REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ESTRATÉGIAS PARA SUPERAR BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

STRATEGIES TO OVERCOME BARRIERS TO THE IMPLEMENTA- TION OF NON-PHARMACOLOGICAL NURSING INTERVENTIONS IN THE PREVENTION OF DELIRIUM IN INTENSIVE CARE UNITS: INTEGRATIVE REVIEW

Ciências da Saúde • 23/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795302092

Francisco Alain Peixoto de Sousa[1]

Antônio Carlos de Oliveira Filho[2]

Cirlene Pereira de Holanda[3]

Gisele Nogueira de Moura[4]

Rejane Silva dos Anjos[5]

Sheyla Rosalda Honorato Pinto[6]

Telma Maria do Nascimento Elias[7]

Maria Silva Sousa[8]

Magalli Carvalho Costa[9]

Antônia Valdenia Moreira[10]

RESUMO

Objetivo: analisar barreiras e estratégias relacionadas à implementação de intervenções não farmacológicas de enfermagem para prevenção do delirium em unidades de terapia intensiva (UTIs) adultas. **Método:** revisão integrativa orientada pelas etapas de Whittemore e Knafl, com recorte de publicações primárias de janeiro de 2022 a outubro de 2026 e síntese temática de estudos identificados em fontes científicas elegíveis. **Resultados:** as evidências apontam barreiras estruturais tais como, insuficiência de pessoal, sobrecarga, falhas de padronização, dificuldades na avaliação clínica e restrições ao envolvimento familiar. Educação multimodal, protocolos, lembretes eletrônicos, auditoria com devolutiva, lideranças clínicas e participação familiar aparecem como estratégias promissoras. **Conclusão:** a implementação depende de ações articuladas entre profissionais, equipes e instituições; indicadores de adesão e documentação não devem ser interpretados automaticamente como redução da incidência de delirium.

Palavras-chave: Delirium; Enfermagem em Cuidados Críticos; Unidade de Terapia Intensiva; Educação Permanence; Implementação.

ABSTRACT

Objective: to analyze barriers and strategies related to the implementation of non-pharmacological nursing interventions for the prevention of delirium in adult intensive care units (ICUs). **Method:** integrative review guided by the stages of Whittemore and Knafl, with clipping of primary publications from January 2022 to October 2026 and thematic synthesis of studies identified in eligible scientific sources. **Results:** the evidence points to structural barriers such as staff shortage, overload, standardization failures, difficulties

in clinical evaluation and restrictions on family involvement. Multimodal education, protocols, electronic reminders, audit with feedback, clinical leadership and family participation appear as promising strategies. **Conclusion:** the implementation depends on articulated actions between professionals, teams and institutions; adherence indicators and documentation should not be automatically interpreted as a reduction in the incidence of delirium.
Keywords: Delirium; Nursing in Critical Care; Intensive Care Unit; Permanent Education; Implementation.

1. INTRODUÇÃO

O delirium constitui alteração aguda e flutuante da atenção, da consciência e da cognição, frequentemente associada a doenças graves e a múltiplos fatores precipitantes. No ambiente intensivo, sedação, ventilação mecânica, distúrbios do sono, restrições à comunicação e exposição a procedimentos invasivos tornam a identificação particularmente desafiadora. A apresentação hipoativa, menos evidente que a agitação, reforça a necessidade de avaliação estruturada e de observação longitudinal pela equipe de enfermagem (Thomas; Davis, 2025; Almoliky *et al.,* 2025).

A relevância do problema ultrapassa o diagnóstico pontual. O delirium pode interferir na comunicação, na participação do paciente na reabilitação e na continuidade de cuidados. Por isso, a prevenção exige atenção ao ambiente, à experiência subjetiva do paciente e à organização do trabalho, não se limitando à escolha de medicamentos. A enfermagem ocupa posição central nesse processo, pois acompanha mudanças comportamentais ao longo dos turnos e participa da execução de medidas preventivas (Scherer *et al*., 2025; Parslow *et al.,* 2026).

Em pacientes adultos internados em unidades de terapia intensiva, a prevenção do delirium representa um desafio clínico e organizacional porque fatores predisponentes e precipitantes frequentemente coexistem e se modificam durante a internação. A vulnerabilidade dos pacientes, associada à complexidade terapêutica e à necessidade de vigilância contínua, exige que medidas preventivas sejam articuladas ao cuidado cotidiano. Nesse cenário, a dificuldade não reside apenas em reconhecer o delirium como evento relevante, mas em assegurar que ações de prevenção sejam planejadas, executadas e reavaliadas de maneira consistente pela equipe de enfermagem (Scherer *et al.*, 2025; Thomas; Davis, 2025).

As intervenções não farmacológicas compreendem reorientação temporal e espacial, comunicação clara, favorecimento do uso de óculos e aparelhos auditivos quando indicados, promoção de repouso noturno, redução de ruídos, adequação da iluminação, mobilização segura e estímulo à presença de familiares. Essas medidas precisam ser individualizadas segundo estabilidade clínica, nível de consciência e condições da unidade. Seu caráter aparentemente simples não significa implementação automática, uma vez que depende de recursos, tempo assistencial e coordenação entre profissionais (Scherer *et al.,* 2025; Innes *et al.*, 2026).

No estudo brasileiro de Scherer *et al.,* (2025), realizado com 25 enfermeiros de diferentes regiões do país, foram relatadas ausência de protocolos padronizados, limitações estruturais e restrições à participação familiar. O achado evidencia que o conhecimento sobre a importância das medidas preventivas não é suficiente quando faltam condições institucionais para aplicá-las. A heterogeneidade

de realidades assistenciais também impede supor que uma mesma intervenção será executada da mesma forma em todas as UTIs.

Em pesquisa qualitativa conduzida em 20 hospitais do Reino Unido, Parslow *et al.,* (2026) identificaram baixa priorização do delirium, falta de protocolos, insuficiência de recursos e mudanças na cultura de enfermagem. Entre os facilitadores, destacaram capacitação contínua, comunicação, engajamento familiar, profissionais de referência e alertas digitais. Esses resultados aproximam a prevenção do delirium do campo da ciência da implementação, que investiga as condições necessárias para incorporar práticas baseadas em evidências à rotina dos serviços.

As barreiras também podem ser compreendidas como problemas de capacidade profissional, oportunidade organizacional e motivação. Na revisão de Almoliky *et al.*, (2025) estruturada pelo modelo COM-B, dificuldades com instrumentos de avaliação, carga de trabalho, documentação e comunicação apareceram em diferentes dimensões. Esse enquadramento ajuda a evitar explicações simplistas que atribuem a baixa adesão exclusivamente à falta de treinamento dos enfermeiros.

O problema central desta investigação situa-se, portanto, na distância entre a disponibilidade de recomendações e sua incorporação efetiva à assistência. Embora intervenções não farmacológicas sejam descritas na literatura, sua realização pode ser irregular entre profissionais, turnos e instituições, especialmente quando faltam condições de trabalho, atribuições definidas e mecanismos de acompanhamento. Essa lacuna compromete a continuidade das práticas preventivas e torna necessário compreender não apenas quais barreiras são percebidas, mas quais

estratégias concretas têm sido utilizadas para enfrentá-las e com quais resultados de implementação (Almoliky *et al.,* 2025; Parslow *et al.,* 2026; Innes *et al.,* 2026).

Outra revisão integrativa, conduzida por Thomas e Davis (2025), reuniu 15 estudos sobre a implementação de diretrizes PADIS por enfermeiros e identificou problemas de colaboração interdisciplinar, carga de trabalho e lacunas de conhecimento. Os facilitadores incluíram educação e apoio entre profissionais. A existência dessa síntese demonstra que o debate sobre barreiras já está consolidado e que novas revisões precisam explicitar qual contribuição adicional pretendem oferecer.

Os resultados desses projetos precisam ser interpretados de maneira cuidadosa. Melhorias em registros de avaliação, comunicação e utilização de ferramentas constituem resultados de processo importantes, mas não equivalem, por si, a comprovação de diminuição da incidência, duração ou gravidade do delirium. Distinguir resultados assistenciais, indicadores de implementação e desfechos clínicos evita conclusões que ultrapassem o alcance dos desenhos de estudo (Makhija *et al.,* 2025; Innes *et al.,* 2026).

No contexto da especialização em enfermagem intensiva, reunir criticamente essas evidências pode subsidiar protocolos exequíveis, educação permanente e estratégias de melhoria contínua. Assim, este estudo tem por objetivo analisar barreiras e estratégias descritas na literatura recente para implementar intervenções não farmacológicas de enfermagem destinadas à prevenção do delirium em UTIs adultas, com ênfase nas ações realizadas e nos resultados efetivamente documentados.

A evidência recente sobre prevenção do delirium precisa ser interpretada à luz da diferença entre eficácia clínica e implementação assistencial. Em revisão abrangente, Sonia, Kaur e Kothari (2025) destacaram a relevância das intervenções não farmacológicas multicomponentes; contudo, a presença de uma intervenção em diretrizes não demonstra, por si só, sua adoção consistente nas rotinas hospitalares. Essa distinção orienta a pergunta do presente estudo: não apenas quais medidas podem prevenir delirium, mas quais condições tornam possível sua realização pela enfermagem.

No campo das intervenções integradas, Moraes *et al.,* (2022) analisaram a implementação dos pacotes ABCDE e ABCDEF em unidades intensivas, mostrando que a organização de múltiplos componentes requer coordenação entre profissionais e processos assistenciais. Mais recentemente, Kundakci *et al.,* (2025) reuniram revisões sobre medidas não farmacológicas e multicomponentes, encontrando sinais favoráveis para mobilização precoce, participação familiar e pacotes de cuidados, embora a qualidade e a consistência das evidências variassem. Portanto, resultados positivos precisam ser analisados juntamente com viabilidade, adesão e contexto de execução.

Os estudos primários também indicam heterogeneidade. Brennan *et al.,* (2023) avaliaram uma intervenção conduzida pela enfermagem em desenho randomizado por conglomerados; Owen *et al.,* (2024) investigaram uma iniciativa multicêntrica de melhoria baseada no ABCDEF; e Eldean *et al.,* (2024) estudaram a efetividade do pacote em delineamento quase experimental. Esses trabalhos ampliam a base empírica para discutir não somente ações

preventivas, mas diferentes modelos de organização e avaliação da assistência.

A literatura sobre participação familiar oferece outro eixo de análise. Ma *et al.,* (2025) investigaram estimulação auditiva estruturada com participação da família, enquanto Lee e Kang (2025) sintetizaram ensaios sobre intervenções com voz familiar. Revisões recentes também examinaram modalidades distintas de envolvimento familiar, com resultados que não devem ser generalizados indistintamente para todos os contextos (Vitorino *et al.,* 2025; SONIA; Kaur; Kothari, 2025). A participação dos familiares exige preparação, segurança e integração à rotina da unidade.

Por fim, a prevenção do delirium envolve decisões clínicas compartilhadas e continuidade do cuidado. Gómez Tovar e Henao Castaño (2024) investigaram intervenção de enfermagem em ensaio randomizado, enquanto Sosnowski *et al.* (2026) avaliaram pragmaticamente o pacote ABCDEF e não observaram diferença estatisticamente significativa na incidência de delirium entre os grupos. Essa diversidade de achados justifica uma leitura crítica: intervenções promissoras podem apresentar resultados distintos segundo adesão, desenho de estudo, características dos pacientes e capacidade de implementação.

Apesar da produção recente sobre prevenção do delirium, a pouca existência de estudos que descrevem barreiras, pesquisas que avaliam estratégias de implementação e investigações centradas em desfechos clínicos dificulta identificar quais respostas são mais pertinentes às condições de trabalho da enfermagem. A síntese crítica dessas evidências justifica-se pela necessidade de relacionar obstáculos específicos a intervenções viáveis, distinguindo melhorias

na adesão e na documentação de possíveis efeitos sobre a ocorrência do delirium, sem confundir esses resultados (Makhija *et al.,* 2025; Owen *et al.,* 2024; Sosnowski *et al.,* 2026).

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo é analisar, na literatura científica recente, as barreiras à implementação de intervenções não farmacológicas de enfermagem para prevenção do delirium em pacientes adultos internados em unidades de terapia intensiva, bem como identificar as estratégias empregadas para superá-las e os resultados de sua incorporação à prática assistencial.

Esta pesquisa foi orientada de acordo com a pergunta norteadora estruturada segundo os componentes população, conceito e contexto (PCC): população — enfermeiros, equipes de enfermagem e pacientes adultos criticamente enfermos; conceito — barreiras, facilitadores e estratégias para implementar intervenções não farmacológicas de prevenção do delirium; contexto — UTIs destinadas à assistência de adultos. Sendo assim formulada: Quais estratégias têm sido utilizadas para superar barreiras à implementação de intervenções não farmacológicas de enfermagem destinadas à prevenção do delirium em pacientes adultos internados em unidades de terapia intensiva?

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Delirium em Unidades de Terapia Intensiva: Manifestações e Repercussões

O delirium é uma síndrome de instalação aguda, evolução flutuante e comprometimento da atenção e de outras funções cognitivas, cuja identificação em pacientes críticos é dificultada pela coexistência de sedação, ventilação mecânica, dor, alterações metabólicas e

limitações de comunicação. As manifestações podem ser hiperativas, hipoativas ou mistas. A apresentação hipoativa merece atenção especial porque a ausência de agitação pode retardar seu reconhecimento, mesmo quando existem alterações relevantes do estado mental. Nesse cenário, a observação clínica longitudinal realizada pela enfermagem precisa ser articulada ao uso de instrumentos estruturados de avaliação (Thomas; Davis, 2025; Almoliky *et al.*, 2025).

A identificação do delirium não se resume a registrar um episódio de desorientação. É necessário considerar o nível de despertar, a possibilidade de interação e a variação dos sinais entre turnos. Instrumentos como o Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) contribuem para sistematizar a avaliação, desde que utilizados por profissionais capacitados e respeitados seus critérios de aplicabilidade. Estudos sobre desempenho da enfermagem mostram que a qualidade dessa avaliação pode ser aprimorada por treinamento e acompanhamento prático, evidenciando que a disponibilidade de uma escala, isoladamente, não assegura sua utilização adequada (Chang *et al.*, 2025; Makhija *et al.*, 2025).

As repercussões assistenciais do delirium envolvem dificuldades de comunicação, maior complexidade do cuidado e possíveis obstáculos à participação do paciente na recuperação funcional. Por essa razão, o tema deve ser integrado à segurança do paciente e à organização cotidiana da terapia intensiva. As evidências recentes também indicam que o impacto das intervenções deve ser examinado por desfechos claramente definidos: reconhecer mais casos, melhorar registros e reduzir a incidência são resultados

diferentes, que não podem ser tratados como equivalentes (Owen *et al.*, 2024; Sosnowski *et al.*, 2026).

2.2. Intervenções Não Farmacológicas e o Papel da Enfermagem

As intervenções não farmacológicas procuram atuar sobre fatores potencialmente modificáveis associados ao delirium e contemplam medidas de reorientação, comunicação terapêutica, promoção do sono, adequação de ruídos e iluminação, mobilização segura, utilização de recursos sensoriais e participação familiar. Sua aplicação depende das condições clínicas e da estabilidade do paciente, de modo que a prevenção deve ser individualizada e integrada ao planejamento assistencial. Revisões recentes apontam interesse crescente por estratégias combinadas, mas ressaltam heterogeneidade dos estudos e diferenças na consistência dos resultados (SONIA; Kaur; Kothari, 2025; Kundakci *et al.*, 2025).

A enfermagem participa de maneira contínua da avaliação de necessidades, do planejamento e da execução de cuidados que atravessam diferentes momentos do dia. Isso inclui reconhecer alterações comportamentais, favorecer a orientação temporal e espacial, apoiar a preservação do ciclo sono-vigília e comunicar à equipe mudanças que demandem reavaliação. Entretanto, essas ações não ocorrem isoladamente: mobilização e redução de fatores precipitantes frequentemente exigem articulação com medicina, fisioterapia e demais profissionais. A implementação dos pacotes ABCDE e ABCDEF exemplifica a necessidade de coordenação entre componentes assistenciais, protocolos e responsabilidades (Moraes *et al.*, 2022; Eldean *et al.*, 2024).

O envolvimento familiar acrescenta uma dimensão relacional à prevenção. Familiares podem colaborar com informações sobre hábitos, preferências e padrões prévios de comportamento, além de participar, quando possível e autorizado, de ações de reorientação e estímulo cognitivo. Pesquisas recentes investigaram intervenções com voz familiar e estimulação auditiva estruturada; entretanto, seus resultados devem ser interpretados conforme o delineamento, o perfil dos participantes e o tipo de intervenção empregado. A participação da família não substitui a responsabilidade profissional e exige orientações, consentimento, privacidade e adequação às condições da unidade (Ma *et al.*, 2025; Lee; Kang, 2025; Vitorino *et al.*, 2025).

2.3. Barreiras à Implementação e Estratégias de Incorporação das Evidências

A existência de recomendações clínicas não garante que elas sejam incorporadas de maneira estável ao cuidado. Pesquisas com enfermeiros identificam obstáculos associados à insuficiência de pessoal, à sobrecarga de trabalho, à falta de protocolos, à infraestrutura inadequada e às dificuldades de participação familiar. Em estudo brasileiro, Scherer *et al.*, (2025) demonstraram que limitações organizacionais afetam a avaliação e o manejo não farmacológico do delirium. Em investigação conduzida no Reino Unido, Parslow *et al.*, (2026) também descreveram problemas de priorização, recursos e cultura assistencial, indicando que tais dificuldades não se restringem a um único sistema de saúde.

A compreensão das barreiras pode ser aprofundada por modelos de mudança de comportamento. A revisão de Almoliky *et al.*, (2025), fundamentada no COM-B, diferencia fatores relacionados à

capacidade, à oportunidade e à motivação dos profissionais. Essa distinção possui implicações práticas: dificuldades de conhecimento podem exigir educação, problemas de acesso e tempo demandam reorganização de processos, e baixa valorização institucional requer liderança e comunicação. Thomas e Davis (2025), ao examinar a implementação de diretrizes PADIS, também identificaram a importância da colaboração interdisciplinar e do apoio às equipes.

Entre as estratégias de implementação estudadas encontram-se capacitação multimodal, protocolos, lembretes à beira-leito, profissionais de referência, auditoria e devolutiva dos resultados. Projetos de melhoria da qualidade relataram avanços na documentação e no rastreio do delirium, sugerindo que ações combinadas podem favorecer a execução dos processos assistenciais (Makhija *et al.*, 2025; Innes *et al.*, 2026). Contudo, a melhoria desses indicadores não demonstra, por si, redução da incidência do delirium. A literatura reforça, portanto, a necessidade de avaliar separadamente adesão, qualidade do cuidado, sustentabilidade e desfechos clínicos, sem atribuir a uma estratégia efeitos que o desenho do estudo não permite comprovar (Owen *et al.*, 2024; Sosnowski *et al.*, 2026).

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi delineada como revisão integrativa da literatura, orientada pelas etapas de identificação do problema, busca bibliográfica, avaliação crítica, análise dos dados e apresentação da síntese, conforme Whittemore e Knafl (2005). O delineamento foi escolhido por permitir a articulação de estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos sobre um fenômeno complexo de implementação: a distância entre recomendações de prevenção

não farmacológica do delirium e sua incorporação à assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva (UTIs). A revisão focaliza evidências publicadas, não envolve seleção de participantes nem aplicação de intervenções em pacientes.

Foram definidos, para a etapa de seleção formal, os seguintes critérios de inclusão: estudos originais publicados a partir de janeiro de 2022 até outubro de 2026, onde foram incluído textos em português, inglês ou espanhol; investigações conduzidas em UTIs adultas, inclusive unidades mistas quando os dados relativos a adultos puderem ser identificados; e pesquisas que descrevam pelo menos uma barreira ou um facilitador de implementação, uma estratégia destinada a enfrentá-los ou um indicador de adoção, adesão ou sustentabilidade de medidas não farmacológicas de prevenção do delirium.

Selecionou-se estudos observacionais, qualitativos, ensaios de intervenção, estudos de métodos mistos e projetos de melhoria da qualidade com descrição suficiente de métodos e resultados. Não foram incluídos relatos exclusivamente pediátricos ou neonatais, pesquisas realizadas apenas fora da UTI, estudos limitados à eficácia de medicamentos, opiniões sem dados empíricos e publicações duplicadas. Revisões secundárias e diretrizes poderão subsidiar a fundamentação teórica e a busca manual de referências, mas não comporão a amostra de estudos primários.

O plano de identificação dos estudos foi realizado a partir das pesquisas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, LILACS, BDENF, SciELO e, conforme disponibilidade institucional, CINAHL, Embase, Scopus e Web of Science. A estratégia combinou descritores controlados, quando disponíveis (MeSH, DeCS ou tesauros próprios),

e termos livres referentes a delirium, cuidados intensivos, enfermagem, intervenções não farmacológicas e ciência da implementação.

Na seleção definitiva, todos os registros recuperados foram exportados para um gerenciador bibliográfico, com remoção de documentação duplicadas. A triagem ocorreu em duas fases: leitura de títulos e resumos e, posteriormente, exame dos textos completos potencialmente elegíveis.

A extração dos dados foi conduzida mediante formulário padronizado e previamente testado em uma pequena amostra de artigos, contemplando identificação bibliográfica, país, tipo de UTI, características da população, delineamento, instrumentos de identificação do delirium (quando descritos), intervenção não farmacológica, profissionais envolvidos, barreiras e facilitadores, estratégias de implementação, duração do acompanhamento, indicadores de processo, desfechos clínicos e limitações reconhecidas pelos autores. Para evitar equiparar adoção de práticas à eficácia clínica, foram separados indicadores de implementação — por exemplo, cobertura de capacitação, frequência de avaliação do delirium, adesão ao protocolo, participação familiar e fidelidade à intervenção — de desfechos do paciente, como incidência ou duração do delirium, tempo de internação e outros resultados relatados.

Para a síntese, usou-se análise temática e comparativa, articulando as etapas de redução, apresentação, comparação e conclusão dos dados descritas por Whittemore e Knafl (2005). Inicialmente, as informações extraídas foram organizadas em matriz analítica. Em seguida, barreiras e facilitadores foram agrupados segundo sua

natureza profissional, organizacional, ambiental e relacional; as estratégias foram classificadas de acordo com o mecanismo pelo qual procuram modificar a prática, como educação permanente, padronização de fluxos, auditoria com devolutiva, apoio gerencial, adequações ambientais e participação familiar. Sempre que os dados permitiram a interpretação dialogou com o modelo COM-B (capacidade, oportunidade e motivação) e com domínios de implementação utilizados nos estudos incluídos, sem impor categorias teóricas não sustentadas pelo material.

Na etapa interpretativa, foram examinadas a correspondência entre barreira identificada e estratégia adotada, a intensidade e a duração da implementação, o cenário assistencial e a consistência entre indicadores de processo e resultados clínicos. Estudos que apenas descreveram percepções dos profissionais foram distinguidos daqueles que testaram intervenções ou documentaram mudanças na adesão. Não se prevê metanálise, dada a heterogeneidade esperada de desenhos, componentes das intervenções e indicadores; eventual síntese quantitativa dependeria de homogeneidade clínica e metodológica demonstrada. As conclusões foram considerar transferibilidade para UTIs brasileiras, disponibilidade de recursos, carga de trabalho da enfermagem e limites de inferência causal.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os estudos consultados apresentam delineamentos complementares. Pesquisas qualitativas permitem compreender obstáculos percebidos pelas equipes, ao passo que projetos de melhoria da qualidade documentam mudanças em indicadores de execução. Revisões integrativas recentes oferecem enquadramento

conceitual para comparar esses achados, embora não substituam a análise dos estudos primários. Essa diversidade é útil para interpretar o problema, mas impede somar resultados como se representassem medidas homogêneas de eficácia (Almoliky *et al.*, 2025; Thomas; Davis, 2025).

Na leitura transversal das publicações, emergem três mecanismos recorrentes: a distância entre recomendações e condições reais de trabalho; a necessidade de transformar conhecimento em habilidades observáveis; e a importância de combinar intervenções técnicas, organizacionais e relacionais. Os eixos seguintes desenvolvem esses mecanismos e explicitam em que medida os autores apresentam dados de implementação ou apenas identificam possibilidades de melhoria.

4.1. Barreiras Organizacionais e Assistenciais

As barreiras organizacionais representam um dos núcleos mais consistentes da literatura recente. Em pesquisa brasileira com enfermeiros intensivistas, Scherer *et al.*, (2025) identificaram ausência de protocolos, limitações do ambiente e restrições à presença familiar. Tais obstáculos afetam medidas cotidianas como reorientação, promoção do sono e interação com acompanhantes, mostrando que a prevenção depende de decisões gerenciais e da organização da unidade, não apenas da iniciativa individual.

A falta de padronização produz variações entre turnos e profissionais. Quando não existem critérios compartilhados sobre frequência de avaliação, registro, comunicação e encaminhamento, práticas importantes podem depender da experiência de cada enfermeiro. Essa variabilidade também prejudica a comparação de

indicadores e a continuidade do cuidado. Protocolos, portanto, devem ser compreendidos como instrumentos de coordenação, e não somente como documentos arquivados (Parslow *et al.*, 2026).

Parslow *et al.*, (2026) encontraram cinco barreiras principais em entrevistas com 21 profissionais de 20 hospitais britânicos: baixa priorização do delirium, ausência de protocolos estruturados, limitações de espaço e recursos, perda de profissionais experientes e mudanças na cultura da enfermagem. A amplitude dos cenários reforça a natureza sistêmica do problema. O conhecimento sobre delirium pode coexistir com dificuldades para executar intervenções em unidades de alta demanda.

A sobrecarga assistencial tem implicações práticas diretas. Medidas não farmacológicas são frequentemente distribuídas em pequenos momentos do turno: ajustar luzes, orientar o paciente, organizar horários de descanso, auxiliar mobilização e dialogar com familiares. Em situações de instabilidade clínica, esses cuidados podem perder prioridade diante de procedimentos imediatos. A solução não deve ser responsabilizar isoladamente o enfermeiro, mas reorganizar fluxos e identificar atividades que possam ser incorporadas a rotinas multiprofissionais.

A revisão de Almoliky *et al.*, (2025), ao utilizar o modelo COM-B, descreveu déficits de conhecimento, complexidade das ferramentas de rastreio, falta de tempo, equipe insuficiente e fragilidades de documentação. A contribuição desse modelo é mostrar que a implementação depende simultaneamente de capacidade, oportunidade e motivação. Oferecer uma aula sem reduzir entraves de tempo ou acesso aos instrumentos tende a produzir efeito limitado.

Além disso, a sedação, a intubação e a dificuldade de comunicação podem dificultar o reconhecimento das manifestações do delirium. A presença de alterações neurológicas, desconforto e restrições motoras exige avaliação contextualizada. O uso de ferramentas validadas favorece a padronização, mas sua aplicação requer treinamento, condições clínicas adequadas e interpretação cuidadosa, sobretudo quando o paciente não consegue interagir normalmente (Almoliky *et al.*, 2025).

Outro aspecto é a fragmentação do cuidado. A prevenção envolve enfermagem, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e familiares. Sem objetivos compartilhados, intervenções podem ocorrer de modo desconectado. Thomas e Davis (2025) apontaram a colaboração interdisciplinar como barreira e facilitador relevante para implementação das recomendações PADIS. Reuniões breves e comunicação estruturada podem ajudar a transformar objetivos genéricos em responsabilidades assistenciais verificáveis.

Em termos de gestão, a resposta mais coerente é construir diagnósticos locais: mapear disponibilidade de pessoal, obstáculos físicos, horários de visitas, processos de documentação e oportunidades de mobilização. A literatura não autoriza afirmar que uma única medida solucionará todos os problemas. A utilidade da análise das barreiras está justamente em selecionar estratégias proporcionais ao contexto, acompanhar indicadores e rever o plano conforme dificuldades persistentes (Scherer *et al.*, 2025; Parslow *et al.*, 2026).

Finalmente, é necessário reconhecer que estudos qualitativos descrevem percepções e experiências, não estimativas causais do impacto de cada barreira sobre a incidência de delirium. Ainda

assim, fornecem evidências essenciais para planejar intervenções factíveis e evitar projetos que atribuam o insucesso à resistência individual, quando as limitações principais são institucionais.

Embora realizado em contexto de cuidados agudos mais amplo que a UTI, o estudo de Mailhot *et al.*, (2025) oferece evidências complementares sobre barreiras percebidas por enfermeiros e ajuda a situar dificuldades de comunicação e organização. Seus achados são utilizados apenas para contextualização, sem equiparação automática às condições de terapia intensiva.

A barreira organizacional não pode ser reduzida à ausência de conhecimento individual. Os estudos de Scherer *et al.*, (2025), com enfermeiros de diferentes regiões, descreveu limitações de infraestrutura, insuficiência de protocolos padronizados e dificuldades para integrar familiares aos cuidados. Em cenário internacional, Parslow *et al.*, (2026) identificaram obstáculos relacionados à baixa priorização do delirium, escassez de recursos, perda de profissionais experientes e mudanças na cultura de enfermagem. Em conjunto, os estudos indicam que capacitar profissionais sem reorganizar condições de trabalho tende a produzir resultados parciais.

A revisão de Almoliky *et al.*, (2025), fundamentada no modelo COM-B, diferencia problemas de capacidade, oportunidade e motivação. Essa classificação contribui para o planejamento gerencial: a dificuldade de aplicar instrumentos de rastreio pode exigir treinamento e supervisão; a falta de tempo demanda revisão de fluxos e dimensionamento; e a baixa valorização do delirium requer estratégias de liderança e comunicação. Assim, diferentes barreiras não devem receber uma solução uniforme.

O estudo de Owen *et al.* (2024), realizado em 15 UTIs adultas, demonstrou que iniciativas de melhoria baseadas em pacotes de cuidados podem ser avaliadas por indicadores clínicos ao longo do tempo. Seus resultados apontaram redução absoluta de 6,6 pontos percentuais na proporção de dias com delirium após a implementação, mas não houve melhora de todos os desfechos examinados. Esse contraste reforça que projetos institucionais devem acompanhar múltiplos indicadores e evitar inferir benefício global a partir de um único resultado.

Outro ponto é a diferença entre execução e registro. Innes *et al.*, (2026) observaram aumento da documentação de estratégias não farmacológicas em programa liderado pela enfermagem. O avanço é relevante para rastreabilidade, comunicação e auditoria, mas registros mais frequentes não comprovam, isoladamente, maior eficácia clínica. A gestão deve verificar a correspondência entre aquilo que foi documentado e aquilo que efetivamente ocorreu à beira-leito.

4.2. Educação Permanente e Apoio à Avaliação

A educação permanente aparece como estratégia recorrente, mas seu significado precisa ultrapassar treinamentos pontuais. A avaliação do delirium exige reconhecer apresentações clínicas diferentes, utilizar instrumentos adequados e comunicar resultados à equipe. Conhecimento teórico isolado não assegura execução consistente durante plantões complexos. Thomas e Davis (2025) destacaram lacunas de conhecimento e a necessidade de educação estruturada e interdisciplinar.

Chang *et al.*, (2025) investigaram intervenção educativa multimodal dirigida a enfermeiros de UTI, com atividades de ensino, discussão de situações clínicas e acompanhamento da prática. A concordância entre avaliações realizadas pelos enfermeiros e avaliadores especializados aumentou, com coeficiente kappa de 0,63 para 0,74. Esse resultado sugere aprimoramento da confiabilidade da avaliação, mas não demonstra isoladamente prevenção de novos episódios de delirium.

O caráter multimodal é relevante porque profissionais aprendem e aplicam habilidades em diferentes situações. Exposições teóricas podem apresentar conceitos, enquanto simulações e discussão de casos permitem reconhecer situações ambíguas. Supervisão à beira-leito e devolutiva sobre registros aproximam a aprendizagem da rotina. Uma intervenção educativa bem desenhada deve explicitar o comportamento esperado e a maneira de observá-lo.

Makhija *et al.*, (2025) relataram projeto de melhoria da qualidade com estratégias educativas e ferramentas de apoio para ampliar a avaliação do delirium em uma UTI clínica. O estudo descreveu elevação importante da documentação do CAM-ICU ao longo do projeto. A mudança indica melhora de um processo assistencial mensurável, embora resultados de documentação possam ser influenciados por auditoria, mudanças no fluxo de trabalho e maior atenção temporária ao tema.

A avaliação estruturada deve ser integrada ao processo de enfermagem e aos momentos em que as condições clínicas permitem observação válida. Protocolos extensos, formulários redundantes e sistemas eletrônicos pouco intuitivos podem aumentar a carga de trabalho. Por isso, a educação deve ser

acompanhada de instrumentos acessíveis, orientações simples e campos de registro que apoiem decisões clínicas, em vez de apenas gerar exigências burocráticas (Almoliky et al., 2025; Parslow *et al.*, 2026).

A participação de profissionais de referência, por vezes chamados de delirium champions, constitui estratégia adicional. Esses membros da equipe podem apoiar dúvidas, acompanhar a adesão aos instrumentos e estimular discussões interprofissionais. Parslow *et al.*, (2026) identificaram essa figura entre os facilitadores percebidos. Entretanto, sua atuação depende de apoio institucional, tempo protegido e clareza de responsabilidades.

A auditoria com devolutiva oferece outro caminho para sustentar mudanças. Ao informar a equipe sobre frequência de avaliação, qualidade do registro e execução de intervenções, o serviço pode identificar lacunas e direcionar novas ações educativas. Indicadores devem ser escolhidos com cautela: elevar a taxa de preenchimento de um instrumento é útil, mas não garante que as respostas estejam corretas nem que as medidas preventivas tenham sido executadas.

O planejamento da educação permanente deve considerar a rotatividade de profissionais e a integração de novos trabalhadores. Uma capacitação realizada apenas no lançamento de um protocolo tende a perder alcance com o tempo. Reciclagens, discussão de casos, treinamento de novos integrantes e monitoramento periódico podem favorecer continuidade. Essa recomendação decorre da convergência entre barreiras organizacionais e necessidades de formação apontadas por diferentes autores (Thomas; Davis, 2025; Parslow *et al.*,2026).

Por fim, é importante avaliar a educação em níveis distintos: aquisição de conhecimento, concordância entre avaliadores, adesão ao rastreio, qualidade da comunicação e desfechos clínicos. A literatura consultada sustenta principalmente melhorias nos processos de avaliação e documentação. Para afirmar redução de delirium atribuível ao treinamento, seriam necessários desenhos e medidas clínicas específicos.

A educação permanente precisa superar o modelo de palestra isolada. Chang *et al.*, (2025) relataram melhora na concordância de avaliações de delirium após intervenção multimodal que combinou aprendizagem baseada em situações e acompanhamento individual. A contribuição central desse desenho está na aproximação entre conhecimento teórico e execução clínica: reconhecer sinais sutis de desatenção ou alteração do ciclo sono-vigília exige prática, devolutiva e oportunidade de corrigir erros.

Os achados de Thomas e Davis (2025) reforçam a necessidade de educação interdisciplinar, colaboração e discussão sistemática das recomendações PADIS. Em complemento, Makhija *et al.*, (2025) descreveram projeto de melhoria que elevou a documentação de avaliação do delirium em UTI clínica. A comparação sugere que treinamento tende a ser mais útil quando associado a instrumentos claros, apoio da liderança, padronização de registros e acompanhamento de indicadores.

A adoção de instrumentos como CAM-ICU ou ICDSC deve considerar a condição clínica do paciente e as exigências de cada escala. Resultados de Chang *et al.*, (2025) indicaram persistência de dificuldades em subgrupos específicos, mesmo após treinamento. Consequentemente, protocolos não devem ser tratados como listas

mecânicas: é necessário prever supervisão clínica, critérios de aplicabilidade e fluxos para resultados duvidosos.

A literatura recomenda ainda distinguir indicadores de aprendizagem, de processo e de resultado. Mudanças na confiança profissional, na frequência de preenchimento de escalas e na incidência de delirium respondem a perguntas diferentes. Uma intervenção pode melhorar o primeiro ou o segundo sem produzir efeito detectável no terceiro. Essa distinção é particularmente relevante diante dos achados de Sosnowski *et al.*, (2026), cujo ensaio pragmático não identificou redução estatisticamente significativa de delirium com o pacote ABCDEF nas condições avaliadas.

4.3. Estratégias Multicomponentes e Envolvimento Familiar

As estratégias multicomponentes combinam ações que atuam sobre diferentes fatores relacionados ao delirium e sobre as barreiras à execução dos cuidados. Sua lógica reconhece que uma intervenção isolada pode ter alcance restrito quando coexistem falhas de comunicação, limitações ambientais e dificuldades de registro. Medidas de reorientação, sono, mobilização, participação familiar e avaliação sistemática precisam funcionar de modo articulado (Scherer *et al.*, 2025; Innes *et al.*, 2026).

Innes *et al.*, (2026) descreveram programa de melhoria da qualidade conduzido pela enfermagem e elaborado com representante de usuários em UTI adulta de grande porte. A iniciativa combinou educação multiprofissional, profissionais de referência, lembretes à beira-leito, ferramentas para conhecer preferências pessoais, materiais para familiares e auditoria com devolutiva. A integração

entre documentação e experiência da família diferencia o projeto de intervenções centradas exclusivamente em formulários.

Nesse estudo, a proporção de turnos com documentação completa da avaliação do CAM-ICU passou de 26,5% para 65,9%. O registro de estratégias não farmacológicas pela enfermagem aumentou de 29,7% para 74%. Esses indicadores mostram avanço de processos assistenciais, mas não devem ser apresentados como prova direta de diminuição da incidência de delirium, uma vez que o objetivo e o desenho do projeto privilegiaram reconhecimento e comunicação (Innes *et al.*, 2026).

O envolvimento familiar pode favorecer reorientação e reconhecimento de mudanças comportamentais, pois pessoas próximas conhecem hábitos, preferências e características habituais do paciente. Entretanto, a participação precisa respeitar segurança, privacidade, disponibilidade dos familiares e condições clínicas. No estudo brasileiro de Scherer *et al.*, (2025), restrições à presença da família foram apontadas como barreira, indicando que políticas institucionais podem facilitar ou limitar essa dimensão do cuidado.

Ferramentas que registram preferências, rotinas e informações biográficas podem auxiliar a comunicação entre equipe e familiares. O estudo de Innes *et al.*, (2026), apresentou um programa com um recurso à beira-leito denominado “This is Me” integrou a estratégia de humanização. A utilidade desses instrumentos depende de preenchimento compreensível, atualização e utilização efetiva nas interações assistenciais; a simples existência do formulário não garante cuidado individualizado.

Parslow *et al.*, (2026) também identificaram participação familiar, comunicação efetiva e lembretes digitais como facilitadores. A convergência entre estudos de diferentes países sugere que a dimensão relacional deve ser considerada na implementação. Contudo, barreiras culturais, horários de visita, condições de trabalho e características dos familiares exigem adaptações locais, sem impor responsabilidades clínicas indevidas aos acompanhantes.

A natureza multicomponente também traz desafios de avaliação. Quando educação, protocolos, lembretes e envolvimento familiar são implementados simultaneamente, torna-se difícil atribuir a melhora a um único componente. Projetos de melhoria da qualidade são valiosos para demonstrar viabilidade e acompanhar mudanças, mas seus resultados podem ser influenciados por contexto institucional, tendência temporal e adesão desigual entre setores.

Uma estratégia promissora é estabelecer indicadores complementares: frequência de avaliação válida, execução documentada de medidas não farmacológicas, qualidade da comunicação com familiares e, quando possível, incidência e duração do delirium. A análise conjunta permite reconhecer avanços operacionais sem confundir documentação com resultado clínico. Também favorece a identificação de ações que necessitam de revisão (Makhija *et al.*, 2025; Innes *et al.*, 2026).

Assim, os programas multicomponentes devem ser compreendidos como processos de mudança organizacional. Sua sustentação exige liderança, recursos, escuta das equipes e participação dos usuários. A literatura consultada indica potencial de melhora dos processos de cuidado, mas ainda é necessário ampliar avaliações de

sustentabilidade, custos e desfechos clínicos em diferentes contextos de UTI.

Intervenções multicomponentes procuram atuar simultaneamente sobre fatores modificáveis. Moraes *et al.*, (2022) discutiram a implementação dos pacotes ABCDE e ABCDEF; Eldean *et al.*, (2024) avaliaram um programa baseado nesse modelo; e Kundakci *et al.*, (2025) sintetizaram resultados de revisões sobre mobilização, envolvimento familiar e outras medidas não farmacológicas. O conjunto aponta potencial assistencial, mas também heterogeneidade metodológica, o que exige cautela ao transformar sínteses de eficácia em recomendações operacionais universais.

No campo da participação familiar, a literatura apresenta diferentes formatos de intervenção. Ma *et al.*, (2025) examinaram estímulos auditivos estruturados; Lee e Kang (2025) identificaram resultados favoráveis para intervenções com voz de familiares em metanálise; e Vitorino *et al.*, (2025) revisaram estratégias de participação da família. Embora essas publicações reforcem a plausibilidade clínica da reorientação afetiva e cognitiva, a implementação depende de consentimento, preparação, condições de visita e segurança assistencial.

Estudos de Innes *et al.*, (2026) oferece exemplo de integração entre comunicação, participação do paciente e família, lembretes à beira-leito e auditoria. A documentação de intervenções não farmacológicas aumentou de 29,7% para 74%, resultado que indica melhoria de processo. Em contraste, o ensaio pragmático de Sosnowski *et al.*, (2026) não encontrou diferença estatisticamente significativa na incidência de delirium com o ABCDEF. Esses

resultados não são necessariamente contraditórios: investigam contextos e desfechos distintos.

A mobilização precoce também depende de avaliação clínica e articulação multiprofissional. Revisão de ensaios sobre mobilização intensificada apontou possível redução da duração do delirium, mas com certeza limitada para esse desfecho. Na prática, protocolos precisam explicitar critérios de segurança, comunicação entre enfermagem e fisioterapia, disponibilidade de equipamentos e planejamento por turnos; caso contrário, a recomendação permanece pouco exequível.

Por essas razões, uma proposta institucional coerente deve começar pelo diagnóstico das barreiras locais e prosseguir com intervenções proporcionais a cada problema. A combinação de capacitação, instrumentos padronizados, liderança clínica, comunicação com familiares, indicadores e auditoria é mais defensável do que depender exclusivamente de iniciativas educativas pontuais. A sustentabilidade requer reavaliação periódica, especialmente diante da rotatividade das equipes e da variação da complexidade assistencial.

5. IMPLICAÇÕES DOS ACHADOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

A observação dos achados científicos para a prática de enfermagem em UTI exige reconhecer que a prevenção do delirium constitui um processo contínuo, e não uma atividade isolada. O cuidado preventivo precisa ser incorporado ao planejamento diário, à passagem de plantão e à comunicação multiprofissional. As barreiras descritas por Scherer *et al*. (2025) e Parslow *et al.* (2026)

indicam que recomendações conhecidas podem permanecer pouco executadas quando a unidade não dispõe de fluxos claros, recursos adequados e prioridades compartilhadas.

A primeira implicação consiste em realizar diagnóstico situacional antes de implantar protocolos. A coordenação de enfermagem pode identificar como são feitas as avaliações, quais intervenções já integram a rotina, onde ocorrem interrupções e quais limitações são relatadas pelos profissionais. Esse levantamento deve considerar dimensionamento da equipe, disponibilidade de instrumentos, ambiente, físico e retroativo de trabalhadores e regras de visita. A análise por capacidade, oportunidade e motivação apresentada por Almoliky *et al.* (2025) oferece um referencial para relacionar cada obstáculo a uma resposta compatível.

Na organização do processo assistencial, recomenda-se vincular a avaliação sistemática do delirium a condutas preventivas individualizadas. O registro de um instrumento não deve encerrar o cuidado: seus resultados precisam orientar comunicação, reorientação, organização do sono, revisão de fatores modificáveis e discussão de medidas seguras de mobilização. A equipe deve estabelecer quem realiza cada ação, em que momento ela será reavaliada e como comunicar mudanças relevantes ao plantão seguinte. Essa articulação reduz o risco de transformar o rastreio em mera obrigação documental.

A padronização também precisa respeitar as condições clínicas. Pacientes sedados, com alterações neurológicas ou incapacidade momentânea de interação demandam interpretação cuidadosa dos instrumentos e registro de situações em que a avaliação não é aplicável. Protocolos excessivamente extensos podem ampliar a

carga burocrática sem melhorar o cuidado. Por isso, instrumentos de fácil acesso, orientações objetivas e critérios explícitos de aplicação são preferíveis a formulários que não dialogam com o fluxo real da UTI (Almoliky *et al.*, 2025; Thomas; Davis, 2025).

Outra implicação é a necessidade de educação permanente vinculada à prática clínica. capacitações iniciais podem apresentar conceitos e instrumentos, mas sua manutenção requer discussão de casos, observação supervisionada, atualização de profissionais recém-admitidos e devolutiva sobre dificuldades frequentes. Chang *et al.*, (2025) documentaram melhora da concordância na avaliação após intervenção educativa multimodal; esse resultado sustenta a utilidade do treinamento para qualificar o reconhecimento clínico, sem permitir concluir, isoladamente, que a capacitação reduza a incidência de delirium.

Profissionais de referência podem apoiar a consolidação das mudanças. Enfermeiros com experiência na temática podem atuar como multiplicadores, esclarecer dúvidas, acompanhar indicadores e estimular a discussão interdisciplinar, desde que tenham atribuições definidas e apoio da gestão. Parslow *et al.* (2026) identificaram esse tipo de apoio entre os facilitadores percebidos. A estratégia, contudo, não deve transferir a responsabilidade por toda a prevenção a uma única pessoa; seu propósito é fortalecer competências distribuídas na equipe.

A integração multiprofissional merece atenção. A enfermagem acompanha continuamente o paciente, mas medidas como mobilização, ajuste de sedação, manejo da dor e organização de atividades dependem de decisões articuladas com outros profissionais. Reuniões assistenciais breves, metas diárias

compartilhadas e comunicação estruturada podem facilitar a continuidade das ações. As revisões de Thomas e Davis (2025) e Almoliky *et al.*, (2025) reforçam que dificuldades de colaboração e de organização do trabalho interferem na implementação das recomendações.

Na dimensão ambiental, as equipes podem avaliar medidas factíveis de redução de ruídos noturnos, organização de horários, adequação da iluminação e preservação de períodos de repouso. A reorientação temporal e espacial, o acesso a dispositivos sensoriais quando indicados e a comunicação compreensível devem integrar o cuidado individualizado. Entretanto, tais medidas exigem coordenação entre turnos e avaliação de segurança; não devem ser tratadas como tarefas adicionais sem previsão no planejamento assistencial.

O envolvimento familiar constitui oportunidade de humanização e personalização, mas sua implantação precisa de regras claras. Familiares podem compartilhar informações sobre hábitos, formas habituais de comunicação e preferências, contribuindo para reconhecer alterações e apoiar a reorientação. Scherer *et al.*, (2025) identificaram restrições à participação familiar como barreira, enquanto Innes *et al.*, (2026) descreveram recursos para incorporar informações do paciente e da família à rotina. A participação deve respeitar consentimento, privacidade, disponibilidade dos acompanhantes e orientações de segurança.

Intervenções que utilizam estímulos auditivos e voz familiar ampliam as possibilidades de cuidado, mas não autorizam a adoção indiscriminada de um formato único. Ma *et al.*, (2025) investigaram estimulação auditiva estruturada, e Lee e Kang (2025) sintetizaram

estudos sobre intervenções com voz de familiares. Para a prática, isso implica avaliar a pertinência clínica, a aceitação do paciente e as condições de execução, evitando atribuir à família responsabilidades que pertencem aos profissionais.

O acompanhamento de indicadores deve distinguir adesão, qualidade da execução e desfechos clínicos. Makhija *et al.*, (2025) e Innes *et al.*, (2026) relataram avanços em processos de avaliação e documentação; tais resultados podem orientar auditorias locais, mas não equivalem automaticamente à redução da incidência de delirium. Uma avaliação institucional mais consistente pode combinar frequência de rastreio válido, registro de medidas preventivas, qualidade da comunicação e, quando houver dados adequados, incidência e duração do delirium.

A comparação de resultados clínicos reforça a importância dessa cautela. Owen *et al.*, (2024) observaram melhora em indicador relacionado aos dias com delirium após iniciativa multicêntrica, enquanto Sosnowski *et al.*, (2026) não identificaram redução estatisticamente significativa na incidência no ensaio pragmático realizado. Essas diferenças não devem ser ocultadas: apontam a necessidade de examinar contexto, adesão, desenho do estudo e desfecho antes de definir metas institucionais ou por manter benefícios que a evidência ainda não assegura.

Para serviços com recursos limitados, uma implantação progressiva pode ser mais viável do que reproduzir integralmente programas complexos. É possível começar pela padronização da avaliação, pelo fortalecimento da passagem de plantão e por ações ambientais e comunicacionais compatíveis com a realidade local; posteriormente, ampliar estratégias de mobilização, educação e participação familiar

conforme as condições disponíveis. Essa proposta representa uma implicação prática derivada da síntese dos estudos, e não um protocolo cuja eficácia tenha sido testada neste trabalho.

A sustentabilidade das ações requer acompanhamento além do período inicial de implantação. Mudanças de liderança, sobrecarga assistencial e substituição de profissionais podem comprometer resultados anteriormente alcançados. Assim, a gestão deve prever revisão periódica de fluxos, atualização das capacitações e espaço para que os trabalhadores relatem dificuldades. O monitoramento precisa ser utilizado para aperfeiçoar o cuidado, e não para responsabilizar individualmente profissionais por barreiras estruturais.

Por fim, as implicações aqui propostas devem ser interpretadas à luz das limitações da literatura e desta própria síntese. Estudos qualitativos identificam experiências e obstáculos; projetos de melhoria documentam mudanças locais; e ensaios clínicos avaliam desfechos sob condições específicas. A ausência, nesta versão, de busca exaustiva documentada e avaliação crítica formal impede atribuir força definitiva às recomendações. Ainda assim, a convergência dos estudos consultados permite indicar prioridades para a prática de enfermagem: diagnóstico das barreiras, educação continuada, protocolos exequíveis, trabalho interdisciplinar, participação familiar segura e avaliação transparente dos resultados.

6. CONCLUSÃO

A análise da literatura recente indica que a implementação de intervenções não farmacológicas de enfermagem para prevenção do delirium em UTIs adultas depende de condições que ultrapassam

o conhecimento individual. Barreiras estruturais, carga de trabalho, ausência de protocolos, limitações de comunicação e dificuldades de participação familiar interferem na execução contínua de práticas de reorientação, promoção do sono, mobilização e avaliação clínica.

Os estudos examinados apontam que respostas isoladas tendem a ser insuficientes diante de problemas distribuídos entre profissionais, equipes e instituições. A educação permanente apresenta maior coerência quando articulada a supervisão prática, instrumentos acessíveis, comunicação interdisciplinar e apoio das lideranças. A padronização dos processos pode reduzir variações assistenciais, desde que os protocolos sejam exequíveis e revisados conforme as condições locais.

Projetos de melhoria da qualidade demonstram potencial para aumentar a documentação do rastreio e das estratégias não farmacológicas, especialmente quando utilizam educação, lembretes, auditoria com devolutiva e profissionais de referência. Entretanto, melhorias de processo não devem ser interpretadas como evidência automática de redução do delirium. A avaliação clínica dos resultados requer medidas específicas e delineamentos adequados.

O envolvimento familiar constitui dimensão relevante da assistência centrada no paciente, ao favorecer a comunicação e a personalização do cuidado. Sua incorporação exige organização institucional, orientação dos acompanhantes e respeito às condições de cada família. Ferramentas que valorizam preferências e informações pessoais podem complementar os protocolos, mas sua efetividade depende do uso concreto pela equipe.

Para a prática de enfermagem, recomenda-se iniciar a implementação por diagnóstico situacional, identificação de barreiras prioritárias e definição de responsabilidades. Em seguida, devem ser selecionadas intervenções compatíveis com os recursos disponíveis, acompanhadas por indicadores de adesão, qualidade dos registros, comunicação e, sempre que viável, desfechos clínicos relacionados ao delirium.

A literatura também sinaliza necessidade de pesquisas que comparem estratégias de implementação, acompanhem sustentabilidade e examinem resultados em diferentes realidades assistenciais. Estudos multicêntricos e avaliações com seguimento prolongado poderão contribuir para compreender quais combinações de medidas apresentam maior viabilidade e benefício.

Está pesquisa oferece fundamentação teórica e síntese crítica de estudos verificáveis. A finalização dessas etapas permitiu consolidar a amostra, dimensionar a consistência das evidências e formular conclusões com maior segurança para apresentação acadêmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMOLIKY, Mokhtar Abdu et al. Barriers to nurse-led delirium management in intensive care units: an integrative systematic review using COM-B model. **BMC Nursing,** v. 24, art. 96, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-02704-x. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02704-x. Acesso em: 12 set. 2026.

BRENNAN, Kathleen et al. A nurse-led intervention to reduce the incidence and duration of delirium among adults admitted to intensive care: a stepped-wedge cluster randomised trial. **Australian Critical Care,** v. 36, n. 4, p. 441-448, 2023. DOI:

10.1016/j.aucc.2022.08.005. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.08.005. Acesso em: 15 set. 2026.

CHANG, Rui-Ling et al. Improving intensive care unit nurses' delirium assessment performance through a multimodal educational intervention. **Nursing in Critical Care,** v. 30, n. 5, e70168, 2025. DOI: 10.1111/nicc.70168. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nicc.70168. Acesso em: 24 set. 2026.

CROWE, Sarah; HOWARD, A. Fuchsia. Critical care nurses' prioritisation of patient care, including delirium prevention and management strategies: a mixed-method study. **Australian Critical Care,** v. 38, n. 3, 101154, 2025. DOI: 10.1016/j.aucc.2024.101154. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.101154. Acesso em: 10 out. 2026.

ELDEAN, Tahany Nagy Nagm et al. Effectiveness of the ABCDEF bundle to manage and prevent delirium: pre- and postintervention quasi-experimental study. **Critical Care Nursing Quarterly,** v. 47, n. 4, p. 275-285, 2024. DOI: 10.1097/CNQ.0000000000000519. Disponível em: https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000519. Acesso em: 10 out. 2026.

GÓMEZ TOVAR, Luz Omaira; HENAO CASTAÑO, Angela Maria. Dynamic delirium: nursing intervention to reduce delirium in patients critically ill, a randomized control trial. **Intensive and Critical Care Nursing,** v. 83, art. 103691, 2024. DOI: 10.1016/j.iccn.2024.103691. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103691. Acesso em: 10 out. 2026.

INNES, Michelle A. et al. Increasing the visibility of delirium as a hospital acquired complication: a consumer co-designed, nurse-led

quality improvement program in a quaternary intensive care unit. **Australian Critical Care,** v. 39, n. 6, 101704, 2026. DOI: 10.1016/j.aucc.2026.101704. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2026.101704. Acesso em: 15 out. 2026.

KUNDAKCI, Burak et al. A systematic meta-review of interventions to prevent and manage delirium in the intensive care unit: part 2 – non-pharmacological and multicomponent interventions. **Critical Care,** v. 29, art. 501, 2025. DOI: 10.1186/s13054-025-05726-8. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13054-025-05726-8. Acesso em: 15 out. 2026.

LEE, Junhee; KANG, Jiyeon. The effects of family voice intervention on delirium in adult critical care patients: a systematic review and meta-analysis. **Nursing in Critical Care,** v. 30, n. 6, e70208, 2025. DOI: 10.1111/nicc.70208. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nicc.70208. Acesso em: 15 out. 2026.

MA, Yajun et al. The effects of structured family auditory stimulation on preventing ICU delirium among patients with unplanned admissions: a randomized controlled study. **Intensive and Critical Care Nursing,** v. 89, art. 103944, 2025. DOI: 10.1016/j.iccn.2025.103944. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.103944. Acesso em: 20 out. 2026.

MAILHOT, Tanya et al. Nurse-perceived barriers and facilitators influencing optimal delirium care in acute care patients: findings from the INVOLVE_RN study on barriers and facilitators. **Geriatric Nursing,** v. 63, p. 76-84, 2025. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2025.03.023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.03.023. Acesso em: 20 out. 2026.

MAKHIJA, Hirsh et al. Delirium management quality improvement project to improve awareness and screening in a medical ICU. **Nursing Reports,** v. 15, n. 1, art. 6, 2025. DOI: 10.3390/nursrep15010006. Disponível em: https://doi.org/10.3390/nursrep15010006. Acesso em: 20 out. 2026.

MORAES, Fabio da Silva et al. ABCDE and ABCDEF care bundles: a systematic review of the implementation process in intensive care units. **Medicine,** v. 101, n. 25, e29499, 2022. DOI: 10.1097/MD.0000000000029499. Disponível em: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000029499. Acesso em: 20 out. 2026.

OWEN, Victoria S. et al. Multicentre implementation of a quality improvement initiative to reduce delirium in adult intensive care units: an interrupted time series analysis. **Journal of Critical Care,** v. 81, art. 154524, 2024. DOI: 10.1016/j.jcrc.2024.154524. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2024.154524. Acesso em: 20 out. 2026.

PARSLOW, Roxanne M. et al. Barriers and facilitators to the delivery of delirium care in intensive care units: an analysis informed by the Theoretical Domains Framework. **Anaesthesia,** v. 81, n. 2, p. 213-221, 2026. DOI: 10.1111/anae.70017. Disponível em: https://doi.org/10.1111/anae.70017. Acesso em: 22 out. 2026.

SCHERER, Júlia Horn et al. Desafios na avaliação e manejo não farmacológico do delirium por enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem,** v. 30, 2025. DOI: 10.1590/ce.v30i0.97798pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97798pt. Acesso em: 22 out. 2026.

SONIA, Moirangthem; KAUR, Sukhpal; KOTHARI, Nikhil. Prevention of delirium in the intensive care unit through nonpharmacological interventions: an umbrella review. **Indian Journal of Critical Care Medicine,** v. 29, n. 1, p. 75-83, 2025. DOI: 10.5005/jp-journals-10071-24884. Disponível em: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24884. Acesso em: 22 out. 2026.

SOSNOWSKI, Kellie J. et al. Effects of the ABCDEF bundle on delirium, function, and quality of life in Australian ICU patients: a pragmatic randomized controlled trial. **Critical Care Medicine,** 2026. DOI: 10.1097/CCM.0000000000007154. Disponível em: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000007154. Acesso em: 24 out. 2026.

THOMAS, Alyssa G.; DAVIS, Suja P. Facilitators and barriers for nurses implementing delirium PADIS guidelines in the intensive care unit: an integrative review. **Dimensions of Critical Care Nursing,** v. 44, n. 6, p. 328-352, 2025. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000725. Disponível em: https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000725. Acesso em: 24 out. 2026.

VITORINO, Marli Lopo et al. The effectiveness of family participation interventions for the prevention of delirium in intensive care units: a systematic review. **Intensive and Critical Care Nursing,** 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40024138/. Acesso em: 25 out. 2026.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing,** v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621. x. Disponível em:

https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x. Acesso em: 25 out. 2026.

---

[1] Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. UECE. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso de Gestão de Recursos Humanos do Instituto Gran Faculdade. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Serviço Social. Universidade Estadual do Ceará. UECE. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. UFC.E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Tecnólogo em Desporto e Laser. Instituto Federal do Ceará. IFCE. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Tecnólogo em Gestão Hospitalar. Centro Universitário ETEP. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[7] Enfermagem. Universidade de Fortaleza. UNIFOR.E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Enfermagem. Centro Universitário Mauricio de Nassau. UNINASSAU.E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[9] Gestão Hospitalar. Universidade Verde. UNICIVE.E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[10] Mestranda de Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará. UECE. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail