenvolvimento de uma microteoria do tipo prescritiva, a perspectiva para produzir conhecimento com intervenções para a prática de enfermagem que auxilie esse grupo específico.

As teorias prescritivas são aquelas que produzem situações ou incorporam metas. Essas teorias, não estão satisfeitas em conceituar fatores, relações de fatores ou relações de situações, e sim, tentam conceituar as situações desejadas, bem como, conceituar a prescrição sob a qual

um agente ou praticante deve agir para provocar situações do tipo concebidas como desejáveis na concepção do objetivo da teoria prescritiva (DICKOFF; JAMES; WIEDENBACH, 1968).

Destaca-se o elemento da prescrição como uma característica importante na teoria da enfermagem, pois a demanda por prescrições na prática de enfermagem, para a realização de metas declaradas, fornece um estímulo ao pensamento crítico, ou seja, constitui uma demanda para trazer ao campo prático, em termos de pessoas e circunstâncias, o idealmente desejável (DICKOFF; JAMES, 1968).

Visiona-se que, ao repensar o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium e subtrair sua dinâmica com base nos construtos teóricos de Roy (2009), pode-se direcionar o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium, como estímulo capaz de promover a adaptação da pessoa idosa na UTI. Assim, compreende-se que se possa propor possibilidades de intervenções preventivas no ambiente/rotinas da UTI e no cuidado direto às pessoas idosas.

Novas posturas frente ao cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI poderão permitir o cuidado multidimensional, ao considerar a singularidade do “eu”. Nesse sentido, o cuidado permite a compreensão crítica da realidade e contribui para que a prática não se torne somente uma ação condicionada a rotinas e técnicas. Assim, à luz do MAR supõe-se um caminho possível, embora não único, na busca de respostas que atendam às necessidades das pessoas idosas para prevenção do delirium na UTI, mesmo com as adversidades, incapacidades ou patologias associadas ao processo de cuidar.

Ao realizar-se buscas nos Catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e no Banco de Teses e Dissertações fornecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em abril de 2021, encontraram-se 29 publicações que tratam de delirium em idosos em UTI, destas nenhum estudo abordou a prevenção de delirium em pessoas idosas, o MAR na UTI e nenhum dos estudos versou sobre desenvolvimento teórico. Os resultados da produção científica da enfermagem relacionada aos cuidados na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI permitem afirmar que a temática é emergente e demonstram uma lacuna no desenvolvimento de estudos teóricos sobre o fenômeno da presente tese.

Tem-se como pressuposto desse estudo a necessidade de reunir as evidências empíricas em padrões teorizáveis que possam fornecer uma estrutura de prescrição, sobre o fenômeno do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI. Tendo em vista a problemática apresentada, tem-se a seguinte **questão de pesquisa**: quais relações teóricas podem ser estabelecidas entre o MAR e o cuidado de enfermagem, na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, por meio de uma microteoria de enfermagem? E como **objeto de**

estudo, o desenvolvimento de uma microteoria, do tipo prescritiva, para o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, com base nos construtos do MAR.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Desenvolver uma microteoria, do tipo prescritiva, para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, sustentada em construtos do Modelo de Adaptação de Callista Roy.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI.
- Estabelecer relações teóricas prescritivas entre os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI e os construtos do Modelo de Adaptação de Callista Roy.
- Conceituar a prescrição sobre o fenômeno do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI.
- Propor uma estrutura de prescrição, para operacionalizar a microteoria para o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI na prática da enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o marco classificatório da teoria proposta e o marco teórico-filosófico que alicerçou o processo de substrução teórica.

2.1 O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM

Decorrente da dissociação do conhecimento científico com a prática profissional, o enfermeiro construiu sua identidade influenciada por nuances históricas, sociais e conceituais, sendo, por muito tempo, intitulado o profissional do “fazer”. Contudo, o desenvolvimento do mercado de trabalho deixa importantes marcas nessa identidade, por meio da globalização do saber e fazer, da introdução de tecnologias, que toma força na determinação de papéis e na promoção da assistência à saúde (TEODOSIO; PADILHA, 2016).

Diversos autores consideram a enfermagem como uma disciplina e uma ciência prática (ALLIGOOD, 2018; FAWCETT, 2013; WALKER; AVANT, 2019), ou ainda uma disciplina orientada para a prática (MELEIS, 2018). A denominação disciplina refere-se a um campo de conhecimento, como também a uma organização de ideias e conceitos, métodos de investigação e modos de interpretar os dados. O termo prática, no contexto de disciplina prática, refere-se ao caminho do conhecimento e a organização de fatos, ideias e conceitos relacionados aos elementos da prática (ALLIGOOD, 2018; FAWCETT, 2013).

Para Meleis (2018) a missão primária da enfermagem está relacionada à prática, por isso é uma disciplina orientada para a prática. Seus membros querem conhecer como os seres humanos reagem à saúde e à doença, para incentivar a promoção à saúde, prestar cuidado, incentivar o cuidado de si, além de desenvolver pesquisas. Como disciplina, a Enfermagem interessa-se pelas experiências humanas e pela relação destas com o processo saúde-doença; assim, entende-se que é uma ciência humanista (MCEWEN; WILLS, 2019).

O conceito de que a Enfermagem é uma ciência e disciplina prática, também é reforçado por Walker e Avant (2019), para quem, por meio da teoria prática, pode-se atingir o objetivo proposto na prática, afirmando que a essência da enfermagem são os objetivos e as prescrições estabelecidas para a ação. Assim, compreende-se que, tanto os aspectos práticos quanto os aspectos teóricos, são pilares fundamentais para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina prática e precisam estar integrados entre si.

Nesse ínterim, ao acompanhar o desenvolvimento teórico da Enfermagem, pode-se observar que esse processo inclui a reorganização da realidade, o que possibilita a abstração, o

desenvolvimento de conceitos e teorias que descrevem, explicam e norteiam as ações de enfermagem. Segundo Meleis (2018), esse conhecimento teórico do passado, com uma visão para o futuro, pode estimular a criatividade, o desenvolvimento e o progresso da enfermagem.

O ponto de partida para a cientificação da enfermagem, se deu no final do século XIX, durante a Guerra da Crimeia, quando Florence Nightingale iniciou as primeiras descrições dos objetivos e ações da enfermagem. A precursora da enfermagem era motivada pelo propósito de angariar apoio nacional e despertar para a necessidade de um serviço de enfermagem estruturado, bem como, para o desenvolvimento de programas para a formação de enfermeiras (CARRARO, 2004).

Os conceitos nightingaleanos são até hoje utilizados na enfermagem, como seu grande paradigma, o cuidado como objeto da profissão (DIAS; DAVID; VARGENS, 2016). No entanto, a tentativa de Florence de profissionalizar o cuidado de enfermagem e promover o desenvolvimento teórico dessa disciplina, foi quase aniquilada por uma formação do enfermeiro baseada na doença, fortemente influenciada por outras profissões, aprendida e capacitada apenas no âmbito hospitalar.

Nos anos subsequentes, o cuidado de enfermagem passou de uma prática aprendida para a enfermagem profissional, de uma formação técnica/hospitalista para a graduação universitária, da subordinação para a responsabilidade, liderança e autonomia e de uma aplicação prática para uma fundamentação teórica (MELEIS, 2018). Avanços aconteceram e mais ainda são necessários para a consolidação da enfermagem, enquanto prática, ciência e arte.

Na atualidade, a enfermagem, ainda é conhecida como uma disciplina prática, na qual enfermeiros se envolvem na prestação de cuidados de saúde complexos, em todos os níveis do processo de saúde/doença, em todas as fases da vida das pessoas e nos mais diversos contextos de cuidado (WALKER; AVANT, 2019). Todavia, quanto mais os enfermeiros lidam com o conhecimento para melhorar a saúde e o bem-estar de indivíduos, famílias e comunidades, a enfermagem não escapa de preocupações, quando o saber profissional sofre pressões para manter-se em um nível elevado de conhecimento científico (CARVALHO, 2003).

Desde que a Enfermagem iniciou o cuidado humano de forma organizada, profissionais preocuparam-se e envolveram-se com o desenvolvimento de teorias. Conceitos como cuidado, bem-estar, ambiente, comunicação, segurança, tratamento/assistência e saúde eram utilizadas para nortear a prática, antes mesmo de serem estruturados como uma teoria de Enfermagem (ALLIGOOD, 2013). O objetivo disso era direcionar o conhecimento, guiar e melhorar a prática da Enfermagem e estabelecê-la como uma disciplina acadêmica (MELEIS, 2018).

Para Giuliano, Tyler-Viola e Lopez (2005), a enfermagem é definida como uma disciplina multiparadigmática, quando o uso de múltiplas visões de mundo e perspectivas integradas tem valor e também são uma necessidade para o desenvolvimento do conhecimento na área. No entanto, para construir conhecimento na Enfermagem é necessária a identificação de conceitos representativos e de fenômenos do seu campo de interesse. Esses conceitos devem se inter-relacionar em proposições teóricas que refletem visões específicas acerca de fenômenos e podem contribuir com inovações no saber e no fazer da Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Na busca pela cientificidade do *corpus* da enfermagem, os enfermeiros têm se dedicado, ao longo do tempo, a elaborar um corpo de conhecimento específico para que seja aplicado a qualquer área do campo profissional (WALKER; AVANT, 2019). Logo, o conhecimento advém da ciência e a ciência da Enfermagem, segundo Barrett (2002), é definida como o conhecimento substantivo, específico à disciplina, que enfoca o processo humano-universo-saúde articulado nas estruturas e teorias de Enfermagem.

Fawcett (2013) afirma que a disciplina de Enfermagem possui duas dimensões, a ciência e a profissão. A ciência é alcançada por meio da pesquisa, e a profissão se concretiza, ao mesmo tempo em que é atualizada, pela prática de enfermagem. Assim, a disciplina de enfermagem é compreendida como uma ciência básica e seu objetivo é expandir o conhecimento sobre as experiências humanas, por meio da investigação e conceituação criativa.

Desse modo, compreende-se que, historicamente, o conhecimento da enfermagem passou por várias fases de desenvolvimento. De acordo com McEwen e Wills (2019), o conhecimento silencioso, representado pela primeira fase da construção do conhecimento, é marcado por uma obediência cega à autoridade médica. Na segunda fase, caracterizada pelo conhecimento recebido, a profissão adquire o conhecimento das outras áreas. Posteriormente, tem-se a etapa do conhecimento subjetivo, na qual se iniciou um processo de construção da autonomia, por meio da negação das teorias advindas das outras ciências e a construção das próprias teorias que explicassem os fenômenos da enfermagem. A fase subsequente, denominada conhecimento processual, é caracterizada pela integração de conhecimentos próprios e derivados.

A etapa intitulada de conhecimento construído, caracteriza-se pelas combinações de diferentes tipos de conhecimento e pela percepção da necessidade de que as teorias iniciassem a partir de estudos empíricos ou da literatura. Por fim, na fase reconhecida como conhecimento integrado, a enfermagem buscou a assimilação e aplicação de evidências científicas no cuidado (MCEWEN; WILLS, 2019).

Já sob outra perspectiva, Meleis (1999), descreve que o conhecimento da enfermagem passou pelas seguintes fases de desenvolvimento: a fase da prática; a fase de pesquisas; a fase de teorias; a fase filosófica; e a fase de integração. A primeira fase (da prática) foi marcada por mulheres que ajudaram homens feridos nas guerras e batalhas. Nessa fase, destaca-se Florence Nightingale, prestando cuidado aos soldados da Guerra da Crimeia em 1854, que organizou e zelou por um ambiente limpo onde pudesse, com ajuda de outras mulheres, cuidar e confortar as pessoas de forma integral. Os escritos de Florence descrevem os objetivos do cuidado e os processos comprovam o potencial da Enfermagem em ser uma profissão prática fundamentada teoricamente. (MELEIS, 1999)

Na fase de pesquisas, a preocupação com a formação, o currículo, o ensino e a administração estimularam professores de enfermagem, com o objetivo de aprimorar o conhecimento da área, a desenvolverem pesquisas e estudos que foram submetidos ao rigor científico. Nesta fase, a enfermagem foi duramente criticada, por seus pares e estudiosos de outras áreas, uma vez que, como em outras ciências, dava-se mais importância à sintaxe científica, ou seja, ao processo, que ao conteúdo da pesquisa. (MELEIS, 1999).

Na fase de teorias ficou evidente que a Enfermagem não podia ser reduzida a uma ciência que se ocupava apenas com um aspecto do ser humano. Assim, nesta fase assumiu-se sua complexidade e necessária autonomia intrínseca em relação ao seu conteúdo e método. O início da fase de teorias foi marcado pela adoção de paradigmas externos como guia para as teorias, pelas incertezas sobre os fenômenos da disciplina, pelo surgimento de teorias discretas e independentes, bem como se observava uma distância entre a pesquisa-prática-teoria. Assim, as teorias eram utilizadas como currículo para formação e prevalecia o objetivo de desenvolver um único paradigma. Essa fase foi finalizada com a prevalência dos seguintes temas: a aceitação de que a enfermagem é complexa; a necessidade de utilizarem-se várias teorias e a aceitação de validar e complementar suposições teóricas antes de sua divulgação; e a ideia de que os conceitos e teorias podem ser a base para o desenvolvimento de uma mesma perspectiva específica. Em suma, a fase de teorias foi regida pelo pluralismo e dualismo, além de estabelecerem-se os limites para os interesses das pesquisas e se desenvolver entre os estudiosos a flexibilidade necessária para a expansão de atividades criativas. (MELEIS, 1999).

A fase filosófica foi permeada pelo olhar epistemológico e ontológico, o que concedeu à enfermagem a legitimação para questionar valores, significados e realidades sustentadas por diferentes bases filosóficas e teóricas. Essa fase, caracterizou-se principalmente pela influência das discussões intelectuais sobre a literatura da enfermagem, reconhecendo-se a importância da diversidade teórica e a necessidade de discussões éticas, lógicas e teóricas. As discussões

epistemológicas estavam focadas na estrutura do conhecimento, na natureza das teorias, nos critérios de análise, bem como na justificativa para o uso de determinadas metodologias, as quais contribuíram para construir a identidade e o conhecimento da disciplina Enfermagem (MELEIS, 1999).

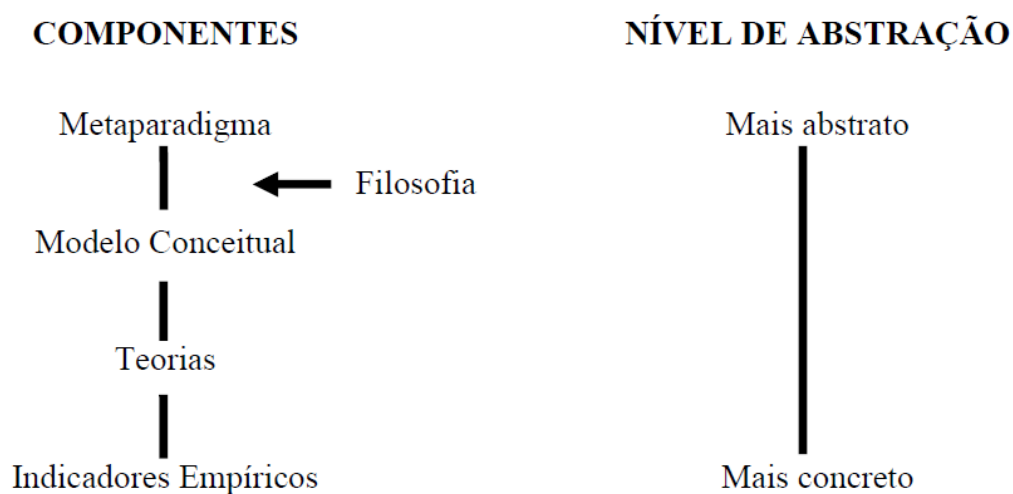
A última fase, descrita por Meleis (1999), foi a fase de integração, marcada por situações como a identificação de uma estrutura lógica para a disciplina e suas especialidades. Essa estrutura contempla o conhecimento científico, teórico, filosófico e clínico, focando o domínio da Enfermagem e seus fenômenos. Nessa fase, o desenvolvimento de programas educacionais e a contribuição de profissionais de diferentes áreas de atuação na enfermagem, integraram a teoria, a pesquisa e a prática com temas relevantes. Ainda, destaca-se a atenção dada às estratégias do desenvolvimento do conhecimento e a congruência da disciplina, considerando aspectos como integralidade, padrões de comportamento, experiência e significados.

Ademais, características importantes dessa fase de integração, referem-se ao interesse dos profissionais da Enfermagem em desenvolver teorias pertinentes com o fenômeno da especialidade a que pertencem, sem desconsiderar fenômenos amplos e gerais. Também, destaca-se a sistemática reavaliação de fundamentos filosóficos e teóricos que nortearam a definição e a concepção de conceitos centrais de domínio da Enfermagem.

Ao observar as fases do desenvolvimento do conhecimento teórico da enfermagem descritas pelas autoras McEwen e Wills (2019) e Meleis (1999), pode-se dizer que ambas seguem uma ordem crescente, caracterizando uma evolução no conhecimento da disciplina, tendo a participação de profissionais da Enfermagem de diferentes segmentos. Portanto, o desenvolvimento do conhecimento é um processo contínuo, que é influenciado pelas pesquisas e experiências vivenciadas, a partir da utilização dos métodos científicos e teorias de enfermagem.

Todavia, Fawcett (2013), compreende que o conhecimento da enfermagem, a partir do nível de abstração é organizado em ordem decrescente, por uma estrutura holárquica, uma ferramenta heurística que coloca os cinco componentes do conhecimento contemporâneo da enfermagem: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos, (Figura 1). Esses componentes com exceção dos indicadores empíricos, são compostos por conceitos definidos como uma palavra ou frase capaz de sintetizar elementos e de proposições que consistem na afirmação sobre determinado conceito.

Figura 1 - Estrutura holárquica do conhecimento da Enfermagem contemporânea: componentes e níveis de abstração.



Fonte: Adaptado de Fawcett (2013).

O primeiro elemento da estrutura holárquica do conhecimento proposto por Fawcett (2013) é o metaparadigma, considerado o componente mais abstrato da estrutura, e por isso, deve ser livre de perspectivas, de modelos e paradigmas. O Metaparadigma é definido como conceitos globais que reconhecem o objeto de estudo de uma área do conhecimento em que identifica uma disciplina e a distingue de outras, além das proposições que descrevem esses conceitos e os relacionam entre si. Na enfermagem, o metaparadigma é constituído de quatro conceitos: Ser humano, Ambiente, Saúde e Enfermagem, sendo este tipo de conhecimento fundamental para construção da enfermagem como ciência.

A concepção de McEwen e Wills (2019) é complementar, ao afirmarem que metaparadigma é a ideologia dentro da qual as teorias, o conhecimento e os processos para o conhecimento encontram significado e coerência.

A filosofia da enfermagem é o segundo elemento da estrutura, que tem como função comunicar o que os membros de uma disciplina acreditam ser verdade sobre as crenças e valores em relação aos fenômenos de interesse para a disciplina, sobre o desenvolvimento do conhecimento desses fenômenos e o que eles valorizam em relação às suas ações e práticas (FAWCETT, 2013).

McEwen e Wills (2019) corroboram ao afirmar que filosofia é uma declaração de crenças e valores sobre os seres humanos e seu mundo, em que as filosofias são dirigidas à descoberta de conhecimentos e de verdades, bem como à identificação, daquilo que é valioso e importante para os membros de uma disciplina. No entanto, Reed (2006) defende o

posicionamento de que nenhuma filosofia dominante tem prevalecido na enfermagem e que a filosofia desta disciplina é composta por um enunciado de pressupostos universais, crenças e princípios sobre a natureza do conhecimento e do pensamento, sobre a natureza das entidades representadas no metaparadigma, na prática de enfermagem e nos processos de saúde humana.

Ainda no que concerne a construção do conhecimento na enfermagem, o modelo conceitual, também conhecido como matriz disciplinar, paradigma, sistema conceitual ou estrutura conceitual, é o terceiro elemento da estrutura do conhecimento, caracterizado por um conjunto de conceitos abstratos e gerais que identificam fenômenos de interesse de uma área do conhecimento e as proposições estabelecidas entre os conceitos. Na enfermagem, dentre as obras de algumas teóricas, reconhecidas como modelos conceituais, pode-se citar: o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, de Imogene King; a Ciência dos Seres Humanos Unitários, de Martha Rogers; o Modelo de Conservação, de Myra Levine, o Modelo de Sistema Comportamental, de Dorothy Johnson, entre outros (FAWCETT, 2013).

Um modelo conceitual contempla um conjunto de conceitos inter-relacionados que simulam a imagem mental de um fenômeno. Nesse sentido, compreende-se que o modelo conceitual se institui como o paradigma, como uma visão de mundo que norteia a construção do conhecimento, sendo o responsável por exercer influência sobre as percepções do ser humano (MCEWEN; WILLS, 2019).

Para Fawcett (2013), o quarto elemento da estrutura holárquica é a teoria, definida como um ou mais conceitos relativamente concretos e específicos de uma determinada área. As teorias são derivadas de um modelo conceitual, compostas de proposições que descrevem cuidadosamente os conceitos, de proposições que formulam relações relativamente concretas e específicas entre dois ou mais dos conceitos (MCEWEN; WILLS, 2019).

Os indicadores empíricos finalizam a composição da ciência da enfermagem contemporânea trazida por Fawcett (2013), são os componentes mais concretos da estrutura. Eles não são constituídos por conceitos e proposições, e estão ligados diretamente a teoria e indiretamente ao modelo conceitual. Indicadores empíricos são instruções reais, condições experimentais e procedimentos usados para observar e medir os conceitos de uma teoria (MCEWEN; WILLS, 2019).

A informação obtida através de indicadores empíricos é chamada de dados, constituindo um dos aspectos dos métodos de investigação usados para determinar a evidência empírica de teorias menos abstratas. Assim, tem como função fornecer o meio pelo qual essas teorias são produzidas e testadas, constituindo instrumentos que proporcionam dados que podem ser

ordenados em categorias qualitativas ou calculados em resultados quantitativos (FAWCETT, 2013).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS TEORIAS DA ENFERMAGEM

As teorias, além de fazer parte da ciência da enfermagem contemporânea, são uns dos principais exemplos para construção deste corpo de conhecimento. A partir do desenvolvimento de teorias na enfermagem, percebe-se a consolidação da área, como profissão, através de um movimento emancipatório do ponto de vista do conhecimento. Com as teorias, a enfermagem criou uma dinamicidade em busca do seu próprio desenvolvimento.

Uma estrutura teórica é uma base desenvolvida para organizar uma série de conceitos focados em um conjunto específico de perguntas (MELEIS, 2018). Ou seja, uma teoria é um conjunto de conceitos concretos e específicos de uma realidade articulada, a partir de afirmações concretas e relações específicas entre dois ou mais conceitos. Esses conceitos articulados formulam declarações, proposições e definições que podem ser derivados de crenças filosóficas, dos dados científicos, que podem ser deduzidos, testados e verificados (MCEWEN; WILLS, 2019).

Conforme a orientação de Chinn e Krammer (2015) teorias devem possuir os seguintes elementos: a) conceitos que são identificados e definidos; b) afirmativas que esclarecem as verdades básicas subjacentes de qual e dentro do qual o raciocínio teórico procede; c) contexto dentro do qual a teoria é colocada; d) e identificar as relações entre os conceitos. O pensamento teórico em enfermagem se utiliza de conceitos e suas relações para organizar e criticar o conhecimento existente e orientar novas descobertas para avançar a prática.

Uma teoria é uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de declarações relacionadas a questões significativas em uma disciplina e comunicadas como um todo significativo. É uma representação simbólica dos aspectos da realidade descobertos ou inventados para descrever, explicar, prever ou prescrever respostas, eventos, situações, condições ou relacionamentos. As teorias têm conceitos relacionados aos fenômenos da disciplina para elaborar afirmações teóricas (MELEIS, 2018).

O objetivo da teoria é esclarecer os fenômenos contidos em um modelo conceitual e ofertar uma estrutura concreta e específica para a interpretação de comportamentos, situações e eventos (FAWCETT, 2013). Assim, as teorias podem ser classificadas de acordo os seus próprios objetivos em: teorias descritivas, prescritivas, explicativas e preditivas.

As teorias descritivas descrevem um fenômeno, um evento, uma situação ou um relacionamento e especulam por que um fenômeno ocorre descrevendo as consequências desse fenômeno. Elas identificam suas propriedades, seus componentes e algumas das circunstâncias em que isso ocorre (MELEIS, 2018). Apesar de apresentarem elementos de previsão, por prever quando um fenômeno pode ocorrer ou não, a sua contribuição para o conhecimento é essencialmente classificar observações e significados em relação ao fenômeno. Teorias descritivas são teorias completas e têm o potencial de orientar a pesquisa (MELEIS, 2018).

As teorias prescritivas abordam a terapêutica da enfermagem e os resultados das intervenções, incluem proposições que exigem mudanças e preveem as consequências de uma certa estratégia para uma intervenção de enfermagem. Elas devem designar a prescrição e seus componentes, o tipo de cliente a receber a prescrição, as condições sob as quais a prescrição deve ocorrer e as consequências (MELEIS, 2018). Estas teorias também articulam as condições do processo de vida, as interações pessoa-ambiente e o estado de saúde de quem precisa da prescrição e o efeito no processo de vida do cliente, estado de saúde e interação com o ambiente. Elas são denominadas produtoras de situação, que prescrevem as atividades necessárias para alcançar as metas definidas (MCEWEN, 2016).

As teorias explicativas são aquelas que relacionam conceitos entre si, descrevem inter-relações entre conceitos ou proposições e especificam associações ou relações entre alguns conceitos. Elas procuram explicar como e por que os conceitos estão relacionados e podem lidar com a causa e o efeito e as correlações ou regras que regulam as interações. São desenvolvidas pela pesquisa correlacional e por meio de revisões abrangentes e síntese da literatura (MCEWEN, 2016).

As teorias preditivas são obtidas, quando condições sob as quais os conceitos se relacionam são enunciadas, e os enunciados das relações conseguem descrever de forma consistente futuros resultados. São teorias que tem como foco a previsão de relações exatas entre conceitos, gerada e testada, na maioria das vezes, por pesquisa experimental (MCEWEN, 2016).

A teoria de enfermagem é definida como uma conceituação de algum aspecto da realidade (inventado ou descoberto) que pertence à enfermagem. A conceituação é articulada e comunicada com o objetivo de descrever, explicar, prever ou prescrever cuidados de enfermagem, bem como para definir os resultados dos cuidados de enfermagem (MELEIS, 2018). Uma teoria de enfermagem engloba um grupo internamente consistente de declarações relacionais que representa uma visão sistemática sobre um fenômeno e que é útil para descrição, explicação, previsão e prescrição da prática assistencial (WALKER; AVANT, 2019).

De modo geral, as teorias estão sempre em desenvolvimento e, em especial nas ciências humanas. As teorias de enfermagem evoluem a partir da realidade existente, como é visto na mente de um teórico que é influenciado por certos processos ou eventos históricos e filosóficos. Essas teorias também podem evoluir de uma percepção da prática ideal de enfermagem, marcada pela história (pessoal, profissional e disciplinar) e pela filosofia (MELEIS, 2018). Assim, compreende-se que o conhecimento em enfermagem pode ser classificado em diferentes níveis de pensamento teórico. Uma das formas de classificar as teorias, que se tornou comum, foi a diferenciação quanto ao âmbito da teoria, isto é, quanto à sua complexidade e ao seu nível de abstração e escopo (MCEWEN; WILLS, 2019; WALKER; AVANT, 2019).

Cada nível teórico tem características específicas e finalidades definidas. O escopo ou amplitude dos conceitos e objetivos de um sistema teórico é que irão determinar seu uso para pesquisa e prática. Portanto, o pensamento teórico em enfermagem utiliza conceitos e suas relações para organizar e criticar o conhecimento e orientar novas descobertas para avançar a prática (LIEHR; SMITH, 2017).

O debate sobre desenvolvimento e evolução de teorias da enfermagem começou no final do século XX, nos Estados Unidos, onde a enfermagem lançou quatro níveis de pensamento teórico, para o desenvolvimento de teorias (WALKER; AVANT, 2019). Esses níveis são usados no desenvolvimento do conhecimento para a prática de enfermagem, educação e ciência, denominados: metateorias, grandes teorias, teorias de médio alcance, microteorias, teoria prática e teoria de situação específica (MCEWEN; WILLS, 2019; WALKER; AVANT, 2019).

As Metateorias têm como enfoque as questões filosóficas e metodológicas que se referem ao desenvolvimento das bases teóricas da enfermagem, agregam conceitos e estruturas mais abstratas. Concentram-se em questões amplas de debates relacionadas à teoria em enfermagem e se utiliza da lógica e do raciocínio analítico para examinar a direção, os métodos e os padrões de investigação (MCEWEN; WILLS, 2019).

A metateoria é compreendida como o mais abstrato e universal dos quatro níveis teóricos. Difere dos outros níveis por seu produto, o qual é a “teoria sobre a teoria”, ao invés de estruturas teóricas específicas que explicam o mundo empírico. O nível metateórico é conhecido como filosofia de ciência, apresenta relações com questões científicas e se concentra em um exame crítico da ciência, seus processos e produtos (WALKER; AVANT, 2019).

Questões debatidas no nível da metateoria incluem, entre outras, a análise do objetivo e do tipo de teoria necessária para a enfermagem. Além disso, propõe e critica fontes, métodos de desenvolvimento e os critérios mais adequados para avaliar uma teoria em enfermagem (WALKER; AVANT, 2019; MCEWEN; WILLS, 2019).

Embora alguma metateoria seja acompanhada de esforços complementares nos níveis grande, médio ou de prática, ela tem sido amplamente discutida de forma separada desses outros níveis de desenvolvimento de teoria. Como a metateoria representa muitos pontos de vista sobre a teoria em enfermagem, ela não foi consolidada em um conjunto de crenças aceito por unanimidade (WALKER; AVANT, 2019). Portanto, a metateoria focaliza aspectos amplos, como processos de geração de conhecimento, desenvolvimento e avaliação de teorias. Desse modo, pode-se dizer que é um fórum de debate na disciplina (WALKER; AVANT, 2019; McEWEN; WILLS, 2019).

Seguindo as definições de teorias de acordo com seu nível de abstração, tem-se as grandes teorias de enfermagem ou macroteorias. Elas refletem o escopo mais amplo, são os paradigmas gerais da ciência em enfermagem, estruturadas por conceitos mais abstratos e com relações entre um grande número de conceitos, por vezes consideradas as lentes que enxergam o fenômeno por tratar-se de uma visão ampliada para as metas e arcabouço da prática de enfermagem (MELEIS, 2018; MCEWEN; WILLS, 2019).

As grandes teorias são sistemas teóricos formais que enquadram o conhecimento disciplinar dentro dos princípios da enfermagem. Seus conceitos e proposições transcendem eventos e populações de pacientes (WALKER; AVANT, 2019). Tanto as metateorias quanto as grandes teorias possuem limitações por fornecerem pouca concretude pelo seu alto nível de abstração e, desta forma, dificultam a utilização de métodos empíricos que operacionalizem a prática de enfermagem (WALKER; AVANT, 2019).

Compreende-se as grandes teorias como as construções sistemáticas da natureza da enfermagem e dos objetivos do cuidado de enfermagem. São desenvolvidas a partir de descobertas de pesquisas, de uma síntese de experiências, observações e *insights* (MELEIS, 2018). De modo geral, elas possuem como objetivo explicar uma visão de mundo útil para entender os principais conceitos e princípios dentro de uma perspectiva (WALKER; AVANT, 2019).

Com a dificuldade de testar as grandes teorias, devido seu alto nível de abstração (BENDER, 2017), nas primeiras décadas do século XXI, foi proposto um nível menos abstrato de desenvolvimento de teorias e utilizado na enfermagem, nomeadas como teorias de médio alcance (TMA) (SMITH; LIEHR, 2014). A TMA preserva a generalização das grandes teorias e ainda, possui concretude suficiente para interagir com o nível empírico (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

Uma TMA pode ser a descrição de determinado fenômeno, a explicação da relação entre fenômenos, ou a previsão dos efeitos de um fenômeno ou outro (FAWCETT, 2013). Assim, ela

pode descrever, explicar e/ou prescrever um número limitado de conceitos, está em um nível relativamente mais concreto e específico (WALKER; AVANT, 2019). A TMA não apenas compartilha parte da economia conceitual das grandes teorias, mas também fornece o *status* específico necessário para a utilidade na pesquisa e na prática (WALKER; AVANT, 2019). Desse modo, uma TMA pode ser submetida a testes empíricos, pois seus conceitos são mais específicos e operacionalizáveis (LIEHR; SMITH, 2017).

Outras teorias de escopo mais estreito, em um menor nível de abstração, podem ser citadas como: as teorias práticas, teorias de situação específica e as microteorias, caracterizadas por produzirem instruções específicas para a prática (HIGGINS; SHIRLEY, 2000; PETERSON, 2017; MCEWEN; WILLS, 2019). Por vezes, a literatura descreve uma variedade de termos para se referir ao nível de teoria que é considerado menos abstrato, mais específico e mais restrito em escopo, no entanto, a teoria da prática parece ser o termo mais comumente usado (MCKENNA, 2006; WALKER; AVANT, 1995; JONES, 2001). Autores como Suppe (1996), Kramer (1997) e Parker (2006) utilizavam a terminologia de teoria prática e microteoria, como sinônimos. Im e Meleis (1999 e 2001) introduziram o termo teoria de situação específica.

As teorias práticas fornecem conceitos que expliquem elementos da prática, tem como foco principal uma meta bem definida e o estabelecimento de prescrições de intervenções/atividades de enfermagem que são necessárias para o alcance da meta (WALKER; AVANT, 2019). Desse modo, por meio da teoria prática, pode-se atingir o objetivo proposto na prática, afirmando que a essência da enfermagem são os objetivos e as prescrições estabelecidos para a ação.

As teorias de situação específicas se concentram em fenômenos de enfermagem pontuais que refletem a prática clínica, são limitados a populações definidas ou a um campo único da prática. Essas teorias são contextualizadas social e historicamente, desenvolvidas para incorporar e não transcender estruturas sociais ou políticas (MELEIS, 2018). Elas podem ser desenvolvidas a partir de uma TMA (IM, 2014) ou a partir de descobertas de pesquisas que podem informar o desenvolvimento da teoria de situação específica (RIEGEL; DICKSON; FAULKNER, 2016).

As teorias de situação específica foram introduzidas na enfermagem para trazer entendimento teórico de situações clínicas delimitadas (WALKER; AVANT, 2019). Davis e Simms (1992), por exemplo, propuseram que a teoria de situação específica era adequada para procedimentos envolvendo terapia intravenosa e administração de medicamentos injetáveis.

As microteorias ou teorias de micro alcance, não levam em consideração o contexto cultural, social e histórico do fenômeno estudado durante o seu desenvolvimento, fato que as difere das teorias práticas e das teorias de situação específica. Por sua vez, autores afirmam que todo o conhecimento de enfermagem em última instância é desenvolvido para a prática, dessa forma toda teoria de enfermagem, independentemente do nível de abstração e escopo, pode ser considerada uma teoria da prática (HIGGINS; SHIRLEY, 2000; MCEWEN; WILLS, 2019).

As microteorias estão mais próximas ao nível empírico dos fenômenos, quando comparadas às grandes teorias de enfermagem (BRANDÃO et al., 2017). De acordo com Kim (2000), microteoria é uma teoria baseada em pesquisa de campo ou pesquisa bibliográfica, composta de um conjunto de afirmações teóricas, geralmente hipóteses, que abordam fenômenos estreitamente definidos.

No entendimento proposto por Jacox (1974), a microteoria é a teoria que afirma que ao estabelecer um determinado objetivo de enfermagem, a fim de produzir alguma mudança ou efeito desejado na condição do paciente, imediatamente já aponta as ações que o enfermeiro deve realizar para cumprir o objetivo estabelecido e, conseqüentemente, produzir a mudança.

Compreende-se que as microteorias têm um alcance estreito, explicam um aspecto pequeno da realidade e querem ser prescritivas. Essas teorias costumam ser limitadas a populações ou campos específicos da prática e, com frequência, usam o conhecimento de outras disciplinas (WALKER; AVANT, 2019). Também podem ser compreendidas como estruturas de conhecimento “pronto para uso” na prática ou na pesquisa, subentendendo-se que podem trazer melhores resultados de cuidados de enfermagem, independentemente de suas bases filosóficas.

O nível teórico em que se enquadram as microteorias, foi proposto por Im e Meleis em 1999, com o intuito de não serem teorias universais e que pudessem ser aplicáveis a qualquer tempo, estrutura socialmente restritiva ou situação política. Assim, tornando-se um nível teórico mais específico, que pudesse refletir um contexto particular e incluir intervenções para a ação.

Suppe (1996) considera o teste de hipótese como uma característica primária das microteorias, e que esse fato fornece a distinção essencial entre a microteoria e a TMA. Também, afirma que as microteorias são aplicáveis apenas a um fenômeno de enfermagem específico ou a clientes particulares de enfermagem, enquanto a TMA pode ser aplicável a campos de prática de enfermagem.

Para Higgins e Shirley (2000), a microteoria é a menos formal e mais experimental que os outros níveis teóricos, também mais restritiva em termos de tempo, escopo ou aplicação. Conseqüentemente, com a especificidade e fácil aplicabilidade das microteorias, os enfermeiros

podem produzir melhores resultados de cuidados de enfermagem do que com outros tipos de teorias que não limitam o tempo, as situações ou os clientes de enfermagem (WALKER; AVANT, 2019).

As microteorias podem fornecer instruções para a prática de enfermagem. Desse modo, podem contribuir para o equilíbrio entre as dimensões filosófica, conceitual/teórica e empírica da construção do conhecimento da enfermagem, o que é considerado como critério essencial para o avanço disciplinar (MCEWEN; WILLS, 2016). Tanto os aspectos práticos quanto os aspectos teóricos, são pilares fundamentais e precisam estar integrados para impulsionar o desenvolvimento da enfermagem.

2.3 ESTRATÉGIAS DE TEORIZAÇÃO

A prática da enfermagem deve ser baseada em evidências e também em teorias, pois, quando a pesquisa valida uma teoria, fornece as evidências necessárias para a prática baseada em evidências (PBE) (MCEWEN; WILLS, 2019). Nesse sentido, à medida que mais pesquisas são conduzidas sobre uma determinada teoria, mais evidências são fornecidas para sustentar a prática (CHINN; KRAMER, 2015).

A enfermagem está em um nível evolutivo constante, que permite aos teóricos desenvolver teorias para sustentação da prática, que sejam mais congruentes com a natureza dos fenômenos da enfermagem, considerando a diversidade dos pacientes, a complexidade das experiências, as respostas dos seres humanos no processo saúde/doença e a dinâmica dos ambientes de cuidado. Desse modo, é necessário o desenvolvimento de teorias mais próximas ao nível empírico do cuidado, que produzam as mudanças nos ambientes e situações das populações (MELEIS, 2012).

As microteorias, foco deste estudo, estão no menor nível de abstração, de âmbito limitado, altamente concretas, concentram-se em fenômenos específicos da realidade da enfermagem (cuidado de enfermagem), produzem instruções específicas para a prática (prevenção do delirium), costumam ser limitadas a populações (pessoas idosas) e campos específicos da prática (UTI) (HIGGINS; SHIRLEY, 2000; WALKER; AVANT, 2019).

As microteorias refletem a criação de relações entre dois ou mais conceitos para formar uma visão específica de um fenômeno, são estreitas em escopo e explicam um aspecto relativamente pequeno de realidade, podem ser derivadas das grandes teorias, de teorias de médio alcance, de experiências práticas, revisões da literatura e de testes empíricos (PETERSON, 2017). Além disso, quando os conceitos e declarações relacionais são

operacionalmente definidos, eles podem ser testados por estratégias de pesquisa apropriadas (HIGGINS; SHIRLEY, 2000).

As microteorias, que ao mesmo tempo podem ser sustentadas pelas grandes teorias, possuem concretude suficiente para interagir com o nível empírico dos fenômenos (FAWCETT, 2013). Por isso, presume-se que o desenvolvimento desse tipo de teoria é projetado para aplicação imediata na prática da enfermagem (pronta para uso). A microteoria pode ser produzida a partir da prática, deduzida das grandes teorias, e induzida da pesquisa (MCEWEN; WILLS, 2019).

Também, de modo geral, as teorias possuem elementos constitutivos essenciais, que são necessários aos seus propósitos, que dão forma e conteúdo às teorias e possibilitam a explanação teórica sobre o fenômeno. Esses elementos são: finalidade, conceitos e suas definições, enunciados teóricos (axiomas, leis, proposições) e a estrutura (modelo e pressupostos), as declarações teóricas de existência e declarações relacionais (CHINN; KRAMER, 2005).

Para a construção de teorias existem uma diversidade de estratégias que podem ser utilizadas para o seu desenvolvimento, comumente é seguida a orientação indutiva e dedutiva ou, a conjugação de ambas (ALLIGOOD, 2017; MELEIS, 2018). As estratégias dedutivas tomam por base grandes teorias ou modelos teóricos, quando o raciocínio vai do geral para específico. Enquanto a orientação indutiva parte dos dados da pesquisa para organizar e construir uma nova teoria, ou seja, passa do específico ao geral (ALLIGOOD, 2017). A adoção da orientação, por meio de um ou outro tipo de raciocínio, traz a necessidade da seleção de procedimentos específicos para o desenvolvimento de uma teoria (BRANDÃO et al., 2017).

De acordo com Meleis (2018), tais procedimentos para o desenvolvimento de uma teoria são: prática-teoria, teoria-pesquisa-teoria, pesquisa-teoria, teoria-prática-teoria. As teorias originadas como prática-teoria são derivadas de situações clínicas, enquanto a teoria-pesquisa-teoria dirige as questões da pesquisa e o resultado da pesquisa informa e modifica a teoria. Na pesquisa-teoria, o desenvolvimento está fundamentado na pesquisa em que as teorias evoluem dos achados de pesquisa replicados e confirmados. A teoria-prática-teoria baseia-se no desenvolvimento de uma teoria existente (não-enfermagem) que pode ajudar a descrever e explicar um fenômeno, mas que não está completa ou inteiramente desenvolvida pela enfermagem (MELEIS, 2018).

Nesse prisma, outros autores conceituam os procedimentos como: derivação das diretrizes práticas com base na pesquisa; combinação teórica de duas ou mais teorias de enfermagem e de não enfermagem; indução por meio da pesquisa e da prática; derivação de

teorias de outras disciplinas que se relacionam com a enfermagem e dedução a partir da pesquisa e da prática ou da aplicação de grandes teorias (ALLIGOOD, 2017). Na mesma linha de pensamento, Liehr e Smith (2017) classificam os procedimentos como: indução da pesquisa; construção de conceitos seguida de teste na pesquisa e prática; indução da prática; derivação de teorias de outras disciplinas e dedução a partir de teorias de nível de abstração mais elevado.

A substrução teórica é uma estratégia utilizada para o desenvolvimento de teoria pois, isola conceitos, declarações relacionais e proposições de uma teoria existente e os organiza pictoricamente no diagrama que tem configurações verticais e horizontais para representar os sistemas teóricos e operacionais (DULOCK; HOLZEMER, 1991). O objetivo da substrução teórica é especificar *links* de relações entre construtos, conceitos e indicadores empíricos, num foco situacional, movendo "para baixo" de um nível teórico muito abstrato para finalmente o nível operacional (WALKER; AVANT, 2019).

A substrução teórica, também pode ser definida como um processo de avaliação, pois identifica as principais variáveis a serem estudadas, analisa os níveis de abstração, identifica as hipóteses e as relações entre as variáveis, além de articular os sistemas teórico e operacional. Todo este processo fornece clareza na apresentação geral da teoria produzida, ao avaliar a lógica e a consistência entre o sistema teórico e o sistema operacional (DUNN, 2004).

Para o desenvolvimento da microteoria, foco deste estudo, utilizar-se-á orientação por meio do raciocínio de dedução de uma grande teoria da enfermagem, da indução dos dados da síntese da literatura, por meio da estratégia de substrução teórica como dispositivo heurístico no desenvolvimento da proposta (DUNN, 2004; ALLIGOOD, 2017). A substrução teórica permitirá trazer em baixo relevo, por meio da submissão dos fundamentos teóricos, conectando os elementos estruturais para representações visíveis da teoria, medição e análise em uma microteoria de maior concretude e aplicabilidade prática (WOLF; HEINZER, 1999).

2.4 MARCO TEÓRICO-FILOSÓFICO DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

As grandes teorias da enfermagem são necessárias para afirmar ou legitimar a ciência da profissão. Elas também podem fornecer arcabouço teórico para a construção de teorias menos abstratas, como as de médio alcance ou microteorias, que apresentam maior aplicação prática (FAWCETT, 2005; MCCRAE, 2012). Neste estudo, a grande teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy (1999) sustentou o processo de substrução teórica.

Sister Callista Roy, Doutora em Enfermagem, nasceu em 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia. Obteve seu grau de Bacharel em Enfermagem em 1963, no Mount Saint Mary's College, em Los Angeles; o de Mestre em Enfermagem, em 1966, e o grau de Doutora em Sociologia, em 1977, na Universidade da Califórnia (GEORGE, 2000).

Roy foi membro do Pós-doutorado do *Robert Wood Johnson Clinical Nurse Scholar*, na Universidade da Califórnia em São Francisco, atuou em várias posições, incluindo a de presidente do Departamento de Enfermagem do Mount Saint Mary's College em Los Angeles, como professora adjunta do Programa de Pós-bacharelado, da Escola de Enfermagem de Portland e membro interina e consultora em Enfermagem no *Saint Mary's Hospital* em Tucson, Arizona.

Roy é membro da *American Academy of Nursing* e participa de muitas organizações de Enfermagem, inclusive da *Sigma Theta Tau* e da *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)*. Ela é autora de inúmeros trabalhos, incluindo *Introduction in nursing: an adaptation Model* e *The Roy Adaptation Model: the definitive statement* (GEORGE, 2000).

O Modelo de Adaptação de Roy (MAR) foi publicado pela primeira vez em 1970, no periódico *Nursing Outlook*, apresentando suas suposições filosóficas associadas ao humanismo e a veracidade, enquanto as suposições científicas refletem o que versa a teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy e o modelo de adaptação de Helson (MCEWEN; WILLS, 2019). A priori o MAR foi um complexo de ideias que forneciam orientação para cuidados necessários para reestabelecer a saúde de indivíduos, família e comunidade (ROY, 1970).

O MAR foi produto da dissertação de mestrado da autora, orientada pela teorista de enfermagem Dorothy E. Johnson, sendo ela a principal incentivadora para Callista Roy aceitar o desafio de desenvolver um modelo conceitual de enfermagem. A ideia de desenvolver um modelo surgiu durante um seminário conduzido por Dorothy E. Johnson e, a partir de então, Roy buscou responder à questão motivadora posta por sua professora, que era o de definir o objetivo da enfermagem (PATTON, 2004).

Na década de 80, o MAR recebeu novas modificações e refinamentos em virtude do desenvolvimento do trabalho de pós-doutorado da autora em neurociência em enfermagem. Contudo, foi na década de 1990, atuando como membro docente e teórica de enfermagem do Boston College, que Roy pode focalizar seu trabalho nos movimentos contemporâneos do conhecimento em enfermagem e no entendimento do papel do enfermeiro como promotor da adaptação (ROY, 2009).

Destaca-se que, o movimento histórico de construção e refinamento do modelo teórico de Roy foi impulsionado pela sua prática clínica, como enfermeira pediátrica. A autora descreve que foi a capacidade das crianças de se adaptarem à doença, que lhe proporcionou a ideia de que a adaptação poderia ser uma base conceitual útil, identificando o papel positivo que a enfermagem teve ao desempenhar e promover o aprimoramento da adaptação (ROY, 2009).

Desde então, o MAR evoluiu, com sua utilização em grupos populacionais distintos. Nesse sentido, pode-se citar como marco-conceitual a análise aprofundada da pesquisa baseada em adaptação feita pela *Boston-Based Adaptation in Nursing Research Society* (BBARNS), considerada fundamental para fornecer suporte para o quadro estrutural ou conceitual que sustenta o MAR (ROY, ANDREWS, 1999). Essa pesquisa demonstrou importantes evidências empíricas que apoiavam as suposições do MAR ou sua visão filosófica de mundo, sua composição estrutural e várias declarações proposicionais que vinculavam suas definições conceituais (ROY, ANDREWS, 1999).

O MAR foi desenvolvido utilizando as duas formas de orientação, o raciocínio indutivo e dedutivo. De uma perspectiva indutiva, as observações clínicas pessoais de Roy influenciaram suas crenças sobre o que deveria sustentar um modelo de enfermagem. Na perspectiva dedutiva, destacam-se as derivações feitas do teórico Helson (1947, 1964), autor da Teoria do Nível de Adaptação. Ainda, conceitos ligados a estímulos focais, contextuais e residuais foram posteriormente derivados por Roy e incorporados e devem ser abordados na avaliação de um paciente usando o MAR.

No que concerne o alicerce teórico-científico da teoria, a visão de mundo refletida pelo MAR, incorpora pressupostos filosóficos, científicos e culturais que embasam o paradigma da realidade. Os pressupostos científicos para o MAR partiram das teorias do sistema e do nível de adaptação, à medida que os conceitos associados ao modelo evoluíram, o mesmo aconteceu com a compreensão das premissas científicas nas quais o modelo se baseia (ROY, 2009).

Em relação aos pressupostos científicos do MAR são descritos: 1. Os sistemas de matéria e energia progridem para níveis superiores de auto-organização complexa; 2. Conscientização e significado são constituídos a partir integração pessoa/ambiente; 3. A conscientização de si e do ambiente está arraigada no pensamento e sentimento; 4. As decisões humanas respondem pela integração dos processos criativos; 5. O pensamento e o sentimento mediam a ação humana; 6. As relações dos sistemas incluem a aceitação, a proteção e o fortalecimento da interdependência; 7. As pessoas e o planeta terra têm padrões comuns e relações integrais; 8. As transformações nas pessoas e no ambiente são criadas na consciência humana (ROY, 2009).

Roy vem desenvolvendo e aperfeiçoando os pressupostos filosóficos do MAR com o passar do tempo. Nas primeiras décadas, o modelo se baseou em perspectivas filosóficas do humanismo, veracidade, criatividade, intencionalidade da existência humana, holismo, unidade de propósito, atividade, criatividade, processos interpessoais, valores e sentido da vida. Posteriormente, novos pressupostos filosóficos foram adicionados ao modelo, como o foco na mutualidade das pessoas com os outros, com o mundo e com a figura de Deus (ROY, 2009).

Com relação, aos pressupostos filosóficos do MAR, para o século XXI, foram adicionadas as crenças sobre as pessoas na sociedade, incluídas no princípio da veracidade, a citar: 1. As pessoas têm relações mútuas com o mundo e Deus; 2. O sentido humano tem suas raízes na convergência do ponto ômega do universo; 3. Deus é revelado intimamente na diversidade da criação; 4. As pessoas usam capacidades criativas humanas de percepção, iluminação e fé; 5. As pessoas respondem pela manutenção e transformação do universo (ROY, 2009).

No que concerne os pressupostos culturais, o posicionamento da autora sempre foi que as ideias do MAR poderiam ser ajustadas a necessidades culturais. Os pressupostos culturais foram enriquecidos e influenciados pelas pessoas de várias origens culturais que compartilharam suas casas e viveram com Roy, durante suas viagens globais em 1980, quando ela visitou cerca de 30 países nos cinco continentes (ROY, 2009).

Em 2007, Roy escreveu Hipóteses Culturais com o objetivo de tornar essas suposições explícitas e encorajar o crescimento do MAR de maneira culturalmente relevante em cada país. Como pressupostos culturais, cita-se: 1. As experiências culturais influenciam a forma de expressão do MAR; 2. Um conceito central à cultura pode gerar influência de alguma forma; 3. Expressões culturais do MAR podem motivar mudanças em atividades práticas, como a investigação da enfermagem; 4. Com a evolução do MAR em uma cultura, as implicações para a enfermagem podem diferir de experiências na cultura original (ROY, 2009).

A análise dos pressupostos do MAR possibilita caracterizar a interação recíproca como natureza de visão de mundo espelhada no modelo. Tal visão de mundo é uma síntese de elementos do organismo, simultaneidade, totalidade, mudança, persistência e visões de mundo interativo-integrativo, que possui como características: os seres humanos como holísticos e as interações entre ambientes; mudanças no comportamento ocorrem ao longo da vida como o resultado de múltiplos fatores dentro do indivíduo e dentro do ambiente; a realidade é multidimensional, dependente do contexto e relativa, no qual os fenômenos objetivos e subjetivos podem ser estudados através de métodos quantitativos e qualitativos (FAWCETT, 2013).

No MAR, o sistema adaptável é o ponto central. Destaca-se a importância de discutir os quatro conceitos centrais metaparadigmáticos do modelo, os quais são: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (ROY, 2009). Assim como, os principais construtos da teoria: adaptação, estímulos e mecanismos de enfrentamento, por serem considerados relevantes para a teoria e prática da enfermagem.

2.4.1 Conceitos centrais metaparadigmáticos do MAR

2.4.1.1 Pessoa

No entendimento do MAR, a pessoa é percebida como um ser biopsicossocial em constante interação com o meio em mudança, caracterizada como a receptora do cuidado de enfermagem e vista como indivíduo, família ou comunidade. A pessoa está em constante exposição a estímulos, que desencadearão mecanismos de enfrentamento inatos ou adquiridos, atribuindo a eles habilidades de adaptação a possíveis mudanças. Assim, a pessoa está continuamente mudando e tentando adaptar-se ao ambiente (ROY; ANDREWS, 2001).

Para Roy e Andrews (1999, p.31), o Sistema Adaptativo Humano é “um todo com partes que funcionam como uma unidade com algum propósito”, ou seja, a pessoa é vista como um sistema holístico adaptável, que significa o conjunto de partes interligadas para funcionar como um todo tendo em vista o seu objetivo. A pessoa é caracterizada como um sistema adaptativo com subsistemas cognitivo e regulador que atuam para manter a adaptação nos quatro modos adaptativos: fisiológico-físico, autoconceito-identidade de grupo, desempenho de papel e interdependência (ROY, 2009).

O ser humano se adapta por meio dos processos de aprendizagem adquiridos por sua individualidade, que devem ser considerados únicos, embora partam de um contexto indissociado. Essa perspectiva individual se refere diretamente à adaptação, que pode ser um conceito com diferentes compreensões a depender das acepções individuais (ROY; ANDREWS, 2001).

Roy e Andrews (1999) descrevem a visão da pessoa como um sistema adaptativo que é representado pelo *input*, que são os estímulos; pelo controle, que representam os mecanismos de enfrentamento; pelo *output*, que são os comportamentos encontrados; e, pelo *feedback* ou retroalimentação. Isso significa que a pessoa, sofre influências por mecanismos de entrada que são denominados estímulos e essas entradas interagem com os mecanismos de resistência do indivíduo, denominados regulador e cognitivo. Frente à resposta resultante da interação dos

estímulos, o indivíduo que dispõe de mecanismos de resistência, gera uma reação adaptável ou uma reação ineficaz de adaptação (ROY; ANDREWS, 2001).

2.4.1.2 Ambiente

Um dos aspectos centrais do MAR é o conceito de ambiente, porque as pessoas sempre estão interagindo com o meio, em permanente troca de informações, estímulos e respostas e necessitam desenvolver uma abordagem holística de adaptação. O ambiente é entendido como todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos, com consideração particular da reciprocidade da pessoa e dos recursos da terra (ROY, 2009).

O ambiente está relacionado com os estímulos que desencadeiam respostas adaptativas e podem influenciar positivamente ou negativamente nessas respostas e no nível de adaptação (ROY; ANDREWS, 2001).

2.4.1.3 Saúde

Segundo Roy (2009), a saúde é decorrente de um processo de ser e tornar-se integrada ao meio e adaptada em relação ao alcance de metas; no entanto, a falta de integração significa a ausência de saúde. A integralidade da pessoa é expressa com a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio (ROY; ANDREWS, 2001).

A saúde pode ser compreendida, a partir da reflexão sobre a adaptação. A adaptação bem-sucedida, em termos de objetivo humano (sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio) é a garantia da integridade dos objetivos. Este conceito pode ser visto à luz dos objetivos individuais ou à luz da existência humana, seja qual for o conceito, saúde trata-se do preenchimento do objetivo de vida de alguém, refletida no propósito de uma pessoa total ou integrada (ROY; ANDREWS, 2001).

Neste contexto, saúde é um estado em que a pessoa busca permanecer por meio da adaptação, bem como, pode ser promovida por meio do cuidado de enfermagem com esse mesmo enfoque.

2.4.1.4 Enfermagem

A meta da enfermagem de acordo com o MAR é a promoção da adaptação do sistema humano. A adaptação procura manter a integridade e a dignidade humana, contribui para promover, manter e melhorar a saúde, a qualidade de vida e morrer com dignidade (ROY;

ANDREWS, 2001). A enfermagem, por sua vez, tem como dever e finalidade promover soluções adaptativas e minimizar as respostas ineficazes (ANDREWS; ROY, 2009).

O profissional enfermeiro é visto como alguém que cuida das pessoas, que intervém e estimula a adaptação do ser humano. Cabe ao enfermeiro, desenvolver ações direcionadas a promover adaptação em situações de saúde e doença, utilizando a interação da pessoa com o ambiente como fator promotor da saúde. Para que as ações sejam operacionalizadas, o MAR orienta que a promoção da adaptação ocorra mediante a utilização do processo de enfermagem e que estas ações promovam a adaptação nos quatro modos (ROY; ANDREWS, 2001).

Diante disto, o MAR afirma que o objetivo geral da enfermagem é contribuir para o objetivo global dos cuidados de saúde, isto é, promover saúde para os indivíduos e comunidades. Todavia, a adaptação é a condição a ser atingida e a enfermagem tem competência para promovê-la (ROY, 2009).

2.4.2 Principais construtos do MAR

2.4.2.1 Adaptação

A adaptação é uma condição resultante do equilíbrio entre os estímulos e mecanismos de enfrentamento permitindo que assim os padrões de comportamento retomem a normalidade. O conceito de adaptação é definido por Roy e Andrews (2001, p. 30) como “o processo e o resultado pelos quais pessoas ou grupos de pessoas, usam a percepção consciente e o arbítrio para criar a integração dos humanos e ambiente”.

De acordo com Roy e Andrews (1999), o nível de adaptação representa a condição do processo da vida e é descrito em três níveis: integrado, compensatório e comprometido. O nível integrado de adaptação se refere às estruturas e funções dos processos vitais que funcionam para desempenhar as demandas do indivíduo, família ou comunidade. No nível compensatório os mecanismos regulatórios e cognitivos são acionados e geram respostas adaptativas, com a finalidade de retomar a normalidade do sistema. O nível comprometido compreende quando há um problema de adaptação devido a inexistência de respostas positivas aos mecanismos de enfrentamento (ROY, ANDREWS, 1999).

A adaptação é uma condição que, para ser atingida, necessita, além da utilização de mecanismos de enfrentamento do indivíduo, que os enfermeiros proporcionem condições para que tais mecanismos atuem de forma efetiva. A adaptação pode ser promovida, pela aplicação do processo de enfermagem, o qual permite a avaliação de estímulos que influenciam em comportamentos adaptáveis ou não.

2.4.2.2 Estímulos

Estímulo é definido por Roy e Andrews (1999), como algo que desencadeia uma resposta. É o ponto de interação do sistema humano com o meio ambiente. Para entender a relação causal entre os estímulos e como eles se relacionam com a falta ou alcance da adaptação, estes foram categorizados em estímulos focais, contextuais e residuais.

Os estímulos focais são as causas próximas da situação, estímulos que confrontam imediatamente com as pessoas, desencadeando uma resposta imediata do paciente, que pode ser adaptável ou ineficaz. Estímulos contextuais incluem todos os estímulos ambientais, que podem ou não afetar a situação, e contribuem para o efeito da estimulação focal. (ROY, ANDREWS, 1999).

Esses estímulos estão sempre presentes e se tornam ainda mais relevantes quando combinados uns com os outros, pois desencadeiam respostas adaptativas ou ineficazes no indivíduo, ou seja, criam o nível de adaptação da pessoa. A adaptação é um processo dinâmico, na medida em que a situação muda, os estímulos também podem mudar. Já, o nível de adaptação é definido com o ponto de mudança que representa a capacidade que o indivíduo tem de responder positivamente a uma situação (ROY; ANDREWS, 1999).

A análise permanente da relação estímulo-resposta permite ao profissional de enfermagem determinar a prioridade e a individualidade dos planos de atendimento. Dessa forma, pode-se ajustar às mudanças que ocorrem no nível de adaptação.

2.4.2.3 Mecanismos de enfrentamento

Para Roy e Andrews (1999), a pessoa utiliza modos adaptativos que podem ser inatos ou adquiridos e compõem os mecanismos de enfrentamento, que se processam por meio de dois subsistemas: o regulador e o cognitivo.

O subsistema regulador se refere a processos endócrinos, químicos e nervosos de resistência e enfrentamento. Os estímulos do ambiente agem como entradas para o sistema nervoso, onde a informação é canalizada automaticamente de uma forma adequada, e uma resposta inconsciente e automática é produzida (ROY; ANDREWS, 2001).

O subsistema cognitivo é um importante processo de enfrentamento envolvendo canais cognitivo-emotivos por meio da percepção de informação, aprendizado, julgamento e emoção. Esse subsistema permite que o indivíduo responda tanto a estímulos internos quanto externos.

É uma estrutura construída, ao longo da vida, nas relações que os indivíduos estabelecem com seu meio e com outras pessoas (ROY; ANDREWS, 2001).

O não funcionamento dos mecanismos resulta em respostas não-adaptativas e o uso eficaz deles resulta em respostas adaptativas. Os comportamentos que resultam do mecanismo regulador e cognitivo podem ser observados em quatro categorias ou modos adaptáveis que servirão como estrutura de avaliação: o modo fisiológico, modo autoconceito, modo de função do papel e modo da interdependência (ROY; ANDREWS, 2001).

O modo fisiológico se refere ao modo como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente e, neste caso, envolve, primeiramente, o subsistema regulador. Esse modo contempla processos físicos e químicos que determinam o equilíbrio orgânico e envolvem as necessidades básicas relacionadas à oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, proteção, sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina (ROY; ANDREWS, 2001).

Os demais modos de autoconceito, de função do papel e da interdependência, fazem parte de uma abordagem psicossocial. O modo autoconceito enfoca a integridade psicológica, espiritual e a sensação de unidade, sentido e finalidade no universo. Este modo é composto por duas subáreas: o self físico, que inclui a sensação e imagem corporal; e o self-pessoal, que inclui self-consistência, self-ideal e self-ético-moral e espiritual.

O modo de função do papel refere-se aos papéis que os indivíduos ocupam na sociedade, atendendo à necessidade de integridade social. Eles são divididos em: primário, relacionado ao sexo, idade e estágio de desenvolvimento da pessoa; secundário, relaciona-se às atividades exigidas pelo estágio de desenvolvimento; terciário, é temporário e pode ser escolhido livremente.

O modo da interdependência se refere às interações que envolvem troca de sentimentos como amor, respeito e valor. Ele inclui relacionamentos próximos de pessoas e suas finalidades, estrutura e desenvolvimento, individualmente e em grupos, e seu potencial de adaptação nessas relações (ROY; ANDREWS, 2001).

2.4.3 O Modelo de Adaptação de Roy e sua aplicação na prática pelo Processo de Enfermagem

O MAR é um modelo teórico completo, pois contempla o ser humano na sua integridade biopsicossocioespiritual e inter-relaciona essas dimensões. Quando uma ou mais destas funções

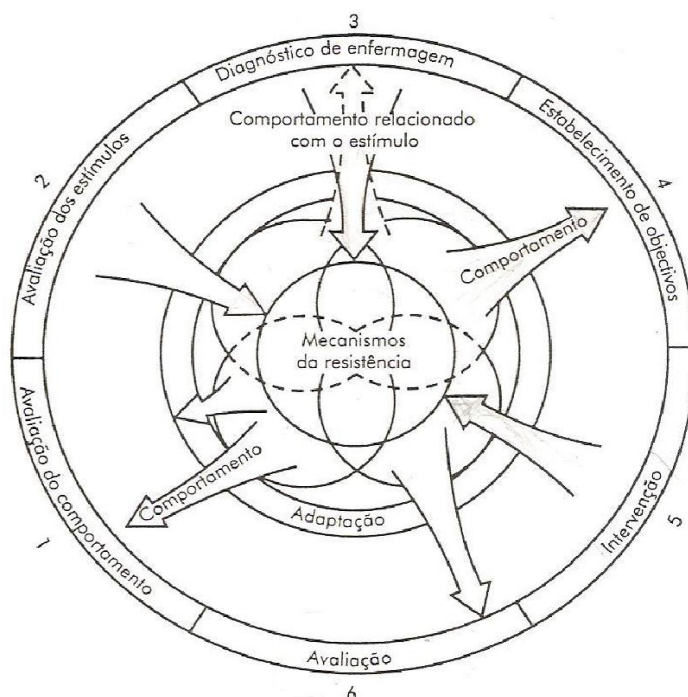
estão comprometidas, o enfermeiro, por meio da aplicação do processo de enfermagem, tem como objetivo promover a adaptação positiva do indivíduo (ROY, ANDREWS, 1999).

O processo de enfermagem constitui uma abordagem para resolver problemas, para isso, coleta dados, identifica as necessidades das pessoas, seleciona e implementa abordagens para os cuidados de enfermagem e avalia resultados dos cuidados ministrados. O processo de enfermagem é uma atividade específica que distingue a enfermagem de outras disciplinas (BATISTA; SANTIAGO; MATIAS, 2011).

Nesse sentido, Roy explora cada passo do processo de enfermagem aliado ao seu modelo, oferecendo um guia para sua implementação orientada pelo processo de enfermagem, que é simultâneo e contínuo. Tendo em vista que cada pessoa lida de forma diferente com as mudanças no seu estado de saúde, é responsabilidade do enfermeiro ajudar as pessoas a se adaptarem a essas mudanças (ROY, ANDREWS, 2001).

As etapas do processo de enfermagem, decorrentes do MAR, são: avaliação do comportamento; avaliação do estímulo; diagnóstico de enfermagem; estabelecimento do objetivo; intervenção e avaliação (Figura 2). É importante destacar que, a colaboração com a pessoa em cada passo desse processo é fundamental e os indivíduos devem envolver-se na observação e decisões relativas ao seu estado de adaptação (ROY, ANDREWS, 2001).

Figura 2 - Fases do processo de enfermagem descrito por Roy e sua relação com o indivíduo enquanto um ser adaptativo.



Fonte: (ROY; ANDREWS, 1999).

A avaliação do comportamento é a primeira etapa do processo de enfermagem, segundo o MAR. Cabe destacar que, comportamentos são ações e reações frente a circunstâncias específicas, neste caso, este é o único indicador de como a pessoa está lidando ou se adaptando às mudanças em seu estado de saúde. Nesta etapa, acontece a coleta de dados apoiada nos quatro modos adaptativos, por meio da realização minuciosa da anamnese e exame físico, dos quais extraem-se dados imprescindíveis para a determinação dos diagnósticos de enfermagem. Neste passo, o enfermeiro utiliza capacidade de observação, medição e entrevista para obter dados comportamentais de maneira sistemática, estabelecendo preocupações prioritárias que são dos comportamentos que podem destruir a integridade da pessoa e não promover a adaptação (ROY, ANDREWS, 2001).

O segundo passo é a avaliação do estímulo no processo de enfermagem. Este envolve a identificação dos estímulos internos e externos que estão influenciando os comportamentos, identificado no primeiro nível de adaptação. Ressalta-se que, existem circunstâncias que podem mudar o significado dos estímulos. (ROY, ANDREWS, 2001).

O terceiro passo é a identificação dos diagnósticos de enfermagem, que envolve a formulação de afirmações que interpretam esses dados e refletem o julgamento clínico e raciocínio crítico do cuidado realizado pelo enfermeiro. Roy e Andrews (2001) salientam que, para a criação de um diagnóstico de enfermagem é necessário posicionar o comportamento do paciente juntamente com os estímulos mais relevantes.

O estabelecimento do objetivo é o quarto passo, no qual se identifica metas a serem alcançadas. Esse passo envolve uma afirmação dos resultados comportamentais dos cuidados de enfermagem que promoverão a adaptação. O estabelecimento de um objetivo designa não só o comportamento a ser observado, mas a forma como o comportamento mudará e a extensão do tempo no qual o objetivo deverá ser atingido (ROY, ANDREWS, 2001).

Após estabelecer os objetivos relativos aos comportamentos que vão promover a adaptação, o enfermeiro deve determinar como intervir para auxiliar a pessoa a atingir seus objetivos, determinar a prioridade das intervenções, colocá-las em ação e proceder à avaliação da sua eficácia. Este é o quinto passo no processo de enfermagem, que se centra na forma como a adaptação deve ser obtida (BATISTA; SANTIAGO; MATIAS, 2011).

O sexto passo é a avaliação do processo implementado, que envolve a apreciação da eficácia da intervenção de enfermagem em relação ao comportamento da pessoa. Se o comportamento da pessoa for ao encontro dos objetivos iniciais, a intervenção de enfermagem é julgada efetiva, ao contrário, o enfermeiro deverá descobrir o que interferiu no não alcance dos resultados (ROY, ANDREWS, 2001).

O processo de enfermagem do MAR foi implantado em 1972 com a finalidade de fornecer direções para a prática dos enfermeiros. O primeiro enfermeiro que participou deste processo definiu sete passos necessários para sua aplicação na prática, sendo: avaliação do ambiente físico e da cultura organizacional; planejamento mútuo; avaliação das necessidades gerais; formulação de objetivos; planejamento com profissionais de enfermagem; implementação e avaliação (ROY; ANDREWS, 2001).

O MAR é uma importante ferramenta para o desenvolvimento da prática e investigação em enfermagem, pois permite uma ampla percepção das situações, o que fornece uma visão holística do paciente. Percebe-se que o MAR, ao ser implementado por meio do processo de enfermagem, possibilita uma melhor compreensão do que este modelo sugere, porque ao ser praticado de forma sistematizada, dinâmica e contínua, permite a promoção da adaptação do indivíduo de forma efetiva.

Em contrapartida ao processo de enfermagem proposto por ROY, cita-se a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009, a qual orienta a implementação do processo de enfermagem nos dias atuais. Definido como um instrumento metodológico e sistemático de prestação de cuidados, o processo de enfermagem favorece a atividade intelectual do enfermeiro e provê um guia para um determinado estilo de julgamento clínico (FULY et al., 2008). Conforme preconizado pela Resolução nº 358/2009, o processo de enfermagem é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem (BRASIL, 2009).

Frente ao exposto, acredita-se que a busca pelo conhecimento científico para embasar a prática assistencial da enfermagem é importante para a inserção de intervenções voltadas para o atendimento das necessidades fundamentadas na literatura científica, realizando uma interlocução da prática assistencial com as bases teóricas da disciplina. Desta forma, nota-se que o MAR amplia a produção de conhecimentos nas diversas áreas do Cuidado Clínico de Enfermagem e Saúde; orienta e organiza a prática e fundamenta outras teorias de enfermagem, contribuindo para a expansão da Enfermagem como ciência.

3 MÉTODO

Este capítulo aborda o percurso metodológico seguido para o desenvolvimento da microteoria de enfermagem, em vista do alcance dos objetivos do presente estudo e seus aspectos éticos e legais.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo teórico de desenvolvimento de uma nova teoria, do tipo prescritiva, de natureza básica (TORRACO, 2004). A pesquisa teórica ou básica é realizada para acumular informações expandindo a base de conhecimentos de uma disciplina para melhorar sua compreensão, ou para formular ou refinar uma teoria (POLIT; BECK, 2019).

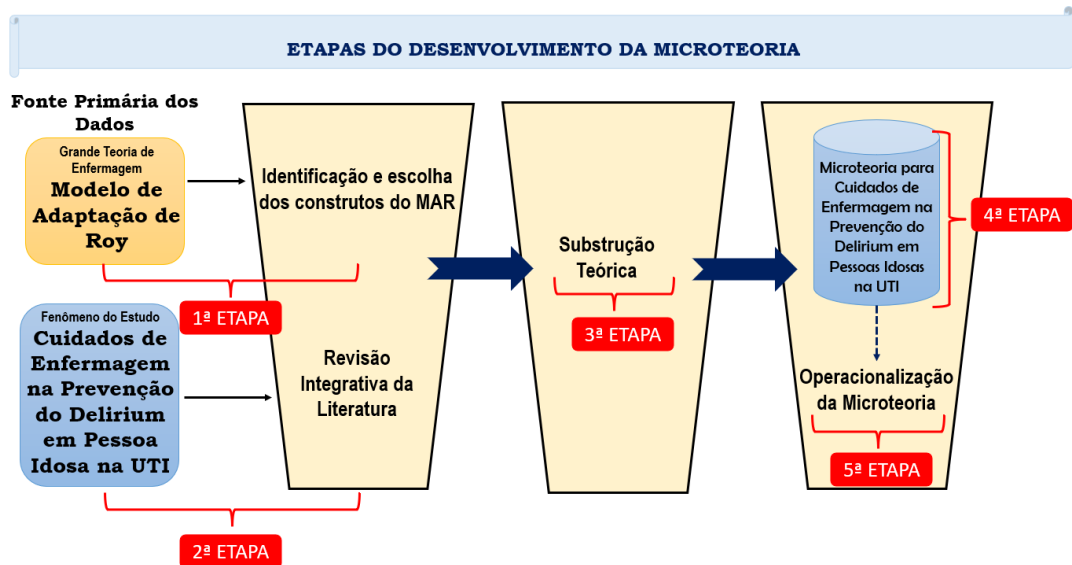
Para Martins (2012), a pesquisa teórica busca uma redefinição de teorias, conceitos e ideias que explicam e reconfiguram determinado fenômeno. Essa pesquisa se dedica a reconstruir teorias, conceitos, ideias, ideologias, tendo em vista os termos imediatos para o aprimoramento dos fundamentos teóricos e, os termos mediatos para aprimoramento na prática. Trata-se de desconstruir teorias, para reconstruí-las em outro patamar ou momento (DEMO, 2005).

As teorias do tipo prescritiva são aquelas que abordam a terapêutica de enfermagem e os resultados das intervenções, incluem proposições que direcionam mudanças e preveem as consequências de uma determinada estratégia para uma intervenção de enfermagem. Entende-se que as teorias prescritivas, articulam as condições do processo de vida, interações pessoa-ambiente e estado de saúde, que precisam da prescrição e o efeito no processo de vida do cliente, estado de saúde e interação com o meio-ambiente (MELEIS, 2018).

3.2 CAMINHO METODOLÓGICO PARA ALCANCE DOS OBJETIVOS

Conjugou-se a orientação dedutiva e indutiva para abordagem ao pensamento teórico. Na orientação dedutiva utilizaram-se construtos do MAR e na orientação indutiva partiu-se da síntese da literatura científica. Para a teorização utilizou-se o método de substrução teórica, proposta por Dulock e Holzemer (1991). O processo percorrido para o desenvolvimento da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI, nomeada *Micro Theory of care for delirium in elderly people (MiTCare-DEP)* é representado pictoricamente na Figura 3.

Figura 3 - Esquema pictórico para representar o desenvolvimento da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI



Fonte: Própria autora (2022).

Primeira Etapa: Identificação e escolha dos construtos do MAR

Para realizar o raciocínio dedutivo no desenvolvimento da presente microteoria, escolheu-se o MAR como referencial teórico e filosófico do estudo. Assim, a primeira etapa, foi constituída da familiarização aprofundada da autora com o MAR, através de leituras exaustivas sobre o conteúdo da grande teoria de enfermagem.

Para facilitar a compreensão do MAR e a posteriori escolha dos construtos teóricos da grande teoria, que deram sustentação teórica para a microteoria de enfermagem, optou-se por realizar uma revisão bibliográfica sobre o MAR, utilizando como fonte primária o livro “*The Roy Adaptation Model*”, terceira edição, de Callista Roy, da editora *Pearson Education*, publicado no ano de 2009.

O conteúdo do MAR foi examinado e apresentado no capítulo anterior do presente relatório de tese, denominado “Marco Teórico-Filosófico do Modelo de Adaptação de Callista Roy”. Após, foram escolhidos dois construtos do MAR: estímulo contextual e estímulo focal, para compor o desenvolvimento da MiTCare-DEP.

Segunda Etapa: Revisão integrativa da literatura

Para familiarização com a literatura sobre o fenômeno do estudo - Cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI -, como também para os procedimentos de indução dos dados da pesquisa na microteoria, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura.

As revisões integrativas são caracterizadas por sintetizar resultados de pesquisas heterogêneas de estudos primários, a fim de responder a uma questão de revisão e assim formar um conhecimento coerente acerca de um fenômeno (GOUGH et al., 2012). Uma revisão integrativa pode gerar ou testar uma teoria de enfermagem. É um método de síntese de pesquisa amplamente utilizado na enfermagem, para isso deve se concentrar principalmente em avaliar as contribuições dos achados da pesquisa primária, para construir uma nova compreensão sobre o fenômeno de interesse (SILVA; BRANDÃO; FERREIRA, 2020).

Nicholson et al. (2017) também se utilizaram de uma revisão integrativa de literatura a fim de substanciar sua teoria de cuidados de suporte no atendimento hospitalar de idosos com fragilidade. Os autores elucidaram a revisão integrativa como possibilidade para identificar e integrar teoria e evidência sobre a temática investigada.

Um caminho específico de abordagem para geração de teorias é proposto por Whittemore e Knafl (2005), no qual são utilizados métodos interativos de análise de dados e as contribuições são focadas, principalmente, nas implicações para a política de saúde e prática clínica. Desta forma, os revisores conduzem rigorosos processos de análise progressiva e reflexão crítica para conectar os conceitos emergentes, a fim de refinar o foco e a compreensão do fenômeno de interesse.

O procedimento metodológico utilizado na revisão integrativa foi o proposto por Whittemore e Knafl (2005), visando construir conhecimento sobre cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, para a indução dos dados na microteoria de enfermagem. Nessa perspectiva, o desenvolvimento da revisão integrativa se realizou mediante os seguintes passos: 1 – Identificação do problema; 2 – Busca na literatura; 3 – Avaliação dos dados; 4 – Análise dos dados; 5 – Apresentação.

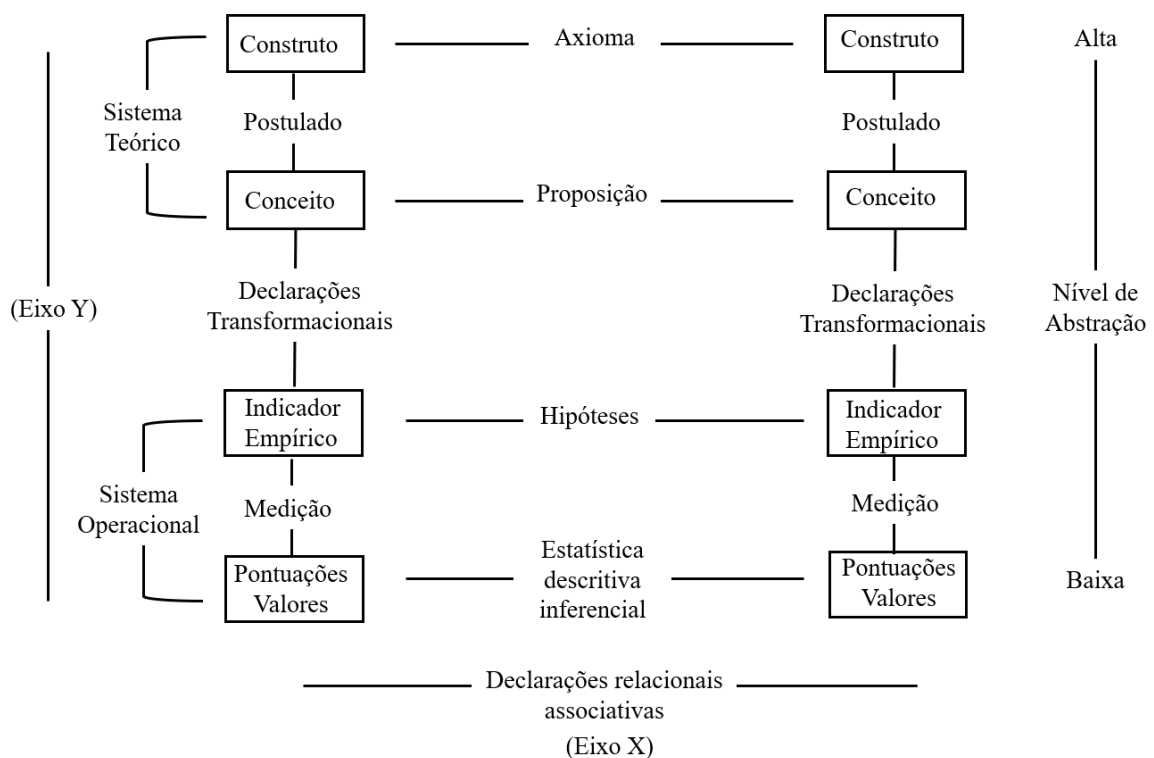
Terceira Etapa: Substrução Teórica

O procedimento de teorização escolhido para fazer conexões confiáveis e válidas entre as estruturas abstratas e fenômenos concretos ou dados empíricos sobre o fenômeno desta

microteoria, foi a substrução teórica. Este método ofereceu diretrizes para analisar e melhorar a consistência entre os componentes teóricos e empíricos da microteoria.

Trata-se de uma estratégia que isola construtos, conceitos, afirmações relacionais e proposições de uma teoria existente e os organiza num diagrama pictórico, que tem configurações verticais e horizontais, que representam os sistemas teóricos e operacionais (DUNN, 2004). Cada configuração vertical representa um nível descendente de abstração, conforme é apresentado na Figura 4 e requer que os pesquisadores identifiquem variáveis específicas e relações hipotéticas em cada um dos níveis de abstração (HINSHAW, 1979; DULOCK; HOLZEMER, 1991).

Figura 4 - Diagrama pictórico do processo de substrução teórica



Fonte: Desenvolvida pela autora e adaptada de GIBBS (1972)

O modelo original para substrução teórica foi proposto por Gibbs (1972), posteriormente foi elaborado e modificado para a ciência da enfermagem por Dulock e Holzemer (1991). O processo de substrução foi usado para explicar as ligações entre os componentes teóricos e empíricos de modelos de enfermagem, e também, pode ser usada para identificar modelos alternativos de enfermagem que sejam adequados para investigação

empírica, a fim de determinar sua aplicabilidade à prática clínica de enfermagem (DULOCK; HOLZEMER, 1991).

Para guiar o processo de desenvolvimento da MiTCare-DEP, utilizou-se as quatro etapas, a saber: 1. identificar e isolar os construtos e conceitos principais sob estudo; 2. especificar relações entre os conceitos; 3. ordenar hierarquicamente os conceitos por nível de abstração; 4. descrever o diagrama pictórico dos relacionamentos presentes entre as variáveis. As etapas 1 e 2 identificam o sistema teórico e as etapas 3 e 4 identificam o sistema operacional da microteoria, sendo que o produto da etapa 4 foi o diagrama de substrução (HINSHAW, 1979; DULOCK; HOLZEMER, 1991).

Na primeira etapa identificam-se os construtos teóricos, conceitos e variáveis para o fenômeno de interesse (ZAUSZNIEWSKI, 1995). Dois grandes construtos teóricos foram deduzidos da teoria-mãe, o MAR de Calista Roy. Dois conceitos foram subsumidos de dois construtos propostos pelo MAR e induzidos pela literatura científica.

Na sequência estabeleceram-se as variáveis referentes às dimensões do fenômeno do estudo. As variáveis são subconceitos subsumidos de conceitos gerais, usados para ordenar o fenômeno de acordo com alguma propriedade (HAGE, 1972; FAWCETT; DOWNS, 1986; ZAUSZNIEWSKI, 1995). Assim, uma variável foi subsumida dos conceitos desenvolvidos.

Na segunda etapa do processo de substrução teórica, foram descritas as declarações relacionais. Seguindo o eixo horizontal, estabeleceram-se as declarações teóricas expressas como axiomas, proposições e hipóteses, do sistema teórico da microteoria.

A terceira etapa da substrução teórica envolveu a identificação do sistema operacional da microteoria, e foi determinada a operacionalização das variáveis conceituais com indicadores empíricos. O sistema operacional foi composto pelos indicadores empíricos e suas relações denominadas hipóteses, induzidos da síntese da literatura, pontuações, valores e medidas das variáveis do estudo (ZAUSZNIEWSKI, 1995).

As ligações entre o sistema teórico (conceitual) e o sistema operacional (medição) foram estabelecidas por declarações transformacionais, ligações que representam as relações entre variáveis e indicadores empíricos (DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995).

Associações empíricas entre os conceitos e variáveis da microteoria descritas na literatura científica foram usadas para subsumir as hipóteses (MERTON, 1968) da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI. Hipóteses são declarações relacionais entre dois indicadores empíricos (DULOCK; HOLZEMER, 1991) desenvolvidos para testar as proposições de uma teoria (FAWCETT; DOWNS 1992).

A substrução teórica forneceu clareza na apresentação geral da teoria desenvolvida e foi usado para explicar as variáveis de interesse, níveis de abstração e relações hipotéticas entre elas, dentro do contexto da microteoria. (ZAUSZNIEWSKI, 1995).

Na quarta etapa da substrução teórica, após os conceitos expressos pelas medidas escolhidas, as relações entre o sistema teórico e o sistema operacional estarem enraizados na microteoria e a ligação entre os dois sistemas estabelecidas, uma estrutura hierárquica foi organizada por meio da representação pictórica dos construtos teóricos, dos conceitos de interesse em estudo e da medição das variáveis de interesse.

Quarta Etapa: Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI - MiTCare-DEP

Nesta etapa, foi realizada a modelagem da microteoria, ou seja, construiu-se um conhecimento teórico coerente e interconectado acerca do fenômeno cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, mantendo vistas ao processo de substrução teórica que guiou a produção desta microteoria. Além disso, desenvolveu-se um modelo teórico representativo, por meio de uma figura gráfica, que representou a estrutura teórica proposta pela MiTCare-DEP.

Quinta Etapa: Operacionalização da Microteoria

Vislumbrando a operacionalização da presente microteoria na prática de enfermagem, se propôs ações como um fluxograma para sintetizar a utilização prática da microteoria, com base nas etapas do processo de enfermagem preconizado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 (BRASIL, 2009). Sequencialmente, tendo em vista a necessidade de uniformizar as ações de enfermagem, foi proposto um protocolo de cuidados de enfermagem para prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Como este estudo não envolveu pesquisa com seres humanos, não foi necessário o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, ao utilizar da literatura científica como fonte de dados, foi respeitado o que está consolidado na lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que atualiza a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências, considerando

como publicação o oferecimento de obra científica ao conhecimento do público, com o consentimento do autor, ou de qualquer outro titular de direito de autor, por qualquer forma ou processo (BRASIL, 1998).

Ainda, reitera-se o compromisso ético com a análise das informações e a produção das conclusões, como responsabilidade da pesquisadora. Os resultados desta pesquisa serão publicizados em eventos nacionais, internacionais e submetidos à avaliação para publicação em periódicos da área da saúde.

4 RESULTADOS

Os resultados da tese estão organizados conforme as etapas de desenvolvimento da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI. Primeiramente é descrita a revisão integrativa da literatura em formato de artigo, em seguida o processo de substrução teórica, apresentando o sistema teórico e o sistema operacional, com os construtos, conceitos, variáveis, indicadores empíricos e suas declarações relacionais. Posteriormente, são apresentados os pressupostos e limites da MiTCare-DEP e, por fim, as considerações para utilização na prática e na pesquisa da Microteoria.

4.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI¹

Resumo

Objetivo: O objetivo deste artigo é identificar evidências científicas sobre os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na terapia intensiva.

Antecedentes: O cuidado de enfermagem na UTI deve ser planejado considerando as peculiaridades da pessoa idosa, a redução de fatores de risco modificáveis e a implementação de intervenções não farmacológicas para a prevenção do delirium.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem de configuração para síntese. Guiou-se pelo procedimento metodológico proposto por Whittemore e Knafl: identificação do problema; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados e apresentação.

Crítérios de elegibilidade: Foram incluídas todas as produções primárias que abordassem o tema proposto, respondessem à pergunta de revisão e estivessem disponíveis na íntegra. Foram excluídos todas as literaturas cinzentas e artigos de revisão e de reflexão.

Ferramenta de avaliação crítica: Utilizou-se o sistema de classificação de força de evidências proposto por Fineout-Overholt e Stillwell.

Resultados: Várias intervenções de cuidados de enfermagem foram encontradas na literatura para a prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, as quais foram compiladas nas temáticas: ambiente; família; pessoas idosas. Evidenciou-se que o cuidado de enfermagem é direcionado para o ambiente, devido a influência desse local na ocorrência da síndrome. Destaca-se a importância da participação da família no cuidado de prevenção do delirium e a necessidade de inclusão das especificidades da pessoa idosa no cuidado de enfermagem para o êxito da prevenção.

Conclusões: Evidenciou-se a eficácia do uso de intervenções não farmacológicas nos cuidados de enfermagem para a prevenção do delirium em pessoas idosas. A enfermagem intensivista deve sustentar-se nos alicerces do

¹ Artigo formatado para Revista *Nursing In Critical Care*.

cuidado preventivo, mesmo em um ambiente altamente tecnológico e com aspectos curativistas amalgamados no ambiente da terapia intensiva.

Relevância para a prática clínica: As intervenções para prevenção do delirium em pessoas idosas devem ser incorporadas aos cuidados de enfermagem diários na UTI, por se tratar de intervenções de cuidados econômicas e oportunas para as pessoas idosas e para terapia intensiva. Assim, fornecer aos pacientes reorientação contínua, redução da estimulação à noite, estimulação cognitiva crescente durante o dia e musicoterapia, são intervenções efetivas para a prevenção do delirium.

Outras intervenções de cuidados não farmacológicas mostraram-se eficazes nos estudos, como a mobilização precoce, a participação familiar no cuidado, a modificação do ambiente da UTI e a promoção da manutenção do sono. Todas as intervenções de cuidado devem ser integradas em um protocolo e implementadas em todos os ambientes da atenção crítica.

Palavras-chave: Delirium, UTI, pessoa idosa, prevenção, cuidado de enfermagem

INTRODUÇÃO

O delirium é uma síndrome cognitiva que afeta, com frequência, os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).¹ É caracterizada por ter início de forma aguda, com variações no nível de consciência e na organização do pensamento, ocasiona déficits na capacidade de atenção, memória, distração, desorientação e perturbações na linguagem.⁴ Sua presença é apontada como responsável pelo aumento do tempo de permanência na UTI, declínio funcional, perda de dispositivos invasivos, elevação dos custos assistenciais e maiores índices de mortalidade.⁵

A ocorrência do delirium está diretamente ligada a presença e inter-relação entre fatores de risco modificáveis e não modificáveis. São considerados fatores de risco não modificáveis, aqueles decorrentes de uma condição preexistente do paciente, sem possibilidade de intervenção no momento da manifestação clínica do delirium, como tabagismo, consumo abusivo de álcool, idade avançada e comprometimento cognitivo prévio.^{9,11} Os fatores de risco modificáveis relacionam-se a uma condição aguda, a eventos iatrogênicos e ambientais passíveis de intervenção, a saber: uso de sedativos e analgésicos, ventilação mecânica, hipertensão arterial, desidratação, dor, contenção física, distúrbios do sono, presença de dispositivos invasivos, iluminação artificial, ruídos e isolamento familiar.^{9,11}

Na pessoa idosa, a demência é considerada o principal fator de risco para o delirium.⁷ Durante a hospitalização, é comum o desenvolvimento do delirium nesta população,⁸ principalmente no ambiente da terapia intensiva, local que congrega diferentes fatores de risco para o desencadeamento da síndrome.⁹ Dentre os quais, urge o isolamento familiar do paciente como um dos principais fatores a ser modificado.²

Além disso, pessoas idosas tem maior predisposição, por apresentarem altos índices de fragilidade, déficit cognitivo, múltiplas comorbidades, que quando associados à gravidade da doença crítica², acentuam as probabilidades da ocorrência do delirium.^{9,10} Assim, o delirium é considerado uma emergência geriátrica, associada diretamente à piora clínica da pessoa idosa e ao aumento do tempo de internação em terapia intensiva.¹¹

Diante disso, compreende-se que o cuidado de enfermagem na UTI deve ter como foco a prevenção do delirium na pessoa idosa, por meio da redução de fatores de risco modificáveis. Para abordar o cuidado na prevenção, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o

² A doença crítica abrange um largo espectro de características fisiopatológicas próprias, que implicam risco de vida, exigindo habitualmente cuidados intensivos.

uso de medidas para segurar a ocorrência de doenças e também para reduzir fatores de risco, para deter sua progressão e redução de consequências já estabelecidas.⁸⁶

A prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI exige da enfermagem conhecimento especializado, a fim de identificar prováveis fatores de risco modificáveis e propor um cuidado de enfermagem personalizado, com a participação da família e considerando as alterações oriundas da senescência.¹² Assim, o cuidado de enfermagem deve centrar-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde, com foco no paciente e suas necessidades biopsicossocioespirituais.⁸¹

O cuidado de enfermagem com foco na prevenção do delirium têm se mostrado a melhor alternativa para a redução da incidência do delirium em UTI. Meta-análise desenvolvida com 14 estudos de intervenção, baseados em medidas não farmacológicas multicomponentes (composta de várias intervenções de cuidado), comprovou a redução significativa da incidência de delirium e quedas entre pessoas idosas hospitalizadas.¹³

De acordo com as diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)¹⁴ e literatura pertinente, a prevenção do delirium inclui as intervenções multicomponentes não farmacológicas de orientação do paciente, hidratação, melhoria do sono, mobilização precoce, manejo da dor, atividades terapêuticas para estímulo cognitivo e incentivo à presença de familiares na UTI.^{15,16} Portanto, compreende-se que o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium, por meio da redução de fatores de risco modificáveis e implementação de intervenções não farmacológicas, contribui para a redução da incidência desta síndrome na pessoa idosa em cuidados intensivos.

ANTECEDENTES: JUSTIFICATIVA PARA REVISÃO

A incidência do delirium em UTIs pode variar entre 21% e 79%.^{1,2} Ele é identificado em até 83,3% dos pacientes em ventilação mecânica e, em 20 a 50% dos pacientes não ventilados mecanicamente. Nas pessoas idosas sob cuidados intensivos, evidencia-se uma taxa de incidência entre 27,2 a 63,0%.^{18,19}

Altos índices de delirium em pessoas idosas na UTI estão associados à capacidade de reserva relativamente menor para o seu funcionamento fisiológico normal, quando comparado a pacientes mais jovens.^{9,17} Neste sentido, o cuidado de enfermagem na UTI deve ser planejado considerando as peculiaridades da pessoa idosa, a redução de fatores de risco modificáveis e a implementação de intervenções não farmacológicas para a prevenção do delirium.²¹

No entanto, mesmo que evidencia-se na prática clínica a elevada incidência de delirium em pessoas idosas na UTI, a maioria dos estudos não faz distinção entre faixas etárias dos pacientes em cuidados intensivos e pesquisas sobre o cuidado de enfermagem voltado para a prevenção do delirium em UTI, especialmente em pessoas idosas, têm sido raras.²⁰ Assim, considera-se que identificar evidências sobre essa temática por meio de uma revisão integrativa da literatura possibilita adensar o conhecimento e promover reflexões para qualificar o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI e subsidiar teoricamente o desenvolvimento de uma microteoria de enfermagem.

METAS E OBJETIVOS

A partir dessas considerações, objetivou-se identificar evidências científicas sobre os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas em terapia intensiva.

Por meio desse processo de revisão integrativa, buscou-se consolidar o que se sabe atualmente sobre o tema, conceituar novas perspectivas e identificar lacunas na compreensão. A questão de pesquisa que orientou esta revisão foi: quais as evidências da literatura sobre os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na unidade de terapia intensiva? Para a formulação da pergunta de revisão, utilizou-se os elementos da estratégia PICO: P (População): idosos; I (Interesse): cuidados de enfermagem para prevenção do delirium; Co (Contexto): UTI.²⁸

MÉTODOS

A revisão integrativa utiliza o método de síntese de pesquisa e analisa a literatura disponível para construir uma compreensão abrangente sobre algum fenômeno.²⁷ Ela apresenta o estado da arte, contribui para o desenvolvimento da teoria, tem aplicabilidade direta para a prática, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com o desenvolvimento de novos estudos.^{25,26}

A abordagem foi guiada pela configuração para síntese. Este método de síntese de pesquisa fornece um consistente arcabouço teórico, por isso é utilizado na enfermagem para gerar teorias.²⁷ O procedimento metodológico selecionado para este estudo é o proposto por Whittemore e Knafl,²⁵ conduzido em cinco etapas, quais sejam: identificação do problema; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados e apresentação.

Identificação do problema

Os cuidados de enfermagem para a prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI não são vistos como uma necessidade iminente de implementação na prática clínica nessa unidade. A prevenção do delirium na população idosa parece invisível aos olhos da enfermagem intensiva. Em geral, o cuidado de enfermagem neste ambiente ainda está voltado para a abordagem curativista, por meio do uso da tecnologia de alta complexidade.

Embora a população idosa tenha altos índices de internação em UTIs brasileiras,¹⁷ com elevada incidência de delirium,⁹ as potencialidades do cuidado focado na prevenção ainda não foram notadas. Mesmo que pessoas idosas apresentem maior predisposição para a ocorrência da síndrome, sofram sequelas irreversíveis em virtude da presença de comorbidades e frequentemente aumentam as taxas de mortalidade em UTI,⁸⁵ ainda não há um compilado das intervenções de enfermagem em um protocolo único, fundamentadas teoricamente, para prevenção do delirium nesta população quando hospitalizada na terapia intensiva.

Busca na literatura

As buscas na literatura foram planejadas com o objetivo de serem eficientes e encontrar elementos para explorar modelos e alcançar um grau de homogeneidade dos dados disponíveis sobre o fenômeno.²⁹ Dois revisores, de modo duplo-cego independente, realizaram a busca dos estudos nas bases de dados a fim de minimizar eventual viés de seleção, no período compreendido entre janeiro e março de 2022.

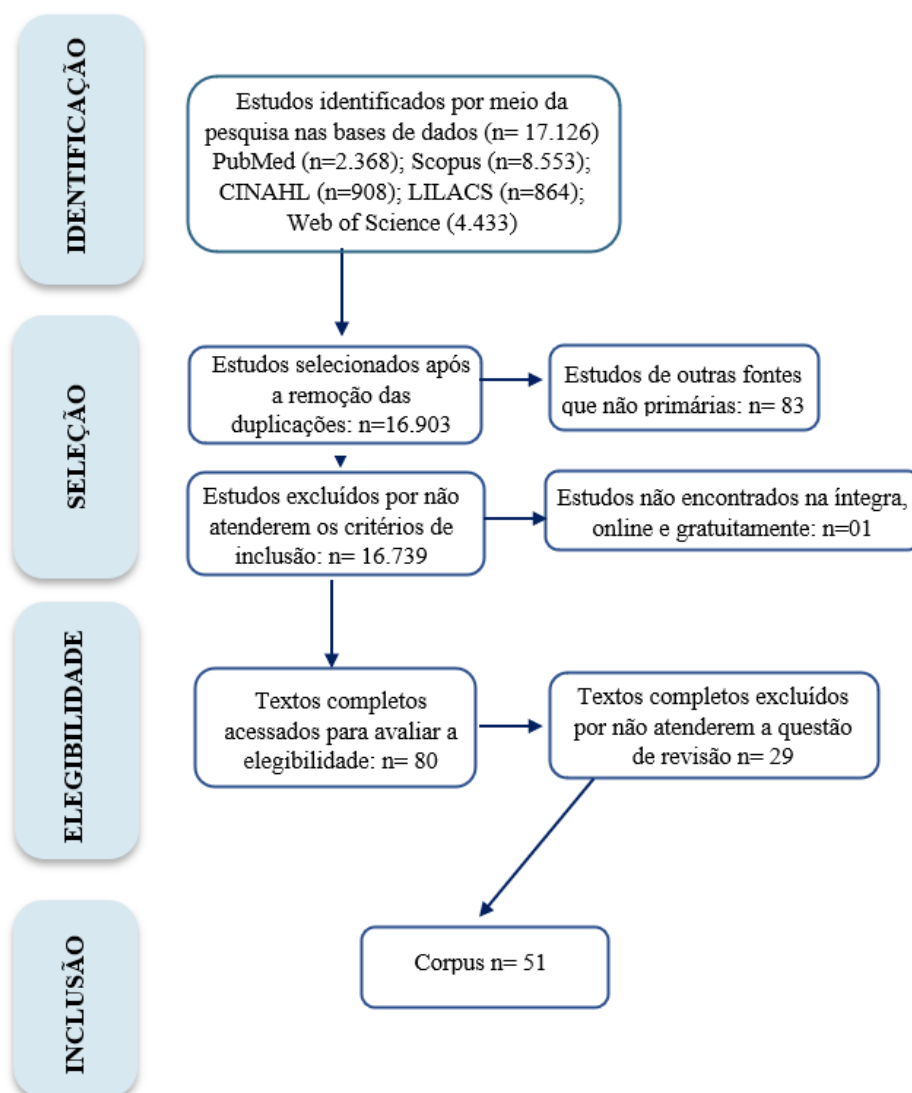
Estratégias de buscas abrangentes foram construídas para cada base de dados, a fim de combinar diferentes descritores e palavras-chaves, que interceptam o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, apresentadas no Quadro 1. As buscas foram realizadas via acesso da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED), Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Web of Science. Para abarcar o maior número de estudos não foi estabelecido recorte temporal para a referida seleção.

QUADRO 1 Base de dados e estratégias de buscas

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS DE BUSCAS	Nº DE ESTUDOS
PUBMED	((((((("aged"[MeSH Terms] OR "elderly"[Abstract]) OR "oldest old"[Abstract]) OR "nonagenarians"[Abstract]) OR "nonagenarian"[Abstract]) OR "octogenarians"[Abstract]) OR "octogenarian"[Abstract]) OR "centenarians"[Abstract]) OR "centenarian"[Abstract]) AND (((("delirium"[MeSH Terms] OR "nursing"[MeSH Terms]) OR "risk factors"[MeSH Terms]) OR (((("nurse"[Abstract] OR "nurses"[Abstract]) OR "nursing care"[Abstract]) OR "intensive care nursing"[Abstract]) OR "nursing, intensive care"[Abstract]) OR "critical care nursing"[Abstract]) OR ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields] AND control[Abstract]))) AND (((("intensive care units"[MeSH Terms] OR "care unit, intensive"[Abstract] OR "care units, intensive"[Abstract]) OR "intensive care unit"[Abstract]) OR "unit, intensive care"[Abstract]) OR "units, intensive care"[Abstract]) OR "intensive care units"[Abstract])	2.368
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (aged OR "Oldest Old" OR elderly OR nonagenarians OR nonagenarian OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian)) AND (TITLE-ABS-KEY (delirium OR nursing OR "Risk Factors" OR deliriums OR "Delirium interventions" "delirium prevention" OR intervention OR "delirium risk factors" OR nursings OR nurse OR nurses OR "nursing care" OR "Nursing, Critical Care" OR "Intensive Care Nursing" OR "Nursing, Intensive Care" OR "Critical Care Nursing" OR prevention OR "Disease Prevention")) AND (TITLE-ABS-KEY ("Intensive Care Units" OR "Care Unit, Intensive" OR "Care Units Intensive" OR "Intensive Care Unit" OR "Unit Intensive Care" OR "Units, Intensive Care" OR "Intensive Care Units"))	8.553
CINAHL	AB((aged OR "Oldest Old" OR elderly OR nonagenarians OR nonagenarian OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian)) AND AB ((delirium OR nursing OR "Risk Factors" OR deliriums OR "Delirium interventions" "delirium prevention" OR intervention OR "delirium risk factors" OR nursings OR nurse OR nurses OR "nursing care" OR "Nursing, Critical Care" OR "Intensive Care Nursing" OR "Nursing, Intensive Care" OR "Critical Care Nursing" OR prevention OR "Disease Prevention")) AND AB (("Intensive Care Units" OR "Care Unit, Intensive" OR "Care Units Intensive" OR "Intensive Care Unit" OR "Unit Intensive Care" OR "Units, Intensive Care" OR "Intensive Care Units"))	908
LILACS	((aged OR "Oldest Old" OR elderly OR nonagenarians OR nonagenarian OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian)) AND ((delirium OR nursing OR "Risk Factors" OR deliriums OR "Delirium interventions" "delirium prevention" OR intervention OR "delirium risk factors" OR nursings OR nurse OR nurses OR "nursing care" OR "Nursing, Critical Care" OR "Intensive Care Nursing" OR "Nursing, Intensive Care" OR "Critical Care Nursing" OR prevention OR "Disease Prevention")) AND (("Intensive Care Units" OR "Care Unit, Intensive" OR "Care Units Intensive" OR "Intensive Care Unit" OR "Unit Intensive Care" OR "Units, Intensive Care" OR "Intensive Care Units")) AND (fulltext:("1") AND db:("LILACS"))	864
WEB OF SCIENCE	((AB=((aged OR "Oldest Old" OR elderly OR nonagenarians OR nonagenarian OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian)) AND AB=((delirium OR nursing OR "Risk Factors" OR deliriums OR "Delirium interventions" "delirium prevention" OR intervention OR "delirium risk factors" OR nursings OR nurse OR nurses OR "nursing care" OR "Nursing, Critical Care" OR "Intensive Care Nursing" OR "Nursing, Intensive Care" OR "Critical Care Nursing" OR prevention OR "Disease Prevention")) AND AB=(("Intensive Care Units" OR "Care Unit, Intensive" OR "Care Units Intensive" OR "Intensive Care Unit" OR "Unit Intensive Care" OR "Units, Intensive Care" OR "Intensive Care Units"))	4.433
Total		17.126

O processo de seleção dos estudos é diagramado no modelo PRISMA, que apresenta elementos para descrição adequada de pesquisas de revisão da literatura, ilustrado na Figura 5.³⁰ Ainda, para facilitar a seleção dos estudos, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: produções primárias que abordassem o tema proposto, respondessem à pergunta de revisão e estivessem disponíveis na íntegra. Como critérios de exclusão foram considerados todas as literaturas cinzentas e artigos de revisão e de reflexão. Com o objetivo de contemplar produções nacionais e internacionais, não houve seleção específica de idioma.

FIGURA 1 Fluxograma da seleção dos estudos, diagrama de fluxo PRISMA



Avaliação dos dados

Os revisores seguiram os critérios preestabelecidos para inclusão e exclusão das produções, a partir da leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, foi realizada reunião de consenso e, desse modo, selecionados os artigos para leitura na íntegra (n=80). Não ocorreram divergências entre os revisores quanto à elegibilidade dos estudos.

Após a leitura dos textos na íntegra, pautada na resposta da pergunta de revisão, identificou-se 51 artigos como amostra final (12 na PubMed, 16 na Scopus, 11 na CINAHL, 5 na LILACS e 7 na Web of Science). Os estudos incluídos compuseram uma variedade de desenhos metodológicos: estudo de coorte, caso-controle, ensaios clínicos com e sem randomização, pesquisa-ação, descritivos, transversal analítico, entre outros.

Devido à diversidade metodológica das fontes primárias, avaliar a qualidade dos artigos incluídos é um componente importante da fase de avaliação de dados das revisões. Para avaliação crítica dos estudos foi utilizado um sistema de classificação de força de evidências proposto por Fineout-Overholt e Stillwell,³¹ com o objetivo de explorar com maior aprofundamento na análise, aqueles artigos com melhor nível de evidência.

Análise dos dados

A análise dos dados em pesquisas de revisão requer que os achados de fontes primárias sejam ordenados, codificados, categorizados e resumidos em uma conclusão unificada e integrada sobre o problema de pesquisa.⁸⁰ Dessa forma, a análise dos dados desta revisão, seguiu o proposto por Whitemore e Knafl,²⁵ que envolveu a comparação constante das informações e a categorização de acordo com as semelhanças do conteúdo. Assim, a extração de dados teve como foco principal a identificação e integração de informações sobre intervenções não farmacológicas na prevenção do delirium em pessoas idosas e os aspectos do cuidado de enfermagem no processo de implementação na UTI.

As descrições de cada componente foram desenvolvidas e dados relevantes das fontes primárias foram sintetizados (referência, nível de evidência, país, método do estudo, amostra, objetivos do estudo e resultados) e estruturados em tabelas no Microsoft Word (APÊNDICE A), para possibilitar uma visão geral da literatura incluída. À medida que os padrões começaram a surgir, as informações relacionadas foram agrupadas e as relações entre os temas foram retratadas. Por meio desse processo estratégico, analítico e organizacional, as intervenções de cuidados de enfermagem na prevenção do delirium à pessoa idosa em UTI, foram destacadas e agrupadas em temáticas, conforme semelhança de conteúdo, pelo qual a compreensão do fenômeno foi aprimorada.²⁵

Apresentação

A apresentação da revisão compreende a síntese do conhecimento elaborada pelo mapeamento e caracterização das evidências por similaridade acerca do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas, bem como a abordagem de fatores de risco modificáveis que influenciam o desencadeamento do delirium na UTI. A partir da integração das informações, foi descrita a crítica fundamentada do conhecimento e sintetizada

com o objetivo de produzir um todo coerente. Do ponto de vista ético, respeitou-se o direito autoral dos estudos analisados.

RESULTADOS

Com relação à caracterização dos 51 estudos selecionados, ao analisar as publicações dos artigos pela distribuição trienal, destacou-se o triênio 2019-2021 com dezesseis (31,0%) artigos publicados, evidenciando o interesse recente em desenvolver estudos na temática. Quanto aos países que desenvolveram os estudos, denota-se uma procedência variável, com maior contribuição do continente Europeu 16 (31,3%), e destaque para os Estados Unidos com o maior número de estudos publicados 14 (26,4%).

No quadro 2 é apresentada a síntese das características dos artigos, quanto ao autor principal, ano de publicação, título do artigo, delineamento (abordagem do estudo) e o nome do periódico. O respectivo código de identificação de cada artigo selecionado, corresponde ao número que este é citado na lista de referências desta revisão.

QUADRO 2 Características dos artigos selecionados para revisão integrativa.

Autor/Ano	Título do artigo	Delineamento	Nome do periódico
Mcnicoll L. 2003 ²¹	Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients.	Quantitativo	Journal of the American Geriatrics Society
Hwang, JH. 2021 ²⁰	Effects of a Multicomponent Intervention Program for Preventing Delirium in Geriatric Patients in the Intensive Care Unit.	Quantitativo	Korean Journal of Adult Nursing
Brooks P. 2014 ³²	Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium.	Quantitativo	AORN journal
Guo Y. 2016 ³³	Impact of multicomponent, nonpharmacologic interventions on perioperative cortisol and melatonin levels and postoperative delirium in elderly oral cancer patients.	Quantitativo	Archives of Gerontology & Geriatrics
Karadas C. 2016 ³⁴	The effect of range of motion exercises on delirium prevention among patients aged 65 and over in intensive care units.	Quantitativo	Geriatric Nursing
Hassanshahian A. 2019 ³⁵	The effect of scheduled visits on delirium intensity in elderly patients hospitalized in the Intensive Care Unit: a clinical trial study.	Quantitativo	Hayat

Contreras CCT. 2021 ³⁶	Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial.	Quantitativo	Revista Gaúcha de Enfermagem
Eberle CC. 2019 ³⁷	Manejo não farmacológico do delirium na perspectiva de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto.	Qualitativo	Rev Pesq: Cuid Fundam online
Mitchell ML. 2019 ³⁸	A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial.	Quantitativo	Intensive & Critical Care Nursing
Wei-Li L. 2015 ³⁹	Factors Associated With the Development of Delirium in Elderly Patients in Intensive Care Units.	Quantitativo	Journal of Nursing Research
Wassenaar A. 2017 ⁴⁰	The impact of nUrsiNg DELiRium Preventive INterventions in the Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): A study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial.	Quantitativo	International Journal of Nursing Studies
Zhang H. 2021 ⁴¹	Development and validation of a predictive score for ICU delirium in critically ill patients.	Quantitativo	BMC anesthesiology
Smithburger PL. 2017 ⁴²	Perceptions of families of intensive care unit patients regarding involvement in delirium-prevention activities: a qualitative study.	Qualitativo	Critical care nurse
Tran NN. 2021 ⁴³	Diagnosis and Risk Factors for Delirium in Elderly Patients in the Emergency Rooms and Intensive Care Unit of the National Geriatric Hospital Emergency Department: A Cross-Sectional Observational Study.	Quantitativo	International Journal of General Medicine
Matioli KBB. 2021 ⁴⁴	Delirium: Prevalência e Fatores Associados ao Pós-Operatório de Cirurgia Cardiovascular em Idosos.	Quantitativo	Revista Baiana de Enfermagem
Wang G. 2021 ⁴⁵	Development and validation of a postoperative delirium prediction model for elderly orthopedic patients in the intensive care unit.	Quantitativo	Journal of Healthcare Engineering
Krewulak KD. 2020 ⁴⁶	Effectiveness of an intensive care unit family education intervention on delirium knowledge: a pre-test post-test quasi-experimental study.	Quantitativo	Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie
Spiegelberg J. 2020 ⁴⁷	Early Identification of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care.	Quantitativo	Crit Care Nurse
Khan SH. 2020 ⁴⁸	Decreasing delirium through music: a randomized pilot trial.	Quantitativo	American Journal of Critical Care
Kim J. 2020 ⁴⁹	Effects of patient-directed interactive music therapy on sleep quality in postoperative elderly patients: a randomized-controlled trial.	Quantitativo	Nature and Science of Sleep
Pan Y. 2019 ⁵⁰	Incidence, risk factors, and cumulative risk of delirium among ICU patients: a case-control study.	Quantitativo	International journal of nursing sciences

Zhang W. 2017 ⁵¹	A nursing protocol targeting risk factors for reducing postoperative delirium in patients following coronary artery bypass grafting: Results of a prospective before-after study.	Quantitativo	International journal of nursing sciences
Faustino TN. 2016 ⁵²	Prevenção e monitoramento do delirium em idosos: uma intervenção educativa.	Qualitativo	Revista brasileira de enfermagem
Mori S. 2016 ⁹	Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva.	Quantitativo	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Wassenaar A. 2015 ⁵³	Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients.	Quantitativo	Intensive care medicine
Van Rompaey B. 2012 ⁵⁴	The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients.	Quantitativo	Critical care
Zaal IJ. 2013 ⁵⁵	Intensive care unit environment may affect the course of delirium.	Quantitativo	Intensive care medicine
Balas MC. 2014 ⁵⁶	Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility (ABCDE) bundle.	Quantitativo	Critical care medicine
Di J. 2021 ⁵⁷	Cluster nursing can reduce postoperative delirium and improve the negative emotions and quality of life of elderly ICU patients.	Quantitativo	American Journal of Translational Research
Kamdar BB. 2013 ⁵⁸	The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU.	Quantitativo	Critical care medicine
Van Rompaey B. 2009 ⁵⁹	Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study.	Quantitativo	Critical care
Moon KJ. 2015 ⁶⁰	The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: a randomized controlled trial.	Quantitativo	International journal of nursing studies
Foster J. 2013 ⁶¹	A pilot study to test the feasibility of a nonpharmacologic intervention for the prevention of delirium in the medical intensive care unit.	Quantitativo	Clinical Nurse Specialist
Colombo R. 2012 ⁶²	A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study.	Quantitativo	Minerva anesthesiologica
Inouye SK. 2000 ⁶³	Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies.	Quantitativo	Annals of medicine
Sugita Y. 2018 ⁶⁴	Correlation of Nutritional Indices on Admission to the Coronary Intensive Care Unit with the Development of Delirium.	Quantitativo	Nutrients
Inouye SK. 1999 ⁶⁵	A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients.	Quantitativo	New England journal of medicine
Bryczkowski SB. 2014 ⁶⁶	Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults.	Quantitativo	Journal of surgical research

Patel J. 2014 ⁶⁷	The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients.	Quantitativo	Anaesthesia
Ribeiro SCL. 2015 ⁶⁸	Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo.	Qualitativo	Texto & Contexto-Enfermagem
Oosterhouse KJ. 2016 ⁶⁹	Intensive care unit nurses' beliefs about delirium assessment and management.	Qualitativo	AACN advanced critical care
Faustino TN. 2016 ⁷⁰	Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos.	Qualitativo	Revista Baiana de Enfermagem
Whitcomb JJ. 2013 ⁷¹	A pilot study on delirium in the intensive care unit: a creative inquiry project with undergraduate nursing students.	Quantitativo	Dimensions of Critical Care Nursing
Martínez F. 2017 ⁷²	Implementing a multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients.	Quantitativo	Critical care nurse
Contreras CCT. 2021 ⁷³	Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults.	Quantitativo	Journal of the USP School of Nursing
Skrobik Y. 2010 ⁷⁴	Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates.	Quantitativo	Anesthesia & Analgesia
Karabulut N. 2016 ⁷⁵	Nursing management of delirium in the postanesthesia care unit and intensive care unit.	Qualitativo	Journal of PeriAnesthesia Nursing
Lynch J. 2020 ⁷⁶	Delirium in intensive care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial for a nurse-led intervention to reduce the incidence and duration of delirium among adults admitted to the intensive care unit.	Quantitativo	Australian Critical Care
Bounds M. 2016 ⁷⁷	Effect of ABCDE bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients.	Quantitativo	Journal of Critical Care
Shaughnessy L. 2013 ⁷⁸	Introducing delirium screening in a cardiothoracic critical care unit. Nursing in Critical Care	Quantitativo	Nursing in Critical Care
Godfrey M. 2013 ⁷⁹	Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study.	Quantitativo	BMC health services research

As publicações analisadas apresentam diversos desenhos metodológicos, com ênfase em estudos de abordagem quantitativa 42 (82,3%). No que se refere ao quantitativo das publicações científicas, evidencia-se uma menor contribuição de revistas nacionais (n = 7,13%) quando comparadas àquelas de circulação internacional 44 (86,3%), o que denota a necessidade de fortalecimento de estudos e publicação sobre a temática em âmbito nacional.

Por meio da codificação e comparação iterativa entre os artigos selecionados, os dados analisados foram agrupados por semelhanças acerca do cuidado na prevenção do delirium em

peessoas idosas na UTI, realizados pela equipe de enfermagem. Assim, as intervenções de cuidados encontradas foram compiladas em três temáticas, conforme semelhança de conteúdo: *ambiente; pessoas idosas; família*.

As temáticas centrais encontram-se ancoradas na literatura científica, que evidencia o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em UTI direcionando intervenções para o ambiente,^{2,9} devido a influência desse local na ocorrência da síndrome. Bem como, a importância da participação da família no cuidado em UTI, para a prevenção do delirium³⁸ e da necessidade de inclusão das especificidades da pessoa idosa no cuidado de enfermagem, para o êxito da prevenção.^{1,7,8} O Quadro 3 apresenta as temáticas com suas respectivas intervenções de cuidados que emergiram da análise.

QUADRO 3 - Cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em idosos na UTI.

<i>Cuidados de enfermagem para prevenção do delirium</i>	<i>Identificação dos artigos</i>
AMBIENTE	
Disponibilizar materiais como: relógios, calendários, celulares, livros, revistas, rádios, televisões, quadro branco, canetas, papeis e pertences pessoais do paciente	20,33,35,36,37,38,40,42,44 52,60,61,63,67,68,69,70,72 73,76,78,79
Reduzir e controlar a iluminação artificial a noite	20,37,51,52,57,58,60,61,66 67,68,70,71,75,76,79
Reduzir e controlar o ruído na UTI	33,37,40,44,51,52,54,55,58 61,63,65,67,71,75,76,79
Promover ambiente tranquilo e privativo	36,55,57,60,68,76,77
Manter monitores e máquinas com alarmes ajustados	33,65,67,70,75
Disponibilizar luz natural no ambiente próximo ao paciente	37,55,59
Controlar a temperatura ambiental	37,42,51,57
PESSOAS IDOSAS	
Promover atividades de reorientação	20,32,36,37,38,40,42,44,51 52,9,61,62,63,65,70,72,73, 74,75,76,77,79
Implementar intervenções sensoriais para deficiência visual e auditiva	20,36,38,43,44,52,60,61,65 68,69,72,73,76,78,79
Promover atividades para manutenção do padrão do sono e eliminar fatores que interfiram no ciclo circadiano	20,32,33,37,40,44,51,52,9, 54,57,58,60,61,63,65,66,67 68,69,71,72,75,76,77,78
Promover e encorajar a mobilização precoce	20,32,34,9,56,58,61,63,65, 67,68,69,72,76,77,78,79
Estabelecer comunicação terapêutica com o paciente	20,32,33,35,36,37,40,44,57 63,65,68,73,75,76
Proporcionar musicoterapia	33,48,49,61,63,65,66,74,75
Avaliar a hidratação e a má nutrição	9, 33,37, 38, 43, 57,60, 63,64,65,68, 69,76,78,79
Ofertar equipamentos de adaptação como teclados grandes, relógio com visor maior e livros com letras grandes.	40,42
Promover atividades de estimulação cognitiva	36,37,38,40,42,65,70,73,77 78,79

Estabelecer a avaliação do Delirium, por meio do uso de escalas	21,20,32,34,35,36,37,38,43 47,50,52,9,54,56,60,61,69, 72,76,77
Realizar avaliação rotineira do nível de sedação e estabelecer um momento diário de interrupção da sedação	34,36,37,38,41, 44,56,61, 67,68
Avaliar o estado cognitivo prévio, a presença de demência e de fragilidade	9,21,32,37,43, 45,57,60
Realizar o manejo da dor, com avaliação e controle	39,40,51,9,60,67,69,72,75, 76,78
Reprogramar cuidados de enfermagem noturnos para o diurno	33,37,40,51,52,58,61,63,65 66,67,71,79
Remover e/ou minimizar o uso de contenção mecânica e de cateteres permanentes	33,37,50,51,59,63,65,68,72 75,76,77
FAMÍLIA	
Promover a educação/capacitação sobre delirium	20,35,36,42,46,52,63,66,73 77
Ofertar apoio emocional e técnico ao familiar	20,42
Instituir o horário de visita estendida na UTI	20,35,40,42,51,59,68,70,76
Incluir a participação da família no cuidado do paciente	32,35,38,40,42,44,46, 66,72,73
Incentivar a visita estendida da família na UTI	42,45,69,76

DISCUSSÃO

Da interpretação das características dos estudos, identificou-se a crescente curva de publicações no triênio (2019-2021), seguindo a ascensão de publicações na área da enfermagem.⁸³ Inclusive, o aumento de pesquisas sobre o delirium em pessoas idosas nos últimos anos, indica a ampliação do interesse e a relevância em desenvolver estudos nesta temática.

Além disso, a predominância de pesquisas desenvolvidas nos Estados Unidos, reproduz na área da enfermagem, a tendência bibliométrica mundial em publicações. De acordo com informações da *WoS Database Collection*, os Estados Unidos é o país que ocupa a primeira posição do número total de artigos de enfermagem no ranking mundial.^{83,84} Isso denota a importância em estender reflexões acerca da temática para os demais países, com destaque para o Brasil, que ainda desenvolve um número limitado de publicações na área.

Em relação às características metodológicas dos estudos, considera-se que a maior representatividade da abordagem quantitativa está relacionada à necessidade de avaliação e validação dos cuidados de enfermagem multicomponentes para a prevenção do delirium. Assim, desenhos metodológicos de estudos de intervenção do tipo “antes” e “depois” e demais abordagens quantitativas, mostraram-se eficazes para avaliação e validação dos cuidados.^{20,32,46,50}

Na análise dos dados dos estudos selecionados, evidenciou-se a eficácia do uso de intervenções não farmacológicas no cuidado de enfermagem para a prevenção do delirium, bem como se constatou que a prevenção ainda é desafiadora para enfermagem, uma vez que o delirium é uma síndrome multifatorial.⁶³ Por outro lado, a enfermagem intensivista deve sustentar-se nos alicerces do cuidado preventivo, mesmo em um ambiente altamente tecnológico e com aspectos curativistas amalgamados, como na terapia intensiva.

Outrossim, compreende-se que são várias as intervenções de cuidados de enfermagem, necessárias à prevenção do delirium na UTI. Os cuidados direcionados a ambiência tem potencial de impedir o desencadeamento do delirium na pessoa idosa, além de serem indicados para reduzir fatores de risco modificáveis, que podem exacerbar o quadro.^{20,36,57,44} Ao promover um ambiente tranquilo, individualizado e privativo, pode-se promover a redução de interpretações errôneas e confusão nas pessoas idosas na UTI.^{52,63}

O ambiente da terapia intensiva interfere no estado emocional das pessoas idosas, acarretando uma série de mudanças psicológicas, que dificultam a sua adaptação em um ambiente diferente do domiciliar, o que, por vezes, pode desencadear o delirium.^{33,35,55} Por isso, os cuidados com o ambiente são tão importantes para a prevenção do delirium nesta população. As evidências postas, indicam que a implementação de intervenções no cuidado com o ambiente, como a disponibilização de pertences pessoais, celulares, livros, revistas, fotografias, podem tornar o ambiente afetivo, familiar, e têm se mostrado uma ação ambiental eficaz para a prevenção do delirium.^{33,35,38,40,69}

Nesse contexto, ainda, a presença de luz natural no ambiente, permite orientar a pessoa idosa quanto à localização temporal (dia/noite) e influencia positivamente em suas respostas adaptativas ao ambiente.^{37,55,59} Para além disso, medidas no manejo da iluminação artificial no período noturno, redução do ruído na unidade, controle da temperatura ambiental e ajustes dos alarmes, são cuidados com ambiente da UTI, que especialmente na pessoa idosa são necessários para a prevenção e são aspectos que se relacionam diretamente com os fatores ambientais da UTI.^{42,51,67,79}

Atividades terapêuticas de orientação e/ou reorientação da pessoa idosa nos cuidados de enfermagem dentro da UTI, estão presentes na maioria dos estudos.^{9,32,44,52,65,74,77,79} A orientação diária da pessoa idosa é recomendada e, pode ser facilitada utilizando-se relógios, calendários, celulares, livros, rádios e materiais que proporcionem a localização no tempo e espaço.^{20,36,75,76,78} Intervenções de cuidados de orientação, contribuem para manter a atenção e a concentração das pessoas idosas preservadas,^{44,85} e podem ser realizadas conjuntamente com a participação da família.

Estudo que aplicou um programa de cuidados multicomponentes, para a prevenção do delirium em pessoas idosas hospitalizadas na UTI²⁰ demonstrou a importância da padronização das atividades de orientação. Os enfermeiros da equipe aplicavam as atividades de orientação ao paciente em um intervalo mínimo de duas em duas horas, durante o período diurno. Era informando sobre a data, hora e local, mostrava-se a localização do relógio e um quadro branco com informações sobre a data, motivo da internação e cirurgia/exame. A rotina de cuidados pré-estabelecidos de orientação, demonstrou não só a eficácia na prevenção do delirium, como a grande adesão da pessoa idosa nas atividades propostas.

Aos cuidados de orientação da pessoa idosa devem ser associadas intervenções sensoriais para deficiência visual e auditiva, quando necessário, visto que disponibilizar os óculos ou as próteses auditivas, estimulam a participação das pessoas idosas nas atividades de orientação implementadas e, conseqüentemente, diminuem a confusão mental.^{37,38,44,69,72,73} Estudos reforçam a necessidade de disponibilizar equipamentos de adaptação às pessoas idosas, como teclados e relógios com visores grandes ou livros com letras maiores do que o usual, para facilitar a implementação das atividades de orientação para a população idosa na UTI.^{40,42} Planejar cuidados necessários para a prevenção do delirium, considerando as peculiaridades da pessoa idosa, torna-se fator primordial para a qualificação do cuidado prestado.

Assim, estabelecer uma linguagem uniforme pela equipe de enfermagem no cuidado, como se apresentar para a pessoa idosa no primeiro contato, fazer perguntas que permitam expressar seus pensamentos e sentimentos, proporcionam uma sensação de estabilidade e contribuem para a sua orientação, fator importante para prevenir delirium.^{20,32,33,63} É necessário que estratégias para comunicação efetiva sejam utilizadas por toda a equipe de enfermagem envolvida no cuidado da pessoa idosa, uma vez que isso também é benéfico para a prevenção do delirium.

A promoção do sono emergiu dos estudos como uma importante intervenção de cuidado para prevenir o delirium em pessoas idosas na UTI. Com o envelhecimento, a produção do hormônio melatonina, estimulante do sono, diminui,⁸⁵ somando a isso, a influência do ambiente da terapia intensiva e a rotina de cuidados, as pessoas idosas tendem a desregulação do ciclo circadiano e, possivelmente, dano na atenção e orientação durante a internação na UTI.^{9,52,61,78}

O prejuízo do sono, abordado pelos estudos como fator desencadeante das disfunções neurológicas, pode, portanto, potencializar o desenvolvimento do delirium.^{52,54} Para minimizar os fatores de perturbação do sono em UTI, recomenda-se fornecer máscaras para os olhos e tampões para os ouvidos dos pacientes no período noturno.^{42,52,54,58,67} As interrupções frequentes do sono devem ser evitadas, para isso a programação de procedimentos de

enfermagem fora de horários noturnos devem ser planejadas, quando possível.^{37,61,63} A equipe de enfermagem deve estar atenta a implementação das medidas de promoção do sono, pois pessoas idosas frequentemente têm a necessidade de sono prejudicada pelo processo de envelhecimento, que ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono.⁸⁵

Existem outros fatores presentes na terapia intensiva que influenciam, negativamente, o padrão do sono e, conseqüentemente favorecem a ocorrência do delirium. Dentre esses fatores, destaca-se a sedação e/ou analgesia inadequada, as quais não afetam o tempo total de sono, mas afetam o padrão de movimento rápido dos olhos (REM), com impacto na qualidade do sono.^{39,61,78} Assim, urge a necessidade de instituir cuidados para avaliação e manejo da dor por meio de escalas e protocolos para controle,^{39,40,51} bem como, estabelecer a avaliação rotineira de sedação, a fim de monitorar níveis adequados na pessoa idosa.^{34,37,41,56} Estas respectivas intervenções de cuidados tem relação direta com a manutenção do padrão do sono e, assim minimizam o risco de desencadeamento do delirium.

O monitoramento da sedação foi apontado como uma intervenção de cuidado importante para a prevenção do delirium na UTI. Para isso, recomenda-se a aplicação de ferramentas diagnósticas para avaliação do sensorio, após pausa e despertar diário dos pacientes sob sedação contínua.^{38,41,67} Estudos que avaliaram a interrupção diária da sedação em pessoas idosas pela equipe de enfermagem e utilizaram a *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) para avaliar o nível de sedação, demonstraram que esse cuidado contribuiu para a preservação do estado cognitivo, manutenção da orientação e conseqüente prevenção do delirium.^{34,36,37,44,61,68}

Para implementar os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium, a literatura recomenda a adoção de um conjunto de intervenções multicomponentes padronizadas para as pessoas idosas. A exemplo disso, tem-se a utilização do *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU) ou do *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) indicados para detectar a manifestação clínica do delirium e assim mensurar de forma objetiva a efetividade dos cuidados de enfermagem para a prevenção do delirium.^{21,34,43,52,56,69,72,77} O uso de escalas no cuidado das pessoas idosas facilita a avaliação da qualidade das intervenções de cuidados para a prevenção.

Os estudos analisados ressaltam a importância de identificar a presença do delirium, por meio do CAM-ICU. Dos 44 estudos clínicos, que compuseram o *corpus* desta revisão, 18 utilizaram esse instrumento, um utilizou o ICDSC e dois o *The Neelon and Champagne Confusion Scale* (NEECHAM). Tal achado, pode ser justificado pela facilidade de compreensão e execução do CAM-ICU para diagnosticar o delirium na pessoa idosa à beira do leito, bem

como a confiabilidade na escala para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem implementados na prevenção do delirium na UTI.^{20,32,43}

No que tange a mobilização precoce da pessoa idosa, verificou-se que tal conduta previne e melhora o quadro de delirium quando já instalado.^{20,32,34,9,56,58} Existe um consenso das evidências do benefício da mobilização precoce para a prevenção, como também para melhorar os desfechos cognitivos a longo prazo na pessoa idosa.^{61,63,65,67,72,76} Recomenda-se que a contenção mecânica seja minuciosamente avaliada, quanto ao seu uso no cuidado de enfermagem, assim como, a remoção ou redução de cateteres permanentes, para minimizar a restrição física^{33,37,50,59,63,68,75} e possibilitar a mobilização do paciente no leito e também fora dele, sempre que possível.^{51,65,72,76,77} Esses cuidados de enfermagem valorizam o potencial das intervenções não farmacológicas para prevenir o delirium, sem gerar eventos adversos.

Ainda, as restrições físicas devem ser evitadas devido a influência direta no aumento da agitação dos pacientes.⁶³ Uma estratégia denominada *Programa Eder Life*, composta de protocolos de cuidados para a prevenção de delirium, implementou na rotina de cuidados na UTI, exercícios de amplitude de movimentação ativa e deambulação para os pacientes, com mudança nos tipos de exercícios e execução três vezes ao dia; quando a deambulação não era possível, os exercícios de movimentação passiva eram estimulados.⁶⁵ Nesse ínterim, atividades de mobilização podem ser planejadas e inseridas na rotina de cuidados intensivos às pessoas idosas, respeitando suas particularidades individuais.

Ao se manter atividade muscular, passiva ou ativa, minimiza-se a atrofia muscular e a sarcopenia na pessoa idosa⁸⁵ o que contribui não somente para a redução da incidência do delirium, mas também para manutenção da independência para as atividades de vida diária após a alta da unidade. Outra possibilidade para a prática clínica na terapia intensiva é o uso do protocolo ABCDE, composto por cuidados referentes ao despertar, coordenação da respiração, mobilização precoce, monitorização e tratamento do delirium, o qual agrupa as melhores evidências referentes ao delirium, como: manejo da imobilidade, ventilação mecânica, sedação e analgesia.^{41,56,77} Pode-se ajustar os cuidados de enfermagem do protocolo de acordo com a necessidade do paciente, a fim de torná-lo aplicável para a prevenção do delirium na pessoa idosa em cuidados intensivos.

Com a finalidade de direcionar o cuidado de enfermagem para melhores resultados na prevenção do delirium, foram recomendadas a avaliação da hidratação e o reconhecimento precoce da má nutrição na pessoa idosa.⁶³ A ingestão hídrica deve ser incentivada sempre que possível, assim como o auxílio na alimentação deve ser ofertado quando necessário.

A desidratação é uma das causas do delirium, pois provoca a perda de eletrólitos e diminui a oxigenação dos órgãos, podendo causar hipóxia cerebral.^{78,85} Em relação a má nutrição, estudos indicam que a alimentação inadequada, pode levar a um baixo nível sérico de proteínas ou interferir na cognição por alteração nos níveis de oxigênio e uma baixa pressão de perfusão encefálica.^{37,43,64,69} A implementação destes cuidados deve ocorrer de forma atenta, especialmente para os idosos, uma vez que sentem menos sede e apresentam alteração no paladar. Assim, o reconhecimento dessas especificidades e das necessidades da pessoa idosa devem direcionar a implementação do cuidado de enfermagem.

A realização de atividades para estimulação cognitiva na pessoa idosa foi explorada nos estudos. Foram desenvolvidas atividades pela equipe de enfermagem repetidamente durante a prestação de cuidados, por pelo menos três vezes ao dia, a fim de promover a orientação em relação a tempo e espaço, assim como, o fornecimento de informações sobre a realidade com a utilização de objetos pessoais.^{65,73,79} Para os pacientes impossibilitados de verbalizar, como aqueles submetidos a intubação endotraqueal ou traqueostomia, foi indicado o uso de um cartão de comunicação e *WordPad* para permitir que eles se comunicassem efetivamente.³³ Como resultado, as necessidades desses pacientes foram compreendidas em tempo hábil e o estímulo cognitivo foi promovido.

Outras atividades para a estimulação cognitiva igualmente foram citadas, como discutir eventos atuais da vida familiar e relembrar eventos passados, levar notícias de rádio para informar e interagir com o paciente.^{36,38} Intervenções de familiaridade, como o uso de objetos pessoais do paciente, ofertar livros e revistas preferidas, ouvir música de sua escolha, se mostraram eficientes para o estímulo da cognição.³⁷ A promoção de cuidados de enfermagem para o estímulo cognitivo das pessoas idosas na UTI, foi associada a uma melhora cognitiva mais rápida, corroborando aos demais estudos analisados, que demonstraram a eficiência destes cuidados na prevenção do delirium nesses pacientes nas UTIs.^{40,42,70,78}

A musicoterapia foi reconhecida como uma alternativa para promover a estimulação cognitiva, a melhoria do padrão do sono e redução da agitação dos pacientes.^{33,48,49,61,63} A pessoa idosa deve ser estimulada a participar de forma interativa na musicoterapia, escolhendo suas preferências musicais, horários de escuta, associando o controle da respiração com a música e exercícios de inspiração/expiração lenta e profunda.⁴⁹ Estudo que realizou a musicoterapia em pacientes intubados, por meio de fones de ouvido conectados a players de mp3, demonstrou a viabilidade de uma intervenção musical entre pacientes em ventilação mecânica e os benefícios da música na prevenção do delirium.⁴⁸ A repercussão positiva da terapia musical na qualidade

de vida da pessoa idosa é comprovada⁸⁵ e esse benefício pode ser estendido para a prevenção do delirium no ambiente de cuidados intensivos.

Ainda, na busca de conhecer as intervenções do cuidado de enfermagem, para a prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI, destaca-se a participação dos familiares nas intervenções com um papel relevante.^{32,35,73} A família deve ser inserida no ambiente da terapia intensiva, com uma presença constante, consistente e devidamente orientada pela equipe de enfermagem.^{20,36,42,72} Sinaliza-se que a participação da família no cuidado auxilia na orientação da pessoa idosa, criando um ambiente familiar e ofertando apoio emocional.

Ressalta-se que a participação da família, também traz alguns desafios à equipe de enfermagem, os quais devem ser superados a fim de beneficiar os pacientes. Para fortalecer o elo enfermagem-família, faz-se necessário que a enfermagem realize a qualificação e educação da família acerca dos cuidados na prevenção delirium, conjuntamente forneça apoio emocional e técnico que o familiar precisar, para que ele se sinta seguro e preparado para se inserir no cuidado na terapia intensiva.^{20,42,52,63} Nesse sentido, a flexibilização do horário de visitas na unidade deve ser instituída e a presença da família deve ser incentivada, para que os benefícios desse cuidado sejam alcançados.²⁰

No que se refere às intervenções de cuidado que a família pode ser incluída, os estudos sugerem a participação em atividades de estimulação cognitiva como na orientação, no apoio emocional ao paciente, no cuidado e autocuidado.^{40,44,46,66} Um estudo³⁸ realizou a aplicação de um protocolo de cuidados pelo familiar para as pessoas idosas na UTI, com atividades envolvendo a orientação, o engajamento terapêutico e avaliação sensorial. Para orientação das pessoas idosas, foram usadas atividades como dicas de memória, escrever o nome do enfermeiro/médico naquele dia e o plano de cuidados numa agenda diária, também foi explicado ao paciente em relação ao dia, data, hora, onde estava e por quê. No engajamento terapêutico da pessoa idosa, foi realizado estimulação cognitiva ao se discutir eventos da vida familiar e na avaliação sensorial (quando aplicável) garantiu-se o uso dos óculos e aparelhos auditivos em bom funcionamento. Os familiares foram considerados importantes parceiros de cuidado e seu envolvimento trouxe muitos resultados positivos para prevenção do delirium.

Na população idosa, a família tem um importante papel em seu cotidiano, marcado por valores culturais, afetivos e sociais. Assim, manter essa relação de vínculo dentro de um ambiente altamente tecnológico, como a UTI, caracterizado pelo isolamento social e familiar daqueles que internam, apresenta-se como um grande avanço no cuidado de enfermagem na prevenção do delirium.

IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados dessa revisão têm implicações para a prática da enfermagem e apontam intervenções que podem ser incorporadas nos cuidados de enfermagem diários na UTI. Fornecer aos pacientes reorientação contínua, reduzindo a estimulação à noite pelo uso de tampões de ouvido e estimulação cognitiva crescente durante o dia por meio da luz natural e música, podem ser utilizadas em ambientes hospitalares de terapia intensiva.^{36,40,52} Essas podem ser consideradas intervenções de cuidados econômicas e oportunas para acomodar a alta demanda de atendimento da unidade.

Outras intervenções de cuidados não farmacológicas mostraram-se eficazes nos estudos, como a mobilização precoce,³² a participação familiar no cuidado,⁴² adequações ao ambiente da UTI²⁰ e a promoção da manutenção do sono⁷⁷. Todas as intervenções de cuidado, devem ser integradas em um protocolo e implementadas em todos os ambientes da atenção crítica.

É importante que as pessoas idosas, sejam reconhecidas como principal público com diversos fatores de risco predisponentes para o desenvolvimento de delirium na UTI.⁸⁵ A partir disso, é preciso atender as necessidades específicas das pessoas idosas e adaptar as intervenções de cuidado na prevenção do delirium. Isso exige da equipe de enfermagem conhecimentos específicos sobre o delirium e, especialmente sobre o processo de envelhecimento e suas implicações no cuidado de enfermagem em UTI.

Nesse sentido, os estudos apontam a importância de identificar precocemente comorbidades comumente presentes nas pessoas idosas, para o planejamento dos cuidados de enfermagem para a prevenção do delirium na UTI. Assim, algumas avaliações devem ser incorporadas à rotina de cuidados intensivos a citar: fragilidade, demência, déficit cognitivo e distúrbios no padrão do sono, como fatores de risco.^{9,37,43} Reconhecer as necessidades e particularidades das pessoas idosas é fundamental para a promoção de um cuidado assertivo, qualificado e humanizado.

CONCLUSÃO

Estudos que abordem o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI devem ser cada vez mais fomentados. Uma vez, que o cuidado de enfermagem direcionado a prevenção se mostra como uma importante estratégia de cuidado a ser implementada na prática clínica. Também o processo de envelhecimento predispõe a pessoa idosa ao desencadeamento da síndrome, que é potencializada pelo ambiente/rotinas da terapia

intensiva, fatores que também contribuem para esses pacientes serem alvo de atenção nesta unidade.

Ressalta-se que, a exiguidade de compreensão sobre a complexidade do delirium por parte da equipe de enfermagem dificulta o cuidado direcionado para a prevenção e manejo específicos na pessoa idosa. Uma estratégia facilitadora para a promoção do cuidado de enfermagem é a incorporação das intervenções de cuidados em um protocolo único, direcionada para a prevenção do delirium nas pessoas idosas em UTIs. Assim, todas as especificidades atreladas e reconhecidas por meio desse estudo, podem ser incorporadas nas práticas da enfermagem em cuidados intensivos.

Portanto, a síntese das evidências desse estudo permite compreender que para garantir cuidados de enfermagem resolutivos na prevenção do delirium na UTI, ajustes às necessidades das pessoas idosas são essenciais. Para tanto, é necessário conhecimento específico e competência por parte da equipe de enfermagem, associada à abordagem multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Bryczkowski SB, Lopreiato MC, Yonclas PP, Sacca JJ, Mosenthal AC. Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. *J Surg Res.* 2014;190(1):280-8.
2. Collinsworth AW, Priest EL, Campbell CR, Vasilevskis EE, Masica AL. A review of multifaceted care approaches for the prevention and mitigation of delirium in intensive care units. *J Int Care Med.* 2016;31(2):127-41.
3. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA.* 2001; 286:2703–2710.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Ely E, Gautam S, Margolin R, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive care medicine.* 2001; 27(12): 1892-1900.
6. Contreras CCT, Esteban ANP, Parra MD, et al. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2021; 42.
7. Cerveira CCT, Pupo CC, Santos SDS, et al. Delirium em idosos: uma revisão sistemática de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. *Dement Neuropsicol.* 2017;11(3):270-5.
8. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *New England Journal of medicine.* 2017; 377(15): 1456-1466. 8
9. Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, et al. Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2016; 50: 0587-0593. 9

10. Tostes ICGDO, Pereira SRM, Almeida LFD, et al. Delirium em terapia intensiva: utilização do Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit pelo enfermeiro. *Rev. Pesqui.* 2018; 2-8. 10
11. Mehta S, Cook D, Devlin JW, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Crit Care Med.* 2015; 43(3):557-66. 11
12. Silva MAP, Camacho ACLF, Leite BS, et al. Identificação do delirium em idosos internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Research, Society and Development.* 2020; 9(5). 12
13. Hshieh T, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):512–20. 13
14. *National Institute for Health and Care Excellence. Delirium. NICE quality standard.* London: NICE; 2014.
15. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the elderly. *Clinics in geriatric medicine.* 2020; 36(2):183-199. 14
16. Castelões TW. A importância do enfermeiro no reconhecimento do delirium. In: Viana RAPP, editores. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências.* São Paulo: Atheneu; 2012. p. 243-8.
17. Cai S, Minzhi LV, Jos ML et al. Incidence and risk factors of postoperative delirium in intensive care unit patients: a study protocol for the PREDICT study. *Journal of Advanced Nursing.* 2019; 75(11): 3068-3077.
18. Chun YK, Park JY. Fatores de risco de delirium em pacientes de uma unidade de terapia intensiva cirúrgica. *Jornal da crítica coreana Cuidados de Enfermagem.* 2017;10(3):31-40.
19. Choi SJ, Cho YA. Prevalência e fatores de risco relacionados ao delirium em unidades de terapia intensiva detectados pelo CAM-ICU. *Jornal de Pesquisa em Enfermagem Clínica Coreana.* 2014;20(3):406-16.
20. Hwang JH, & Kim MY. Effects of a Multicomponent Intervention Program for Preventing Delirium in Geriatric Patients in the Intensive Care Unit. *Korean Journal of Adult Nursing.* 2021; 33(6): 565-575.
21. McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, et al. Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2003; 51(5): 591-598.
22. Faria RDSB, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 2013; 25(2): 137-147.
23. Zamoscik K, Godbold R, Freeman P. Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2017; 40: 94-100.
24. Pincelli EL, Waters C, Zupsel ZN. Nursing actions in preventing delirium in patients in the Intensive Care Unit. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.* 2015; 131-139.
25. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing.* 2005; 52 (5): 546-53.
26. Mendes KDS, Silveira RCDCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem.* 2008; 17: 758-764.
27. Silva RN, Brandão MAG, Ferreira MDE A. Integrative Review as a Method to Generate or to Test Nursing Theory. *Nursing Science Quarterly.* 2020; 33(3): 258-263.

28. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, et al. Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E. (Org), Munn Z. (Org). Joanna Briggs Institute reviewer's manual. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. 2017; 23-71.
29. Azoubel MS. Como planejar e executar buscas na literatura científica?. *Perspectivas em análise do Comportamento*. 2019;10(2): 256-266.
30. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24(2): 335-342.
31. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins. 2005; 3-24.
32. Brooks P, Spillane JJ, Dick K, et al. Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium. *AORN journal*. 2014; 99(2): 256-276.
33. Guo Y, Sun L, Li L, et al. Impact of multicomponent, nonpharmacologic interventions on perioperative cortisol and melatonin levels and postoperative delirium in elderly oral cancer patients. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 2016; 3(62):112–117.
34. Karadas C, Ozdemir L. The effect of range of motion exercises on delirium prevention among patients aged 65 and over in intensive care units. *Geriatric Nursing*. 2016; 37(3):180–185.
35. Hassanshahian A, Ravari A, Mirzaei T. The effect of scheduled visits on delirium intensity in elderly patients hospitalized in the Intensive Care Unit: a clinical trial study. *Hayat*. 2019; 24 (4): 322–334.
36. Contreras CCT, Esteban ANP, Parra MD, et al. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021; 42.
37. Eberle CC, Santos AA, Macedo Júnior LJJ. Manejo não farmacológico do delirium na perspectiva de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. *Rev Pesq: Cuid Fundam online*. 2019; 11(5):1242-9.
38. Mitchell ML, Kean S, Rattray JE, et al. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2017; 40:77–84.
39. Wei-Li L, Yi-Fan C, Wang J. Factors Associated With the Development of Delirium in Elderly Patients in Intensive Care Units. *Journal of Nursing Research*. 2015; 23(4), 322–328.
40. Wassenaar A, Rood P, Schoonhoven L, et al. The impact of nUrsiNg DELiRium Preventive INterventions in the Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): A study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; (68): 1–8.
41. Zhang H, Yuan J, Chen Q, et al. Development and validation of a predictive score for ICU delirium in critically ill patients. *BMC anesthesiology*. 2021; 21(1): 1-8.
42. Smithburger PL, Korenoski AS, Alexander SA, et al. Perceptions of families of intensive care unit patients regarding involvement in delirium-prevention activities: a qualitative study. *Critical care nurse*. 2017; 37(6): e1-e9.
43. Tran NN, Hoang TPN, Ho TKT. Diagnosis and Risk Factors for Delirium in Elderly Patients in the Emergency Rooms and Intensive Care Unit of the National Geriatric Hospital Emergency Department: A Cross-Sectional Observational Study. *International Journal of General Medicine*. 2021; (14): 6505.

44. Matioli KBB, de Moraes Filho IM, de Sousa TV, et al. Delirium: Prevalência e Fatores Associados ao Pós-Operatório de Cirurgia Cardiovascular em Idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2021; 35.
45. Wang G, Zhang L, Qi Y, et al. Development and validation of a postoperative delirium prediction model for elderly orthopedic patients in the intensive care unit. *Journal of Healthcare Engineering*. 202; 6.
46. Krewulak KD, Bull MJ, Wesley Ely E, et al. Effectiveness of an intensive care unit family education intervention on delirium knowledge: a pre-test post-test quasi-experimental study. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*. 2020; 67(12): 1761-1774.
47. Spiegelberg J, Song H, Pun B, et al. Early Identification of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care. *Crit Care Nurse*. 2020; 40(2): 33-43.
48. Khan SH, Xu C, Purpura R, et al. Decreasing delirium through music: a randomized pilot trial. *American Journal of Critical Care*. 2020; 29(2): e31-e38.
49. Kim J, Choi D, Yeo MS, et al. Effects of patient-directed interactive music therapy on sleep quality in postoperative elderly patients: a randomized-controlled trial. *Nature and Science of Sleep*. 2020; 12:791.
50. Pan Y, Yan J, Jiang Z, et al. Incidence, risk factors, and cumulative risk of delirium among ICU patients: a case-control study. *International journal of nursing sciences*. 2019; 6(3): 247-251.
51. Zhang W, Sun Y, Liu Y, et al. A nursing protocol targeting risk factors for reducing postoperative delirium in patients following coronary artery bypass grafting: Results of a prospective before-after study. *International journal of nursing sciences*. 2017; 4(2): 81-87.
52. Faustino TN, Pedreira LC, Freitas YSD, et al. Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. *Revista brasileira de enfermagem*. 2016; 69: 725-732.
53. Wassenaar A, Van Den Boogaard MHWA, Van Achterberg T, et al. Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive care medicine*. 2015; 41(6): 1048-1056.
54. Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., & Fromont, V. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical care*, 16(3), 1-11.
55. Zaal IJ, Spruyt CF, Peelen LM, et al. Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive care medicine*. 2013; 39(3): 481-488.
56. Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, et al. Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility (ABCDE) bundle. *Critical care medicine*. 2014; 42(5): 1024.
57. Di J, Wang X, Chen J. Cluster nursing can reduce postoperative delirium and improve the negative emotions and quality of life of elderly ICU patients. *American Journal of Translational Research*. 2021; 13(4): 2931-2938.
58. Kamdar BB, King LM, Collop NA, et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Critical care medicine*. 2013; 41(3): 800-809.
59. Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., & Shortridge-Baggett, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Critical care*, 13(3), 1-12.

60. Moon, K. J., & Lee, S. M. (2015). The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 52(9), 1423-1432.
61. Foster J. Kelly M. A pilot study to test the feasibility of a nonpharmacologic intervention for the prevention of delirium in the medical intensive care unit. *Clinical Nurse Specialist*. 2013; 27(5): 231-238.
62. Colombo R, Corona A, Praga F, et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva anesthesiologica*. 2012; 78(9): 1026.
63. Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies. *Annals of medicine*. 2000; 32(4): 257-263.
64. Sugita Y, Miyazaki T, Shimada K, et al. Correlation of Nutritional Indices on Admission to the Coronary Intensive Care Unit with the Development of Delirium. *Nutrients*. 2018; 10(11):1712.
65. Inouye SK, Bogardus Jr ST, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of medicine*. 1999; 340(9): 669-676.
66. Bryczkowski SB, Lopreiato MC, Yonclas PP, et al. Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. *Journal of surgical research*. 2014; 190(1): 280-288.
67. Patel J, Baldwin J, Bunting P, et al. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*. 2014; 69(6): 540-549.
68. Ribeiro SCL, Nascimento ERPD, Lazzari DD, et al. Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. *Texto & Contexto-Enfermagem*, (2015). 24, 513-520.
69. Oosterhouse KJ, Vincent C, Foreman MD, et al. Intensive care unit nurses' beliefs about delirium assessment and management. *AACN advanced critical care*. 2016; 27(4): 379-393.
70. Faustino TN, Pedreira LC, Silva RMD, et al. Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2016;30(3): 1-10.
71. Whitcomb JJ, Morgan M, Irvin T, et al. A pilot study on delirium in the intensive care unit: a creative inquiry project with undergraduate nursing students. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2013; 32(5): 266-270.
72. Martínez F, Donoso AM, Marquez C, et al. Implementing a multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients. *Critical care nurse*. 2017;37(6): 36-46.
73. Contreras CCT, Páez-Esteban AN, Rincon-Romero MK, et al. Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. *Journal of the USP School of Nursing*. 2021; 55.
74. Skrobik Y, Ahern S, Leblanc M, et al. Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates. *Anesthesia & Analgesia*. 2010; 111(2): 451-463.
75. Karabulut N, Aktaş YY. Nursing management of delirium in the postanesthesia care unit and intensive care unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2016; 31(5): 397-405.
76. Lynch J, Rolls K, Hou YC, et al. Delirium in intensive care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial for a nurse-led intervention to reduce the incidence and

- duration of delirium among adults admitted to the intensive care unit. *Australian Critical Care*. 2020; 33(5): 475-479.
77. Bounds M, Kram S, Speroni KG, et al. Effect of ABCDE bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*. 2016; 25(6): 535-544.
 78. Shaughnessy L. Introducing delirium screening in a cardiothoracic critical care unit. *Nursing in Critical Care*. 2013; 18(1): 8-13.
 79. Godfrey M, Smith J, Green J, et al. Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. *BMC health services research*. 2013; 13(1): 1-15.
 80. Cooper HM. *Synthesizing research: A guide for literature reviews* Sage. 1998; 2.
 81. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011; 64(1):106-113.
 82. ROY C, ANDREWS H A. *The Roy adaptation model*. Appleton & Lange. 1999; 2.
 83. Alcalá-Albert G J, Parra-González ME. Bibliometric Analysis of Scientific Production on Nursing Research in the Web of Science. *Education Sciences*. 2021; 11(9): 455.
 84. Kokol P, Železnik D, Završnik J, et al. Nursing research literature production in terms of the scope of country and health determinants: A bibliometric study. *Journal of Nursing Scholarship*. 2019; 51(5): 590-598.
 85. Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
 86. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.

4.2 SUBSTRUÇÃO TEÓRICA: O CAMINHO DE UMA MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI

A ciência tem por propósito a produção do conhecimento. Assim, para gerar e representar esse conhecimento passou a combinar o avanço por meio da pesquisa e a explicação para o conhecimento por meio da teoria (MCEWEN; WILLS, 2019). A produção do conhecimento é um processo que requer a objetivação de um dado fenômeno, situado em um determinado campo de pesquisa (VAN DER SAND et al., 2013).

O conhecimento frequentemente é sintetizado em uma teoria, que guia a pesquisa e a prática, amplia a compreensão dos fenômenos, prediz resultados ou prescreve intervenções (AN et al., 2007). As teorias são reconhecidas pelos filósofos da ciência, como portadoras de conhecimento científico, com amplo alcance, que abrange desde a produção de conhecimento até possíveis intervenções na prática (REED, 2006).

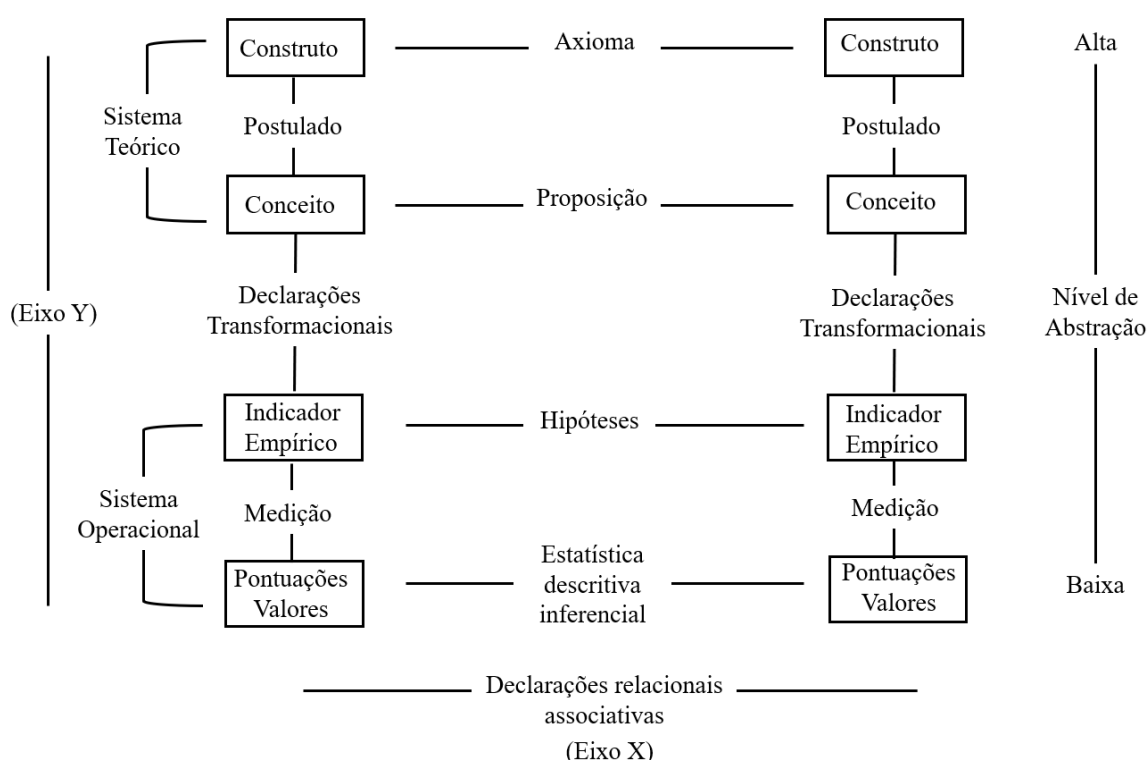
Assim, a produção de teorias faz-se necessária para o avanço científico, para legitimar o corpo de conhecimento próprio de uma disciplina e para direcionar a prática clínica. Para o desenvolvimento de teorias, o processo de teorização necessita empreender conexões confiáveis e válidas entre estruturas abstratas e fenômenos concretos ou dados empíricos, sobre algum aspecto da realidade (DAMMANN, 2017).

Frente a isso, é necessário a definição de estratégias, técnicas e procedimentos gerais para a construção de uma teoria. Nesse sentido, um instrumento metodológico pode mostrar-se como ferramenta facilitadora para um processo de apreensão do conhecimento e nortear o processo de investigação, tanto na análise, quanto na interpretação de dados (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016). Dentre as diferentes possibilidades para concepção de uma teoria, a substrução teórica mostra-se como um instrumento heurístico consolidado a este propósito.

A substrução teórica fornece um quadro lógico que pode esclarecer modelos, orientar a pesquisa e permitir a testagem da teoria. É também, considerada um modelo hierárquico que progride do abstrato para o concreto, relacionando construtos, conceitos, subconceitos, proposições e operacionalização (MCQUISTON; CAMPBELL, 1997). Por ser considerada um processo de pensamento dinâmico (WOLF; HEINZER, 1999), pode ser utilizado para identificar as principais variáveis em um estudo, analisar os níveis de abstração e as relações hipotéticas entre as variáveis, assim como conectar a base teórica do estudo aos aspectos operacionais (DULOCK; HOLZEMER, 1991).

A substrução teórica isola construtos, conceitos, declarações relacionais e proposições de uma teoria e os organiza pictoricamente em um diagrama, com configurações verticais e horizontais, que representam os sistemas teóricos e operacionais. Cada configuração vertical representa um nível descendente de abstração de cada conceito. O eixo horizontal representa a relação entre as declarações teóricas expressas como axiomas, proposições e hipóteses. O sistema teórico se estende verticalmente e horizontalmente e inclui construtos, conceitos, declarações relacionais e proposições da teoria (DULOCK; HOLZEMER, 1991). A estrutura do processo de substrução teórica pode ser exemplificada pelo diagrama pictórico apresentado na Figura 4 .

Figura 4 - Diagrama pictórico do processo de substrução teórica

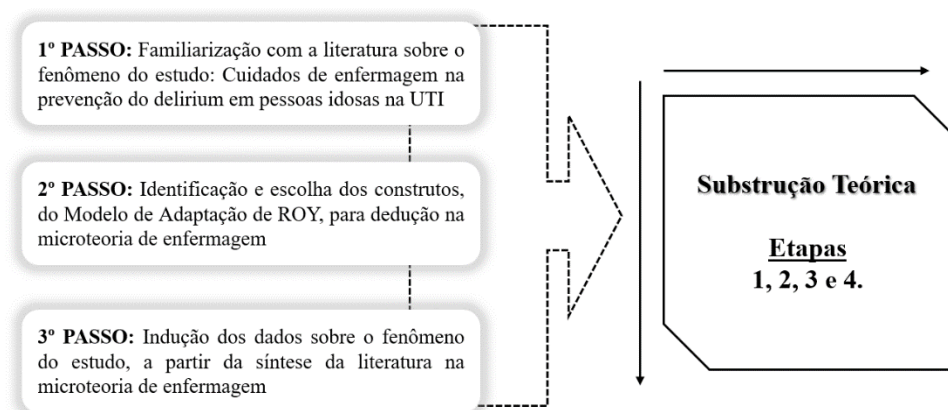


Fonte: Desenvolvida pela autora e adaptada de GIBBS (1972).

Esse processo envolveu a dedução dos construtos do MAR de Callista Roy e a indução dos dados da revisão integrativa da literatura intitulada “Cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI”. Para guiar o processo de substrução teórica, Hinshaw (1979) orienta o desenvolvimento de quatro etapas, a saber: 1. identificar e isolar os construtos e conceitos principais sob estudo; 2. especificar relações entre os conceitos; 3. ordenar

hierarquicamente os conceitos por nível de abstração; 4. descrever o diagrama pictórico dos relacionamentos presentes entre as variáveis. A Figura 5 apresenta os passos que sustentaram as etapas do presente processo de substrução teórica.

Figura 5 - Passos seguidos no presente estudo para sustentar as etapas da substrução teórica.



Fonte: Autora (2022).

No que se refere aos passos seguidos para o desenvolvimento da substrução teórica, reitera-se que o primeiro foi desenvolvido no capítulo anterior. Assim, o primeiro passo, identificado como familiarização com a literatura sobre o fenômeno do estudo, foi determinado por meio da revisão da literatura em forma de síntese intitulada “cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI” e por leituras exaustivas sobre o tema de interesse, acerca de outras revisões de literatura, livros, artigos científicos e reflexões. Assim, a revisão integrativa da literatura da presente tese (item 4.1) elucidou conceitos, declarações relacionais e proposições correspondentes, à medida que evidenciou os cuidados de enfermagem, aproximando ao foco final que é a elaboração da microteoria.

O segundo passo identificado na Figura 05 converge com as etapas 1 e 2 da substrução teórica e compõe o sistema teórico desta microteoria. Já, o terceiro passo refere-se à indução dos dados sobre o fenômeno do estudo, que a partir da síntese da literatura na microteoria de enfermagem permeia todas as etapas da substrução teórica e compõe o sistema teórico e o sistema operacional.

O sistema teórico inclui os construtos deduzidos do MAR, os novos conceitos, subconceitos (variáveis), as declarações relacionais e proposições sintetizadas a partir da síntese

da literatura. Ainda, especifica as relações e organiza hierarquicamente os conceitos em estudo, diagrama as relações entre as variáveis do estudo, elucidando o fenômeno envolvido.

O sistema operacional é composto pelos indicadores empíricos e suas relações denominadas hipóteses, induzidos da síntese da literatura. As configurações horizontais e verticais da substrução teórica são concluídas com o desenvolvimento do sistema operacional.

A substrução teórica fornece clareza na apresentação geral da teoria produzida, e é utilizada para explicar as variáveis de interesse, níveis de abstração e relações hipotéticas entre elas, dentro do contexto especificado (ZAUSZNIEWSKI, 1995).

4.2.1 Sistema teórico

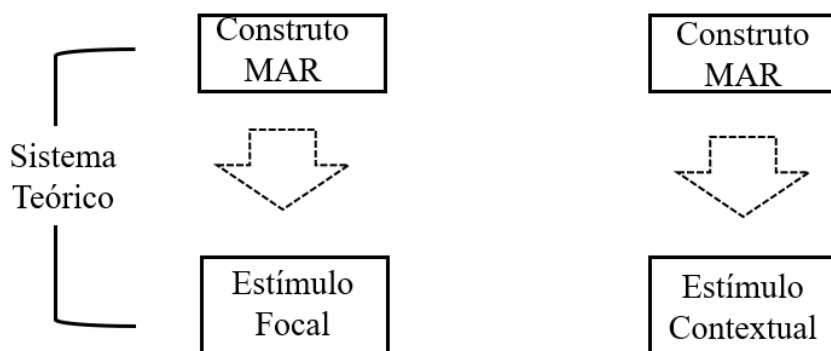
Etapa 1 da substrução teórica: identificação dos construtos e conceitos

O sistema teórico compreende os construtos teóricos, conceitos e variáveis que são identificados como o fenômeno de interesse (ZAUSZNIEWSKI, 1995). A seleção dos construtos, conceitos e variáveis deve refletir o tópico ou área de maior interesse para o pesquisador, baseada no que é mais crítico. O importante é que a seleção desses elementos seja conveniente para o processo de desenvolvimento teórico, sendo assim, é oportuno escolher os construtos, conceitos e variáveis associados ao fenômeno de estudo (WALKER; AVANT, 2019).

Construtos são noções altamente abstratas que podem ser parcialmente definidas (DULOCK; HOLZEMER, 1991; GIBBS, 1972; ZAUSZNIEWSKI, 1995). Ademais, cada construto consiste em conceitos, definidos como uma(s) palavra(s) que expressam uma imagem mental de algum fenômeno (DULOCK; HOLZEMER, 1991).

Dois grandes construtos teóricos contundentes e delimitados foram deduzidos da teoria-mãe, o MAR de Callista Roy, para descrever e explicar a ocorrência do fenômeno da presente tese, para a enfermagem. Os construtos proclamados pela pesquisadora e deduzidos do MAR foram **estímulo focal** e **estímulo contextual**, demonstrados na Figura 6.

Figura 6 - Processo de substrução teórica dos construtos do MAR



Fonte: Desenvolvida pela autora e adaptada de GIBBS (1972).

No MAR os **estímulos** são definidos como algo que desencadeia uma resposta (ROY; ANDREWS, 1999). É o ponto de interação do sistema humano com o meio ambiente. Para entender a relação causal entre os estímulos e como eles se relacionam com a resposta adaptável ou ineficaz, eles foram classificados de acordo com a proximidade da relação causal dos quais eles provocam em **estímulos focais** e **contextuais**.

O **estímulo focal** é o estímulo interno ou externo ao indivíduo, que imediatamente confronta o sistema humano, e também pode ser compreendido como o objeto ou evento mais presente na consciência do indivíduo ou grupo, atraindo a sua atenção. Os estímulos focais são eventos que estão intimamente relacionados à ocorrência da situação, que imediatamente confrontam as pessoas e constituem o maior grau de mudança, desencadeando uma resposta que pode ser adaptável ou ineficaz (ROY, 2009).

A exemplo disso, uma pessoa pode virar-se rapidamente quando um grande barulho vem de trás (estímulo externo) ou ficar irritada com um zumbido no ouvido (estímulo interno). A pessoa concentra-se no estímulo focal e gasta energia para lidar com ele, ou seja, a partir do estímulo, a pessoa tenta encontrar sua fonte para decidir relativamente a forma de lidar com ela (ROY; ANDREWS, 2001).

Os **estímulos contextuais** são todos os estímulos ambientais que se apresentam à pessoa e podem ter influência, positiva ou negativa, sobre a situação. Tendem a se combinar com os estímulos focais e gerar um efeito diferente no indivíduo. Os estímulos contextuais são todos os fatores ambientais que se apresentam à pessoa, mas que não são o centro da atenção e mesmo assim, influenciam a forma como a pessoa lida com seu estímulo focal (ROY; ANDREWS, 2001).

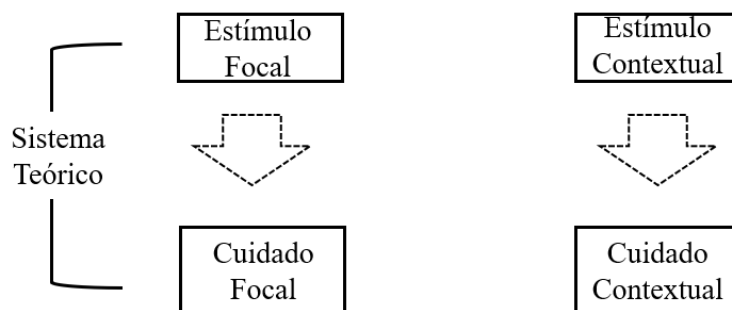
Ao exemplificar os estímulos contextuais, pode-se citar a experiência comum com o clima. Sabe-se que não é a temperatura climática por si só, que nos faz reagir ao calor ou ao frio. Quando uma umidade elevada se associa às temperaturas altas, o calor é menos tolerável, e quando um vento fresco se une às temperaturas frias, se é mais afetado pelo frio. Assim, compreende-se que enquanto se dá mais atenção ao estímulo focal, os estímulos contextuais são aqueles que podem igualmente ser identificados como influenciadores da situação (ROY; ANDREWS, 2001).

Por conseguinte, a descrição dos construtos teóricos da teoria mãe, o próximo passo no processo de substrução teórica, foi a definição dos conceitos que representam o fenômeno de interesse (HINSHAW, 1979). Simpson (2001) define conceitos como palavras que expressam uma ideia ou construção mental, elaborada acerca de um fenômeno de interesse. Os conceitos são derivados de construtos teóricos e expressam imagens mentais dos fenômenos de preocupação (FAWCETT; DOWNS, 1986).

De acordo com Dubin (1978) a unidade de uma teoria é o termo preferido para expressar o que os conceitos costumam indicar. Em uma teoria os conceitos apresentam as coisas sobre as quais o pesquisador está tentando fazer sentido e são oriundos da literatura e dos vieses do pesquisador, então, os conceitos representam as propriedades das coisas e não as próprias coisas (HOLTON; LOWE, 2007).

No desenvolvimento conceitual da MiTCare-DEP, foram utilizadas propriedades trazidas pelos construtos identificados no MAR, induzidos pelos dados da literatura e a experiência da pesquisadora acerca do fenômeno em estudo. Assim, os conceitos subsumidos foram: **cuidado focal e cuidado contextual**, apresentados na Figura 7.

Figura 7 - Processo de substrução dos conceitos da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.



Fonte: Desenvolvida pela autora e adaptada de GIBBS (1972).

Na presente microteoria, o conceito de **cuidado focal** refere-se a um conjunto de intervenções, constituído por atividades de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, que agem como estímulo externo e imediatamente desencadeiam, no ser cuidado, uma resposta eficaz para a prevenção do delirium. O cuidado focal está intimamente relacionado às particularidades e à integralidade da pessoa idosa.

O conceito de **cuidado contextual** refere-se a um conjunto de intervenções, constituído por atividades de enfermagem na prevenção do delirium em UTI, que atuam como estímulos contextuais do ambiente e contribuem para a resposta efetiva na prevenção do delirium pela pessoa idosa. O cuidado contextual está intimamente relacionado às especificidades da terapia intensiva.

Ao contextualizar o cuidado, Collière (1982) afirma que cuidar, prestar cuidado, tomar conta, é, primeiro de tudo, um ato de vida, no sentido que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar, permitir a continuidade e a reprodução da vida. Para Roy e Andrews (2001), o receptor do cuidado pode ser uma pessoa, uma família, uma comunidade ou uma sociedade, sendo que cada um deles é considerado, pelo enfermeiro, como um sistema adaptativo holístico.

A ação de acompanhar, ou mais concretamente o ato de cuidar, constitui-se como se tem observado a mesma essência da enfermagem (TORRALBA, 2009). Na enfermagem, o cuidado adquire destaque especial, já que se constitui em uma atividade que lida com o ser humano em situações de vulnerabilidade.

O cuidado de enfermagem engloba atos, comportamentos e atitudes. Os atos realizados no cuidado variam, de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido. A maneira de cuidar vai depender da situação e da forma como

nos envolvemos com ela e, nesta situação, com o sujeito (paciente), motivo de atenção do cuidado (WALDOW, 2006).

Dessa forma, o cuidado de enfermagem deve centrar-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde, com foco no paciente e suas necessidades biopsicossocioespirituais (VALE; PAGLIUCA, 2011). No que se refere ao cuidado da enfermagem gerontológica, este deve ser embasado na integralidade e na autonomia do ser humano idoso (SANTOS, 2010).

A enfermagem gerontológica reforça e fortalece sua prática alinhada à consciência, ética, moral e ciência, orientando o cuidado em prol do ser humano digno, solidário e fraterno (HAMMERSCHMIDT et al., 2020). O cuidado da enfermagem gerontológica, deve considerar a pessoa idosa em sua totalidade biopsicossocial, minimizando os danos e limitações e realizando ações que promovam a saúde, desenvolvendo ações educativas, não só direcionadas à equipe de enfermagem, mas principalmente a própria pessoa idosa e a sua família (SANTOS, 2010).

Nesse contexto, os cuidados de enfermagem, quando fundamentados numa base teórico-científica, têm potencial para alavancar condições que previnam a ocorrência do delirium. Nesse sentido, as definições constitutivas dos conceitos de interesse da microteoria em tela, foram elaboradas a partir da síntese da literatura, considerando que essas são as que possuem nexos diretos com o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, uma vez que são passíveis de intervenções independentes. As definições constitutivas do conceito de cuidado focal estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Definições constitutivas do conceito de cuidado focal da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI. Santa Maria, 2022.

(continua)

Cuidado Focal	Definição
Realização de atividades de orientação	Promover atividades de orientação de tempo, lugar e caráter repetidamente (>3X/dia). Utilizar itens como calendários, relógios, celulares e rádios, podem auxiliar nesta intervenção, assim como, promover discussões com as pessoas idosas sobre experiências anteriores, atividades atuais e tentativas de conectar o passado e o presente.
Intervenções sensoriais para deficiência visual e auditiva	Promover a estimulação visual e auditiva, por meio do uso de aparelhos visuais e auditivos sempre que necessário. Abordar a pessoa idosa pelo melhor lado visual e auditivo dela, fornecer material adaptado para

Quadro 1 - Definições constitutivas do conceito de cuidado focal da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI. Santa Maria, 2022.

(continuação)

	deficiência visual, prevenir a desidratação da córnea durante a sedação e promover uma comunicação verbal assertiva quando severamente deficiente visual.
Manutenção do padrão do sono	Primeiramente devem ser identificados os fatores de perturbação do sono na UTI, para melhorar a qualidade do sono. Em seguida realizar intervenções como: fornecer a noite iluminação indireta, disponibilizar ao paciente uma máscara para os olhos ou tampões para os ouvidos, ajustar o regime de medicação para evitar dosagem entre 00:00 e 05:00 horas, fornecer sessões de musicoterapia, reduzir o ruído ambiental, realizar o controle da dor, optar por não realizar procedimentos eletivos durante a noite, evitar intervenções desnecessárias durante a noite, ensinar e estimular exercícios de respiração profunda e relaxamento para o paciente antes de dormir, ofertar massagem nos pés e massagem nas costas.
Mobilização precoce	Promover a mobilização do paciente no leito ou fora do leito, em 24 a 48 horas após a admissão na UTI. Planejar um cronograma de mobilidade com exercícios de amplitude de movimentos ativos, passivos e deambulação quando possível, três vezes ao dia.
Comunicação terapêutica	Manter uma comunicação clara e aberta com a pessoa idosa e estimular sua expressão emocional. Ações como, utilizar da comunicação face a face com contato visual, usar o nome do paciente durante a comunicação e apresentar-se para ele toda vez que tiver o primeiro contato, oferece uma sensação de estabilidade. Também podem ser realizadas várias perguntas abertas que permitam expressar seus pensamentos e sentimentos sobre tópicos familiares, como hobbies, ocupações e família. Utilizar cartão de comunicação, <i>WordPad</i> ou caneta e papel para pacientes submetidos a intubação endotraqueal ou traqueostomia.
Musicoterapia	A intervenção de musicoterapia interativa pode ser fornecida por MP3 <i>players</i> à beira do leito para tocar música leve por meio de fones de ouvido por uma hora, três vezes ao dia. Ainda, durante o dia, intervenções individuais de musicoterapia por aproximadamente 15 a 20 minutos, podem ser adotadas.
Hidratação e nutrição	Avaliar o estado nutricional da pessoa idosa na admissão na UTI, por meio de escalas como: o Índice de Risco Nutricional Geriátrico (GNRI), o Índice de

Quadro 1 - Definições constitutivas do conceito de cuidado focal da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI. Santa Maria, 2022.

	(conclusão)
	Nutrição Prognóstica (PNI), o método <i>Controlling Nutritional Status</i> (CONUT) e assegurar nutrição e hidratação adequadas.
Equipamentos de adaptação como teclados grandes, relógio com visor maior e livros com letras grandes.	Para realizar atividades de estimulação cognitiva e orientação, deve-se utilizar materiais adaptados às necessidades da pessoa idosa.
Estimulação cognitiva	Tipologia de cuidados orientados a estimular a função cognitiva. Dentre elas, é recomendado atividades diárias, pelo menos três vezes ao dia, para estimular a memória, como discutir eventos atuais da vida familiar e relembrar eventos passados. Para execução das atividades, associa-se o uso de livros, revistas e a presença dos familiares na UTI. Ainda, podem ser utilizados como atividades estimulantes, baralhos, jogos de caça-palavras, palavras cruzadas (duração diária de cinco minutos). Aos pacientes submetidos a intubação endotraqueal ou traqueostomia, pode-se usar cartão de comunicação, caneta, papel ou <i>WordPad</i> para estabelecer comunicação e auxiliar nas atividades.
Cuidados de enfermagem noturnos	Os cuidados de enfermagem que podem ser reprogramados devem ser realizados durante o dia. Aqueles que impreterivelmente tem que ser realizados à noite, devem ser agrupados em horários específicos, para evitar repetidas interrupções do sono.
Contenção mecânica e cateteres permanentes	Reduzir sempre que possível o uso de contenção mecânica e cateteres permanentes, a fim de evitar a restrição física da pessoa idosa no leito.
Capacitação da família sobre o delirium	Capacitação dos familiares e acompanhantes da pessoa idosa sobre o delirium e suas complicações para que possam compreender os seguintes aspectos do cuidado: definição, sintomas, etiologia, efeitos negativos, prevenção de delirium e a intervenção de reforço de orientação da qual participaram. Podem ser utilizadas estratégias de educação como vídeo, folders, panfletos, <i>check list</i> .
Participação da família no cuidado	A participação ativa de familiares e acompanhantes com uma estreita relação emocional com o paciente deve ser estimulada por meio de papéis emocionais e de apoio no cuidado, pelo menos três vezes ao dia. A família pode se envolver em atividades de estimulação cognitiva, orientação, higiene e conforto da pessoa idosa, após receber capacitação e sob a supervisão da equipe de enfermagem da UTI.

Fonte: Autora (2022).

As definições constitutivas do conceito de cuidado focal são intervenções de cuidado selecionadas daquelas que costumam figurar na literatura da área e que orientam intervenções e atividades que a enfermagem desenvolve de forma independente. Estas intervenções, puderam ser alocadas como um conjunto de cuidados de enfermagem na prevenção do delirium direcionados à pessoa idosa, que estão intimamente relacionados às particularidades e à integralidade da pessoa idosa.

As definições constitutivas do conceito de cuidado contextual estão apresentadas no Quadro 2. e representam um conjunto de cuidados de enfermagem direcionados à UTI, para a prevenção do delirium, que em última instância são essenciais à identificação do construto utilizado para a conceituação da presente microteoria.

Quadro 2 - Definições constitutivas do conceito de cuidado contextual da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI. Santa Maria, 2022.

(continua)

Cuidado Contextual	Definição
Disponibilizar materiais como: relógios, calendários, celulares, livros, revistas, rádios, televisões, quadro branco, canetas, papéis e pertences pessoais do paciente	É necessário prover itens e disponibilizá-los na UTI, a fim de serem utilizados em atividades de estimulação cognitiva, orientação da pessoa idosa, auxílio na comunicação, como também mantê-los envolvidos durante o período de internação nesta unidade.
Redução da iluminação artificial à noite	Para manutenção dos padrões de sono, durante a noite, deve ser fornecida iluminação indireta.
Redução do ruído ambiental na UTI	Monitorar e manter os níveis de volume de ruídos na UTI adequados.
Promover privacidade	É importante pensar no bem-estar do paciente e promover privacidade. Para isso, a estrutura física da UTI deve contar com quartos individuais, cortinas ou biombos, para serem utilizadas nos cuidados diários.
Ajustar alarmes de monitores e máquinas	Os monitores e máquinas devem ser ajustadas para o modo noturno, o que diminui o volume e escurece os displays, contribuindo para a redução de ruídos e promoção do sono.
Prover luz natural no ambiente	A estrutura física da UTI deve proporcionar luz natural suficiente ao paciente para promover sua orientação (dia/noite).
Controlar a temperatura ambiental	Manter a temperatura ambiente da UTI agradável.

Quadro 2 - Definições constitutivas do conceito de cuidado contextual da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI. Santa Maria, 2022.

Flexibilização do horário de visita na UTI	A visita de familiares ou acompanhantes com uma estreita relação emocional com a pessoa idosa, deve ser permitida e incentivada de forma estendida na UTI.
--	--

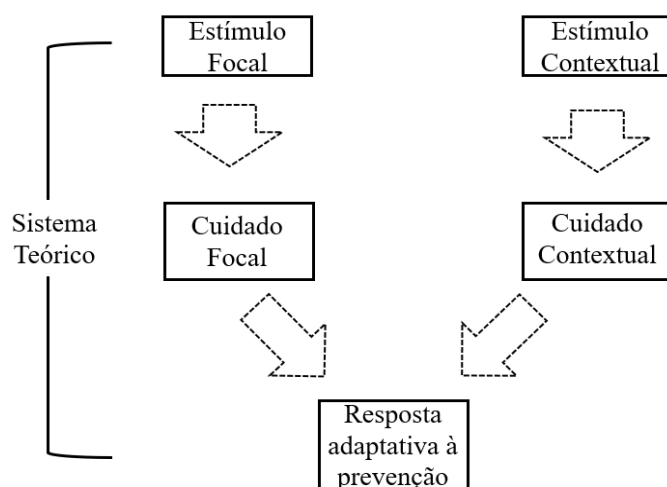
(conclusão)

Fonte: Autora (2022).

Após a apresentação dos conceitos da presente microteoria, na sequência, descrevem-se as variáveis referentes às dimensões do fenômeno do estudo. As variáveis são subconceitos subsumidos de conceitos gerais, usados para ordenar o fenômeno de acordo com alguma propriedade (HAGE, 1972; FAWCETT; DOWNS, 1986; ZAUSZNIEWSKI, 1995).

Frey (1989) identificou a existência de subconceitos específicos, derivados de conceitos mais globais, a fim de explicar mais claramente as relações entre variáveis dentro de um determinado contexto. Já Fawcett e Downs (1986) diferenciam conceitos e dimensões de conceitos, em variáveis. As variáveis do estudo (subconceitos) devem estar epistemicamente ligadas aos conceitos identificados na Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI, assim, a variável - **resposta adaptativa à prevenção** - foi subsumida dos conceitos supracitados, apresentado na Figura 8.

Figura 8 - Processo de substrução da variável da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.



Fonte: Desenvolvida pela autora e adaptada de GIBBS (1972).

A **resposta adaptativa à prevenção** é a ausência do delirium na pessoa idosa em UTI, como condição resultante da ação do cuidado focal e do cuidado contextual. A presente variável dimensiona a assertividade do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas, a partir das relações entre os conceitos, dentro do contexto específico da UTI.

Etapas 2 da substrução teórica: descrição das relações entre construtos, conceitos e variáveis

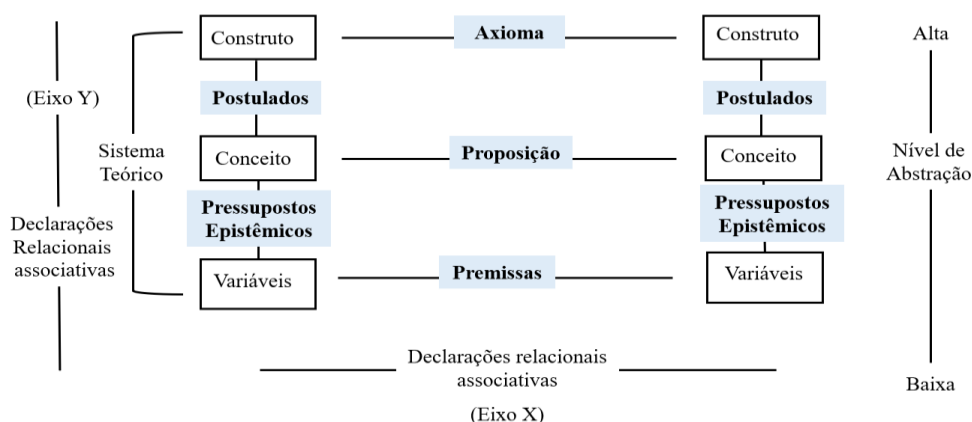
Na substrução teórica, construtos, conceitos e variáveis são ligados por declarações relacionais, que declaram uma relação de algum tipo, denominadas de axiomas, proposições, postulados, premissas e pressupostos epistêmicos (NORTHROP, 1947; DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995). Assim, a segunda etapa na substrução teórica envolve a especificação de relacionamentos entre os construtos, conceitos e variáveis da microteoria em tela.

Para Walker e Avant (2019) uma teoria de enfermagem engloba um grupo internamente consistente de declarações relacionais, que representa uma visão sistemática sobre um fenômeno e que é útil para descrição, explicação, previsão, prescrição ou controle. Ainda, resgatando a natureza da presente microteoria, a qual assume a denominação de prescritiva, é que se justifica a elaboração de declarações relacionais para nortear o cuidado de enfermagem. Declarações relacionais podem afirmar associação (correlação) ou causalidade.

De acordo com o processo de substrução teórica, na configuração horizontal do diagrama, nominada como eixo X, devem ser estabelecidas as declarações relacionais entre os construtos, que são chamados de axiomas; as declarações relacionais entre os conceitos, são chamadas de proposições; e, as declarações relacionais entre as variáveis, denominadas de premissas (NORTHROP, 1947; JACOX, 1974; DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995).

Na configuração vertical do processo de substrução, nominada como eixo Y, as ligações entre construtos e conceitos são descritas em declarações relacionais chamados postulados. Já as declarações relacionais entre as variáveis e os conceitos mais globais, são nomeados de pressupostos epistêmicos (NORTHROP, 1947; DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995). Todas as declarações relacionais presentes no sistema teórico do processo de substrução teórica estão apresentadas na figura 9.

Figura 9 - Declarações relacionais entre construtos, conceitos e variáveis do processo de substrução teórica

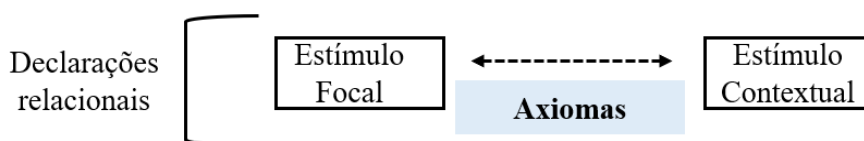


Fonte: Desenvolvida pela autora e adaptada de GIBBS (1972).

As declarações relacionais entre os construtos deduzidos na seção anterior da presente tese, os quais são denominados de axiomas, são apresentados na Figura 10. Um axioma é um grupo básico de afirmações que descrevem as relações entre os construtos, sendo que são relativamente abstratos e não são diretamente medidos ou observáveis (DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995; MCEWEEN; WILLS, 2009).

Figura 10 - Declarações relacionais entre os construtos e o fenômeno Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.

Fonte: Autora (2022).



A Figura 11 apresenta a relação estabelecida entre os construtos do MAR e o fenômeno em estudo. Pode-se compreender que, para que o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI ocorra de forma efetiva, torna-se necessário a incorporação destes dois construtos, que determinam o fenômeno deste estudo. Acredita-se, desse modo, que a atuação de enfermagem se condiciona à implementação desses construtos e suas relações. Na elaboração da figura, utilizou-se a linha em flechas tracejada para determinar a relação direta e

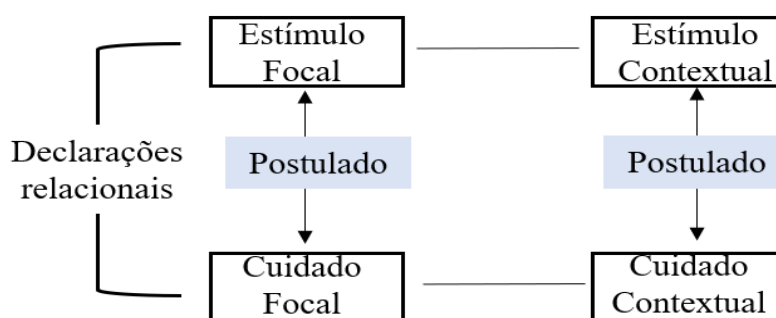
não linear entre os construtos, identificou-se axiomas, que servem como a base para a microteoria proposta.

O desenvolvimento das declarações relacionais entre os construtos, foram deduzidas do MAR e induzidas da síntese da literatura científica. Dessa forma, os axiomas da presente microteoria são fundamentados no poder prescritivo incorporado do referencial teórico e articulam o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium com as pessoas idosas e o ambiente da UTI, descritos a seguir:

1. Há uma interação dinâmica e não linear entre os estímulos focais e os estímulos contextuais, que formam níveis mais elevados de organização complexa do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI.
2. O cuidado de enfermagem na prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI é formado por um conjunto de influências multifatoriais dos estímulos focais e estímulos contextuais, que interagem de forma não linear e complexa, capaz de estimular processos de enfrentamento na pessoa idosa em UTI.
3. Os estímulos contextuais representam a reunião de um conjunto de influências não lineares, multifacetadas, de complexa interação presentes na UTI, que se apresentam à pessoa idosa, mas que não são o centro da atenção da pessoa, porém contribuem para os efeitos dos estímulos focais.
4. O estímulo focal representa a reunião de um conjunto de influências oriundas das intervenções de cuidados na prevenção do delirium na UTI, que imediatamente confrontam a pessoa idosa sendo potencializado pelos estímulos contextuais.

Seguindo a construção do sistema teórico da presente Microteoria, é necessário estabelecer as ligações entre os construtos teóricos (estímulo focal e estímulo contextual) e os conceitos (cuidado focal e cuidado contextual), que são descritas em declarações relacionais chamados postulados (Figura 11) (DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995).

Figura 11 - Declarações relacionais entre os construtos e os conceitos da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.



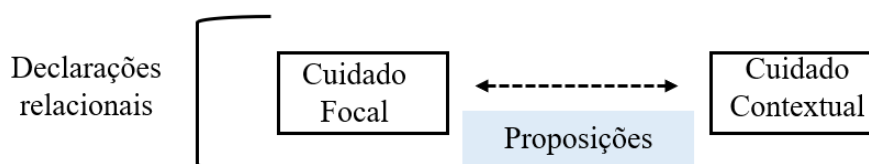
Fonte: Autora (2022).

Identificaram-se dois postulados para a Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI:

1. O conceito de cuidado focal representa os principais aspectos dos estímulos focais caracterizados pelos cuidados de enfermagem na prevenção do delirium que imediatamente confrontam as pessoas idosas na UTI.
2. O cuidado contextual representa os principais aspectos dos estímulos contextuais, que são importantes cuidados de enfermagem na prevenção do delirium direcionado ao ambiente da UTI.

No que se refere a relação entre os conceitos, esta é especificada em declarações relacionais, que são chamadas de proposições e compõe o eixo horizontal do diagrama de substrução teórica (DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995). A Figura 12 apresenta a relação entre os conceitos subsumidos na seção anterior do presente estudo.

Figura 12 — Declarações relacionais entre os conceitos e o fenômeno Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.



Fonte: Autora (2022).

As proposições introduzem uma ideia de prescrição na elaboração da microteoria. Seu propósito é criar uma extensão da teoria para a realidade e indicam os resultados a se esperar com a organização dos conceitos e suas relações (SWANSON; CHERMACK, 2013).

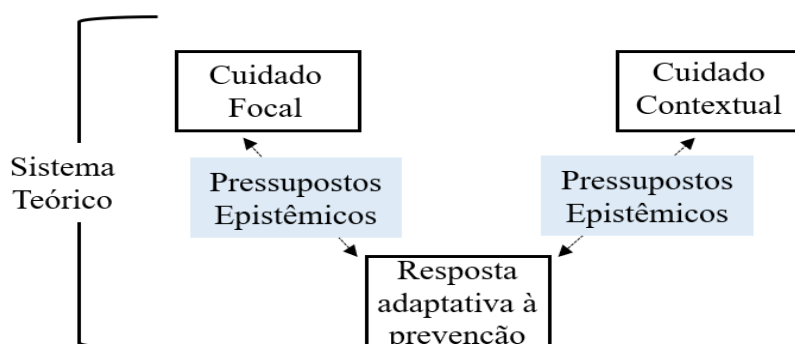
A relação estabelecida entre os conceitos da presente microteoria, exemplifica como o cuidado de enfermagem na prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI, deve ser implementado de forma efetiva. Assim, é possível compreender que a atuação de enfermagem se condiciona à implementação desses conceitos e suas relações para prescrever intervenções ao fenômeno. A utilização de linhas em flechas tracejadas na Figura 13, representa a relação direta, bilateral e não linear entre os conceitos. Assim, identificaram-se oito proposições, descritas a seguir:

1. O cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoa idosa na UTI é um construto multifatorial, com efeito potencializado pela associação das unidades constitutivas dos conceitos de cuidado focal e cuidado contextual.
2. Se por meio do cuidado contextual forem disponibilizados materiais, para implementação de atividades de estimulação cognitiva à pessoa idosa em UTI, o efeito do cuidado focal direcionado para orientação da pessoa idosa influencia a prevenção do delirium.
3. Quando o cuidado contextual não oferta as intervenções de redução da iluminação à noite, do ruído ambiental com ajustes dos alarmes dos equipamentos da UTI, a promoção da privacidade da pessoa idosa, o controle da temperatura e a promoção de luz natural no ambiente da UTI, o cuidado focal poderá não gerar resposta adaptativa a prevenção do delirium na pessoa idosa na UTI.
4. A flexibilização do horário de visita na UTI, a orientação da família sobre o delirium e sua participação no cuidado da pessoa idosa influenciam na resposta adaptativa a prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI.
5. Realizar intervenções sensoriais para deficiência visual e auditiva, promover a manutenção do padrão do sono, ofertar a comunicação terapêutica e a musicoterapia, adaptar equipamentos como teclados grandes, relógios com visor maior e livros com letras grandes, são cuidados que compartilham das influências do cuidado contextual e se influenciam entre si.
6. Se a hidratação e a nutrição da pessoa idosa não estiverem adequadas, então poderá haver o risco do cuidado focal e do cuidado contextual não serem suficientemente efetivos para a resposta adaptativa à prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI.

7. A realização de cuidados de enfermagem durante a noite, a mobilização precoce, a contenção mecânica e a utilização de cateteres permanentes pela pessoa idosa, são intervenções não influenciadas pelo cuidado contextual, mas influenciam uma à outra na resposta adaptativa à prevenção do delirium na pessoa idosa na UTI.
8. Se as ações do cuidado focal e do cuidado contextual se encontram em equilíbrio, a prevenção do delirium como resposta adaptativa da pessoa idosa na UTI é alcançada.

Seguindo a configuração vertical do diagrama de substrução teórica, é necessário estabelecer as ligações entre os conceitos e o subconceito ou variável, que são descritas em declarações relacionais chamados pressupostos epistêmicos, exemplificados na Figura 13 (NORTHROP, 1947; DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995).

Figura 13 - Declarações relacionais entre os conceitos e a variável da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.



Fonte: Autora (2022).

Segundo Northrop (1947), pressupostos epistêmicos descrevem as associações entre imagens mentais ou símbolos (conceitos) e os referentes empíricos (variáveis ou subconceitos) que os definem. Identificou-se o seguinte pressuposto epistêmico para a MiTCare-DEP:

1. A resposta adaptativa à prevenção representa o produto final de um conjunto de influências não lineares, multifacetadas, de complexa interação, passíveis de cuidados de enfermagem independentes, categorizados nas definições constitutivas do cuidado focal e do cuidado contextual.

Na configuração horizontal do diagrama de substrução teórica, o próximo passo é o estabelecimento de declarações relacionais entre as variáveis, denominadas como premissas. Segundo Jacox (1974), premissa é um tipo específico de declaração proposicional usada para descrever a relação entre as variáveis. Na presente microteoria foi subsumido dos conceitos uma única variável (resposta adaptativa à prevenção), assim não sendo possível estabelecer premissas entre variáveis.

4.2.2 Sistema operacional

Etapa 3 da substrução teórica: operacionalização dos conceitos

Em disciplinas aplicadas como a enfermagem, uma teoria inicial precisa ser submetida a teste e a fase de operacionalização faz a conversão de ideias e relações produzidas na etapa anterior em componentes observáveis e sujeitos a confirmação/refutação (SWANSON; CHERMACK, 2013).

A terceira etapa da substrução teórica envolve a identificação do sistema operacional da microteoria, ou seja, é determinado a operacionalização das variáveis conceituais com indicadores empíricos. O sistema operacional inclui indicadores empíricos, pontuações, valores e medidas das variáveis do estudo (ZAUSZNIEWSKI, 1995).

Fawcett e Downs (1986) definem indicadores empíricos como instrumentos reais ou condições experimentais utilizadas em um estudo. Já pontuações e valores são unidades de medida e as medidas são os meios de atribuição de unidades (DULOCK; HOLZEMER, 1991).

A autora do presente estudo propõe o uso de dois indicadores empíricos para mensuração da variável resposta adaptativa a prevenção: o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* (CAM-ICU) (Anexo A) e o histórico demográfico/clínico das pessoas idosas (alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências). Estes indicadores empíricos podem predizer a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, propostos na presente microteoria, por meio de medidas confiáveis e válidas, que produzem escores representando a operacionalização da variável.

Medidas e Pontuações

O indicador empírico CAM-ICU é um método que facilita a identificação precoce da ocorrência de delirium e possui tradução e validação para uso na população brasileira

(GUSMÃO-FLORES et al., 2011). Caracteriza-se pela sua rápida aplicação por qualquer membro da equipe da UTI, em menos de dois minutos e sem necessidade de comunicação verbal do paciente, o que permite que seja adotado em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva e intubação orotraqueal (GÉLINAS et al., 2018).

O CAM-ICU identifica o delirium mesmo se o paciente tiver um início agudo de alterações no estado mental e desatenção, além de pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência, usando um algoritmo simples (ELY et al., 2001). Este método foi validado usando os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), testado em mais de 4.000 pacientes adultos de UTI, traduzido e validado em 27 idiomas (GÉLINAS et al., 2018).

O instrumento CAM-ICU é composto por quatro itens: 1 - início agudo, 2 - distúrbio da atenção, 3 - pensamento desorganizado e 4 - alteração do nível de consciência. A avaliação proposta compõe-se da observação do padrão de resposta não verbal do paciente por meio da resposta a comandos simples, o reconhecimento de figuras pela aplicação do *Attention Screening Examination* (ASE), vigilância e respostas lógicas com sim ou não a perguntas simples (ELY et al., 2001).

Desse modo, o CAM-ICU adota uma abordagem de avaliação por etapas. Na primeira etapa, o nível de consciência é avaliado (usando uma escala validada de sedação/nível de consciência) e é tomada uma decisão sobre se o paciente deve ser avaliado ou pode ser reavaliado posteriormente. O próximo passo é uma avaliação do conteúdo de consciência com verificação dos quatro critérios cardinais supracitados, cada um deles com dois níveis (ausente e presente), utilizados para estabelecer a presença de delirium, a saber, a presença de alterações ou flutuação (ou ambos) no estado mental (pontuação como ausente ou presente) (ELY et al., 2001).

A identificação do delirium pelo instrumento CAM-ICU é baseado na presença de dois critérios principais (ou seja, início agudo ou flutuante e falta de atenção) e pelo menos um dos critérios menores (pensamento desorganizado ou nível de consciência alterado) (ELY et al., 2001). O CAM-ICU não é apenas adequado para triagem, mas também uma boa ferramenta diagnóstica confirmatória para delirium em pacientes críticos, pois seu valor agregado para especificidade foi de 96%, sugerindo que quando o CAM-ICU é positivo, não é necessário confirmar o diagnóstico de delirium pelos critérios do DSM-IV, melhorando sua viabilidade na UTI (GUSMAO-FLORES et al., 2012).

Alguns fatores do histórico demográfico e clínico das pessoas idosas, atuam como estímulos focais e podem variar a resposta adaptativa à prevenção, sendo assim, indicado a

avaliação da presença destes elementos na pessoa idosa. O alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências foram apontadas como fatores de risco não modificáveis para o desencadeamento do delirium (MEHTA et al., 2015; MORI et al., 2016).

Assim, a autora da presente Microteoria propõe que os indicadores empíricos: alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências, sejam identificados na pessoa idosa em UTI para mensurar sua interferência na variável resposta adaptativa à prevenção.

Numa revisão sistemática realizada para identificação de fatores de risco com fortes evidências para o desenvolvimento de delirium em pacientes internados na UTI, constatou-se que a condição clínica como demência e comprometimento cognitivo prévio, foram consideradas de risco (ZAAL et al., 2015). Devido à natureza peculiar do delirium, diversos fatores são observados em sua aparição, e normalmente é verificada a presença de história prévia de demências, alcoolismo e tabagismo (BELLELLI et al., 2016).

Estudo de Mاتيoli et al (2021) que buscou verificar a associação entre o delirium e as variáveis sociodemográficas e clínicas em idosos internados em UTI, detectou que cerca de 45% das pessoas idosas delirantes eram tabagistas ativos e 70% possuíam o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Isso exemplifica que os fatores de risco devem ser mensurados em medidas descritivas para se analisar a eficácia das medidas não farmacológicas para prevenção do delirium.

Ao explorar todos os componentes da estrutura conceitual da microteoria, propõe-se que o CAM-ICU e alguns fatores demográficos/clínicos, representem um sistema operacional para avaliar a resposta adaptativa a prevenção das pessoas idosas em UTI. Isso se dá, devido ao alto poder confirmatório para delirium em pacientes críticos da escala e a necessidade de estratificação de fatores de risco pré-existente não modificáveis da pessoa idosa para a mensuração da variável.

As ligações entre o sistema teórico (conceitual) e o sistema operacional (medição) são estabelecidos por declarações transformacionais, ligações que representam as relações entre variáveis e indicadores empíricos (DULOCK; HOLZEMER, 1991; ZAUSZNIEWSKI, 1995). Na presente Microteoria identificaram-se as seguintes declarações transformacionais:

1. O CAM-ICU é o indicador empírico para avaliar a resposta adaptativa à prevenção para a verificação da presença do delirium na pessoa idosa na UTI.
2. Os fatores demográficos e clínicos são indicadores empíricos para estratificar a resposta adaptativa à prevenção pela pessoa idosa em UTI.

Em consonância com o processo de substrução teórica, após serem definidos os indicadores empíricos, suas pontuações e ao ser aplicado a uma questão de pesquisa, e ser proposta a análise estatística será completado o sistema operacional (DULOCK; HOLZEMER, 1991).

Associações empíricas entre os conceitos e variáveis da microteoria descritos na literatura científica foram usadas para subsumir as hipóteses (MERTON, 1968) da Microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI. Hipóteses são declarações relacionais entre dois indicadores empíricos (DULOCK; HOLZEMER, 1991) desenvolvidas para testar as proposições de uma teoria (FAWCETT; DOWNS 1992). As hipóteses geradas a partir da substrução são passíveis de análises quantitativas, são congruentes com a totalidade, e representam uma visão descritiva inferencial e correlacional (Figura 14). As hipóteses são:

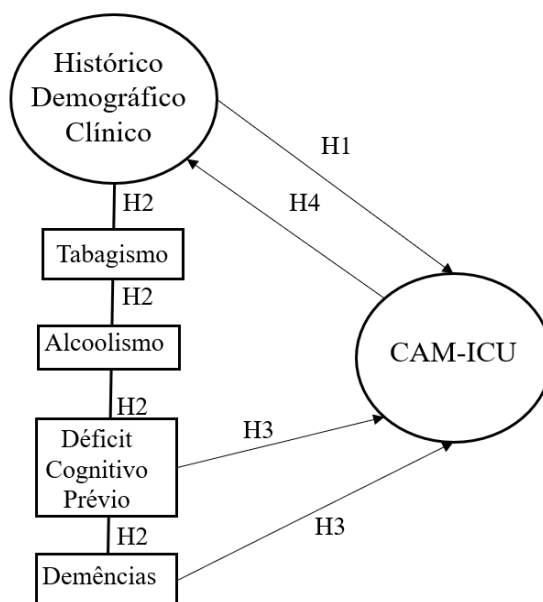
H1 - Fatores do histórico demográfico e clínico (alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências) serão significativamente associadas ao escore total de CAM-ICU.

H2 - A relação entre alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências serão avaliadas pelo CAM-ICU, depois de se identificar os fatores do histórico demográfico e clínico.

H3 - O comprometimento cognitivo prévio e as demências serão significativamente associados a mais erros das pessoas idosas no resultado do CAM-ICU.

H4 - As pessoas idosas apresentarão mais acertos no CAM-ICU na ausência da totalidade dos fatores do histórico demográfico e clínico selecionados e considerados como de risco (alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências).

Figura 14 - Diagrama dos Enunciados Relacionais Hipotetizados.



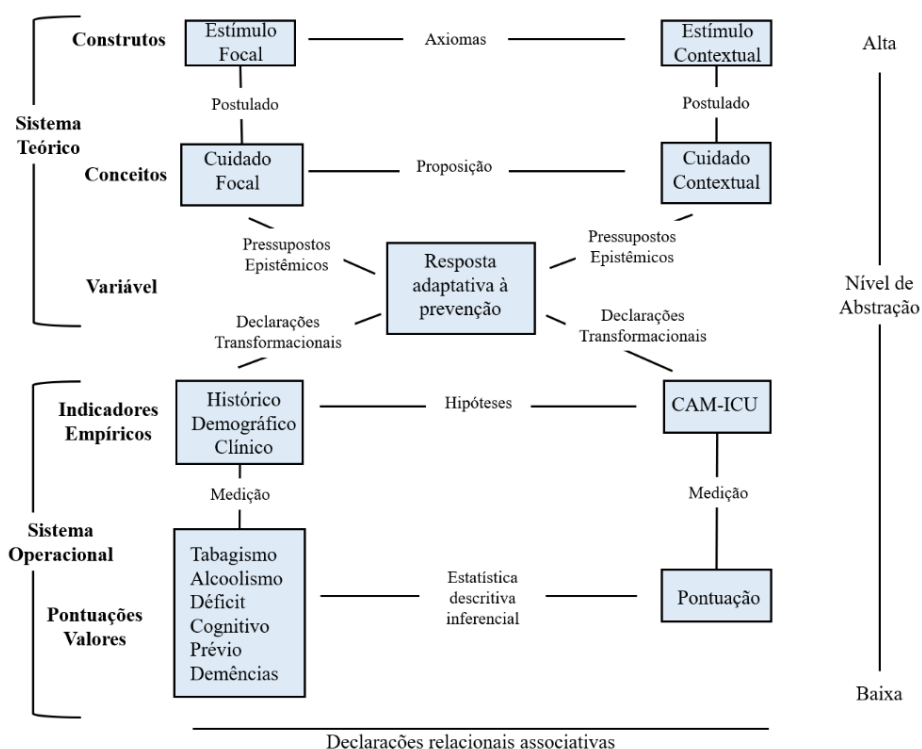
Nota: H= Hipóteses; Fonte: Autora (2022).

Entende-se que ao testar as hipóteses, os dados produzidos pelos testes, poderão ser analisados por medidas destinadas a testar as relações entre os conceitos da Microteoria, bem como confirmar a validade e confiabilidade dos indicadores empíricos nas pessoas idosas na UTI. Os escores ou valores obtidos em medidas das variáveis dos testes das hipóteses são definidos como unidades de medição, incluindo intervalo nominal, ordinal e níveis de razão de medição. As relações entre escores ou valores obtidos nos instrumentos que medem as variáveis dos estudos são expressas em termos de estatísticas descritivas ou inferenciais que representam técnicas específicas de análise de dados (DULOCK; HOLZERNER, 1991).

Etapa 4 da substrução teórica: descrição do diagrama de substrução

Quando os conceitos são expressos pelas medidas escolhidas e as relações entre o sistema teórico e o sistema operacional estão enraizados na teoria, então a ligação entre os dois sistemas foi estabelecida (DULOCK; HOLZERNER, 1991). Logo, os sistemas são organizados em uma estrutura hierárquica que permite uma representação pictórica dos construtos teóricos, dos conceitos de interesse em estudo e da medição das variáveis de interesse (HINSHAW, 1979; DULOCK; HOLZERNER, 1991, MCQUISTON; CAMPBELL, 1997; WOLF; HEINZER, 1999) (ver Figura 15 para o diagrama de substrução teórica).

Figura 15 — Diagrama de Substrução Teórica da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.



Nota: CAM-ICU= *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units*; Fonte: KINALSKI, S.S. (2022)

O diagrama de substrução teórica ilustra a ligação entre a conceituação e operacionalização dos conceitos de interesse da presente Microteoria. Ao realizar um exame no diagrama de substrução teórica, parece haver coerência lógica entre os construtos teóricos do MAR, os conceitos e a variável subsumidos para o fenômeno de Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI e os indicadores empíricos escolhidos.

4.3 PRESSUPOSTOS DA MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI - MiTCare-DEP

Os pressupostos de uma teoria caracterizam-se por informações tomadas como verdadeiras e são fundamentados naquilo que os teóricos consideram evidências, baseadas em valores e crenças (CHINN; KRAMER, 2010). Ainda que, os pressupostos teóricos possam não ser suscetíveis a testes, estes podem ser questionados filosoficamente (MELEIS, 2017).

Na Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI, os pressupostos teóricos foram desenvolvidos a partir de construtos teóricos do MAR, de acordo com dados obtidos pela revisão integrativa da literatura e experiência da pesquisadora com o tema, de forma a construir o alicerce estrutural do fenômeno em estudo (MCEWEN; WILLS, 2016). A presente Microteoria enuncia os seguintes pressupostos:

1. A UTI é permeada de especificidades em sua estrutura e rotinas assistenciais, que são estímulos para o desencadeamento do delirium nas pessoas idosas.
2. O envelhecimento e a presença de déficit cognitivo na pessoa idosa podem dificultar o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento para prevenir o delirium.
3. As pessoas idosas hospitalizadas nas UTIs necessitam de um cuidado de enfermagem sistematizado e organizado para a prevenção do delirium.
4. O cuidado de enfermagem na prevenção do delirium deve ser contínuo e estar presente em todo o período de internação das pessoas idosas na UTI.
5. A fim de que os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium sejam direcionados às pessoas idosas e ao ambiente da UTI, torna-se necessário incorporar o cuidado focal e o cuidado contextual à assistência prestada.
6. Aspectos do histórico demográfico e clínico da pessoa idosa como: tabagismo, alcoolismo, déficit cognitivo e demências são estímulos para uma resposta não adaptativa à prevenção do delirium pela pessoa idosa na UTI.

4.4 LIMITES DA MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI - MiTCare-DEP

Nesta seção, descreve-se os limites da presente Microteoria, em relação ao seu nível de abstração, escopo e sua população alvo. Segundo Holton e Lowe (2007), os limites de uma teoria descrevem as demarcações do domínio da teoria no mundo real, sendo determinados por meio do uso da lógica, que indica a propriedade sobre a qual a teoria opera como um sistema.

O limite referente ao nível da abstração da presente teoria define-se como microteoria ou teoria de micro alcance. Seu nível baixo de abstração orienta-se a prescrever recomendações para a prática do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, dentro deste domínio limitado. Não tenta estabelecer leis universais sobre a condição humana ou da pessoa idosa com delirium, por exemplo (SWANSON; CHERMACK, 2013).

O escopo da teoria é a prescrição dos cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI. Pontua-se ainda que a Microteoria prescreve, exclusivamente,

cuidados de enfermagem na prevenção. Não contempla situações onde há uma excessiva variabilidade de cuidados, pois neste caso, além dos cuidados na prevenção, haveriam os cuidados relacionados aos diversos diagnósticos com foco nos problemas, que levam as pessoas idosas a hospitalização na UTI. Também, pontua-se que não foram apresentados resultados de enfermagem para descrever o delirium na pessoa idosa, pois, a microteoria não foi planejada para construção de elementos descritivos.

O fenômeno foi teorizado e prescrito para a população idosa em UTI. Então, é limite para a Microteoria as outras populações (crianças e adultos) e outras unidades assistenciais das instituições hospitalares. Entende-se que a teoria contempla pessoas idosas por ter utilizado, no processo indutivo, estudos com participantes com idade superior a 60 anos. Observou-se também, que os estudos primários incluíram cuidados de enfermagem na prevenção do delirium, que contemplavam as necessidades e especificidades da pessoa idosa.

4.5 MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI - MiTCare-DEP

Após o processo de substrução teórica ser concluído, entende-se que os construtos, conceitos, afirmações relacionais e a operacionalização da teoria foram estabelecidas. Assim, a condução teórica é concluída na consolidação da teoria, considerada a última etapa para o desenvolvimento da teoria e está inter-relacionada com as etapas anteriores (WALKER; AVANT, 2019).

Esta última etapa busca a modelagem da Microteoria, ou seja, construir um conhecimento teórico coerente e interconectado acerca de um fenômeno, mantendo vistas o processo de substrução teórica, a qual guiou a condução geral deste estudo. Assim, na sequência apresenta-se a Microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI.

A Microteoria em tela, a partir da substrução dos construtos estímulos focais e estímulos contextuais do MAR compreende que há uma interação dinâmica, não linear e complexa entre esses estímulos, tornando necessário níveis elevados de organização dos cuidados de enfermagem. A interação entre os estímulos focais e estímulos contextuais sustentam que o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI é formado por um conjunto de influências multifatoriais, que interagem de forma dinâmica, não linear e complexa, capaz de estimular a resposta adaptativa na pessoa idosa em UTI prevenindo o delirium.

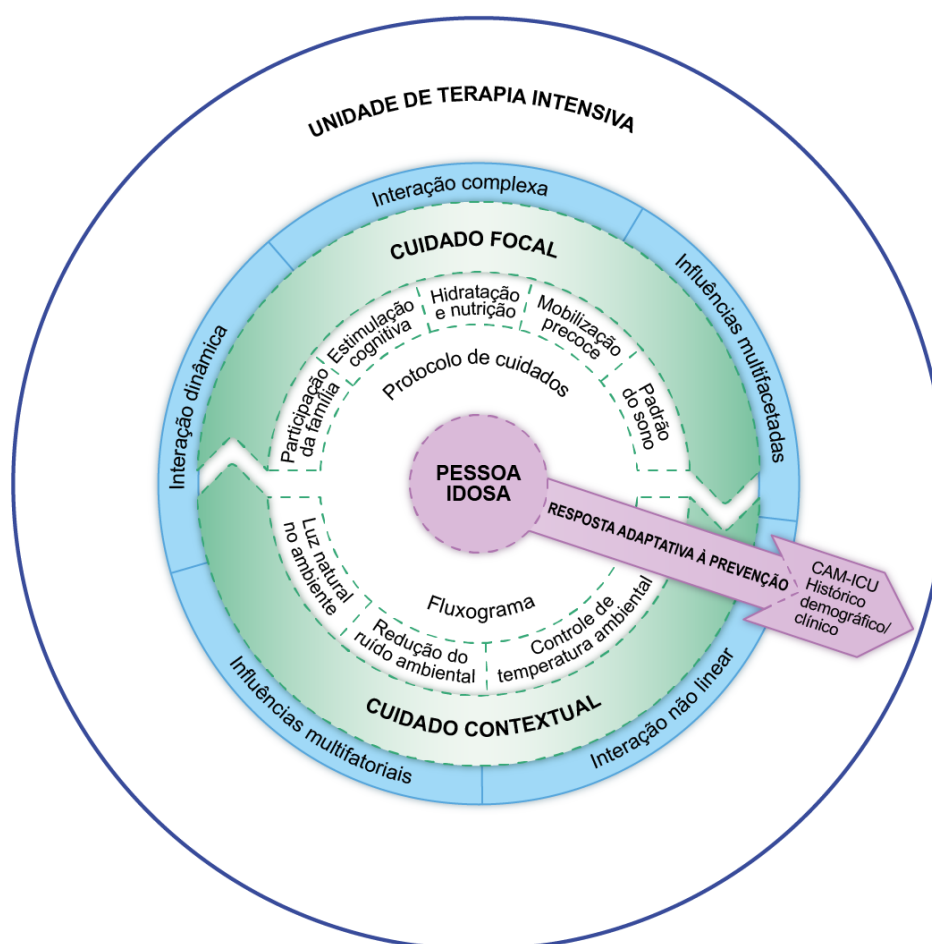
O cuidado focal e o cuidado contextual devem ser implementados na UTI para que o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium seja o estímulo necessário para o enfrentamento da pessoa idosa ao desencadeamento do delirium. O cuidado focal e o cuidado contextual são conjuntos de intervenções, constituídos por atividades de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI que reúnem um conjunto de influências multifacetadas necessárias à prevenção do delirium.

Nesse contexto, na presente Microteoria, o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoa idosa na UTI é compreendido como um construto multifatorial, que pela associação do cuidado focal e do cuidado contextual, permite uma resposta adaptativa à prevenção do delirium pela pessoa idosa.

Para verificar a efetividade do cuidado focal e do cuidado contextual é necessário avaliar a variável resposta adaptativa à prevenção do delirium pela pessoa idosa em UTI. Assim, sugere-se que essa variável seja mensurada por meio do método CAM-ICU e da estratificação de alguns fatores do histórico demográfico e clínico da pessoa idosa na UTI.

Diante disso, o modelo teórico representativo, apresentado na figura 16, mostra de forma gráfica a proposta da MiTCare-DEP.

Figura 16 - Modelo teórico da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI.



Fonte: Autores (2022).

A partir do objeto de teorização, que foi o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI, concebeu-se um modelo teórico que ilustra as relações teóricas entre os construtos teóricos do MAR e o fenômeno deste estudo, como também as possibilidades de implementação prática da presente Microteoria.

Infere-se que a enfermagem deve implementar na prática a Microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, por meio de instrumentos gerenciais da assistência como o protocolo de cuidados e o fluxograma. O cuidado focal e o cuidado contextual devem ser implementados em todo o período de internação da pessoa idosa na UTI, pelos benefícios que podem suscitar a pessoa idosa com a prevenção do delirium.

Desse modo, a prática da enfermagem operacionalizada pelo cuidado focal e pelo cuidado contextual às pessoas idosas na UTI é uma filosofia de cuidado de enfermagem que enfatiza o cuidado de enfermagem “para” e “na” prevenção do delirium, aplicado às pessoas idosas e ao ambiente da UTI. A prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI requer que a

atuação da enfermagem transponha a abordagem mecanizada, presa a rotinas assistenciais rígidas, unificando o cuidado ao paciente crítico, o desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem e o avanço com do conhecimento disciplinar da área.

4.6 CONSIDERAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO NA PRÁTICA E NA PESQUISA DA MICROTEORIA PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRUM EM PESSOAS IDOSAS NA UTI

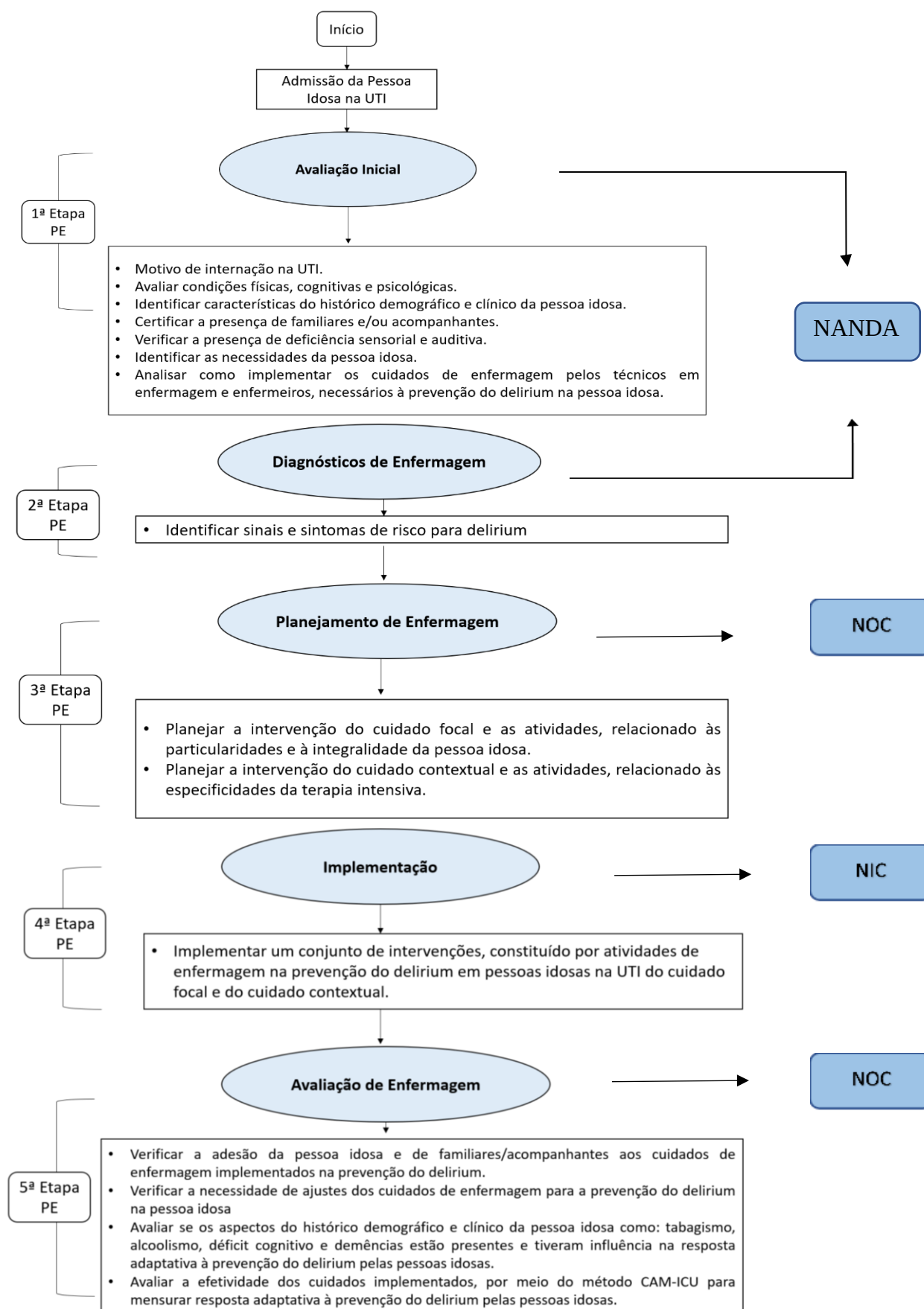
A Microteoria é necessária para dar sustentação teórica ao enfermeiro no desenvolvimento de diretrizes para a sua prática clínica no cenário de atuação profissional da UTI, bem como na realização de pesquisas para o avanço do conhecimento disciplinar da enfermagem. Para a operacionalização da presente Microteoria na prática de enfermagem, são propostas ações, sustentadas pelas bases teóricas da assistência de enfermagem.

O trabalho profissional da enfermagem é estruturado pelas bases teóricas da assistência organizado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é a forma de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). O PE é a tecnologia do cuidado que orienta o cuidado de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2019). Toda essa organização é regida pela resolução COFEN nº 358/2009.

O PE se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam, Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem (DE); Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

A Resolução COFEN nº 358/2009 estabelece que o PE deve ser embasado em um referencial teórico (BRASIL, 2009). Na busca de operacionalizar na prática da enfermagem a MiTCare-DEP, é proposto um fluxograma para sintetizar a utilização prática da Microteoria, com base nas etapas do PE determinadas pelo COFEN (2009) (Figura 17).

Figura 17 – Fluxograma para aplicação prática da Microteoria para Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI associada ao Processo de Enfermagem.



Nota: NANDA-I= North American Nursing Diagnosis Association International; NOC=Nursing Outcomes Classification; NIC =Nursing Interventions Classification; CAM-ICU= Confusion Assessment Method for Intensive Care Units; Fonte: Autora (2022).

Tendo em vista a necessidade de uniformizar um conjunto de intervenções, constituído por atividades de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, é proposto um protocolo clínico de cuidados de enfermagem para implementação do cuidado focal e do cuidado contextual (Quadro 1).

Quadro 1 - Protocolo Clínico de Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI. Santa Maria, 2022.

(continua)

Logotipo da Instituição Hospitalar	PROTOCOLO CLÍNICO	Padrão nº: PC SETOR 000
		Estabelecido em: --/--/2022
		Página 1 de 188
Nome: Protocolo Clínico de Cuidados de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Pessoas Idosas na UTI		
Responsáveis pela execução das atividades: Enfermeiros(as) e técnicos em enfermagem da UTI		
Responsáveis pela elaboração do protocolo: Sandra da Silva Kinalski		
Responsáveis pela aprovação do protocolo:		
Controle de Revisões		

Revisão	Data	Item	Natureza das Alterações
-----	-----	-----	-----

Siglas e Definições
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
CAM-ICU - Confusion Assessment Method for Intensive Care Units

Abrangência
Aplica-se a todas as pessoas idosas hospitalizadas em UTIs gerais e especializadas.

(continuação)

Objetivos

Estabelecer um protocolo que padronize os cuidados de enfermagem para a abordagem terapêutica não-farmacológica da prevenção do delirium em pessoas idosas hospitalizadas nas UTIs gerais e especializadas.

Diretrizes

1. INTRODUÇÃO

A UTI é uma unidade da assistência hospitalar destinada a cuidados permanentes e intensivos, com alto índice de internação de pessoas idosas, devido à diminuição da capacidade de resposta ao estresse e a maior vulnerabilidade dessa faixa etária (RODRIGUES et al., 2017; SANTOS et al., 2018). Estudos apontam que, aproximadamente 52% das admissões em UTI correspondem a pacientes idosos com um índice de mortalidade geral de 28 a 56%. (OLIVEIRA et al., 2011; PEDROSA; FREIRE; SCHNEIDER, 2017; SIMÃO et al., 2019).

A pessoa idosa em estado crítico de saúde pode ser considerada como principal demandante de cuidados permanentes na UTI, com potencial risco de complicações, agravamento e morte. A associação entre doenças agudas e crônicas, em conjunto com as limitações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento, podem interferir no tratamento da pessoa idosa na UTI e resultar em um pior prognóstico (PEDROSA et al., 2015)

Frente à complexidade e variabilidade fenotípica que configura a hospitalização do idoso na UTI, evidencia-se o delirium como uma das complicações decorrentes desse processo. A incidência de delirium em pessoas idosas durante a internação hospitalar é elevada, podendo acometê-los em até 75,6% (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014). Especificamente na UTI, o delirium está presente em até 70% do total geral de pacientes internados (WOLTERS et al., 2014), sendo que nas pessoas idosas a incidência e a prevalência são maiores por se tratar de um público que apresenta mais fragilidade, déficit cognitivo, gravidade da doença de base e comorbidades associadas (TOSTES et al., 2018; MORI et al., 2016).

Alterações que acompanham o processo de envelhecimento, especificamente as modificações cerebrais, como alteração na proporção de neurotransmissores que regulam o estresse, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição da densidade vascular e perda de neurônios, são fatores que levam a idade a ser considerada um fator de risco independente para o desenvolvimento de delirium (MALDONADO, 2017).

O delirium é considerado uma emergência geriátrica comum, diretamente relacionada à piora clínica e ao aumento do tempo de permanência hospitalar (MEHTA et al., 2015; SALLUH et al., 2015), bem como, maiores custos de saúde (WOLTERS et al., 2014). Também é estimado como um indicador de mau prognóstico, que pode levar à morbidade e mortalidade se não for tratado (KARABULUT; AKTAS, 2016; NUMAN et al., 2017).

Existem ainda fatores de risco descritos como modificáveis para o desenvolvimento do delirium, que estão frequentemente presentes nas UTIs como: ambiente com ruídos, iluminação artificial, mudança de hábitos, privação do sono, isolamento social, rodízio de profissionais, contenção física, dor, sedoanalgesia, dispositivos invasivos – tubos, sondas e ventilação mecânica (PITROWSKY et al., 2010). Diante disso, o cuidado de enfermagem na

UTI deve ter como foco a prevenção do delirium na pessoa idosa, por meio da redução de fatores de risco modificáveis. Para abordar o cuidado na prevenção, a OMS (2000) recomenda o uso de medidas não só para prevenir a ocorrência de doenças, como também a redução de fatores de risco para deter sua progressão e redução de consequências uma vez estabelecidas.

A abordagem do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium têm se mostrado a melhor alternativa para a redução da incidência do delirium em UTI. Meta-análise desenvolvida com 14 estudos de intervenção, baseados em medidas não farmacológicas multicomponentes (composta de várias intervenções de cuidado), comprovou a redução significativa da incidência de delirium e quedas entre pessoas idosas hospitalizadas (HSHIEH et al., 2015).

De acordo com as diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e literaturas disponíveis, a prevenção do delirium inclui as intervenções multicomponentes não farmacológicas de orientação do paciente, hidratação, melhoria do sono, mobilização precoce, manejo da dor, atividades terapêuticas para estímulo cognitivo e incentivo à presença de familiares na UTI (HSHIEH; INOUE, 2020). Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium por meio da redução dos fatores de risco modificáveis e implementação do cuidado não farmacológico, contribui para a redução da incidência desta síndrome na pessoa idosa em cuidados intensivos (CASTELÕES, 2012).

2. CONCEITO

O delirium é considerado uma síndrome cerebral orgânica, sem etiologia específica, caracterizada por ter início de forma aguda e pela presença simultânea de perturbações da consciência, da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções, do ritmo sono-vigília, de desorientação e perturbações na linguagem (FABBRI, 2017). A duração é variável e a gravidade altera de formas leves a muito graves (EVENSEN et al., 2018).

De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2014), o delirium pode ser classificado conforme o nível de atividade motora entre os tipos: hipoativo, hiperativo e misto. No tipo hipoativo a pessoa apresenta um nível hipoativo de atividade psicomotora, pode estar acompanhado de lentidão e letargia que se aproxima ao estupor. O hiperativo caracteriza-se pelo nível hiperativo de atividade psicomotora como inquietação, agitação e/ou recusa a cooperar com a assistência terapêutica. No tipo misto, a pessoa tem um nível normal de atividade psicomotora mesmo com perturbação da atenção e da percepção, inclui também pessoas cujo nível de atividade oscila rapidamente.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todas as pessoas idosas hospitalizadas em UTI.

4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Biossegurança:

- Precauções padrão e quando necessário outras precauções conforme estipuladas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar de acordo com a necessidade do paciente.

Intervenções de Cuidado Focal

- Realização de atividades de orientação de tempo, lugar e caráter repetidamente (>3X/dia). Utilizar itens como calendários, relógios, celulares e rádios, podem auxiliar nesta intervenção, assim como promover discussões com as pessoas idosas sobre experiências anteriores, atividades atuais e tentativas de conectar o passado e o presente.
- Promover a estimulação visual e auditiva por meio do uso de aparelhos visuais e auditivos sempre que necessário. Abordar a pessoa idosa pelo melhor lado visual e auditivo dela, fornecer material adaptado para deficiência visual, prevenir a desidratação da córnea durante a sedação e promover uma comunicação verbal assertiva quando severamente deficiente visual.
- Identificar inicialmente os fatores de perturbação do sono na UTI, para melhorar a qualidade do dormir. Em seguida realizar intervenções como: fornecer a noite iluminação indireta, disponibilizar ao paciente uma máscara para os olhos ou tampões para os ouvidos, ajustar o regime de medicação para evitar dosagem entre 00:00 e 05:00 horas, fornecer sessões de musicoterapia, reduzir o ruído ambiental, realizar o controle da dor, optar por realizar procedimentos eletivos durante o dia, evitar intervenções desnecessárias durante a noite, ensinar e estimular exercícios de respiração profunda e relaxamento para o paciente antes de dormir, ofertar massagem nos pés e massagem nas costas.
- Promover a mobilização dentro ou fora do leito, em 24 a 48 horas após a admissão na UTI. Planejar um cronograma de mobilidade com exercícios de amplitude de movimentos ativos, passivos e deambulação quando possível, três vezes ao dia.
- Manter uma comunicação clara e aberta com a pessoa idosa e estimular sua expressão emocional. Ações como, utilizar da comunicação face a face com contato visual, usar o nome do paciente durante a comunicação e apresentar-se para ele toda vez que tiver o primeiro contato oferece uma sensação de estabilidade. Também podem ser realizadas várias perguntas abertas que permitam expressar seus pensamentos e sentimentos sobre tópicos familiares, como hobbies, ocupações e família. Utilizar cartão de comunicação, *WordPad* ou caneta e papel para pacientes submetidos a intubação endotraqueal ou traqueostomia.
- Proporcionar musicoterapia interativa fornecida por MP3 players à beira do leito para tocar música de acordo à preferência individual por meio de fones de ouvido durante uma hora, três vezes ao dia. Ainda durante o dia, intervenções individuais de musicoterapia por aproximadamente 15 a 20 minutos podem ser adotadas.
- Avaliar o estado nutricional da pessoa idosa na admissão na UTI, por meio de escalas como: o Índice de Risco Nutricional Geriátrico (GNRI), o Índice de Nutrição Prognóstica (PNI), o método *Controlling Nutritional Status* (CONUT) e assegurar nutrição e hidratação adequadas.
- Ofertar equipamentos adaptados às necessidades das pessoas idosas para realização de atividades de estimulação cognitiva como teclados grandes, relógio com visor maior e livros com letras grandes.
- Promover atividades diárias de estimulação cognitiva, pelo menos três vezes ao dia, para estimular a memória como discutir eventos atuais da vida familiar e relembrar eventos passados. Para execução destas atividades, associar o uso de livros, revistas e a presença dos familiares na UTI. Ainda, podem ser utilizados como atividades estimulantes, baralhos, jogos de caça-palavras, palavras cruzadas (duração diária de cinco minutos). Aos pacientes submetidos à intubação

endotraqueal ou traqueostomia, pode-se usar cartão de comunicação, caneta, papel ou *WordPad* para estabelecer comunicação e auxiliar nas atividades.

- Reprogramar cuidados de enfermagem noturnos, a fim de evitar intervenções desnecessárias ao paciente à noite, os cuidados de enfermagem que podem ser reprogramados devem ser realizados durante o dia. Aqueles que impreterivelmente têm que ser realizados à noite, devem ser agrupados em horários específicos, para evitar repetidas interrupções do sono.
- Remover e minimizar sempre que possível o uso de contenção mecânica e cateteres permanentes, a fim de evitar a restrição física da pessoa idosa no leito.
- Promover a capacitação dos familiares e acompanhantes da pessoa idosa sobre o sobre delirium e suas complicações para que possam compreender os seguintes aspectos do cuidado: definição, sintomas, etiologia, efeitos negativos, prevenção de delirium e a intervenção de reforço de orientação da qual participariam. Podem ser utilizadas estratégias de educação como vídeo, folders, panfletos, *check-list*.
- A participação ativa de familiares e acompanhantes com uma estreita relação emocional com o paciente deve ser estimulada por meio de papéis emocionais e de apoio no cuidado, pelo menos três vezes ao dia. A família pode se envolver em atividades de estimulação cognitiva, orientação, higiene e conforto da pessoa idosa após receber capacitação e sob supervisão da equipe de enfermagem da UTI.

Intervenções de Cuidado Contextual

- Disponibilizar materiais como: relógios, calendários, celulares, livros, revistas, rádios, televisões, quadro branco, canetas, papéis e pertences pessoais do paciente.
- Reduzir a iluminação artificial no período noturno, deve ser fornecida iluminação indireta.
- Reduzir o ruído ambiental na UTI, mantendo os níveis de volume de ruídos adequados.
- Promover a privacidade da pessoa idosa fechando as portas, cortinas ou utilizando biombos durante a realização dos cuidados diários.
- Ajustar alarmes de monitores e máquinas utilizadas na assistência ao paciente, para o modo noturno, o que diminui o volume e escurece os displays, contribuindo para a redução de ruídos e promoção do sono.
- Prover luz natural no ambiente próximo ao leito da pessoa idosa na UTI.
- Controlar a temperatura ambiental da UTI.
- Flexibilizar o horário de visita de forma estendida para acompanhantes e familiares na UTI.

Documentos de referência para atendimento às diretrizes

- POP – ENF – 001 Aplicação do Método CAM-ICU

Indicadores

- Índice de delirium em pessoas idosas na UTI.

Referências Bibliográficas

EVENSEN, S. et al. **Environmental factors and risk of delirium in geriatric patients: an observational study.** [S.l.]: BMC Geriatrics, 2018. 18 v., n. 1, p. 282.

FABBRI, R. M. A. Delirium. In: FREITAS, E. V. (Org); PY, L. (Org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan, 2017.

HSHIEH T, YUE J, OH E, et al. **Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis**. JAMA Intern Med, 2015. 175v., n. 4, p.512–20.

HSHIEH TT, INOUE SK, OH ES. **Delirium in the elderly**. Clinics in geriatric medicine, 202. 36v., n. 2, p.183-199.

INOUE, S. K.; WESTENDORP, R. G. J.; SACZYNSKI, J. S. **Delirium in elderly people**. London, UK: Lancet, 2014. 383 v., p. 911-922.

KARABULUT, N.; AKTAS, Y.Y. **Management of Delirium in the Postanesthesia Care Unit and Intensive Care Unit**. [S.l.]: Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2016. 31 v., n. 5, p. 397-405.

MALDONADO, J. R. **Delirium pathophysiology**: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. [S.l.]: Int. J. Geriatr. Psychiatry, 2017.

MEHTA, S. et al. **Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults**. [S.l.]: Critical Care Medicine, 2015. 43 v., n. 3, p. 557-66.

OLIVEIRA, V. C. R. et al. **Evolución clínica de adultos, ancianos y muy ancianos internados en Unidades de Terapia Intensiva**. [Ribeirão Preto, SP]: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2011. 19 v., n. 6, p. 1344-1351.

OLIVEIRA, V. C. R. et al. **Evolución clínica de adultos, ancianos y muy ancianos internados en Unidades de Terapia Intensiva**. [Ribeirão Preto, SP]: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2011. 19 v., n. 6, p. 1344-1351.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Geneva: WHO, 2015.

PEDROSA, I. L. et al. **Characteristics and prognostic factors of elderly patients in intensive care unit**. [Maryland, USA]: International Archives Medicine, 2015. 8 v.

PEDROSA, I. L.; FREIRE, D. M. C.; SCHNEIDER, R. H. **Construção de um instrumento de avaliação prognóstica para idosos em unidade de terapia intensiva**. [Rio de Janeiro, RJ]: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2017. 20 v., n. 3, p. 319-329.

PITROWSKY, M. T. et al. **Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva**. [São Paulo, SP]: Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2010. 22 v., n. 3, p. 274-279.

RODRIGUES, C. C. et al. **Idosos internados em um hospital escola: características clínicas e desfechos**. [Recife, PE]: Revista enfermagem UFPE, 2017. p. 4938-4945.

RODRIGUES, C. C. et al. **Idosos internados em um hospital escola: características clínicas e desfechos.** [Recife, PE]: Revista enfermagem UFPE, 2017. p. 4938-4945.

SALLUH, J. I. F. et al. **Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis.** [London, UK]: BMJ, 2015. 350 v., n. 4.

SANTOS, A. M. R. et al. **Intercorrências e cuidados a idosos em Unidades de Terapia Intensiva.** [Recife, PE]: Revista de enfermagem UFPE, 2018. p. 3110-3124.

SANTOS, A. M. R. et al. **Intercorrências e cuidados a idosos em Unidades de Terapia Intensiva.** [Recife, PE]: Revista de enfermagem UFPE, 2018. p. 3110-3124.

SIMÃO, L. T. S. S. et al. **Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva.** [S.l.]: Enfermagem em Foco, 2019. 10 v., n.1.

TOSTES, I. C. G. de O. et al. **Delirium em terapia intensiva: utilização do Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit pelo enfermeiro.** Rio de Janeiro: Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), 2018. 10 v., n. 1, p. 2-8.

WOLTERS, A. E. et al. **Long-term outcome of delirium during intensive care unit stay in survivors of critical illness: a prospective cohort study.** [London, UK] Critical Care, 2014. 18 v., n. 3, R125.

Fonte: Autora (2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Defende-se a tese de que a Microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, prescreve cuidados “para” e “na” prevenção do delirium, que sustentam o cuidado de enfermagem em pessoas idosas neste ambiente. Portanto, há uma interação dinâmica, não linear e complexa entre os estímulos contextuais e focais tornando necessário níveis elevados de organização dos cuidados de enfermagem. A interação entre os estímulos focais e estímulos contextuais sustentam que o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI é formado por um conjunto de influências multifatoriais que interagem de forma dinâmica, não linear e complexa, capaz de estimular a resposta adaptativa à prevenção do delirium na pessoa idosa em UTI.

Foi adotada a metodologia de substrução teórica proposta por Dulock e Holzemer (1991), para operacionalizar o método geral de desenvolvimento de teoria em disciplinas aplicadas como a enfermagem. Assim, foram realizadas as etapas de conceitualização e a de operacionalização da Microteoria, utilizando-se o caminho dedutivo sustentado em construtos do Modelo de Adaptação de Callista Roy e o caminho indutivo a partir da revisão integrativa da literatura com a síntese das principais evidências científicas sobre os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI.

Analogicamente às inferências teóricas dos construtos do MAR, indica-se pela presente Microteoria a implementação prática de um conjunto de intervenções do cuidado focal, intimamente relacionado às particularidades e à integralidade da pessoa idosa, e um conjunto de intervenções do cuidado contextual, relacionado às especificidades da terapia intensiva. A teoria desenvolvida direcionará o cuidado de enfermagem a fim de que estas intervenções atuem como estímulos na pessoa idosa para o alcance da resposta adaptativa à prevenção.

A partir do estímulo do cuidado focal e contextual para a pessoa idosa na UTI, a variável “resposta adaptativa à prevenção”, pode ser mensurada por meio do uso do método CAM-ICU e da estratificação de alguns fatores do histórico demográfico e clínico da pessoa idosa. Nesse contexto, essa perspectiva de cuidado de enfermagem, criada dentro de um processo de desenvolvimento de prática, surge para apoiar os membros da equipe de enfermagem a usá-lo como uma base para a implementação de cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI.

Nesse íterim, a Microteoria em tela infere que os cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI devem considerar a perspectiva trazida para o design proposto, em que as ações de prevenção precisam coexistir com ações de cunho

curativo, farmacológico mesmo na UTI, um local onde os recursos tecnológicos sobressaem por meio do uso de equipamentos complexos que envolvem tecnologia de ponta, no cuidado às pessoas idosas em situação crítica de vida. A implementação do cuidado focal e contextual pode minimizar os efeitos negativos deste ambiente da UTI e permitir o redimensionamento das práticas de cuidado desenvolvidas para a prevenção do delirium em pessoas idosas.

Para que houvesse uma perspectiva de implementação da Microteoria na prática da enfermagem intensiva foi elaborado um fluxograma, cujas etapas orientam a operacionalização da presente Microteoria com base nas etapas do PE. Apresenta-se assim, uma ferramenta metodológica de trabalho do enfermeiro na UTI para a aplicação do cuidado de enfermagem, estruturada no conhecimento filosófico e teórico da Microteoria proporcionando a materialização da prática do cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas.

Com a finalidade de uniformizar na prática um conjunto de intervenções de cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas, foi desenvolvido um protocolo clínico para implementação do cuidado focal e do cuidado contextual. Por meio dessa tecnologia do cuidado, que é o protocolo clínico, se concebe espaço dentro da terapia intensiva para a interlocução entre diferentes tecnologias em um ambiente de alta densidade tecnológica, A Microteoria desenvolvida, nesta tese, têm um escopo e nível de abstração limitado, pois explora uma situação particular encontrada na prática de enfermagem, como os cuidados de enfermagem voltados à prevenção do delirium nas pessoas idosas em UTI, ao prescrever intervenções específicas, por meio de um protocolo de cuidado.

Reconhece-se que para implementar a presente Microteoria nas práticas de cuidado de enfermagem na UTI é necessário contar com o apoio institucional, interdisciplinar e as atitudes de liderança do enfermeiro e equipe multiprofissional. Ainda, destaca-se que a Microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, possibilitará uma sustentação teórica com a mesma perspectiva filosófica, que oriente as ações dos profissionais de enfermagem neste âmbito, unificando a atual pulverização de várias pesquisas e evidências científicas sobre o cuidado de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas.

A presente tese contribui de forma original ao definir dentro de um processo de desenvolvimento de prática, cuidados de enfermagem “para” e “na” prevenção do delirium em pessoas idosas em um construto de interesse para a enfermagem, visto sua potencialidade de impactos na organização de ações do cuidado profissional na UTI. Os conceitos cuidado focal e cuidado contextual podem ainda permitir que novos diagnósticos de enfermagem, da categoria promoção da saúde, sejam conceitualizados e desenvolvidos em pesquisas futuras.

O desenvolvimento de teorias é um elemento indispensável no fortalecimento do conhecimento da disciplina de enfermagem, para dar suporte científico à prática clínica. É importante ressaltar que ter um corpo de conhecimentos como uma Microteoria, que prescrevem fenômenos de interesse disciplinar fornece identidade à profissão. Nesse sentido, assegura-se que a Microteoria desenvolvida enfoca um fenômeno específico e surge das necessidades observáveis da prática do cuidado de enfermagem às pessoas idosas na UTI.

Considera-se este trabalho teórico essencial para uso na prática clínica da enfermagem, por compor um corpo de conhecimento pronto para uso na pesquisa de campo, uma vez que se trata de uma teoria prescritiva que determina os cuidados de enfermagem para o fenômeno de interesse. Assim, esta teoria prescritiva permitiu redimensionar os objetivos da profissão de enfermagem em relação a um corpo de conhecimento claramente definido. Compreende-se que essa nova perspectiva seja necessária para possibilitar um novo olhar às pessoas idosas hospitalizadas na UTI, no que tange a promoção de cuidados de enfermagem “para” e “na” prevenção do delirium.

A limitação do presente estudo refere-se a menor quantidade de estudos primários nacionais sintetizados na revisão integrativa, que pudessem expressar de forma consistente a realidade dos cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas nas UTIs brasileiras. Também se reitera que a validação clínica da Microteoria ocorrerá nas etapas posteriores ao término do doutoramento.

Ainda, como forma de divulgação e translação do conhecimento da Microteoria, produzida pela presente tese, pretende-se incentivar a aplicação desse conhecimento no ensino dessa temática em disciplinas de graduação e pós-graduação. Bem como, servir de referencial teórico para a atuação de discentes e profissionais que participam de projetos de pesquisa e de extensão universitária direcionados para a população idosa.

Assim sendo, reconhece-se que o processo de desenvolvimento de teorias é complexo e desafiador. Como também, dependente da criatividade e capacidade do teórico estabelecer conjecturas e relações teóricas, porém denota-se a possibilidade para a formulação de construtos epistemológicos que subsidiem as atividades da prática e da investigação na enfermagem.

Por fim, os elementos da Microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI, podem amparar a prática clínica da enfermagem, inclusive servindo de referencial para o cuidado prestado “para” e “na” prevenção do delirium em pessoas idosas atendidos nos serviços de terapia intensiva geral e especializada.

REFERÊNCIAS

ABRAHA, I. et al. **Efficacy of non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older patients:** a systematic overview. The SENATOR project ONTOP series. [San Francisco, CA]: PloS one, 2015. 10 v, n. 6, e0123090.

ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work-ebook.** 9 ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2017.

ALLIGOOD, M.R. **Nursing theory:** utilization and application. St Louis (USA): Elsevier Mosby, 2013.

ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. **Modelos y teorías en enfermería.** Barcelona (ESP): Elsevier Health Sciences, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** 3 ed. Washington, DC: [s.n], 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** 5 ed. Washington, DC: Artmed, 2014.

AN, J. Y. et al. **Theory development in nursing and healthcare informatics:** a model explaining and predicting information and communication technology acceptance by healthcare consumers. Advances in nursing science, 2007. 30 v., n. 3, p. E37-E49.

BARR, J. et al. **Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit.** Crit Care Med, 2013. 41 v., n.1, p. 263-306.

BARRETT, E. A. M. **What is Nursing Science?** [S.l.]: Nursing Science Quarterly, 2002. 15 v., n. 1, p. 51-60.

BATISTA, A. H.; SANTIAGO, M. A. M. T.; MATIAS, R. C. Teoria da Adaptação de Callista roy. In: BRAGA, C. G.; DA SILVA, J. V. **Teorias de enfermagem.** [S.l.]: Iátria, 2011.

BELLELLI, G. et al. **“Delirium Day”:** A nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. BMC Med. 2016, 14 v., n. 1, p.106.

BRANDÃO, M. A. G. et al. **Estrategias de Análisis de Concepto para El Desarrollo de Teorías de Enfermería de Medio Alcance.** [Florianópolis]: Texto & Contexto-Enfermagem, 2019. 28 v.

BRANDÃO, M. A. G. et al. **Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem.** [Florianópolis]: Texto & Contexto Enfermagem, 2017. 26. v., n. 4, p. 1-8.

BRASIL. Legislação sobre direitos autorais. **Decreto-Lei no 9.610, de 19 e fevereiro de 1998.** Diário da República – 1ª Série A, n. 306, 19-3-1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde - Brasil 2016.** Brasília, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem** em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos.** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Brasília, 2018.

CARRARO, T.E. **Os postulados de Nightingale e Semelweis:** poder vital e prevenção /contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2004. 12 v., p. 650-657.

CARRASCO M.; ZALAUQUETT M. **Delirium:** uma epidemia do departamento de emergência em toda a unidade de paciente crítico. [S.l.]: Revista Médica Clínica las Condes, 2017. 28 v., n. 2, p. 301-10.

CARVALHO, V. **Sobre construtos epistemológicos nas ciências:** uma contribuição para a enfermagem. [Ribeirão Preto, SP]: Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 11, n. 4, p. 420-428, 2003.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Integrated theory and knowledge development in nursing.** 8. ed. St. Louis, MO: Elsevier, 2015.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing:** Integrated nursing knowledge. 5. ed. St. Louis, MO: Mosby, 1999.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing:** Integrated nursing knowledge. 6. ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

COLLIÈRE, M. F. **Promouvoir la vie.** Elsevier Masson, 1982.

COSTA, D. G. S.; SOARES, N. **Envelhecimento e velhices:** heterogeneidade no tempo do capital. [São Paulo]: Serviço Social & Realidade, 2018. 25 v., n. 2.

COSTA, R.; LOCKS, M. O. H.; GIRONDI, J. B. R. Pesquisa exploratória descritiva. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Orgs.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. cap. 10, p. 273-289.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. **Avaliação do produto do cuidar em enfermagem (APROCENF)**: estudo da confiabilidade e validade de construto. [Ribeirão Preto, SP]: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2017. 25 v., e2860.

DAMMANN, O. **The Etiological Stance**: Explaining Illness Occurrence. Perspectives in Biology and Medicine, [Maryland], 2017. 60 v., n. 2, p. 151-65.

DATASUS. Ministério da Saúde. Doenças e Agravos de Notificação. 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>.

DEMO, P. **Metodologia da investigação em educação**. Curitiba: Ibpx, 2005.

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, 2018. 46 v., n. 9, p. e825-e873.

DIAS, J. A. A.; DAVID, H. M. S. L.; VARGENS, O. M. DA C. **Ciência, enfermagem e pensamento crítico – reflexões epistemológicas**. [Recife, PE]: Revista de enfermagem UFPE, 2016. 10 v., n. 4.

DICKOFF, J.; JAMES, P. **A theory of theories**: a position paper. Nurs Res, 1968. 17 v., n. 3, p.197–203.

DICKOFF, J.; JAMES, P.; WIEDENBACH, E. **Theory in a practice discipline**: Part I. Practice oriented theory. Nurs Res [Internet]. 1968, 17 v., n.5, p. 415–34.

DULDT, B. W.; GIFFIN, K. **Theoretical perspectives for nursing**. Boston, MA: Little, Brown, 1985.

DULOCK, H. L.; HOLZEMER, W. L. **Substruction: Improving the linkage from theory to method**. [S.l.]: Nursing Science Quarterly, 1991. 4 v., n. 2, p. 83-87.

DUNN, K. S. **Toward a middle-range theory of adaptation to chronic pain**. [S.l.]: Nursing Science Quarterly, 2004. 17 v., n. 1, p. 78-84.

EBERLE, C.C. et al. **Manejo não farmacológico do delirium na perspectiva de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto**. Rev Pesq: Cuid Fundam online, 2019. 11v., p. 5, p.1242-9.

ELY E.; INOUE S.K.; BERNARD G.R., et al. **Delirium in mechanically ventilated patients**: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA. 2001; 286 v., p. 2703–2710.

EVENSEN, S. et al. **Environmental factors and risk of delirium in geriatric patients: an observational study.** [S.l.]: BMC Geriatrics, 2018. 18 v., n. 1, p. 282.

FABBRI, R. M. A. Delirium. In. FREITAS, E. V. (Org); PY, L. (Org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan, 2017.

FARIA, R.S.B.; MORENO, R.P. **Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality.** Rev Bras Ter Intensiva, 2013. 25 v., n.2, p.137-47.

FAUSTINO, T. et al. **Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention.** Rev Bras Enferm, 2016. 69 v., n.4, p.725–32.

FAWCETT, J. **Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories.** 2. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

FAWCETT, J. The structure of contemporary nursing knowledge. In: FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories.** 2.ed. Philadelphia (USA): F.A. Davis Company, 2013. Cap 1, p 3- 25.

FAWCETT, J.; DOWNS, F. Theory analysis. In. FAWCETT, J. (Org); Downs, F. (Org.), **The relationship of theory and research.** Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1986. p. 13-52.

FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Analisis and Evaluation of Nursing Models and Theories.** 3. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2013.

FERNANDES, M. G. M. et al. **Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 2015. 7 v., n. 3, p. 2738-2748.

FERREIRA, M. J. et al. **Reflexões da enfermagem no manejo ao paciente idoso com delirium em terapia intensiva.** Disciplinarum Scientia| Saúde, 2020. 21 v., n. 1, p. 47-57.

FOLBERT, E.C. et al. **Complications during hospitalization and risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment.** Arch Orthop Trauma Surg, 2017. 137 v., n.4, p. 507-15.

FREY, M. A. **Social support and health: A theoretical formulation deñved from King's conceptual framework.** Nursing Science QuaMerly, 19892. 3v., p. 138-148.

FROTA, S. S. et al. **Aplicabilidade do modelo de adaptação de Roy no cuidado ao paciente diabético.** [S.l.]: Brazilian Journal of Health Review, 2020. 3 v., n. 4, p. 10699-10709.

GARCIA, T. R.; DA NÓBREGA, M. M. L. **Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área.** [Brasília]: Revista Brasileira de Enfermagem, 2004. 57 v., n. 2, p. 228-232.

GÉLINAS, C. et al. **Ferramentas de avaliação de delirium para uso em adultos criticamente doentes:** uma análise psicométrica e revisão sistemática. Enfermeira de cuidados intensivos, 2018. 38 v., n. 1, p. 38-49.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GEORGE, J. B. **Nursing theories:** the base for professional nursing practice. 4. ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1995.

GIBBS, J. P. **Sociological theory construction.** Hinsdale, Illinois: Dryden Press, 1972.

GIULIANO, K. K.; TYER-VIOLA, L.; LOPEZ, R. P. **Unity of knowledge in the advancement of nursing knowledge.** [S.l.]: Nursing science quarterly, 2005. 18 v., n. 3, p. 243-248.

GOUGH, D. (Ed.); OLIVER, S. (Ed.); THOMAS, J. (Ed.). **An introduction to systematic reviews.** 2. ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd, 2012.

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, 2012. 16 v., n. 4, p. 1-10,

GUSMAO-FLORES, D., et al. **The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients.** Clinics, 2011.p. 1971-1922,.

HAGE, J. **Techniques and problems of theory construction in sociology.** New York: Wiley, 1972.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; BONATELLI, L.C.S.; CARVALHO, A.A. **Caminho da esperança nas relações envolvendo os idosos: olhar da complexidade sobre pandemia da COVID-19.** Texto & Contexto-Enfermagem, 2020. 29 v.

HIGGINS, P. A.; SHIRLEY, S. M. **Levels of theoretical thinking in nursing.** [S.l.]: Nursing Outlook, 2000. 48 v., n. 4, p. 179-183.

HINSHAW, A. S. **Problems in doing research. Theoretical substruction:** an assessment process. [S.l.]: Western journal of nursing research, 1979. 1 v., n. 4, p. 319-324.

HOLTON, E. F.; LOWE, J. S. **Toward a general research process for using Dubin's theory building model.** Human Resource Development Review, 2007. 6 v., n. 3, p. 297-320.

HWANG, J.H.; KIM, M.Y. **Effects of a Multicomponent Intervention Program for Preventing Delirium in Geriatric Patients in the Intensive Care Unit.** Korean Journal of Adult Nursing, 2021. 33 v., n.6, p. 565-575.

IM, EUN-OK.; MELEIS, A. I. **An international imperative for gender-sensitive theories in women's health.** [S.l.]: Journal of Nursing Scholarship, 2001. 33 v., n. 4, p. 309-314.

IM, EUN-OK.; MELEIS, A. I. **Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach.** [S.l.]: Advances in Nursing Science, 1999. 22 v., n. 2, p. 11-24.

INOUE, S. K.; WESTENDORP, R. G. J.; SACZYNSKI, J. S. **Delirium in elderly people.** London, UK: Lancet, 2014. 383 v., p. 911-922.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060.** Brasília, 2018.

JACOX, A. K. **Theory construction in nursing: An overview.** Nursing Research, 1974. 23 v., p. 4-13.

KARABULUT, N.; AKTAS, Y.Y. **Management of Delirium in the Postanesthesia Care Unit and Intensive Care Unit.** [S.l.]: Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2016. 31 v., n. 5, p. 397-405.

KIM, H. S. **The nature of theoretical thinking in nursing.** 2. ed. New York: Springer, 2000.

LIEHR, P.; SMITH, M. J. **Middle Range Theory: a perspective on development and use.** [S.l.]: Advances in Nursing Science, 2017. 40 v., n. 1, p. 51-63.

LIN, W.; CHAN, Y.; WANG, J. **Factores Associated With the Developement of Delirium in Elderly Patients em Intensive Care Units.** [S.l.]: Journal Of Nursing Research, 2015. 1 v., p. 322-329.

LOCKWOOD, C. et al. Systematic reviews of qualitative evidence. In. AROMATARIS, E. (Org); MUNN, Z. (Org). **Joanna Briggs Institute reviewer's manual** [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, p. 23-71, 2017.

MALDONADO, J. R. **Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure.** [S.l.]: Int. J. Geriatr. Psychiatry, 2017.

MARCANTONIO, E.R. **Delirium in hospitalized older adults.** New England Journal of medicine. 2017. 377 v., n. 15, p. 1456-1466.

MARTINS, J. S. de A. **Proposição de uma Teoria de Enfermagem para o Processo de Interação em Ambientes Virtuais.** Rio de Janeiro, RJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem).

MATIOLI, K. B. B. et al. **Delirium**: prevalência e fatores associados ao pós-operatório de cirurgia cardiovascular em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 35, 2021.

MCCRAE, N. **Whither Nursing Models?** The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. [S.l.]: *Journal of Advanced Nursing*, 2012. 68 v., n. 1, p. 222-229.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Theoretical basis for nursing**. 5. ed. [Filadélfia, USA]: Lippincott Williams & Wilkins, 2019.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Theoretical basis for nursing**. In: WILLIAMS; WILKINS. *Health*. Lippincott. 4. ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, 2014.

MCKENNA, H. **Nursing theories and models**. 1. ed. [London, UK]: Routledge, 2006.

MEHTA, S. et al. **Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults**. [S.l.]: *Critical Care Medicine*, 2015. 43 v., n. 3, p. 557-66.

MELEIS, A. I. **Pflegetheorien**: gegenstand, entwicklung und perspektiven des theoretischen denkens in der pflege. 3. ed. Bern: Hans Huber Verlag, 1999.

MELEIS, A. I. **Theoretical Nursing**: Development and Progress. 6. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018.

MERTON, R. K.; MERTON, R. C. **Social theory and social structure**. Simon and Schuster, 1968.

MONTEIRO, A. K. C. et al. Aplicabilidade da teoria de Callista Roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. **Rev. enferm. atenção saúde**, 2016. p. 84-92.

MORI, S. et al. **Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit**. São Paulo, SP: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016. 50 v., n. 4, p. 587-93.

NEERLAND, B. E. et al. **Perioperative hemodynamics and risk for delirium and new onset dementia in hip fracture patients**; A prospective follow-up study. *PloS one*, 2017. 12 v., n. 7, p. e0180641.

NORONHA, O. M. **Práxis e educação**. *Revista HISTEDBR on-line*, Campinas, 2005, n. 20, p. 86-93.

NORTHROP, F. **The fogic of the sciences ord the humanities**. New York: Macmillan, 1947.

NUMAN, T. et al. **Recognition of Delirium in Postoperative Elderly Patients: A Multicenter Study.** [New York, NY]: Journal of the American Geriatrics Society, 2017. 65 v., n. 9, p. 1932-1938.

OLIVEIRA, V. C. R. et al. **Evolución clínica de adultos, ancianos y muy ancianos internados en Unidades de Terapia Intensiva.** [Ribeirão Preto, SP]: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2011. 19 v., n. 6, p. 1344-1351.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Geneva: WHO, 2015.

OOSTERHOUSE, K. et al. **Intensive Care Unit Nurses' Beliefs About Delirium Assessment and Management.** AACN Adv Crit Care, 2016. 27 v., n.4, p.379–93.

PARKER, M. E. Introduction to nursing theory. In: PARKER, M. E. **Nursing Theories and Nursing Practice.** Philadelphia, PA: F.A. Davis Company, 2006.

PATTON, D. **Na analysis of Roy's Adaptation Model of Nursing as used within acute psychiatric nursing.** Journal of psychiatric and Mental Health Nursing, 2004. 11v., p.221-228.

PEDROSA, I. L. et al. **Characteristics and prognostic factors of elderly patients in intensive care unit.** [Maryland, USA]: International Archives Medicine, 2015. 8 v.

PEDROSA, I. L.; FREIRE, D. M. C.; SCHNEIDER, R. H. **Construção de um instrumento de avaliação prognóstica para idosos em unidade de terapia intensiva.** [Rio de Janeiro, RJ]: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2017. 20 v., n. 3, p. 319-329.

PEREIRA, J. et al. **Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros.** Rev Enferm Referência, 2016. 4 v., n.9, p.29–36.

PETERSON, S. J. Introduction to the nature of nursing knowledge. In: PETERSON, S. J.; BREDOW, T. S. **Middle range theories: Application to nursing research.** 4. ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, 2017. p. 03-41.

PITROWSKY, M. T. et al. **Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva.** [São Paulo, SP]: Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2010. 22 v., n. 3, p. 274-279.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. **Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital.** Rev bras enferm. 2012. 65v., n. 4, p. 621-9.

REED, P. G. **Commentary on neomodernism and evidence-based nursing:** implications for the production of nursing knowledge. [S.l.]: Nursing Outlook, 2006. 54 v., n. 1, p. 36-38.

RODRIGUES, C. C. et al. **Idosos internados em um hospital escola:** características clínicas e desfechos. [Recife, PE]: Revista enfermagem UFPE, 2017. p. 4938-4945.

ROSA, P. H. et al. **Estressores vivenciados por idosos hospitalizados na perspectiva do Modelo de Sistemas de Neuman.** Escola Anna Nery, 2018. 22v., n 4.

ROY, C. **Extending the Roy Adaptation Model to Meet Changing Global Needs.** [S.l.]: Nursing Science Quarterly, 2011. 24 v., n. 4, p. 345-51.

ROY, C. **Future of the Roy Model:** Challenge to redefine adaptation. [S.l.]: Nursing Science Quartely, 1997. 10 v., n. 1, p. 42-48.

ROY, C. **The Theory adaptation model.** 3 ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2009.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem: modelo da adaptação de Roy.** Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **The Roy adaptation model.** 2. ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1999.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica:** guia para eficiência nos estudos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

SAAD, P. M. **Envelhecimento populacional:** demandas e possibilidades na área de saúde. [S.l.]: Séries Demográficas, 2016. 3 v., p. 153-166.

SALLUH, J. I. F. et al. **Outcome of delirium in critically ill patients:** systematic review and meta-analysis. [London, UK]: BMJ, 2015. 350 v., n. 4.

SANTOS, A. M. R. et al. **Intercorrências e cuidados a idosos em Unidades de Terapia Intensiva.** [Recife, PE]: Revista de enfermagem UFPE, 2018. p. 3110-3124.

SANTOS, S. S. C. **Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2010. 63 v., p. 1035-1039.

SILVA, R. N.; BRANDÃO, M. A. G.; FERREIRA, M. DE A. **Integrative Review as a Method to Generate or to Test Nursing Theory.** [S.l.]: Nursing Science Quarterly, 2020. 33 v., n. 3, p. 258-263.

SIMÃO, L. T. S. S. et al. **Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva.** [S.l.]: Enfermagem em Foco, 2019. 10 v., n. 1.

SIMPSON, S. M. **Near death experience**: a concept analysis as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 2000.1v. 36, n. 4, p. 520-526.

SOYSAL, P.; KAYA, D.; ISIK, A. T. **Current concepts in the diagnosis, pathophysiology, and treatment of delirium**: A European perspective. [S.l.]: *Current Geriatrics Reports*, 2015. 4 v., n. 4, p. 284-289.

SUPPE, F. **Middle range theories**: Historical and contemporary perspectives. Bloomington, IN: Institute for Advanced Study, Indiana University, 1996.

SWANSON, R. A.; CHERMACK, T. J. **Theory building in applied disciplines**. Berrett-Koehler Publishers, 2013.

TEODOSIO, S. S. C.; PADILHA, M. I. **“Ser enfermeiro”**: escolha profissional e a construção dos processos identitários (anos 1970). Brasília: *Revista Brasileira de enfermagem*, 2016. 69 v., n. 3.

TOMLINSON, E. J. et al. **Risk factors for incident delirium in an acute general medical setting**: a retrospective case–control study. [S.l.]: *Journal of Clinical Nursing*, 2017. 26 v., n. 5-6, p. 658-667.

TORRACO, R. J. **Challenges and choices for theoretical research in human resource development**. *Human Resource Development Quarterly*, 2004. 15 v., n. 2, p. 171–188.

TOSTES, I. C. G. de O. et al. **Delirium em terapia intensiva**: utilização do Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit pelo enfermeiro. Rio de Janeiro: *Rev. Pesqui.* (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), 2018. 10 v., n. 1, p. 2-8.

UNITED NATIONS. **United Nations Sustainable Development Summit**. [New York]: 2015. P. 25-27.

VAN DER SAND, I. C. P. et al. **Produção do conhecimento em enfermagem à luz dos campos sociais e do espaço quadripolar da pesquisa: um exercício reflexivo**. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2013. 22 v., n. 4, p. 1187-1196.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. **Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2011. 64 v., n., p.106-113.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. **Envelhecer no Brasil**: a construção de um modelo de cuidado. [Rio de Janeiro, RJ]: *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018. 23 v., n. 6, p. 1929-1936.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. [Porto Alegre, RS]: AMGH Editora, 2013.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** [Petrópolis, RJ]: Vozes, 2006.

WALKER, L. O.; AVANT K. C. **Strategies for Theory Construction in Nursing.** Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1995.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for Theory Construction in Nursing.** 6. ed. New York, NY: Pearson Education, 2019.

WASSENAAR A, ROOD P, SCHOONHOVEN L, et al. **The impact of nUrsiNg DELiRium Preventive Innterventions in the Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU):** A study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2017. 68 v., p. 1–8.

WEATHERSTON, L. **Theory of nursing:** creating effective care. *Journal of Advanced Nursing*, 1979. 4 v., n. 4, p. 365-375,.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review:** updated methodology. [S.l.]: *Journal of Advanced Nursing*, 2005. 52 v., n. 5, p. 546-53.

WILSON, J. **Thinking with concepts.** New York (NY): Cambridge University Press, 1963.

WOLF, Z. R.; HEINZER, M. M. **Substruction:** Illustrating the connections from research question to analysis. [S.l.]: *Journal of Professional Nursing*, 1999. 15 v., n. 1, p. 33-37.

WOLTERS, A. E. et al. **Long-term outcome of delirium during intensive care unit stay in survivors of critical illness:** a prospective cohort study. [London, UK] *Critical Care*, 2014. 18 v., n. 3, R125.

ZAAL, I.J. et al. **A systematic review of risk factors for delirium in the ICU.** *Crit Care Med*. 2015. 43 v., n. 1, p.40-7.

ZAUSZNIEWSKI, J. A. **Operationalization of a nursing model for psychiatric nursing research.** *Western Journal of Nursing Research*, 1995. 17 v., n. 4, p. 435-447.

APÊNDICE

APÊNDICE A - QUADRO DE ARTIGOS QUE COMPÕEM O CORPUS DE ANÁLISE DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA

REFERÊNCIA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA E PAÍS (onde o estudo foi realizado)	DESIGN DO ESTUDO E AMOSTRA	OBJETIVO DO ESTUDO	RESULTADOS
McNicoll, L., Pisani, M.A., Zhang, Y., & Ely, E.W. (2003). Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 51(5), 591–8. https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00201.x	- 2 - Estados Unidos	- Estudo de coorte prospectivo - 118 pacientes	Descrever a ocorrência de delirium em uma coorte de pacientes idosos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e duração a curto prazo no hospital e determinar a associação entre demência pré-existente e ocorrência de delirium.	O delirium foi uma complicação frequente em pacientes idosos na UTI, ocorrendo em 70%, a taxa de incidência de delirium nesse cenário foi de 31%. A demência é um importante fator predisponente para o desenvolvimento do delirium nessa população, com quase 1,5 vezes maior o risco de delirium durante a internação na UTI. Os pontos fortes deste estudo incluem o uso diário de métodos de última geração para avaliação cognitiva em pacientes idosos gravemente doentes, incluindo as avaliações de delirium e demência. Os achados deste estudo sugerem implicações substanciais para melhorar os padrões de prática para pacientes idosos na UTI e proporcionar uma oportunidade para a prevenção do delírio utilizando estratégias específicas para a detecção de pacientes com demência e a diferenciação de delirium da demência, como o uso dos instrumentos CAM e CAM-ICU para a avaliação do delirium e o MBDRS e o IQCODE para definir a demência.
Hwang, J. H., Young Kim, M. (2021). Effects of A Multicomponent Intervention Program for Preventing Delirium in Geriatric Patients in the Intensive Care Unit. <i>Korean Journal of Adult Nursing</i> , 33(6), 565–75. https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.6.565	- 2 - Coreia do Sul	- Projeto não sincronizado pré-teste pós-teste de grupo de controle não equivalente foi empregado para verificar o efeito do MIPPD. - 73 pacientes	Investigar os efeitos de um Programa de Intervenção Multicomponente para a Prevenção do Delirium (MIPPD) na incidência de delirium, autoextubação ou auto-remoção do cateter e tempo de permanência em pacientes idosos na Unidade de Terapia Intensiva.	Aplicou-se um Programa de Intervenção Multicomponente para a Prevenção do Delirium (MIPPD), validado previamente nos idosos hospitalizados na UTI, contendo os seguintes elementos: educação do cuidador familiar, avaliação do delirium, atividades de reorientação, comunicação terapêutica, intervenção sensorial para deficiência visual e auditiva, manejo da imobilidade ou mobilidade limitada, apoio familiar e manutenção do padrão de sono. No âmbito do programa, enfermeiros e familiares prestavam intervenção imediata a doentes idosos com uma duração prevista de permanência de pelo menos 48 horas na UTI. Para a educação do cuidador familiar, os pesquisadores os treinaram para compreender os seguintes aspectos do cuidado: definição, sintomas, etiologia, efeitos negativos, prevenção de delirium e a intervenção de reforço de orientação da qual participariam. Além disso, foi autorizado uma visita adicional ao idoso na UTI, além das duas visitas diárias estabelecidas pelas diretrizes do

			hospital. Para avaliação do delirium os enfermeiros utilizaram CAM-ICU uma vez por turno (8h/16h/23h). Na atividade de reorientação, os enfermeiros da equipe avaliaram a orientação do paciente em um intervalo mínimo de 2 em 2 horas, informando ao paciente sobre a data, hora e local e também mostrando a localização do relógio dentro da UTI, além disso, um quadro branco com informações sobre a data, motivo da internação e cirurgia/exame foi instalado na UTI. Em relação, a comunicação terapêutica os enfermeiros procuraram manter uma comunicação clara e aberta com o paciente e estimularam a expressão emocional. No início de cada plantão, o enfermeiro se apresentava ao paciente e sempre usava o nome do paciente durante a comunicação, para dar uma sensação de estabilidade. A enfermeira fazia várias perguntas abertas que permitiram ao paciente expressar seus pensamentos e sentimentos sobre tópicos familiares, como hobbies, ocupações e família. Ao se comunicar com o paciente, a enfermeira tentava manter-se atenta ao humor do paciente e encorajava a expressão verbal, mantendo constantemente o contato visual, acenando com a cabeça e falando de maneira calorosa e amigável. Instruções claras e simples foram fornecidas ao paciente, lenta e repetidamente. No paciente com intubação utilizou uma campainha de chamada para solicitar assistência e um quadro branco para se comunicar por escrito. Na intervenção sensorial para deficiência visual/auditiva, logo na admissão, o enfermeiro identificava se o paciente utilizava óculos ou prótese auditiva e disponibilizava esses materiais à beira do leito, assim, se necessário, cada paciente poderia acessá-los. Também foram fornecidos itens de cuidados pessoais diários do paciente em casa ou fotografias dos pacientes, seus familiares e amigos. Para gestão da imobilidade os pacientes foram autorizados a se mover livremente dentro das regras de segurança e o uso de restrições físicas, cateteres ou linhas venosas foi minimizado. O apoio familiar, foi realizado sob a supervisão de uma enfermeira da equipe, assim, os cuidadores familiares do paciente forneceram apoio familiar três vezes ao dia. A família informou ao paciente sobre a data, hora e local, falou sobre assuntos familiares interessantes, como hobbies do paciente ou trabalho e eventos atuais. Para manutenção dos padrões de sono, durante a noite, foi fornecido iluminação indireta com intensidade aproximada de 50~80 Lux. A enfermeira do turno da noite avaliou fatores de perturbação do sono para melhorar a qualidade do dormir, forneceu ao paciente uma máscara para os olhos ou tampões
--	--	--	--

				para os ouvidos se necessário e ajustou o regime de medicação para evitar dosagem entre meia-noite e 5 da manhã. Assim, estabelecer um programa de ações preventivas, conduzido por enfermeiros e familiares aos pacientes idosos da UTI, que estão em alto risco de delirium, reduziu efetivamente a incidência de delirium, indicando que os Enfermeiros de UTI poderiam adotar o programa MIPPD na prática para prevenção do delirium.
Brooks, P., Spillane, J. J., Dick, K., & Stuart-Shor, E. (2014). Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium. <i>AORN journal</i> , 99(2), 256-276. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.12.009 .	- 3 -Estados Unidos	- Estudo de intervenção do tipo “antes” e “depois” - 96 pacientes	Avaliar a eficácia de uma estratégia multicomponente para identificar e tratar pacientes cirúrgicos gerais com 65 anos de idade ou mais, em risco e que desenvolvem delirium pós-operatório no Hospital Cape Cod, um hospital comunitário no sul da Nova Inglaterra.	A identificação precoce dos pacientes com 65 anos de idade ou mais e em risco de delirium, com uso de ferramentas de rastreio como o CAM, CAM-ICU e teste cognitivo com o Mini-Cog, permite que esses pacientes se beneficiem de medidas de prevenção de delirium que são direcionadas pela equipe durante o período pós-operatório. As ações preventivas incluíam a implementação da avaliação do risco de queda, evitar restrições físicas, incluir familiares no cuidado do paciente, incentivar a interação frequente, evitar distúrbios do sono e excesso de estimulação e realizar a reorientação frequente. Os pacientes que desenvolveram delirium pós-operatório, tiveram maior incidência de abuso de álcool e demência pré-operatória, assim tais fatores de risco devem ser considerados para implementação imediata de medidas preventivas a ocorrência de delirium no pós-operatório.
Guo, Y., Sun, L., Li, L., & Jia, P., (2016). Impact of multicomponent, nonpharmacologic interventions on perioperative cortisol and melatonin levels and postoperative delirium in elderly oral cancer patients. <i>Archives of Gerontology & Geriatrics</i> , 3(62),112–117. https://doi.org/10.1016/j.arcger.2015.10.009	- 2 - China	- Ensaio clínico randomizado - 160 pacientes	Investigar o impacto de intervenções não farmacológicas (MNI) multicomponentes nos níveis perioperatórios de cortisol e melatonina, bem como delirium pós-operatório (DP), em pacientes idosos com câncer bucal.	O MNI (intervenções multicomponentes não farmacológicas) foi projetado para minimizar os fatores de risco para delirium pós-operatório. As intervenções compreendiam as seguintes atividades: Primeiro, todos os funcionários do Grupo I receberam treinamento psicológico sistemático e orientação de um especialista em geriatria. A educação em saúde pré-operatória foi fortalecida, além de fornecer orientação psicológica aos pacientes, a equipe os convidava a visitar a unidade de terapia intensiva cirúrgica para conhecer o ambiente. Calendários, relógios, celulares, rádios, óculos e aparelhos auditivos foram oferecidos repetidamente para cumprir a orientação de tempo, lugar e caráter. Essas atividades cognitivas estimulantes foram oferecidas aos pacientes três vezes ao dia. Um cartão de comunicação e WordPad foram criados para pacientes submetidos a intubação endotraqueal permanente ou traqueostomia para permitir que eles se comuniquem efetivamente. Como resultado, as necessidades desses pacientes foram compreendidas em tempo hábil, e suas questões substantivas foram resolvidas. O ruído foi reduzido tanto quanto possível. Por exemplo, vários tons de alerta do sistema de alarme

				foram programados para serem mais suaves. Medidas específicas para manter um bom ciclo sono-vigília foram adotadas. Por exemplo, a sala era iluminada pela luz natural durante o dia e pela luz suave à noite. Além disso, entre 23h e 05h, todos os procedimentos de enfermagem foram minimizados. Além disso, uma viseira e tampões acústicos foram alocados. Se a condição do paciente permitisse, não eram aplicadas cintas de contenção ou cateteres permanentes. Os pacientes foram entrevistados antes da cirurgia para determinar suas preferências musicais. Após a cirurgia, foram fornecidos MP3 players à beira do leito para tocar música leve por meio de fones de ouvido por uma hora, três vezes ao dia. Se a função gastrointestinal do paciente permitisse, a alimentação nasal era administrada o mais rápido possível. O grupo I (intervenção) de pessoas idosas que recebeu o MNI na UTI, melhorou alguns distúrbios pós-operatórios em relação ao sono e estresse, diminuiu a incidência de delirium pós-operatório, melhorou a qualidade da recuperação e demonstrou que as intervenções são medidas eficazes para a prevenção do delirium nos pacientes cirúrgicos idosos na UTI.
Karadas, C., & Ozdemir, L. (2016). The effect of range of motion exercises on delirium prevention among patients aged 65 and over in intensive care units Geriatric Nursing, 37(3):180–185. https://doi.org/10.1016/j.geri-nurse.2015.12.003	- 2 - Turquia	- Ensaio clínico randomizado e controlado - 94 pacientes	Determinar o efeito dos exercícios de amplitude de movimento na prevenção do delirium e na redução da duração do delirium entre pacientes na unidade de terapia intensiva que têm 65 anos ou mais.	Os idosos foram acompanhados durante os plantões diurnos até o momento da alta da UTI, aqueles pertencentes ao grupo controle foram avaliados usando as escalas Escala de Agitação–Sedação de Richmond (RASS) e Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM–ICU) e não receberam nenhuma intervenção além da prática clínica de rotina. No grupo intervenção, após as avaliações diárias do RASS e CAM–ICU, os exercícios passivos de amplitude de movimento (ADM) foram realizados uma vez ao dia até a alta hospitalar. Exercícios passivos, ativos–assistidos ou ativos de ADM foram realizados com base na capacidade do paciente de responder a comandos verbais. Exercícios de ADM foram realizados para as quatro extremidades na posição supina com 10 repetições por aproximadamente 30 min. Se o paciente fosse incapaz de tolerar a

				intervenção, o exercício cessava e a intervenção continuava no dia seguinte. Os parâmetros que indicam que o exercício não foi tolerado foram os seguintes: pressão arterial média ≤ 65 mmHg, pressão arterial sistólica ≥ 200 mmHg, frequência de pulso ≤ 40 ou ≥ 130, saturação $\leq 88\%$, frequência respiratória ≤ 5 ou ≥ 40 por minuto e arritmia. A terapia de exercícios individualizada ADM passiva para a mobilidade ativa, de acordo com a tolerância do paciente, mostrou ser mais promissora para prevenir o desenvolvimento de delirium e encurtar a duração do delirium em idosos hospitalizados na UTI.
Hassanshahian, A., Ravari, A., & Mirzaei, T. (2019). The effect of scheduled visits on delirium intensity in elderly patients hospitalized in the Intensive Care Unit: a clinical trial study. <i>Hayat</i>, 24 (4), 322–334. https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=80105 9	- 2 - Irã	- Ensaio clínico clínico randomizado - 70 pacientes	Investigar o efeito das visitas agendadas na intensidade do delirium em pacientes idosos internados na UTI	No grupo intervenção, os idosos foram visitados pelos seus familiares e acompanhantes em duas sessões além do horário pré-estabelecido pela UTI, durante três dias consecutivos, com duração de 20 minutos cada visita, pela manhã e à noite. O grupo controle recebeu somente as visitas de rotina, no turno da tarde com duração de 3-5 minutos. Diariamente todos os idosos participantes do estudo, foram avaliados por enfermeiros capacitado, utilizando a escala <i>NEECHAM Confusion Scale</i>, para avaliar o desenvolvimento do delirium. Os visitantes dos idosos do grupo intervenção, eram familiares próximos ou acompanhantes que tinham uma estreita relação emocional com o paciente, para as visitas agendadas receberam capacitação prévia com as seguintes orientações: após cumprimentar o paciente estabeleça uma comunicação deixando-o confortável, sem ansiedade e estresse, pode tocar o paciente; Tranquelize o paciente sobre o que Enfermeiras e médicos estão fazendo para o seu cuidado e tratamento; Informe plenamente a hora e o local, utilizando o relógio; Lembre o paciente do dia e do mês do calendário e se é dia ou noite; Em casos de pacientes inquietos ou preocupados com sua situação, toque com afeto e fale com esperança e calma; Se tiver capacidade máxima do paciente para comer e beber, use esse momento para ele se movimentar; Se o paciente usa óculos e aparelhos auditivos devem ser disponibilizados no momento da visita; Utilize da comunicação face a face com o paciente, faça contato visual com o paciente no momento da visita e toque o paciente com frequência; Para a comunicação verbal eficaz foi

				disponibilizado aos acompanhantes caneta e papel para ser fornecido ao paciente se necessário; Também foram orientados para não chorar à beira do leito, de não levantar questões perturbadoras e más notícias para o paciente. Assim, as visitas agendadas podem ser consideradas um método não farmacológico eficaz na prevenção do delirium em pacientes idosos internados em UTI.
Contreras, C. C. T., Esteban, A. N. P., Parra, M. D., & Romero, M. K. R. (2021). Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. Revista Gaúcha de Enfermagem, 42. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200278	- 2 - Colômbia	- Ensaio clínico randomizado controlado - 81pacientes	Determinar a eficácia de um programa de enfermagem multicomponente para prevenir delirium em pacientes críticos.	Foi aplicado ao grupo intervenção, um programa de enfermagem multicomponente, que incluiu intervenções de estimulação cognitiva com orientação temporal e espacial, estímulos auditivos e visuais. Para as intervenções, formou-se um ambiente calmo e privado, fechando portas e cortinas próximas ao leito do paciente, proporcionando privacidade. Duas enfermeiras previamente treinadas realizavam a intervenção diariamente, iniciando quando o paciente entrava no estudo e terminando quando saía. A intervenção durou cerca de 15 minutos e foram realizadas as seguintes atividades; Orientação no tempo e no espaço: A princípio, o paciente era diariamente elogiado, chamado pelo nome, e recebia informações sobre o espaço, com sua localização e por que estava ali. Mais tarde, um relógio e um calendário foram mostrados ao paciente. Em seguida, houve uma conversa sobre os acontecimentos e novidades, para incentivar e estimular a pessoa. As discussões e a escuta ativa foram incentivadas: o paciente foi questionado sobre experiências anteriores, atividades atuais e houve tentativas de conectar o passado e o presente. Também foram disponibilizados jogos de caça-palavras e palavras cruzadas. - Estímulos visuais e auditivos: contato visual direto, uso frequente do contato, uso de dispositivos visuais e auditivos (óculos, próteses auditivas), escuta ativa do paciente, permitindo que ele manifeste suas preocupações e responda a perguntas. Durante o contato com o paciente, a voz era baixa, o tom de voz médio e as frases curtas e claras. A comunicação foi concreta e específica. Foram mostrados fotografias, cartas e desenhos de revistas ou feitos por seus familiares. Eles foram questionados sobre quais itens pessoais eles gostariam de ter em mãos durante sua permanência na UTI, e eles foram ajudados a obter esses itens. Estes podem incluir: óculos, aparelhos auditivos, prótese dentária, fotos de família, objetos religiosos. Também se utilizou de jogos de correspondência como marcar em uma lista, os objetos que pertencem a uma geladeira. Para o suporte familiar, a inclusão de familiares e cuidadores no autocuidado e na reorientação

				do paciente foi incentivada. Foi fornecida educação sobre delirium e suas complicações. Ficou mais fácil para um familiar ou pessoa de confiança do paciente se aproximar e ficar o maior tempo possível com ele. Também foi utilizada neste estudo a estratégia de levar notícias do rádio e dados atuais aos pacientes, auxiliando-os a se orientarem no tempo e no espaço. A intervenção foi realizada diariamente e todos os pacientes participantes do estudo, foram avaliados com a escala RASS e a escala CAM-ICU para verificar o efeito da intervenção (se estava desenvolvendo ou não delirium). Caso o estado de saúde do paciente piorasse ou seu nível de sedação não permitisse que a intervenção fosse realizada, a intervenção era retomada quando as condições necessárias para continuar as atividades de prevenção do delirium estivessem novamente presentes, isso foi feito dentro de um limite de 8 dias. O programa de enfermagem multicomponente não farmacológico diminuiu a incidência absoluta de delirium, confirmando a hipótese do estudo, que mostrou a eficácia da intervenção multicomponente quando comparada aos cuidados padrão para o manejo dessa condição e contribuindo para uma assistência de enfermagem menos invasiva e mais eficaz na prevenção do delirium em pacientes críticos internados em UTI.
Eberle, C. C., Santos, A. A., & Macedo Júnior, L.J.J. (2019). Manejo não farmacológico do delirium na perspectiva de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. Rev Pesq: Cuid Fundam online,11(5),1242-9. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249	- 4 - Brasil	- Descritivo exploratório de caráter qualitativo - 12 enfermeiros	Identificar medidas não farmacológicas no manejo do delirium descritas por enfermeiros de uma UTI adulto.	Foram determinadas quatro categorias de enfermagem: significado de delirium; medidas não farmacológicas no manejo do delirium; aspectos facilitadores da utilização de medidas não farmacológicas no manejo do delirium e aspectos dificultadores da utilização de medidas não farmacológicas no manejo do delirium. Para as quatro categorias, as principais ações implementadas foram: orientação verbal em tempo e espaço juntamente com os dispositivos auxiliares a esta localização, como relógios nos leitos, televisores e janelas, chamar o paciente pelo nome, orientá-lo em relação ao dia, a data, a hora, o local, responder dúvidas e estimular a memória, associado ao fornecimento de livros e revistas; presença dos familiares na UTI juntamente com o não uso de contenção mecânica, necessária apenas quando a segurança do paciente estiver em risco a prevenir e manejar as causas da agitação psicomotora, utilizando-se de estratégias de comunicação efetiva, reorientação, redução de ruídos e priorização do conforto; melhorar a qualidade do sono do paciente para prevenir o delirium, adequando e organizando os horários das medicações e os procedimentos com o intuito de não perturbar o período de sono do paciente, como também a redução do ruído, a minimização da exposição à luz artificial no

				período noturno e uma temperatura ambiental agradável; identificar precocemente os fatores de risco intrínsecos para o desenvolvimento do delirium como: idade maior que 70 anos, institucionalização, perda visual ou auditiva, histórico de depressão, demência, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, epilepsia, doença renal e hepática, infecção por HIV, consumo de álcool no mês anterior, uso de psicofármacos e má nutrição; reconhecer os fatores ambientais muito importantes no desenvolvimento do delirium, encontrados na UTI, como as medicações anticolinérgicas, sedativas e analgésicas, a restrição física, uso de dispositivos invasivos, privação de luz solar, do sono e do convívio social. Para auxiliar na identificação precoce utiliza-se, a escala Confusion Assessment Method (CAM), a avaliação do delirium é realizada em duas etapas, na primeira avalia-se a sedação através da Escala de Sedação e Agitação de Richmond, e conforme o score obtido nessa escala utiliza-se ou não uma segunda etapa de avaliação, que é a avaliação direta, onde avalia-se a presença da disfunção a partir das seguintes características: 1) mudança aguda do estado mental ou curso flutuante do mesmo, 2) falta de atenção, 3) pensamento desorganizado e 4) nível de consciência alterado. Dentre as dificuldades para a implementação das medidas não farmacológicas na prevenção do delirium está a falta de orientação da equipe de enfermagem sobre o assunto e dificuldades enfrentadas por eles a respeito da estrutura física e de materiais da UTI.
Mitchell, M. L., Kean, S., Rattray, J. E., & Hull, A.M. (2017). A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. <i>Intensive & Critical Care Nursing</i>, (40),77–84. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.001	-2 - Austrália	- Estudo controlado randomizado - 91 pacientes, 61 familiares e 11 enfermeiros.	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção familiar para reduzir o delirium em pacientes de UTI	O protocolo de intervenções foi aplicado pelo familiar ao paciente, minimamente quatro vezes ao dia e constitui-se de três componentes: a orientação do paciente, o engajamento terapêutico e avaliação sensorial se aplicável. Para orientação foi utilizado dicas de memória, incluindo escrever o nome do enfermeiro/médico naquele dia e o plano de cuidados em uma agenda diária, foi usado fotografias familiares significativas para individualizar a sua área de cabeceira e orientar o paciente quanto ao ambiente, incluindo onde estava e por que, e o dia, data e hora. No engajamento terapêutico, foi realizado estimulação cognitiva por meio de atividades como discutir eventos atuais da vida familiar e relembrar eventos passados. Na avaliação sensorial (quando aplicável) verificar se o paciente estava com os óculos e os aparelhos auditivos no lugar e funcionando. O delirium do paciente na UTI foi avaliado pela escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), após avaliação inicial utilizando a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS). Onze enfermeiros de UTI

				foram entrevistados para obter informações sobre a viabilidade e aceitabilidade da implementação da intervenção de sua perspectiva. Os enfermeiros apoiaram todos os aspectos da intervenção e não relataram barreiras significativas no contexto da UTI, os familiares foram vistos como importantes parceiros de cuidado, e seu envolvimento trouxe muitos resultados positivos para prevenção do delirium.
Wei-Li, L., Yi-Fan, C., & Wang, J. (2015). Factors Associated With the Development of Delirium in Elderly Patients in Intensive Care Units. <i>Journal of Nursing Research</i> , 23(4), 322–328. https://search-ebscohost-com.ez47.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=c8h&AN=111389070&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site	- 4 - Taiwan	- Pesquisa observacional com uma amostra de conveniência - 90 pacientes	Estabelecer a taxa de incidência de delirium entre pacientes idosos internados em UTI e identificar seus fatores de risco	Este estudo confirma que pacientes idosos internados em UTI de clínica médica, apresentam maior risco de desenvolver delirium, com incidência de até 75,6%. A desidratação foi identificada como um dos fatores de risco de delirium, portanto, o tratamento para desidratação em pacientes idosos deve ser iniciado o mais rápido possível para diminuir o aparecimento de delirium. O uso excessivo de medicamento, também foi considerado um fator de risco para o delirium, portanto a polifarmácia no idoso na UTI deve ser constantemente reavaliada. A dor no idoso, deve ser rotineiramente avaliada, pois se não tratada pode ser um gatilho para delirium, assim o uso cuidadoso de opioides e a avaliação da dor, com escalas validadas são recomendados como estratégias para prevenir o delirium. É necessário que os enfermeiros, identifiquem os fatores de risco para o delirium em idosos na UTI, a fim de desenvolver estratégias mais eficazes para prevenção, de modo individual e colaborativo com a equipe de saúde.
Wassenaar, A., Rood, P., Schoonhoven, L., & Teerenstra, S. (2017). The impact of nUrsiNg DELiRium Preventive INterventions in the Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): A study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , (68), 1–8. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.018	- 2 - Holanda	- Estudo controlado randomizado multicêntrico de cluster em cunha escalonado - 1680 pacientes	Determinar o efeito do programa UNDERPIN-ICU no número de dias livres de delirium-coma em 28 dias.	Foi implementado um programa multicomponente, incluindo intervenções não farmacológicas voltadas para a prevenção de delirium na UTI. Este programa, denominado programa UNDERPIN-ICU (Intervenções preventivas do delirium de enfermagem na unidade de terapia intensiva), consiste em intervenções multicomponentes padronizadas, com foco em vários fatores de risco modificáveis para delirium, como deficiência visual e auditiva, para prevenir ou tratar a privação sensorial e a perda de orientação; privação do sono, para minimizar/evitar a privação do sono; comprometimento cognitivo para (re)orientar o paciente quanto ao tempo, lugar e pessoa para prevenir ou minimizar o declínio; e imobilidade, para melhorar a mobilidade funcional dos pacientes na UTI e estimular a cognição dos pacientes. As ações implementadas no programa de intervenções são detalhadas a seguir: Deficiência visual e auditiva ▪ Uso de aparelhos visuais e auditivos sempre que necessário. ▪ Abordagem do melhor lado visual e auditivo.

				▪ Fornecimento de material adaptado para pacientes com deficiência visual. ▪ Prevenção da desidratação da córnea durante a sedação. ▪ Atenção à comunicação verbal quando severamente deficiente visual. ▪ Limitando o ruído no ambiente. ▪ Uso de técnicas especiais de comunicação, conforme apropriado Privação do sono ▪ Otimização do ritmo circadiano. ▪ Redução de ruído. ▪ Minimização de procedimentos noturnos. ▪ Proporcionando relaxamento ideal. ▪ Restrição de medicação para dormir. ▪ Melhorar a conscientização da equipe sobre a importância do sono. ▪ Esforçar-se para minimizar o uso de sedação. Deficiência cognitiva ▪ Colocar uma agenda, relógio e calendário para cada paciente. ▪ Promover o fornecimento de objetos pessoais pelos parentes mais próximos. ▪ Promover visitas regulares. ▪ Otimizar e adaptar a comunicação com base nas preferências do paciente. ▪ Reorientação frequente ▪ Fornecimento de exercícios de treinamento cognitivo. Imobilidade ▪ Incentivar a definição e documentação de metas claras de mobilização. ▪ Minimizar o uso de sedação. ▪ Minimizar e localizar de maneira ideal as linhas de contenção. ▪ Otimização da analgesia e orientação adequada para minimizar a dor e o medo durante a mobilização. ▪ Fornecimento frequente de mobilização, adaptada ao estado físico ▪ Envolver parentes próximos no estímulo da mobilização precoce.
Zhang, H., Yuan, J., Chen, Q., & Cao, Y. (2021). Development and validation	-2 - China	- Estudo de coorte prospectivo	Desenvolver e validar um modelo preditivo simples de delirium e	Validou-se um modelo preditivo para o delirium na UTI, que de forma confiável prevê o desenvolvimento de delirium para todo o tempo de permanência do paciente na UTI, com base em 6 fatores de risco

of a predictive score for ICU delirium in critically ill patients. BMC anesthesiology, 21(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12871-021-01259-z		observacional único - 304 pacientes	avaliar o valor preditivo do modelo em relação ao desenvolvimento de delirium.	prontamente disponíveis dentro de 24 horas após a admissão do paciente na terapia intensiva: história de hipertensão, hipoxemia, uso de benzodiazepínicos, sedação profunda, ventilação mecânica e sepse. Esses seis fatores de risco independentes para delirium em pacientes críticos, permitem identificar facilmente pacientes com alto risco de desenvolver delirium após a admissão na UTI, portanto, o modelo deve ser utilizado diariamente na prática de terapia intensiva, como medida preventiva para a ocorrência do delirium na UTI.
Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A., & Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of families of intensive care unit patients regarding involvement in delirium-prevention activities: a qualitative study. Critical care nurse, 37(6), e1-e9. https://doi.org/10.4037/ccn2017485	- 2 - Estados Unidos	- Estudo qualitativo - 62 familiares	Obter informações sobre as opiniões dos familiares dos pacientes sobre a participação ativa em atividades de prevenção do delirium para informar recomendações específicas para envolver os familiares dos pacientes nessas atividades.	Desenvolveu-se três temas sobre o envolvimento da família nas atividades de prevenção do delirium: presença consistente da família e participação no cuidado; melhoria da facilidade de interação entre família e paciente; educação do delirium para as famílias. As atividades de prevenção do delirium, realizadas pela família, foram acompanhadas pelo enfermeiro da UTI e as principais ações implementada foram: atividades de higiene; o toque com o objetivo de oferecer conforto ao paciente; atender às necessidades, como ajustar a temperatura ambiente; utilizaram itens para reorientar o paciente, ajudar na comunicação ou mantê-lo envolvido (livros, Baralho de cartas, dentaduras, tampões de ouvido, sombra para os olhos, óculos, cortadores de unhas, fotos de família, jornal, caneta ou lápis, papel ventilador portátil, livros de quebra-cabeça, navalha para aparar a barba, chinelos, cobertor macio, pequena placa de marcação para comunicação, computador tablet, quadro branco com calendário, relógio de pulso com visor grande). A participação ativa da família no cuidado ou por meio de papéis emocionais e de apoio, demonstrou ser uma medida preventiva importante do delirium, nesse sentido a enfermagem têm um importante papel na comunicação aberta com a família, discussão sobre as regras básicas da UTI, bem como as possíveis formas de envolvimento do familiar no cuidado do paciente. Os familiares sugerem que a unidade elabore listas de verificação para a família sobre como interagir com o paciente durante a visita, para auxiliar na prevenção do delirium. Tal checklist poderia ser fornecido em um panfleto pela enfermagem durante uma sessão de educação inicial com a família.
Tran, N. N., Hoang, T. P. N., & Ho, T. K. T. (2021). Diagnosis and Risk Factors for Delirium in Elderly Patients in the Emergency	- 4 - Vietnã	- Estudo observacional transversal - 163 pacientes	Diagnosticar o delirium usando os métodos CAM / CAM-ICU e determinar os fatores de risco para o	Alguns fatores predisponentes e desencadeantes têm um importante papel na ocorrência de delirium em pacientes idosos. Os fatores de risco para o desenvolvimento de delirium em pacientes de emergência e UTI foram divididos em três grupos, assim denominados: fatores pré-mórbidos; condições de desenvolvimento agudo; medicamentos e

Rooms and Intensive Care Unit of the National Geriatric Hospital Emergency Department: A Cross-Sectional Observational Study. International Journal of General Medicine, 14, 6505. https://doi.org/10.2147/IJG.M.S325365			seu desenvolvimento em pacientes idosos na emergência e unidades de terapia intensiva do National Geriatric Hospital no Vietnã.	procedimentos. Em relação aos fatores pré-mórbidos, o delirium foi relacionado a deficiência visual e auditiva, desnutrição, fragilidade, transtorno depressivo, risco de queda, insuficiência renal aguda, insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória e presença de comorbidades. Ao se tratar das condições de desenvolvimento agudo a presença de hipo/hipernatremia no idoso foi relacionada ao delirium. Em relação ao grupo de medicamentos e procedimentos estão procedimentos como a sondagem nasogástrica, cateterismo urinário, intubação traqueal e ventilação mecânica invasiva. É necessário o reconhecimento dos fatores de risco para delirium em pacientes idosos, para a implementação de medidas preventivas, buscando a correção ou minimização destes fatores.
Matioli, K. B. B., de Moraes Filho, I. M., de Sousa, T. V., & Pereira, M. C. (2021). Delirium: Prevalência e Fatores Associados ao Pós-Operatório de Cirurgia Cardiovascular em Idosos. Revista Baiana de Enfermagem, 35. https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42203	- 4 - Brasil	- Estudo transversal analítico - 50 pacientes	Identificar a prevalência de delirium em idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva que estejam em pós-operatório de cirurgia cardiovascular e verificar associação entre o delirium e as variáveis socio-demográficas e clínicas.	Fatores comumente conhecidos em ambiente de terapia intensiva, como a ventilação mecânica invasiva, o uso de haloperidol, fentanil e aminas vasoativas, a presença de dispositivo de cateterismo vesical, a presença de crises algicas, além do diagnóstico de sepse e uso de contenções físicas, estão intimamente ligados nas chances de desenvolvimento de delirium no idoso na UTI. Para garantir maior qualidade e segurança nos cuidados com esse público em específico é necessário reconhecer os fatores de risco não modificáveis e trabalhar exaustivamente os principais agentes expositores modificáveis, capacitar a equipe multidisciplinar e padronizar o uso de instrumento de detecção rotineiro como medida preventiva do desenvolvimento do delirium em UTI. A ação de despertar diário do paciente mostrou efeito protetor contra o delirium. Demais abordagens não farmacológicas, como ofertar ambiente calmo, confortável e silencioso, promover o diálogo e a inserção dos familiares nos cuidados, garantir a reorientação com o uso de calendários e relógios, além de respeitar o ciclo circadiano do indivíduo, encorajá-los o quanto antes à retomada do uso de óculos, próteses dentárias e auditivas são todas estratégias simples que contribuem na prevenção do risco de delirium.
Wang, G., Zhang, L., Qi, Y., & Chen, G. (2021). Development and validation of a postoperative delirium prediction model for elderly orthopedic patients in the intensive care unit. Journal	- 2 - China	- Estudo de coorte prospectivo - 319 pacientes	Desenvolver um novo modelo de previsão de delirium para pacientes idosos na UTI após cirurgia ortopédica e validar e avaliar sua eficácia	Desenvolveu-se um modelo de predição para delirium em pacientes idosos da unidade de terapia intensiva submetidos a cirurgia ortopédica e validou-se temporalmente seu poder preditivo. O modelo de previsão contém sete fatores de risco como idade, método de anestesia, pontuação do miniexame do estado mental (MEEM), hipóxia, hemorragia maior, nível de interleucina-6 e companhia de membros da família. Este modelo de predição tem excelente poder de

of Healthcare Engineering, 6. https://doi.org/10.1155/2021/9959077				discriminação em prever delirium pós-operatório em pacientes idosos e pode auxiliar na prevenção precoce.
Krewulak, K. D., Bull, M. J., Wesley Ely, E., & Davidson, J. E. (2020). Effectiveness of an intensive care unit family education intervention on delirium knowledge: a pre-test post-test quasi-experimental study. Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie, 67(12), 1761-1774. https://doi.org/10.1007/s12630-020-01810-5	- 4 - Canadá	- Estudo quase experimental antes e depois. - 99 familiares	Avaliar a eficácia de uma intervenção ICU Family Education on Delirium (IFAM-ED), que prepara os familiares para auxiliar a equipe de cuidados da UTI, para detectar sintomas de delirium, prevenir e gerenciar delirium usando estratégias não farmacológicas.	A intervenção de educação familiar foi realizada em duas partes: 1) vídeo de seis minutos sobre delirium na UTI contendo uma definição de delirium, uma descrição dos possíveis sintomas de delirium, fatores de risco, sintomas que distinguem delirium de demência, tratamentos não farmacológicos para prevenir e gerenciar o delirium e como comunicar os sintomas para a equipe de cuidados da UTI. 2) Depois de assistir ao módulo de vídeo, os familiares praticaram a detecção de delirium em duas vinhetas de casos fornecidas, usando dois questionários de detecção de delirium administrados pela família: o Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM) e Sour Seven. Cada vinheta de caso foi avaliada para as quatro características do delirium: desatenção (característica 1), início súbito ou curso flutuante (característica 2), nível alterado de consciência (característica 3) e pensamento desorganizado (característica 4). Se as características 1, 2 e 3 ou 4 estivessem presentes, o paciente hipotético tinha delirium. A oferta de educação compreensível e consistente em delirium na UTI, traz benefícios como detectar sintomas de delirium, prevenir e controlar o delirium como estratégia não farmacológica.
Spiegelberg, J., Song, H., Pun, B., & Webb, P. (2020). Early Identification of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care. Crit Care Nurse, 40(2), 33-43. https://doi.org/10.4037/ccn2020706	- 3 - Estados Unidos	- Estudo observacional pré-teste e pós-teste. - 463 pacientes	Minimizar o risco de delirium implementando o Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) como a ferramenta padrão de avaliação de delirium na unidade de terapia intensiva e diminuindo o uso de medicamentos de alto risco (opioides e benzodiazepínicos).	A equipe de enfermagem recebeu capacitação online, de 30 minutos de duração, sobre os fatores de risco para delirium, como por exemplo o uso de medicamentos de alto risco (HRM), especificamente os opioides e benzodiazepínicos, também foi abordado sobre as consequências do delirium, como resultados ruins e internações hospitalares mais longas e intervenções de enfermagem não farmacológicas para prevenção do delirium. Além disso, após o treinamento dos enfermeiros para utilizar o CAM-ICU como ferramenta padrão de triagem, este foi implementado no padrão de assistência de enfermagem e utilizado uma vez por turno e os enfermeiros receberam um cartão de bolso, para ajudá-los a lembrar os fatores de risco, especialmente os HRMs, que contribuem para o delirium. Os objetivos foram melhorar a conscientização dos enfermeiros sobre os fatores de risco de delirium, alcançar a competência do enfermeiro no uso do CAM-ICU e diminuir o uso de HRM na UTI, para prevenir o delirium e diminuir o tempo de permanência dos pacientes na UTI.

Khan, S. H., Xu, C., Purpura, R., Durrani, S., Lindroth, H., & Wang, S. (2020). Decreasing delirium through music: a randomized pilot trial. <i>American Journal of Critical Care</i>, 29(2), e31-e38. https://doi.org/10.4037/ajcc2020175	- 2 - Estados Unidos	- Ensaio clínico randomizado controlado - 52 pacientes	Determinar a viabilidade e aceitabilidade de música personalizada, música de ritmo lento e controle de atenção em pacientes que recebem ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva e estimar o efeito da música no delirium.	O estudo “Diminuindo o delirium através da música” demonstra a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção musical inovadora e escalável entre pacientes que recebem ventilação mecânica na UTI. Os pacientes foram randomizados em três grupos, que receberam as respectivas intervenções: 1) playlists personalizadas de música, incorporando as preferências dos pacientes com base nas informações obtidas de seu lar; 2) relaxamento não personalizado, (60-80 batidas por minuto) consistindo de piano, violão e música clássica e sons de flauta nativa americana (por exemplo, Lifescapes: Relaxing Piano, de John Story, e Watermark, de Enya) pré-selecionado por um musicoterapeuta certificado; 3) audiolivros para controle de atenção, como: <i>Treasure Island</i>, de Robert Louis Stevenson; <i>Harry Potter e a Câmara Secreta</i>, de JK Rowling; ou <i>Oh the Places You'll Go</i> do Dr. Seuss. Esses livros foram escolhidos por sua legibilidade, seu amplo apelo, a qualidade da narração do audiolivro e as altas classificações do audiolivro conforme revisado em sites comerciais. Todos os pacientes receberam duas sessões de 1 hora por dia (entre 9h e 11h e entre 14h e 16h) por até 7 dias. A música ou audiolivro foi entregue por meio de fones de ouvido com cancelamento de ruído conectados a players de mp3 Apple iPod Shuffle. A intervenção foi realizada no início da ventilação mecânica. Optou-se por investigar a playlist preferida por causa de sua familiaridade e o relaxamento não personalizado (60-80 batimentos por minuto) por causa de seus efeitos redutores de sedativos e ansiolíticos. Utilizou-se audiolivros porque incorporam os elementos da palavra falada, servindo como controles comportamentais e psicossociais. Os resultados também sugerem que os efeitos benéficos da música na prevenção do delirium podem ocorrer através de um caminho diferente do relaxamento fisiológico.
Kim, J., Choi, D., Yeo, M. S., & Yoo, G. E. (2020). Effects of patient-directed interactive music therapy on sleep quality in postoperative elderly patients: a randomized-controlled trial. <i>Nature and Science of Sleep</i>, 12, 791. https://doi.org/10.2147/NSS.S286375	- 2 - Coreia do Sul	- Estudo controlado randomizado - 133 pacientes	Comparar os efeitos de duas intervenções diferentes (musicoterapia interativa dirigida ao paciente e escuta passiva) na qualidade do sono e nos níveis de melatonina/cortisol em pacientes idosos pós-operatórios internados	Os pacientes receberam musicoterapia interativa totalmente informada durante sua permanência na UTI pós-operatória. Os pacientes foram alocados aleatoriamente em três grupos, denominados grupo de musicoterapia interativa direcionada ao paciente, grupo de escuta passiva e o grupo de controle que recebeu apenas cuidados de rotina. A intervenção de musicoterapia interativa direcionada ao paciente, constou-se de musicoterapia individual implementada por um musicoterapeuta certificado durante o dia e audição musical individual à noite. Durante o dia, os pacientes participaram de uma intervenção individual de musicoterapia por aproximadamente 15 a 20 minutos entre 10h e 12h. Para o controle da respiração com música, foram

			em UTI, bem como investigar o impacto da musicoterapia nos resultados clínicos.	realizados exercícios de inspiração e expiração lenta e profunda com o fornecimento de música em que o tipo de padrão melódico coincidir com o ciclo de inspiração e expiração. A seleção da música foi determinada com base nos gêneros musicais preferidos do paciente relatados pelo paciente em sua entrevista inicial. O tipo de tarefa musical e o nível de envolvimento variaram dependendo do estado físico e emocional do paciente. A intervenção foi finalizada com um exercício respiratório para que o paciente fosse lembrado de como iniciar exercícios simples por conta própria durante a permanência na UTI ou durante a escuta de música à noite. À noite, foram fornecidos fones de ouvido e um MP3 player para que os participantes ouvissem música por 30 minutos entre 20h e 22h. Cada participante foi então encorajado a realizar este exercício enquanto ouvia música. No grupo de intervenção passiva de escuta musical, o paciente ouvia música à noite sem intervenção musical durante o dia, com duração da audição musical de 30 minutos. O MP3 player foi configurado para desligar automaticamente após 30 minutos. A música selecionada foi julgada como relaxante em estudos anteriores. Peças clássicas de música ou música instrumental contemporânea, incluindo Air for G string, Allemande, Canon, Nocturne e Swan foram selecionadas. Antes da escuta musical, foi apresentada a cada paciente uma lista de músicas pré-selecionadas. Fornecer sessões de música interativa dirigidas ao paciente pode promover a qualidade subjetiva do sono em pacientes idosos pós-operatórios na UTI. O sono adequado é necessário para a recuperação de doenças críticas e prevenção do delirium.
Pan, Y., Yan, J., Jiang, Z., & Luo, J. (2019). Incidence, risk factors, and cumulative risk of delirium among ICU patients: a case-control study. <i>International journal of nursing sciences</i> , 6(3), 247-251. https://doi.org/10.1016/j.ijnns.2019.05.008	- 2 - China	- Estudo caso-control - 452 pacientes	Investigar a incidência, fatores de risco e risco cumulativo de delirium entre pacientes de UTI.	A análise de risco cumulativo sugeriu que, se um paciente fosse fisicamente contido, tomasse medicamentos sedativos e permanecesse na UTI por um período igual ou superior a 7 dias, a incidência do delirium seria elevada. Portanto, os enfermeiros devem realizar a avaliação de rotina do delirium fortalecendo seu monitoramento, lembrar dos fatores de risco e a sinergia de múltiplos fatores, realizar intervenções efetivas, como uso prudente de contenção física, redução da frequência e duração da contenção mecânica, ajustar o plano de sedação e redução do tempo de permanência na UTI o mais precocemente possível, prevenindo assim a ocorrência do delirium.
Zhang, W., Sun, Y., Liu, Y., & Qiu, W. (2017). A nursing protocol targeting risk factors for reducing	- 4 - China	- Estudo prospectivo antes-depois	Determinar se uma intervenção de enfermagem direcionada aos fatores	Um protocolo de intervenção de enfermagem direcionado aos fatores de risco de delirium foi desenvolvido e implementado nos pacientes na UTI para a prevenção e redução da incidência do delirium. As

postoperative delirium in patients following coronary artery bypass grafting: Results of a prospective before-after study. International journal of nursing sciences, 4(2), 81-87. https://doi.org/10.1016/j.ijnns.2017.02.002		- 278 pacientes	de risco poderia diminuir a incidência de delirium pós-operatório entre pacientes que fizeram cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) na China.	intervenções de enfermagem foram específicas em sete domínios onde alguns preditores são potencialmente evitáveis: ▪ Controlando a dor a um nível leve: Avalie a dor 5 vezes ao dia (06:00–10:00–14:00–18:00–21:30), reconheça e controle a dor que é superior ao nível 3 pontos com a Escala de Dor de Xangai. ▪ Remoção precoce do cateter: Remova o cateter esofágico ou urinário o mais rápido possível extubando o tubo endotraqueal precocemente pelo protocolo ABCDE. ▪ Orientação usando 5W1H: Orientar todos os pacientes, três vezes ao dia (08:00–14:00–20:00) usando o 5W1H, incluindo quem (nome do funcionário que cuida dele), onde (local e arredores), quando (data e hora), o que (o que fazer ou agenda do dia), por que (por que fazer isso) e como (como fazer ou como cooperar). Para pacientes com comprometimento cognitivo inicial, implemente três vezes ao dia. ▪ Mais visitas em família: Aumentar, estender e adiantar as visitas familiares para duas vezes ao dia, 30 min para cada vez, a partir do 1º dia de pós-operatório, se não houver contraindicação evidente. ▪ Menos interrupções relacionadas aos cuidados: Iluminação e ruído adequados (<45dB); agrupar as atividades de enfermagem noturnas, evitar a mudança de posição passiva e ser chamado pelo nome durante o horário normal de sono das 23:00 às 05:00, se possível. ▪ Otimizando o conforto: A temperatura ambiente foi avaliada e ajustada para 25° centígrados; a higiene pessoal era feita às 20:00 antes de dormir, e não às 14:00 da tarde. ▪ Monitoramento de dificuldades para dormir: Se os pacientes fossem avaliados como incapazes de dormir às 23:00, isso era relatado aos médicos da UTI e os pacientes recebiam sedativos ou hipnóticos, buscando permitir que os pacientes tivessem um nível moderado de qualidade de sono ou um ciclo de sono normal. Cloridrato de dexmedetomidina foi administrado (0,2–0,7 mg/kg.h) à maioria dos pacientes com má qualidade de sono de acordo com a prescrição médica. A implementação deste protocolo, mostrou uma redução acentuada no delirium pós-operatório no grupo de intervenção. Além disso, teve menor tempo de permanência na UTI. Este estudo esclareceu que o reconhecimento e a prevenção ou minimização dos fatores de
--	--	------------------------	---	---

				risco podem efetivamente impedir que o paciente desenvolva delirium.
Faustino, T. N., Pedreira, L. C., Freitas, Y. S. D., & Silva, R. M. D. O. (2016). Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. Revista brasileira de enfermagem, 69, 725-732. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i	- 2 - Brasil	- Pesquisa-ação - 11 enfermeiros e 1 técnico em enfermagem	Realizar uma intervenção educativa com os membros da equipe de enfermagem de uma unidade de UTI, visando aumentar o conhecimento e introduzir melhorias em suas práticas quanto à prevenção e acompanhamento do delirium em pacientes idosos.	A intervenção educativa proposta consistiu na realização de oficinas pedagógicas em que os membros da equipe de enfermagem, após serem apresentados a evidências científicas atualizadas sobre o tema e refletindo sobre suas práticas cotidianas de trabalho, pudessem identificar problemas na forma de prevenir e acompanhar o delirium, planejar ações para a resolução desses problemas, e avaliar os resultados que obtiveram. Durante as oficinas pedagógicas, um dos pesquisadores apresentou evidências científicas sobre delirium em idosos críticos. Antes de cada encontro, os sujeitos receberam artigos e capítulos de livros sobre o tema, para subsidiar as discussões. Essas ações permitiram fornecer ao grupo suporte teórico atualizado para a identificação dos problemas existentes nas práticas e o planejamento das respectivas ações para solucioná-los. Dez problemas de diferentes naturezas, que poderiam ser solucionados/minimizados pelo grupo, foram detectados coletivamente: falta de sensibilização da equipe quanto ao atendimento ao idoso em risco de delirium ou portador dessa condição; orientações insuficientes aos pacientes pelos profissionais; interrupção noturna do sono dos pacientes; ruído excessivo na unidade; não utilizar escalas para detecção de delirium (treinamento/natureza técnica); dificuldade de alguns pacientes em visualizar os relógios; iluminação noturna excessiva (natureza estrutural); materiais impróprios para contenção física de pacientes (natureza material); ausência de rotinas para permitir o uso de próteses auditivas, óculos e dentaduras (natureza gerencial). Após a fase de identificação dos problemas, iniciou-se o planejamento das ações para solucioná-los/minimizá-los e prevenir o delirium, descritas a seguir: ▪ Promover um seminário sobre o tema; convidar um membro do grupo de pesquisa para expor os dados coletados de pacientes com delirium na UTI estudada; divulgar os temas do seminário para a equipe de enfermagem; elaborar um cartaz informativo e divulgar a informação oral. ▪ Verificar a possibilidade de adquirir mais três relógios para a unidade; verificar com o serviço de engenharia/manutenção a possibilidade de instalação dos relógios nas paredes. ▪ Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de orientar periodicamente os pacientes: seminário; incluir periodicamente no

				rol de atribuições da enfermagem dar instruções aos pacientes/estimular a memória dos pacientes. ▪ Informar/sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a importância de fornecer aos familiares do paciente informações sobre o quadro de delirium; incluir informações sobre o delirium na cartilha “Guia do Visitante”, a saber: o que é e como preveni-lo; elaborar um pôster informativo sobre delirium: o que é; o que causa; como identificá-lo; como prevenir. ▪ Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de evitar a privação sensorial: seminário; estabelecer rotinas flexíveis para o uso de próteses auditivas, óculos e próteses, de acordo com sua condição clínica; verificar a disponibilidade de caixas plásticas para armazenamento de próteses. Como segunda alternativa, usar sacolas plásticas. ▪ Entrar em contato com o grupo responsável, para verificar a possibilidade de adquirir contenções suficientes para a unidade; entrar em contato com a lavanderia para determinar a forma de controle (entregas e devoluções) das contenções enviadas para lavagem; orientar a equipe quanto ao uso do controle (entregas e devoluções) das amarras. ▪ Verificar junto ao departamento de manutenção a possibilidade de separar o interruptor de luz do posto de enfermagem do corredor e a viabilidade de instalação de um dimmer no posto de enfermagem; verificar com o departamento de lavanderia/costura a possibilidade de fazer tapa-olhos. ▪ Elaborar cartaz para informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de não interromper o sono dos pacientes durante a noite; verificar a possibilidade de aquisição de novos cabos de termômetro axilar com a equipe de engenharia clínica; ressaltar a importância da adequação das medicações orais, subcutâneas e colírios às 12h, 2h e 4h para a equipe de enfermagem, de acordo com a condição clínica dos pacientes. ▪ Elaborar e cartaz informativo para informar/sensibilizar a equipe sobre a importância da redução do ruído; estabelecer uma rotina de manter os celulares em modo vibratório durante os plantões; para verificar com o departamento de compras a possibilidade de adquirir tampões para os ouvidos. ▪ Estabelecer, como rotina, a descrição das alterações de saúde mental dos pacientes nos próprios formulários de enfermagem; capacitar
--	--	--	--	--

				enfermeiros in loco para aplicação da escala CAM-ICU; estabelecer uma rotina para aplicação da escala CAM-ICU uma vez por dia (manhã, tarde e SN) e sempre que os pacientes apresentarem alterações agudas do estado mental. A intervenção educativa possibilitou a atualização do conhecimento sobre o tema a partir do questionamento crítico das práticas, no cuidado prestado pelo grupo para prevenção e acompanhamento do delirium na unidade de UTI.
Mori, S., Takeda, J. R. T., Carrara, F. S. A., & Cohrs, C. R. (2016). Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50, 0587-0593. https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500007	- 2 - Brasil	- Estudo de coorte prospectivo - 149 pacientes	Identificar a incidência de delirium, comparar as características demográficas e clínicas de pacientes com e sem delirium e verificar fatores relacionados ao delirium em pacientes críticos.	Os fatores relacionados à ocorrência do delirium na UTI, foram idades mais avançadas e o uso de sedativo e analgésico, como midazolam, propofol e morfina. O estudo reforça a importância da atuação do enfermeiro no reconhecimento dos fatores de risco para a prevenção do delirium, por meio de medidas não farmacológicas, sobretudo em idosos, os quais têm maior chance de desenvolver esta disfunção cognitiva no ambiente da UTI. O enfermeiro pode implementar ações para a identificação precoce do delirium com o uso de instrumentos, como o CAM-ICU, que favoreçam a comunicação por meio de uma linguagem uniforme na equipe multidisciplinar e estratégias para monitorar de forma sistematizada a presença de dor ou desconforto para melhor adequação do uso dos analgésicos e sedativos, a mobilização precoce, atividades terapêuticas, otimização da audição e da visão e favorecimento do sono do paciente, ações que contribuem na prevenção dos fatores de risco do delirium no ambiente da UTI.
Wassenaar, A., Van Den Boogaard, M. H. W. A., Van Achterberg, T., & Slooter, A. J. C. (2015). Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. Intensive care medicine, 41(6), 1048-1056. https://doi.org/10.1007/s00134-015-3777-2	- 2 - Austrália, Bélgica, Inglaterra, Alemanha, Espanha, Suécia e Holanda.	- Estudo de coorte prospectivo - 2.914 pacientes	Desenvolver e validar um modelo baseado em dados disponíveis na admissão na UTI para prever o desenvolvimento de delirium durante a permanência completa de um paciente na UTI e determinar o valor preditivo desse modelo em relação ao tempo de desenvolvimento de delirium.	A identificação de pacientes de alto risco para delirium na UTI, pode facilitar sua prevenção. Foi desenvolvido e validado um modelo que permite a previsão precoce de pacientes com probabilidade de desenvolver delirium durante a admissão na UTI, usando nove preditores que estão prontamente disponíveis no momento da admissão na UTI. O modelo E-PRE-DELIRIC é composto por nove preditores: idade, histórico de déficit cognitivo, histórico de abuso de álcool, nitrogênio ureico no sangue, categoria de internação, internação de urgência, pressão arterial média, uso de corticosteroides e insuficiência respiratória. O risco de delirium dos pacientes para o tempo completo de permanência na UTI pode ser previsto na admissão usando o modelo E-PRE-DELIRIC, permitindo intervenções preventivas precoces com o objetivo de reduzir a incidência e gravidade do delirium na UTI.
Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., &	- 2	- Ensaio clínico randomizado	Avaliar se o uso de tampões de ouvido	Os pacientes do grupo intervenção, dormiam na UTI utilizando tampões de ouvido durante a noite com o intuito de reduzir o ruído

Fromont, V. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. <i>Critical care</i> , 16(3), 1-11. https://doi.org/10.1186/cc11330	- Bélgica	- 136 pacientes	durante a noite reduz o aparecimento de delirium e melhora a qualidade do sono na UTI.	ambiental e os pacientes do grupo controle, dormiam sem tampões durante a noite. Os tampões eram colocados no paciente pela equipe de enfermagem, que permanecia com o uso dos tampões de ouvido pelo período das 22:00 as 6:00. A ocorrência de delirium foi avaliado usando a escala de confusão NEECHAM e a percepção do sono foi avaliada por meio de cinco questões dicotômicas sobre a qualidade do sono autorreferida do paciente: 1) Você dormiu bem? 2) Você dormiu melhor do que o esperado? 3) Você dormiu melhor do que em casa? 4) Você ficou acordado por muito tempo antes de adormecer? 5) Você se sente suficientemente descansado? O uso de tampões auriculares durante a noite mostrou-se benéfico para prevenção do delirium na UTI, além de proporcionar uma melhor percepção do sono pelo paciente.
Zaal, I. J., Spruyt, C. F., Peelen, L. M., & Van Eijk, M. M. (2013). Intensive care unit environment may affect the course of delirium. <i>Intensive care medicine</i> , 39(3), 481-488. https://doi.org/10.1007/s00134-012-2726-6	- 4 - Holanda	- Estudo prospectivo antes-depois - 130 pacientes	Investigar a influência do ambiente da UTI no número de dias com delirium.	Modificações estruturais no ambiente da UTI podem contribuir para diminuir o número de dias com delirium durante a internação. Em uma UTI com todos os quartos individuais, projetados para reduzir o ruído e fazer com que os pacientes se sintam em casa, usando cores suaves e com vista proporcionando orientação e luz natural suficiente, os pacientes apresentaram menor incidência de delirium ao serem comparados com os pacientes em uma UTI convencional mista como enfermarias, com a presença de vários pacientes no mesmo ambiente, sem redução de ruído ambiental e presença de luz natural. Intervenções únicas no ambiente da UTI, devem ser implementadas, para determinar a influência dos fatores ambientais da UTI no delirium e podem ser consideradas medidas não farmacológicas para prevenção do delirium na UTI.
Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Olsen, K. M., & Schmid, K. K. (2014). Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility (ABCDE) bundle. <i>Critical care medicine</i> , 42(5), 1024. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000129	- 2 - Estados Unidos	- Estudo de coorte prospectivo antes e depois. - 296 pacientes	Avaliar a eficácia e segurança da implementação do pacote Despertar e Coordenação da Respiração, Monitoramento/manejo de Delirium e Exercício precoce/mobilidade (ABCDE) na prática diária.	O pacote ABCDE é uma estratégia de gestão multicomponente e interprofissional da assistência na UTI e baseada em evidências que promove a prevenção e a redução do desenvolvimento de delirium na terapia intensiva, além de estarem direcionadas a reduzir os efeitos nocivos da sedação excessiva, ventilação mecânica e imobilidade do paciente crítico. O <i>bundle</i> ABCDE é composto de ações como, o despertar do paciente, através de testes de despertar espontâneo e também da coordenação da respiração, com testes diários de respiração espontânea do paciente. O monitoramento/manejo de delirium também é uma estratégia que compõe <i>bundle</i> ABCDE, esta é realizada pela avaliação do nível de excitação dos pacientes, por meio da Escala de Agitação-Sedação de Richmond e pela triagem de delirium pela escala <i>Confusion Assessment Method for the ICU</i> (CAM-ICU). Ainda

				ações de Exercício precoce/mobilidade são realizadas diariamente com a mobilização do paciente para fora do leito da UTI quando possível.
Di, J., Wang, X., & Chen, J. (2021). Cluster nursing can reduce postoperative delirium and improve the negative emotions and quality of life of elderly ICU patients. American Journal of Translational Research, 13(4), 2931-2938. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129372/	- 2 - China	- Ensaio clínico randomizado - 167 pacientes	Explorar o efeito da aplicação do cluster de enfermagem em idosos pós-cirúrgicos em unidades de terapia intensiva (UTI).	A intervenção de enfermagem em cluster, é um modelo de gerenciamento centralizado e direcionado, que pode ser adotado para o mesmo tipo de paciente, combinando uma série de cuidado baseado em evidências científicas, que pode ajudar a melhorar os resultados dos pacientes. As ações específicas foram as seguintes: de acordo com a origem cultural, os dados clínicos e o histórico de cada paciente antes da admissão, seu estado psicológico foi avaliado de forma abrangente. Os enfermeiros durante o cuidado dos pacientes, perguntavam se eles tinham desconforto ou necessidades, os encorajavam ativamente e os ajudavam a se exercitar, para estabelecer um vínculo de confiança entre eles. No processo de enfermagem, os enfermeiros planejavam ações como manter a umidade e a temperatura adequadas, manter a luz na cabeceira suave, reduzir o ruído geral no ambiente e garantir que o paciente dormisse o suficiente das 22h às 7h do dia seguinte. Os pacientes foram encorajados a respirar fundo, tossir de forma eficaz e encher balões. Eles foram instruídos a manter uma dieta razoável. Quando o paciente conseguia se alimentar, a ingestão de alimentos e água era controlada para manter uma dieta balanceada. As enfermeiras responsáveis verificavam rigorosamente os índices relacionados ao delirium, como saturação de oxigênio no sangue, nível de consciência e pressão arterial, de modo a possibilitar a determinação precoce do delirium. Se o paciente estivesse agitado, extremamente quieto ou com dificuldade para falar, era necessário precaver-se para a ocorrência de delirium e identificar precocemente o delirium pós-operatório. Na higiene corporal e na higiene íntima do paciente, era necessária uma cortina, e o tempo de exposição do corpo eram reduzidos, de modo a fazer com que o paciente sentisse respeitada sua privacidade.
Kamdar, B. B., King, L. M., Collop, N. A., & Sakamuri, S. (2013). The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. Critical care medicine, 41(3), 800–809.	- 3 - Estados Unidos	- Estudo observacional, pré-pós. - 300 pacientes	Determinar se uma intervenção de melhoria da qualidade (QI) melhora o sono e o delirium/cognição.	As intervenções multifacetadas de promoção do sono, visaram atingir fatores modificáveis que afetam a qualidade do sono, implementadas com o auxílio de listas de verificação de lembretes diários, para a equipe da UTI, em três estágios: na fase 1, para diminuir as interrupções do sono, foram implementadas intervenções ambientais noturnas, incluindo desligar as televisões dos pacientes, diminuir as luzes dos corredores e agrupar as atividades de atendimento. As intervenções diurnas para promover os ritmos circadianos normais e o sono noturno incluíram o aumento das persianas, evitando cochilos

https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182746442				excessivos, incentivando a mobilização e minimizando a cafeína antes de dormir. No estágio 2 além das intervenções do Estágio 1, foram oferecidos auxílios para dormir não farmacológicos previamente estudados para não delirantes, incluindo tampões de ouvido, máscaras oculares e música suave. No estágio 3, uma diretriz farmacológica foi implementada para pacientes incapazes de dormir apesar das intervenções do Estágio 1 e 2. Essa diretriz desencorajou o uso de medicamentos sedativos comumente prescritos, conhecidos por alterar o sono e precipitar delirium (ou seja, benzodiazepínicos, opiáceos, difenidramina, trazodona) e recomendou alternativas prontamente disponíveis, como zolpidem para pacientes sem delirium e haloperidol ou um antipsicótico atípico para pacientes com delirium. Depois que todas as intervenções adotadas na prática de rotina, todos os funcionários da UTI envolvidos receberam treinamento extensivo sobre o estudo e uma lista de verificação diária lembrava a equipe para realizar intervenções de promoção do sono. A implementação de intervenções de promoção do sono como parte dos cuidados de rotina dos pacientes, foi viável para prevenção e associada a melhorias significativas na percepção de ruído noturno, prevenção de delirium na UTI e estado diário de delirium/coma na UTI.
Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., & Shortridge-Baggett, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. <i>Critical care</i> , 13(3), 1-12. https://doi.org/10.1186/cc7892	- 2 - Bélgica	- Estudo de coorte prospectivo - 523 pacientes	Estudar fatores de risco para prevenção do delirium em pacientes de terapia intensiva.	O reconhecimento de fatores de risco para o desenvolvimento do delirium na UTI, são adequados para a ação preventiva. Este estudo considera fatores de risco: a estadia do paciente em uma sala de isolamento; a ausência de luz do dia visível; uso de contenção mecânica; ausência de visitantes na UTI; uso de mais de três unidades de álcool por dia pelo paciente; déficit cognitivo predisponente; mais de três infusões venosas; uso de tubo endotraqueal ou traqueostomia. Ações preventivas como a presença de luz natural no quarto do paciente deve ser estimulada sempre que possível, a política de visitantes mais aberta deve ser implementada, uso criterioso de contenção de punho para proteger a posição de cateteres, tubos e drenos devem ser avaliada.
Moon, K. J., & Lee, S. M. (2015). The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: a randomized controlled trial. <i>International journal of nursing</i>	- 2 - Coreia do Sul	- Estudo controlado randomizado - 123 pacientes	Examinar os efeitos da aplicação de um protocolo preventivo de delirium personalizado, desenvolvido pelos autores, para pacientes	Reconhecendo a importância da prevenção e detecção precoce, foi aplicado, um protocolo preventivo de delirium adaptado ao tratamento de pacientes de UTI, composto por quatro componentes: monitoramento e triagem de risco de delirium; avaliação cognitiva e orientação; intervenção ambiental e intervenção terapêutica precoce. No componente denominado monitoramento e triagem de risco de delirium, os fatores de risco de delirium foram brevemente avaliados

studies, 52(9), 1423-1432. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.021			de UTI, analisando seus efeitos na incidência de delirium, mortalidade hospitalar, readmissão na UTI e tempo de permanência na UTI em um hospital coreano.	a partir da data de admissão na UTI por meio do monitoramento de alterações, após a admissão ou nas últimas 24 h, no funcionamento cognitivo, habilidades sensoriais, funcionamento físico e sociabilidade. As alterações cognitivas foram consideradas positivas quando os pacientes apresentaram diminuição da concentração, resposta lenta ou confusão; mudanças sensoriais positivas como deficiência auditiva e visual; mudanças físicas positivas como mobilidade lenta, inquietação, agitação, baixo apetite ou distúrbios do sono; e mudanças sociais positivas que incluíram dificuldades de comunicação, mudanças de humor e incapacidade de cooperar. As ações do componente do protocolo da avaliação cognitiva e orientação, foram compostas pelo uso da escala CAM-ICU para avaliação da função cognitiva e para avaliar o nível de orientação (ou seja, orientação de lugar, pessoa e tempo) era medido pelos enfermeiros. Quando os pacientes se apresentavam desorientados, eram orientados sobre local, pessoa e horário por meio de relógios e calendários (relógios e calendários com fonte grande para facilitar a visualização dos idosos) e explicações sobre o motivo de estarem na UTI. Ambos os meios de comunicação verbal e não verbal (ou seja, gestos, expressões faciais e escrita em uma grande folha de papel) foram usados conforme necessário para pacientes que estavam em tratamento respiratório artificial ou submetidos à traqueostomia ou terapia de sedação. Na intervenção ambiental, com o intuito de garantir a capacidade sensorial, foram avaliadas as habilidades visuais e auditivas. Se necessário, óculos pessoais ou aparelhos auditivos eram usados e colocados à beira do leito para facilitar o acesso quando necessário. Para melhorar as condições de sono, foi fornecida luz indireta durante toda a noite e, se possível, a mesma enfermeira responsável pelo cuidado durante toda a internação. Para reduzir a ansiedade decorrente de fatores ambientais da UTI, a movimentação de leitos dentro da UTI foi minimizada e os visitantes foram autorizados a trazer itens do paciente normalmente usados em casa após consultar a enfermeira responsável para evitar qualquer violação das regulamentações hospitalares. Na intervenção terapêutica precoce, a equipe de pesquisa revisou os dados dos pacientes (ou seja, resultados laboratoriais, notas de progresso de enfermagem, plano de cuidados, ficha de medicação, consulta e anotações médicas) para monitorar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos de delirium e abordá-los no início do período de internação. O equilíbrio nutricional
--	--	--	---	---

				foi mantido e qualquer desequilíbrio hidroeletrólítico foi corrigido por meio de consulta à equipe médica. A deambulação o mais cedo possível foi incentivada. Os pesquisadores instruíram os enfermeiros da UTI a estarem cientes do risco aumentado de delirium ao administrar medicamentos, como drogas hipnóticas anticolinérgicas, narcóticas e/ou sedativas, e a consultar um médico se tivessem alguma dúvida sobre a dosagem de medicamentos ou para revisar as orientações sobre a dosagem apropriada. Os enfermeiros foram orientados a monitorar de perto os sinais de infecção para detecção precoce e prestação de cuidados preventivos, limitar o uso desnecessário de cateteres, monitorar a saturação de oxigênio de perto para evitar hipoxemia e controlar a dor. Reconhecendo a importância da prevenção e detecção precoce do delirium, a aplicação deste protocolo de prevenção do delirium, adaptado para o tratamento dos pacientes na UTI, durante a fase aguda de 7 dias, foi essencial para a prevenção e redução da incidência de delirium na UTI.
Foster, J., & Kelly, M. (2013). A pilot study to test the feasibility of a nonpharmacologic intervention for the prevention of delirium in the medical intensive care unit. <i>Clinical Nurse Specialist</i>, 27(5), 231-238. https://journals.lww.com/cn-journal/Abstract/2013/09000/A_Pilot_Study_to_Test_the_Feasibility_of_a.7.aspx	- 2 - Estados Unidos	- Estudo prospectivo de coorte - 32 pacientes	Determinar a viabilidade e testar uma intervenção multicomponente, não farmacológica, conduzida por enfermeiros para a prevenção do delirium.	O protocolo de prevenção de delirium multicomponente não farmacológico consistia em 5 itens: (1) cessação diária da sedação; (2) promoção de ciclos sono-vigília; (3) promoção de estimulação sensorial significativa; (4) mobilidade do paciente e (5) ouvir música preferida. Para a cessação diária da sedação, as enfermeiras interromperam as infusões de sedativos e opiáceos todos os dias às 7h30, o que já era uma prática diária na UTI. Para promover ciclos de sono-vigília, o período de sono designado foi das 22h às 4h. A modificação ambiental para facilitar o sono consistiu em escurecer as luzes do teto, fechar as persianas e minimizar o ruído ambiente para 45 decibéis ou menos. Minimizando o ruído e a estimulação excessiva sem sentido, foi tentado limitando o som vocal, televisão, procedimentos de enfermagem, raios-x, punções venosas e arteriais durante as horas de sono. Uma placa de "Silêncio" foi colocada na porta dos quartos dos pacientes, com espaço para documentar cada interrupção do paciente, definida como qualquer ação que envolvia tocar o paciente. Foi utilizado um decibelímetro para medir o nível de ruído. Para promover ainda mais estimulação significativa, relógios visíveis, calendários e quadros brancos foram instalados nos quartos dos pacientes. Os pacientes foram oferecidos seus óculos e aparelhos auditivos e as famílias incentivadas a fornecer os itens. Um protocolo de mobilidade de 4 níveis foi usado, que foi projetado para pacientes críticos e os níveis determinados pela acuidade do paciente. O nível 1

				é para pacientes inconscientes e a mobilidade consiste de virar na cama a cada 2 horas e intervalo passivo de movimento 3 vezes por dia. O nível 2 é para pacientes conscientes e além dos exercícios para pacientes de nível 1, resistência ativa exercícios enquanto deitado ou sentado na cama e posição sentada na cama por um mínimo de 20 minutos 3 vezes por dia é descrito. O nível 3 é para pacientes conscientes e inclui sentado na beira da cama, além dos outros níveis de exercícios. O nível 4, para pacientes conscientes, inclui transferir para uma cadeira por pelo menos 20 minutos por dia. A música preferida foi oferecida a cada paciente e gerenciada pelo paciente quando capaz ou pela família e/ou pelo enfermeiro quando o nível de consciência do paciente, nível de sedação ou outras condições tornou o paciente incapaz de gerenciar os controles. Quando nem o paciente nem a família foram capazes ou disponível para fazer uma seleção, a música foi adiada porque a preferência do paciente era desconhecida. A música era tocada de 18h00 às 20h00, no entanto, os pacientes foram autorizados a escolher ouvir a música em outros momentos, exceto durante o tempo de sono designado. A intervenção foi então implementada pelos enfermeiros e todos os pacientes continuaram a ser avaliados para delirium, o que demonstrou ser uma intervenção eficaz para a prevenção do delirium.
Colombo, R., Corona, A., Praga, F., & Minari, C. (2012). A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. <i>Minerva anestesiológica</i>, 78(9), 1026. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22772860/	- 3 - Itália	- Estudo observacional prospectivo - 314 pacientes	Avaliara a eficácia do protocolo de reorientação, com base na estimulação mnemônica e ambiental.	Os pacientes foram submetidos a uma estratégia de reorientação, realizada pela equipe de enfermagem, pelo menos uma vez ao turno, utilizou-se a escala de cinco Ws e um H composta das seguintes questões: Quem - Quem é você? Quem é o enfermeiro/médico? Que - O que aconteceu? Quando - Quando aconteceu e qual a data? Onde - Onde você/nós está? Por quê - Por que aconteceu? Quanto - Como isso aconteceu? E qual é a progressão da doença? Eles eram frequentemente: 1) chamado pelo seu primeiro nome; 2) informações sobre a UTI, hospital (ou seja, nome hospitalar, tempo de internação) e progressão da doença; 3) estimulado mnemonicamente (em seus recentes achados clínicos, lembrando os primeiros nomes dos familiares e a data e a hora do dia específico). Além disso, os pacientes foram submetidos à estimulação ambiental, acústica e visual. Um relógio de parede foi colocado em frente a cada leito da UTI e os pacientes foram convidados a ler jornais/livros, ouvir música ou rádio durante o dia. À noite, luzes e ruídos da UTI foram reduzidos ao mínimo. A estratégia de reorientação esta correlacionada com uma ocorrência significativamente menor de delirium.

Inouye, S. K. (2000). Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies. <i>Annals of medicine</i>, 32(4), 257-263. https://doi.org/10.3109/07853890009011770	- 2 - Estado Unidos	- Ensaio clínico controlado - 852 pacientes	Descrever a etiologia multifatorial do delirium para elucidar os fatores predisponentes e precipitantes para o delirium e, finalmente, apresentar uma visão geral do julgamento de prevenção do delirium, que foi direcionado para abordar fatores de risco de delírio.	As recomendações gerais para a prevenção do delirium são: os medicamentos prescritos devem ser revistos regularmente e medicamentos psicoativos minimizados sempre que possível. Proporcionar a cada paciente uma reorientação frequente e um cronograma de suas atividades. O contato interpessoal e a comunicação são de vital importância, com o uso de estratégias de reorientação, instruções e explicações simples e contato visual frequente. Familiares devem ser instruídos a fornecer esse tipo de apoio contínuo. Os pacientes devem estar envolvidos em seus cuidados e autorizados a participar da tomada de decisão o máximo possível. Óculos e aparelhos auditivos devem ser usados para reduzir déficits sensoriais. A mobilidade, o autocuidado e a independência devem ser incentivadas o máximo possível, dispositivos imobilizadores (por exemplo, cateteres de bexiga) devem ser minimizados. As restrições físicas devem ser evitadas devido aos seus efeitos adversos bem estabelecidos da imobilidade e ao aumento da agitação. É preciso prestar atenção para minimizar as influências do ambiente da UTI. Relógios, calendários e influências ambientais orientantes de casa (por exemplo, artefatos pessoais, fotografias de família e itens religiosos) devem ser fornecidos. As mudanças de quarto e pessoal devem ser mantidas ao mínimo. Deve-se assegurar nutrição e hidratação adequadas. Um ambiente tranquilo com iluminação de baixo nível é ideal para o paciente. Talvez a intervenção mais importante seja permitir um período ininterrupto para dormir à noite. Isso requer coordenação de procedimentos médicos e de enfermagem, como medicamentos, sinais vitais, fluidos intravenosos e tratamentos. Podem ser necessárias alterações em toda a UTI para garantir uma diminuição do nível de ruído à noite. Abordagens não farmacológicas para relaxamento, incluindo música e massagem, podem ser altamente eficazes para melhorar o sono e reduzir a agitação.
Sugita, Y., Miyazaki, T., Shimada, K., & Shimizu, M. (2018). Correlation of Nutritional Indices on Admission to the Coronary Intensive Care Unit with the Development of Delirium. <i>Nutrients</i>, 10(11),1712.	- 2 - Japão	- Estudo de coorte - 653 pacientes	Avaliar a correlação entre o estado nutricional na admissão pelo índice nutricional e o desenvolvimento de delirium na unidade de terapia intensiva coronariana	Avaliou-se estado nutricional do idoso na admissão na UTI, usando três sistemas de pontuação, para estimar os valores dos fatores de risco prognósticos relacionados à nutrição: o Índice de Risco Nutricional Geriátrico (GNRI), o Índice de Nutrição Prognóstica (PNI) e o método Controlling Nutritional Status (CONUT). Essas ferramentas são simples e precisa para a estimativa do risco de morbidade e mortalidade em pacientes idosos hospitalizados. A desnutrição na admissão apresentou correlação significativa com o desenvolvimento de delirium e sugerem que a avaliação precoce do estado nutricional

https://doi.org/10.3390/nu10111712				pode ajudar a identificar pacientes com alto risco de delirium e assim iniciar melhores cuidados relacionados a alimentação e nutrição para prevenir o desenvolvimento de delirium.
Inouye, S. K., Bogardus Jr, S. T., Charpentier, P. A., & Leo-Summers, L. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. New England journal of medicine, 340(9), 669-676. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199903043400901	- 2 - Estados Unidos	- Ensaio clínico controlado - 852 pacientes	Comparar a eficácia de uma estratégia multicomponente para reduzir o risco de delirium com a de um plano usual de cuidados para pacientes idosos hospitalizados, determinar o nível de adesão ao protocolo de intervenção e medir o efeito da intervenção sobre os fatores de risco visados.	Seis fatores de risco para delirium foram alvo de intervenção: déficit cognitivo, privação de sono, imobilidade, deficiência visual, deficiência auditiva e desidratação. A estratégia de intervenção foi denominada Programa Elder Life, composta de protocolos com intervenções para prevenção do delirium. No protocolo de orientação, era utilizado quadro com nomes dos membros da equipe assistencial e programação do dia, informações para reorientar o paciente sobre o ambiente. No protocolo de atividades terapêuticas eram realizadas atividades cognitivamente estimulantes três vezes ao dia (por exemplo, discussão de eventos atuais ou jogos de palavras). Para o protocolo de sono eram realizadas ações não farmacológicas, como consumo de bebida quente (leite ou chá de ervas) na hora de dormir, fitas de relaxamento ou música e massagem nas costas, ainda ações para o protocolo de aumento do sono como, estratégias de redução de ruído em toda a unidade, programação de ajustes de alarmes para permitir o sono e reprogramação de medicamentos e procedimentos de enfermagem. No protocolo de mobilização precoce, era realizada deambulação ou amplitude de movimento ativa, com mudança nos exercícios três vezes ao dia, uso mínimo de equipamento imobilizador (por exemplo, cateteres vesicais ou restrições físicas), deambulação sempre que possível e exercícios de movimento quando o paciente não deambula. No protocolo de visão, eram utilizados auxílios visuais (por exemplo, óculos ou lentes de aumento) e equipamentos adaptativos (por exemplo, grandes teclados de telefone iluminados, livros com letras grandes e fita fluorescente na campainha), com reforço diário de seu uso. No protocolo auditivo, os aparelhos amplificadores portáteis eram disponibilizados, a desobstrução de cera do ouvido era realizada e técnicas especiais de comunicação, com reforço diário dessas adaptações. Para o protocolo de desidratação era preconizado o reconhecimento da desidratação e reposição de volume (ou seja, encorajamento da ingestão oral de líquidos) por parte da enfermagem.
Bryczkowski, S. B., Lopreiato, M. C., Yonclas, P. P., & Sacca, J. J. (2014). Delirium prevention	- 2 - Estados Unidos	- Estudo prospectivo de coorte	Avaliar a eficácia de um programa de prevenção de delirium e determinar se	Um protocolo não farmacológico de aumento do sono foi projetado para promover o sono e eliminar fatores que interferiram no ciclo normal de sono-vigília. Durante a noite, a equipe de enfermagem foi proibida de realizar banho de rotina nos pacientes. As rotinas foram

program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. <i>Journal of surgical research</i>, 190(1), 280-288. https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.02.044		- 123 pacientes	diminuiu a incidência e a duração do delirium em idosos, admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica.	ajustadas o máximo possível para permitir trechos de sono ininterrupto. Luzes e televisores foram desligados, e monitores e máquinas foram definidos para o modo noturno, o que diminuiu o volume e escureceu os displays. Duas vezes por dia, durante a tarde e a noite, os pacientes foram agendados períodos de 90 minutos de tempo tranquilo, onde os visitantes foram convidados a sair e os prestadores de cuidados de saúde limitaram as interrupções às atividades essenciais. Em tempos tranquilos, os toca-discos compactos foram disponibilizados com música relaxante. Enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliares de enfermagem da UTI foram treinados em massagem para demonstrar técnicas simples aos familiares e visitantes. Como parte da intervenção, enfermeiros realizaram a educação de pacientes e familiares sobre delirium. Os pacientes que chegaram entubados ou com estado mental alterado por qualquer motivo, na maioria das vezes a sepse, não receberam educação sobre delirium até estarem acordados e alertas. As famílias receberam informações em panfletos e foram incentivados a participar do atendimento ao paciente, especialmente na alimentação, massagem suave e reorientação.
Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P., & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. <i>Anaesthesia</i>, 69(6), 540-549. http://www.anaesthesiacorrespondence.com	- 4 - Inglaterra	- Estudo de coorte antes e depois - 338 pacientes	Reduzir a incidência de privação de sono e delirium abordando fatores de risco por meio de um novo pacote de intervenções totalmente não farmacológicas.	O pacote multicomponente de intervenções incluiu medidas tomadas para reduzir ruído, luz e distúrbios iatrogênicos do sono, bem como tentativas de modificar fatores de risco para delirium. As medidas de controle do ruído na UTI incluíram o fechamento das portas quando não estiverem em uso e a diminuição dos níveis de ruído dos alarmes nos monitores de cabeceira e no volume dos telefones. Tampões de ouvido de uso único foram oferecidos a todos os pacientes com pontuação na Escala de Sedação por Agitação de Richmond maior que -4. As medidas para reduzir a luz envolveram a implementação de um cronograma cronometrado de 'luzes apagadas e acesas', realizando atividades de cuidados noturnos com iluminação de cabeceira sempre que possível e escurecendo/desligando qualquer tela de monitor que não estivesse em uso. Além disso, máscaras oculares de uso único foram oferecidas a todos os pacientes. As rotinas noturnas foram ajustadas escurecendo as luzes do teto mais cedo, desencorajando a equipe de falar nos espaços próximos da cama dos pacientes e incentivando-os a agrupar atividades e tratamentos de atendimento ao paciente para limitar o número de distúrbios individuais para cada paciente. Para garantir a orientação dos pacientes, os enfermeiros foram abordados durante a passagem de plantão e orientados a realizar essa tarefa orientando os pacientes quanto ao horário, local e data a

				cada oito horas. Também foram usados vários relógios para permitir que os pacientes acordados vissem as horas. Todos os pacientes que necessitam de ventilação mecânica foram avaliados diariamente quanto à adequação para suspensão da sedação ou tentativas de respiração espontânea. Escores de dor foram mensurados por hora e ação imediata para otimizar a analgesia, forma aplicadas quando necessário. Foi realizado a mobilização precoce quando possível e apropriado. As principais barreiras ambientais ao sono observadas na UTI foram abordadas. Isso se reflete nas reduções nos níveis de ruído e luz e nos distúrbios iatrogênicos do sono durante a noite.
Ribeiro, S. C. L., Nascimento, E. R. P. D., Lazzari, D. D., & Jung, W., Boes, A. A. (2015). Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. Texto & Contexto-Enfermagem, 24, 513-520. https://doi.org/10.1590/0104-07072015001702014	- 2 - Brasil	- Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória - 14 Enfermeiros	Analisar o conhecimento de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva acerca do delirium no paciente crítico.	Os cuidados de enfermagem podem prevenir a ocorrência do delirium. Entre esses cuidados, pode-se citar uso da luz para manter ou restaurar o ciclo circadiano, que, embora simples, é frequentemente subutilizado. Outras medidas incluem: uso de próteses auditivas e óculos para que o paciente se sinta mais seguro; oportuna remoção de sondas e restrições; mobilização precoce no leito e uso racional de restrições físicas e químicas. É importante pensar no bem-estar do paciente e promover dignidade durante os cuidados diários, tais como os banhos no leito, e respeitar a privacidade sempre que possível, além de oferecer comunicação efetiva e explicações sobre os procedimentos. A presença do familiar também pode auxiliar nesse processo por meio da ampliação dos horários de visita, o que seria de grande valia para fortalecer o sentimento de segurança dos pacientes. Modificar positivamente o ambiente de terapia intensiva para que ele se torne menos hostil, humanizando o cuidado, é tarefa que a enfermagem pode fomentar, aliada a um melhor manejo da sedação, conduta está a ser discutida entre os profissionais habilitados para tal.
Oosterhouse, K. J., Vincent, C., Foreman, M. D., & Gruss, V. A. (2016). Intensive care unit nurses' beliefs about delirium assessment and management. AACN advanced critical care, 27(4), 379-393. https://doi.org/10.4037/aacnacc2016535	- 2 - Estados Unidos	- Estudo transversal, descritivo e qualitativo. - 30 enfermeiros	Explorar a identificação de delirium por enfermeiros de UTI, ações que eles tomariam para pacientes com sinais ou sintomas de delirium e crenças sobre avaliação e gerenciamento de delirium.	As recomendações de prevenção do delirium incluem a continuidade do cuidado por uma equipe multidisciplinar; avaliação de risco e intervenções multicomponentes adaptadas às necessidades do paciente e ambiente da UTI dentro de 24 horas após a admissão; estratégias de orientação com relógios, calendários, letreiros, iluminação e presença familiar; abordando hidratação, oxigenação, mobilidade, dor, comprometimento sensorial, nutrição e estado do sono; prevenir, monitorar e tratar infecções; e revisão de medicamentos. Ainda se recomenda, o monitoramento de rotina para identificação precoce do delirium e tratamento da causa subjacente, mobilização precoce para prevenir e reduzir a duração e promoção do sono otimizando o ambiente da UTI.

Faustino, T. N., Pedreira, L. C., Silva, R. M. D., & de Freitas, Y. S. (2016). Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos. Revista Baiana de Enfermagem, 30(3), 1-10. https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.15794.	- 2 - Brasil	- Pesquisa-ação - 9 enfermeiras e 01 técnica em enfermagem.	Verificar conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) acerca do cuidado ao idoso para prevenção e monitorização do delirium.	Em face do conhecimento apresentado pelas participantes sobre o delirium no idoso em estado crítico, foram construídas quatro categorias temáticas, dentre as quais, a categoria sobre a prevenção do delirium pela promoção de estratégias para a reorientação do idoso, refere a importância da reorientação do idoso, através de ações como chamar o paciente pelo primeiro nome, orientá-lo em relação ao dia, data, hora, local e quadro clínico, estimular a memória com perguntas sobre dados já informados e fatos da sua vida pessoal, de forma periódica, associada ao fornecimento de livros, revistas, estímulo acústico e presença de relógio nos leitos. Também a exposição de objetos familiares e a extensão do horário de visitas, contribuem para a reorientação da pessoa idosa. O ajuste dos alarmes do monitor, a redução da luminosidade dos leitos no período noturno, foram citadas como ações da equipe de enfermagem para a prevenção do delirium no idoso na UTI. Percebe-se também que, dos fatores de risco elencados pelas participantes, foram indicadas medidas preventivas para evitar/minimizar o isolamento do idoso na UTI pela extensão do horário de visitas. Visto que é a enfermagem que permanece por maior período de tempo acompanhando o paciente, e que as medidas investigadas são de baixo custo e de fácil aplicabilidade, há a necessidade de sensibilização das profissionais acerca da importância dessa estratégia de reorientação, assim como a realização de atividades educativas, para que essas ações sejam implementadas adequadamente e em sua totalidade.
Whitcomb, J. J., Morgan, M., Irvin, T., & Spencer, K. (2013). A pilot study on delirium in the intensive care unit: a creative inquiry project with undergraduate nursing students. Dimensions of Critical Care Nursing, 32(5), 266-270. https://10.1097/DCC.0b013e3182a077cd	- 4 - Estados Unidos	- Caso-controle - 7 pacientes	Determinar a relação entre essas variáveis usando um monitor de sono para capturar a atividade real do sono em comparação com as características do paciente e a atividade em tempo real no ambiente da UTI.	Recomenda a promoção do sono, otimizando o ambiente, usando estratégias para controlar a luz e o ruído, agrupando atividades de assistência ao paciente idoso e estímulos decrescentes à noite para proteger o ciclo do sono.
Martínez, F., Donoso, A. M., Marquez, C., & Labarca, E. (2017). Implementing a	- 3 - Chile	- Estudo de intervenção antes e depois	Avaliar a eficácia e descrever a estratégia de implementação de uma intervenção	A estratégia adotada reduziu significativamente o delirium em pacientes idosos, foram adotadas ações de prevenção do delirium, a participação precoce de toda a equipe, a liderança compartilhada e o fornecimento de tarefas concretas, fundamentais para o sucesso dessa

multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients. Critical care nurse, 37(6), 36-46. https://doi.org/10.4037/ccn2017531		- 227 pacientes	multicomponente para prevenir o delirium em uma unidade de terapia intensiva.	intervenção multicomponente. As ações de prevenção do delirium realizadas pela enfermagem, iniciaram com o uso da ferramenta CAM-ICU a cada 12 horas e a interrupção da sedação transitoriamente para permitir as avaliações, em seguida as seguintes intervenções foram realizadas: mobilização precoce (garantir a mobilização dentro ou fora do leito, dentro de 24-48 horas após a admissão); reorientação diária usando lembretes sobre data, hora do dia e local pelo menos duas vezes ao dia e explicando o motivo da admissão na UTI a todos os pacientes diariamente; prevenção da privação sensorial, garantindo que os aparelhos de leitura/audição estivessem disponíveis para pacientes internados sempre que aplicável; controle da dor, higiene do sono optando por realizar procedimentos eletivos durante o dia; estimulação ambiental através do fornecimento de relógio e calendário visíveis em todos os box dos pacientes e incentivo aos membros da família para fornecer objetos familiares como fotografias; monitoramento da função urinária e retal, minimização da restrições e participação da família no cuidado. As intervenções multicomponentes são eficazes na prevenção do delirium entre os doentes críticos.
Contreras, C. C. T., Páez-Esteban, A. N., Rincon-Romero, M. K., & Carvajal, R. R. (2021). Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. Journal of the USP School of Nursing, 55. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035003685	- 2 - Colômbia	- Estudo quase experimental com um grupo controle não equivalente e com avaliação antes e após a intervenção. - 291 pacientes	Determinar a eficácia de uma intervenção de enfermagem para prevenção de delirium em pacientes críticos.	A intervenção foi realizada diariamente desde a admissão até a alta da UTI, por duas enfermeiras previamente capacitadas e teve a duração de 15 minutos. As ações realizadas estão descritas a seguir: ESTIMULAÇÃO COGNITIVA - Orientação espacial e temporal: Cumprimentos diários, chamar o paciente pelo nome, informação diária do espaço, local e motivo da internação. Uma conversa foi iniciada ouvindo ativamente sobre eventos atuais e passados ou notícias para interessar e estimular a pessoa enquanto orientava no tempo, lugar, pessoa e família. Atividades de estimulação cognitiva: jogos de caça-palavras, palavras cruzadas (duração diária de cinco minutos). - Estimulação visual e auditiva: promoveu-se o contato visual direto, o uso frequente do contato, o uso de aparelhos visuais e auditivos (óculos, próteses auditivas), a escuta ativa do paciente podendo expressar suas preocupações e tirar dúvidas. Durante o contato com o paciente, falavam devagar, tom de voz médio, uso de frases curtas e claras. A comunicação concreta e específica foi mantida. Foram mostrados fotografias, cartas e desenhos de revistas ou feitos por familiares. Os enfermeiros solicitaram a lista de itens pessoais que o paciente gostaria de ter durante a internação para obtê-los, como

				óculos, aparelhos auditivos, dentaduras, fotos de família, objetos religiosos, etc. O uso de jogos de relacionamento, por exemplo, era solicitado ao paciente para indicar em uma lista os objetos que vão na geladeira (duração diária de cinco minutos). SUPORTE DA FAMÍLIA Incentivou-se o envolvimento da família e cuidadores no autocuidado e na reorientação do paciente. A educação sobre delirium e suas complicações foram realizadas. O acompanhamento e a aproximação do paciente a um familiar ou pessoa de sua confiança foram facilitados, desde que possível. A implementação dessas intervenções de enfermagem é altamente recomendada, considerando sua eficácia na prevenção do delirium na UTI.
Skrobik, Y., Ahern, S., Leblanc, M., & Marquis, F. (2010). Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates. <i>Anesthesia & Analgesia</i>, 111(2), 451-463. http://10.1213/ANE.0b013e3181d7e1b8	- 4 - Canadá	- Estudo de coorte prospectivo - 1133 pacientes	Determinar se ensinar a equipe da UTI a usar um protocolo no qual as características clínicas de dor, agitação e delirium sejam diferenciadas e conduzam a intervenção farmacológica e não farmacológica reduziria o uso de medicamentos.	O protocolo de intervenção destinado a prevenção do delirium e conduzido por enfermeiros da UTI, era composto de: rádios portáteis e CD players foram instalados à beira do leito de cada paciente da UTI. Os enfermeiros foram incentivados a oferecer aos pacientes as seguintes intervenções: os pacientes foram questionados se preferiam ouvir música ou receber medicação sedativa para aliviar a ansiedade. Além disso, todos os pacientes com alucinações ou outras características delirium foram reasssegurados de que os sintomas “não eram reais” e foram rotineiramente reorientados. Os pacientes foram expostos a música diariamente e quando questionados sobre o conforto tornaram-se menos propensos a receber fentanil ou outros analgésicos opiáceos. Os enfermeiros relataram a importância de uma maior compreensão das necessidades individuais dos pacientes, para prevenir o delirium.
Karabulut, N., & Aktaş, Y. Y. (2016). Nursing management of delirium in the postanesthesia care unit and intensive care unit. <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i>, 31(5), 397-405. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.10.006	- 4 - Turquia	- Estudo descritivo - 87 enfermeiros	O objetivo do estudo foi examinar as abordagens dos enfermeiros para cuidar de pacientes com delirium pós-operatório na unidade de recuperação pós-anestésica e unidade de terapia intensiva.	As intervenções de enfermagem foram divididas em sete categorias. Categoria Funções fisiológicas: monitoramento de oxigenação ou oxigenoterapia; monitoramento de sinais vitais e controle da dor; manter a temperatura corporal normal e realizar a higiene do paciente; manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico; monitoramento de glicose no sangue e fornecimento de nutrição regular; proporcionar um ciclo normal de sono/vigília. Categoria Controle da dor: Massagem; avaliação da gravidade da dor; exercício de respiração rítmica; terapia musical. Categoria Métodos de comunicação: Conversa lenta e tranquila com o paciente; ouvir proativamente o que o paciente diz, dando segurança ao paciente; usar frases curtas e simples para se comunicar com o paciente; monitoramento dos movimentos e

				afetividade do paciente; repetir as perguntas feitas ao paciente, dando tempo suficiente para responder. Categoria Condições ambientais: Proporcionar um ambiente confortável e seguro (por exemplo, elevar as bordas da cama); prestação de cuidados centrados no paciente; redução de ruído e iluminação na UTI; orientação ao paciente; fornecer informações ao paciente sobre o ambiente da UTI; reduzir os sons de alarme do monitor. Categoria Abordagem psicossocial: Incentivar os pacientes a conhecer seus familiares; dar oportunidade ao paciente de expressar seus sentimentos e medos; fazer com que os pacientes cuidem de si; usar uma conversa lenta e tranquila com o paciente. Categoria Gestão da agitação e ansiedade: Observar sintomas prodromáticos de delirium (por exemplo, gritos, humor variável e raiva); usar contenção física mínima com o paciente quando possível; distrair o foco do paciente agitado; manter os cuidados de rotina do paciente, simplificando as atividades diárias. Categoria Padrões normais de sono: Reduzir o ruído e a iluminação à noite; terapia farmacológica com prescrição médica; não interromper o sono do paciente para administrar medicação; ensinar exercícios de respiração profunda e relaxamento; limitar o sono dos pacientes durante o dia.
Lynch, J., Rolls, K., Hou, YC, & Hedges. (2020). Delirium in intensive care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial for a nurse-led intervention to reduce the incidence and duration of delirium among adults admitted to the intensive care unit. Australian Critical Care, 33(5), 475-479. https://doi.org/10.1016/j.auc.2019.12.003	- 2 - Austrália	- Ensaio controlado randomizado de cluster escalonado. - 960 pacientes	Avaliar o impacto de um protocolo de prevenção de delirium conduzido pela enfermagem que visa reduzir a incidência e a duração do delirium em pacientes internados na UTI.	O protocolo de prevenção de delirium, foi elaborado com intervenções de enfermagem pré-estabelecidas, para quatro componentes distintos. No componente denominado deficiência cognitiva, foram estabelecidas as seguintes intervenções: estabelecer uma linha de base usando a ferramenta de avaliação CAM-ICU validada e use técnicas de orientação; todos os pacientes serão reorientados quanto ao horário/local/pessoas/evento como motivo da internação, em intervalos regulares. Para o componente funções sensoriais, seguem as intervenções: otimizar a função sensorial para visão e audição garantindo que óculos e aparelhos auditivos estejam disponíveis e sejam usados adequadamente quando o paciente estiver acordado. As famílias serão lembradas de ter esses itens disponíveis e os enfermeiros garantirão seu uso adequado; usar técnicas de comunicação apropriadas (verbal/escrita/imagens) para compensar a perda sensorial e superar as barreiras linguísticas. Para as intervenções ambientais, foram estabelecidas: fornecer relógio, calendário e horário visíveis para cada paciente; fornecer gerenciamento do sono (luz noturna, massagem nos pés, massagem nas costas); proporcionar um ambiente físico confortável com redução de ruídos; remover as restrições físicas assim que possível, de acordo com a segurança dos pacientes;

				providenciar visitas de familiares e incentivá-los a permanecerem mais tempo e com frequência na UTI quando possível, especialmente para pacientes que não falam inglês e durante o desmame planejado da sedação. Para o componente intitulado intervenções terapêuticas precoces, seguem as ações: incentivar a mobilização precoce e planejar o cronograma de mobilidade; fornecer nutrição adequada, manter o equilíbrio hídrico e eletrolítico; avaliar e abordar o manejo da dor de forma eficaz e precoce; uso cuidadoso de pílulas para dormir, anticolinérgicos e opiáceos; evitar a hipóxia; detecção precoce e gestão da infecção; remoção de cateteres desnecessários; fazer uma triagem rotineira do histórico de álcool e inicie a avaliação de abstinência de álcool, quando apropriado.
Bounds, M., Kram, S., Speroni, K. G., & Brice, K. (2016). Effect of ABCDE bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients. <i>American Journal of Critical Care</i> , 25(6), 535-544. https://doi.org/10.4037/ajcc2016209	- 4 - Estados Unidos	-Estudo retrospectivo, do tipo antes e depois. - 159 paciente	Quantificar a prevalência e a duração do delirium em pacientes de UTI antes e após a implantação do bundle ABCDE.	As intervenções para prevenção do delirium, conduzidas pelos enfermeiros foram: Triagem de Delirium com lista de verificação de Triagem de Delirium em Cuidados Intensivos (ICDSC); status de triagem de delírio discutido em rodadas interprofissionais e em vigor na ferramenta de arredondamento; educação de enfermeiros de unidade de terapia intensiva (UTI) sobre o padrão de prática para fornecimento e documentação de intervenções de enfermagem não farmacológicas para prevenção do delirium na UTI (por exemplo, avaliar a remoção de cateter, garantir a presença de campanhas nos leitos, organização dos cuidados para permitir períodos de descanso, estimulação cognitiva, mobilização precoce, educação da família do paciente e sistema de apoio, manter o ciclo de sono/vigília, rever medicamentos, minimizar estímulos ambientais, avaliar a dor, reorientar o paciente com frequência, fazer exercícios de amplitude de movimento e disponibilizar dispositivos sensoriais).
Shaughnessy, L. (2013). Introducing delirium screening in a cardiothoracic critical care unit. <i>Nursing in Critical Care</i> , 18(1), 8-13. https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00514.x	- 6 - Inglaterra	- Estudo retrospectivo -108 pacientes	Compartilhar uma experiência de introdução da pontuação Delirium em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardiorácica e as lições aprendidas.	As ações preventivas implementadas foram: fornecer relógio; orientação do paciente; mobilização; nutrição/hidratação adequada; resolver a constipação; incentivar o sono; revisão de medicamentos; abordar a deficiência auditiva e visual; monitorar a dor e realizar atividades cognitivamente estimulantes.
Godfrey, M., Smith, J., Green, J., & Cheater, F. (2013). Developing and implementing an integrated	- 4 - Inglaterra	- Pesquisa de ação participativa.	Desenvolver, testar e avaliar um programa de prevenção de delirium.	O Programa de Prevenção do Delirium (POD) desenvolvido, combina um processo de prevenção e implementação de vários componentes, incorporando sistemas e mecanismos para introduzir e incorporar a prevenção ao delirium nas práticas de rotina da enfermagem. As ações

delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. BMC health services research, 13(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-341		- 31 indivíduos e 50 horas de observação		do programa multicomponente, são detalhadas a seguir: Manter um calendário e relógio em um local de fácil visualização; colocar placa de orientação com os nomes dos membros da equipe de atendimento e a programação diária; fornecer sinalização clara; fornecer iluminação adequada; Manter os ambiente silencioso; encorajar deambulação, fornecendo auxílio e dispositivos; não dar banho de rotina nos pacientes à noite; desligar luzes e televisores à noite; promover atividades de estímulo cognitivo ao menos três vezes ao dia e deixar o ambiente menos cansativo com televisão, rádio, DVD, jogos de palavras, jornal, livro, revista e discutir os acontecimentos atuais; promover equipamentos de adaptação, como teclados grandes e livros grandes; proporcionar recursos visuais, como óculos ou lentes de aumento; incentivar a ingestão oral de líquidos e a reposição hídrica; avaliar a hipóxia e otimizar a saturação de oxigênio; promover auxílio na alimentação e incentivo durante as refeições.
--	--	--	--	---

ANEXO

ANEXO A

MÉTODO CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR INTENSIVE CARE UNIT
(CAM-ICU)

