



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trabalho Final

O papel do enfermeiro na gestão e prevenção do *delirium*

André Gil Mendes Marinho Lucas

Aurora Margarida Latado Cortes

Data

Julho, 2026





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

O papel do enfermeiro na gestão e prevenção do *delirium*

André Gil Mendes Marinho Lucas

Aurora Margarida Latado Cortes

Orientador

Mestre Emanuel Dias Pereira

Trabalho Final apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, para cumprimento aos requisitos necessários à aprovação da Unidade Curricular Estágio VI, realizado sob a orientação científica do Mestre Emanuel Dias Pereira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Julho, 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Ângela Sofia Lopes Simões

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador

Mestre Emanuel Dias Pereira

Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” — Carl Jung

Agradecimentos

A concretização deste trabalho apenas foi possível graças ao apoio, incentivo e colaboração de várias pessoas às quais queremos expressar a nossa gratidão.

Queremos agradecer um ao outro pela parceria na realização do presente trabalho, pelo esforço, pela dedicação e pela capacidade que ambos tivemos de ultrapassar sempre os desafios ao longo de todo este processo.

Agradecemos ao nosso professor orientador, Emanuel Pereira, pela sua disponibilidade e atenção durante todo o percurso tanto no que diz respeito aos ensinamentos clínicos como à elaboração deste trabalho, sem ele não teria sido possível. Um muito obrigado por toda a dedicação e o incentivo.

Queremos ainda agradecer a todos os profissionais de saúde que se cruzaram connosco nestes ensinamentos clínicos. Às enfermeiras orientadoras que nos acompanharam tanto nos cuidados de saúde primários como no contexto hospitalar, o nosso sincero obrigado pelo conhecimento transmitido, e por nos permitirem uma aprendizagem enriquecedora.

A todos, muito obrigado.

Resumo

Introdução: O *delirium* é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica, com início agudo, comum, mas maioritariamente sub-diagnosticada em doentes idosos com pluripatologia e diversas comorbilidades, associando-se a um pior prognóstico. Desta forma, leva a um aumento da duração dos internamentos, a maiores taxas de mortalidade e de morbilidade e ainda a uma maior taxa de institucionalizações devido ao facto de existir uma deterioração cognitiva e funcional.

A sua origem é muitas vezes multifatorial, resultando, na maioria das vezes, na união de diversos fatores modificáveis e não modificáveis. A população portuguesa apresenta um acentuado envelhecimento demográfico, e a idade avançada destes indivíduos é considerada um fator de risco significativo para o desenvolvimento de *delirium*. Neste contexto, observa-se um aumento progressivo médio das idades dos doentes internados em serviços de Medicina Interna, que, em paralelo, apresentam diversas comorbilidades associadas. Torna-se, desta forma, essencial conhecer e saber caracterizar esta síndrome de forma a possibilitar aos diversos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, promover uma abordagem eficaz na prevenção, identificação e gestão do *delirium*.

Objetivo: reconhecer a importância do *Delirium*, bem como a sua identificação precoce e as intervenções de enfermagem no que diz respeito à promoção de qualidade de vida dos utentes.

Metodologia: Revisão narrativa da literatura

Conclusão: A prevenção e gestão do *delirium* exigem uma abordagem proativa da equipa de enfermagem, assente em intervenções não farmacológicas e na integração da família, como agente terapêutico ativo. Apesar das barreiras organizacionais e da sobrecarga de trabalho, é urgente a adoção de protocolos padronizados que garantam uma prática assistencial contínua, segura e centrada no doente, traduzindo-se em ganhos significativos em saúde.

Palavras-chave: *Delirium*, Fatores de risco, Intervenções de enfermagem, Prevenção, Diagnóstico

Abstract

Introduction: Delirium is considered a neuro-psychiatric syndrome, commonly with an acute onset, but often subdiagnostic in elderly patients, with multiple pathologies and associated comorbidities, and is associated with a worse prognosis. This results in longer hospitalization, higher rates of mortality and morbidity, and a higher rate of institutionalization due to cognitive and functional deterioration (Cereja, 2011).

The origin is often multifactorial, resulting, in most cases, in the union of several modifiable and non-modifiable factors. The Portuguese population has been showing a marked demographic aging, and the age of each individual is considered a significant risk for the development of *delirium*. In this context, there is a progressive average increase in the ages of patients admitted to Internal Medicine services, who, in parallel, have several associated comorbidities. It is therefore essential to know and know how to characterize this syndrome to enable the various health professionals, namely nurses, to promote an effective approach in the prevention, identification, and management of *delirium*.

Objective: Recognize *Delirium* during acute hospitalization and the corresponding nursing interventions.

Methodology: Narrative Review

Conclusion: The prevention and management of *delirium* require a proactive approach from the nursing team, based on non-pharmacological interventions and the integration of the family as an active therapeutic agent. Despite organizational barriers and work overload, it is urgent to adopt standardized protocols that ensure continuous, safe, and patient-centered care practice, translating into significant health gains.

Keywords: *Delirium*, Risk factors, Nursing Interventions, Prevention, Diagnosis

Índice Geral

1.	Introdução	1
2.	Metodologia	3
3.	Definição de <i>delirium</i>	6
4.	Subtipos de <i>delirium</i>	8
5.	Fisiopatologia.....	9
5.1	Alteração neurotransmissora	9
5.2	Neuroinflamação	10
5.3	Stress Oxidativo.....	10
5.4	Alteração da barreira Hematoencefálica	11
5.5	Disfunção Neuroendócrina.....	11
6.	Fatores de risco	13
7.	Manifestações clínicas	15
7.1	Alterações Cognitivas.....	15
7.2	Alterações Comportamentais	15
8.	Avaliação e Diagnóstico	17
8.1	Ferramentas para avaliação do <i>delirium</i>	17
9.	Qualidade de vida da pessoa com <i>delirium</i>	19
10.	Teorias de enfermagem.....	20
11.	Discussão de resultados	22
12.	Considerações finais	31
13.	Referências bibliográficas	33
	Anexo I	41
	Anexo II	42
	Anexo III	47
	Anexo IV.....	49
	Apêndice I	50
	Apêndice II	39
14.	Apêndice III	45

Índice de Figuras

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos incluídos nesta revisão, segundo as diretrizes PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews).....	5
Figura 2 – Escala 4AT.....	41
Figura 3 – Escala CAM.....	42
Figura 4 – Confusion Assessment Method (CAM).....	43
Figura 5 – Confusion Assessment Method (CAM).....	44
Figura 6 – Confusion Assessment Method (CAM).....	45
Figura 7 – Confusion Assessment Method (CAM).....	46
Figura 8 – Nursing Delirium Screening Scale.....	47
Figura 9 – Nursing Delirium Screening Scale.....	48
Figura 10 – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit.....	49
Figura 11 – Fluxograma de Avaliação e gestão do Delirium (Poster realizado em ensino clínico).....	50

Índice de Tabelas

Tabela 1-Análise dos artigos selecionados	39
Tabela 2-Cronograma de atividades	45

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

3D-CAM: Confusion Assessment Method (referido como variação do CAM)

4AT: 4'A's Test / Ferramenta de rastreio rápida

6CIT: Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens

ABCDEF: Pacote de medidas de intervenção na gestão do delirium

ACTH: Hormona adenocorticotropina

ADH: Hormona antidiurética

AMT4: Teste Mental Abreviado

APA: American Psychological Association

AVC: Acidente Vascular Cerebral

AVD's: Atividades de Vida Diária

BHE: Barreira Hematoencefálica CAM: Confusion Assessment Method

CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CRH: Corticotropina

CVP: Cateter Venoso Periférico

DGS: Direção-Geral da Saúde

DSM-V / DSM-IV / DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DyDel: Dynamic Delirium

GABA: Ácido gama-aminobutírico (implícito no texto através de atividade gabaérgica)

HELP: Hospital Elder Life Program

HHA / HPA: Eixo Hipotálamo-hipófise-adrenal

ICD-10 / ICD-11: Internacional Classification of Diseases

ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist

MeSH: Medical Subject Headings

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

Nu-DESC / NUDESC: Nursing Delirium Screening Scale

O2: Oxigénio

OMS: Organização Mundial De Saúde

PCC: População, Conceito e Contexto

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*.

PRISMA-SCR: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*

RASS / RASSad: *Richmond Agitation-Sedation Scale* / Escala de Agitação-Sedação de Richmond adaptada

ROS: *Reactive Oxygen Species* (Espécies reativas de oxigénio).

SNC: Sistema Nervoso Central

T3 e T4: Hormonas da tiroide

TRADE: Transport and Delirium in older people

TSH: Hormona estimuladora da tiroide

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos (mencionada frequentemente nas tabelas do apêndice)

VNI: Suporte Ventilatório (Ventilação Não Invasiva)

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life assessment

1. Introdução

O presente trabalho surge com o intuito de cumprimento do Módulo III da unidade curricular Estágio VI, inserido no 2º semestre do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco sob orientação pedagógica do Mestre Emanuel Dias Pereira.

A OMS define qualidade de vida como a percepção de cada indivíduo da sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais, dos valores pessoais, em relação aos seus objetos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e multidimensional, influenciado por diversos fatores, nomeadamente pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relação social, crenças pessoais e pela interação com o meio ambiente (WHOQOL Group, 1995).

Desta forma, a qualidade de vida assume um papel central nos cuidados de saúde, pois o objetivo, para além do tratamento da doença, é a manutenção da autonomia, dignidade e bem-estar do indivíduo.

O *delirium* é uma perturbação neurocognitiva aguda, com a possibilidade de ser revertida maior parte das vezes. Caracteriza-se pela alteração da tensão, consciência e cognição, é frequentemente identificada em idosos em contexto hospitalar, tendo um impacto significativo na funcionalidade e independência, comprometendo a sua qualidade de vida.

Assim, o estudo do *delirium* enquadra-se no tema de cuidar e qualidade de vida, uma vez que a prevenção, deteção e intervenções adequadas são fundamentais para a minimização de complicações, promovendo a recuperação e o bem-estar global do indivíduo e a sua autonomia.

Como referido anteriormente, o *delirium* é um problema de saúde associado a um declínio funcional. É muitas vezes subdiagnosticado apesar da sua elevada prevalência, reforçando a necessidade de vigilância contínua por parte dos profissionais de saúde. Desta forma, os enfermeiros assumem um papel fundamental na edificação precoce de sinais e sintomas de *delirium*, bem como no que diz respeito à implementação de estratégias não farmacológicas, permitindo a manutenção de funcionalidades de autonomia e de qualidade de vida.

A presente revisão encontra-se estruturada, de forma que exista uma melhor compreensão do tema. Inicialmente é apresentado o enquadramento teórico, no qual são abordadas definições, fatores de risco, manifestações clínicas, subtipos de *delirium* e impacto na qualidade de vida. Seguidamente, é descrita a metodologia utilizada para a elaboração do mesmo e, depois, apresenta-se a discussão dos resultados, com foco no que são as intervenções não farmacológicas dirigidas à prevenção e gestão do *delirium*. Por fim, em forma de conclusão, demonstra-se a importância da atuação dos enfermeiros nesta doença.

Esta revisão narrativa foi elaborada de acordo com as normas de elaboração de trabalhos académicos da escola Superior Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, sendo que as referências bibliográficas se encontram formuladas através da norma da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

2. Metodologia

Para a realização deste trabalho, optou-se pela adoção da metodologia de revisão narrativa da literatura. Segundo Néné e Sequeira (2022), a revisão narrativa, também designada de tradicional, caracteriza-se por ser uma abordagem apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado tópico. Esta metodologia permite identificar e resumir o que foi publicado anteriormente sobre o tema, sob uma perspetiva teórica ou contextual.

Desta forma, a principal finalidade desta escolha metodológica é fornecer sínteses narrativas e compreensivas de estudos e publicações relevantes que abordem o *Delirium* no internamento hospitalar. O processo consistirá numa análise rigorosa da literatura publicada em livros e artigos de revistas, sejam elas impressas ou digitais, culminando numa interpretação e análise crítica dos autores face à evidência encontrada (Néné & Sequeira, 2022).

Diferente das revisões sistemáticas, a revisão narrativa possui uma natureza mais exploratória e flexível, não havendo consenso de que necessite de informar rigidamente sobre o método de pesquisa ou os critérios de seleção dos trabalhos. Trata-se, no fundo, de uma análise da literatura baseada na interpretação e na análise crítica do autor (Néné & Sequeira, 2022). Esta abordagem proporciona uma perspetiva ampla sobre o tema, facilitando a identificação de lacunas no conhecimento e a reflexão crítica (Fernandes et al., 2023).

Assim sendo, o objetivo geral deste trabalho é:

- Reconhecer o *delirium* em contexto de internamentos agudos e as respetivas intervenções de enfermagem.

Como objetivos específicos, definiram-se:

- Definir o conceito de *delirium*;
- Identificar as características dos diferentes tipos de *delirium*;
- Reconhecer a etiologia do *delirium*;
- Identificar estratégias de prevenção e identificação precoce dos quadros de *delirium*;
- Identificar as principais intervenções de enfermagem na gestão do *delirium*.

Esta revisão possui um carácter qualitativo e exploratório, sendo fundamental para a construção de um corpo de conhecimento atualizado que fundamente a prática clínica baseada na evidência. A escolha deste método justifica-se pela necessidade de compreender e sintetizar o fenómeno do *delirium* num contexto multidisciplinar e complexo (Vilelas, 2020).

De forma a orientar o percurso metodológico, elaborou-se a seguinte questão: "*Quais as intervenções de enfermagem no reconhecimento, na prevenção e na gestão do delirium no doente em contexto de internamento?*". Para a sua

formulação, utilizou-se a estratégia PCC: População (doentes em internamento), Conceito (delirium e intervenções de enfermagem) e Contexto (hospitalização)(Peters,2020).

A pesquisa será realizada nas bases de dados, PubMed, EBSCO e b-On. Os descritores (palavras-chave) utilizados, selecionados pela plataforma *Medical Subject Headings* (MeSH), serão: *delirium* (delirium), *nursing* (enfermagem) e *hospitalization* (internamento), *prevention* (prevenção) e *management* (gestão), cruzados entre si com o operador booleano *AND*.

Para garantir o rigor na seleção da amostra de artigos e o alinhamento com a questão orientadora, definiram-se critérios de elegibilidade estritos, estruturados com base na estratégia PCC:

- Critérios de inclusão:
 - População (P): Estudos focados em doentes adultos e idosos (com idade igual ou superior a 18 anos) com diagnóstico ou em risco de desenvolver delirium.
 - Conceito (C): Trabalhos que abordem diretamente o papel da equipa de enfermagem, tanto na identificação precoce (por meio de instrumentos de avaliação validados, como a CAM, CAM-ICU, Nu-DESC ou 4AT) como nas intervenções preventivas e de gestão prática.
 - Contexto (C): Investigação desenvolvida primariamente em ambiente de internamento hospitalar (unidades de agudos e cuidados intensivos). Foram também incluídos estudos focados na transição de cuidados, unidades de cuidados continuados e estruturas residenciais para idosos (lares/domicílios), com vista a compreender a continuidade da prevenção e o impacto do *delirium* pós-alta.
 - Cronologia e Idioma: Publicações editadas entre 2019 e 2026, redigidas em português ou inglês, de forma a aceder à evidência clínica mais recente, sem excluir trabalhos académicos de referência no panorama nacional.
 - Tipologia: Documentos de cariz científico (revisões de literatura, estudos observacionais, ensaios clínicos, relatórios de estágio e dissertações) com texto integral de acesso livre e gratuito.
- Critérios de exclusão:
 - Estudos que incluíssem população pediátrica.
 - Documentos que não abordem, de forma direta e clara, as competências e as intervenções da equipa de saúde/enfermagem.

- Estudos cujo foco primário seja o declínio cognitivo crónico ou síndromes demenciais, afastando-se da abordagem e prevenção do delirium.
- Artigos que não possuam o texto completo disponível para leitura e documentos de carácter não científico (literatura cinzenta não validada ou artigos de opinião).
- Artigos duplicados ou repetidos nas diferentes bases de dados consultadas.

Após a aplicação dos descritores nas bases de dados, os resultados obtidos serão exportados para a plataforma *Rayyan*. Esta ferramenta web de gestão de revisões permitirá a eliminação rigorosa de artigos duplicados. Numa primeira fase, proceder-se-á à leitura flutuante de títulos e resumos para aplicar os critérios de elegibilidade definidos. Os documentos que cumprirem estes requisitos transitarão para uma segunda fase de leitura integral, constituindo assim a amostra final de trabalhos a incluir na análise e discussão desta revisão. Desta forma, a presente revisão baseou-se na seleção de 609 artigos, após aplicação de critérios de inclusão, exclusão e leitura dos mesmos, foram seleccionados 27.

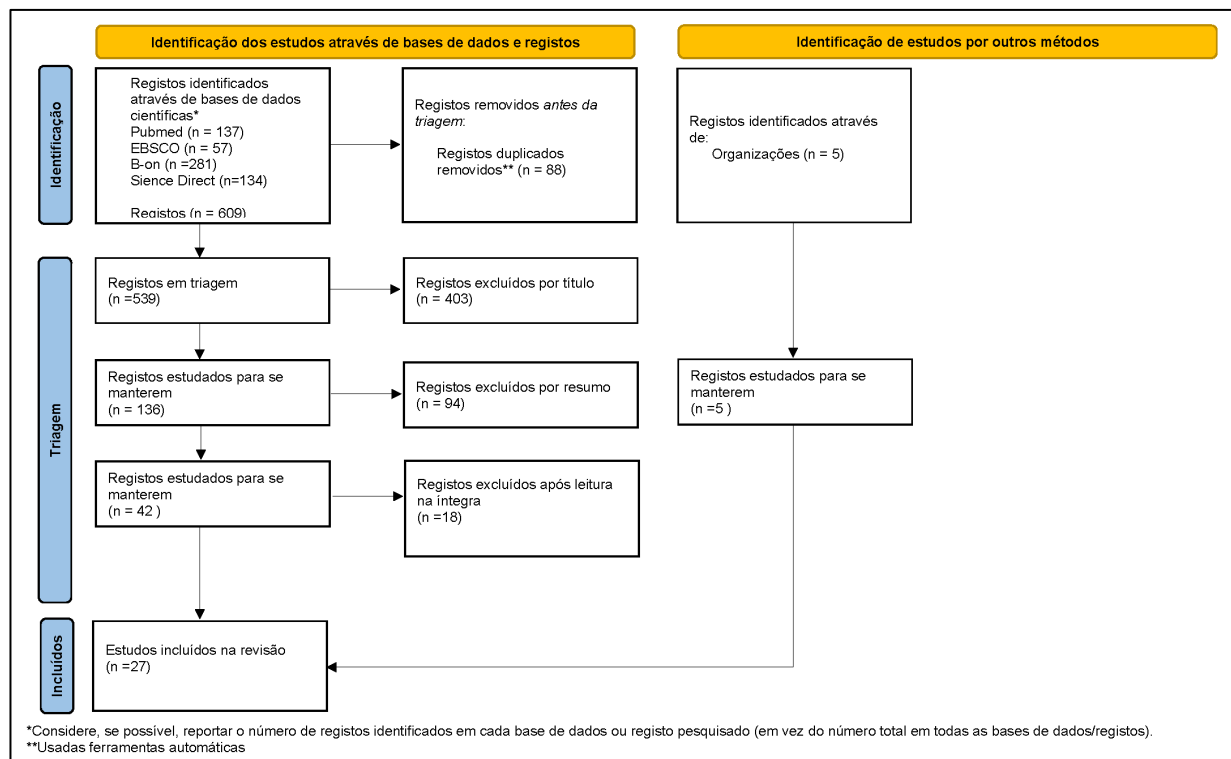


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos incluídos nesta revisão, segundo as diretrizes PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews).

3. Definição de *delirium*

O termo *delirium* vem da palavra *delirare*, que deriva do latim, significado “estar fora do lugar” sendo que atualmente utiliza-se no sentido “fora de si “e/ou” estar confuso” (Wacker, Nunes & Forlenza, 2005).

Silva et al. (2013), distingue o conceito de *delirium* e delírio, estas duas palavras apresentam uma dicção semelhante, mas significados bem distintos. O *Delirium* corresponde a uma síndrome neurocognitiva aguda caracterizada por uma diminuição do nível de consciência, associada a uma condição médica subjacente. Trata-se de uma síndrome de etiologia orgânica, comum em contexto clínico, como, por exemplo, durante o pós-operatório ou outra situação médica aguda. Por outro lado, o delírio é entendido como um sintoma psicológico, caracterizado pela presença de crenças falsas e fixas, não compatíveis com a realidade, decorrentes de alterações do pensamento. Nestes casos existe uma perturbação do juízo da realidade associada a processos cognitivos patológicos, sem flutuação do nível de consciência.

Segundo Cerejeira (2011), o *delirium* foi uma das principais perturbações mentais a serem descritas, sendo nos dias de hoje definido como uma síndrome neuropsiquiátrica grave, em que ocorre uma disfunção cognitiva global, no contexto de uma doença médica aguda, intoxicação por drogas ou abstinência das mesmas.

Segundo Kappenschneider et al. (2022), o *delirium* pode ser manifestado em qualquer faixa etária, embora seja significativamente mais frequente em idosos, doentes hospitalizados e com presença de quadros clínicos complexos. A prevalência desta síndrome é elevada em idosos internados, podendo rondar valores na ordem dos 50 %.

De acordo com a DSM-V, é considerado um distúrbio da consciência com diminuição da capacidade de manter o foco ou até mesmo de desviar a atenção. Com a ocorrência deste fenómeno existe uma alteração na cognição ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que, por sua vez, não é explicado por demência pré-existente ou em evolução. Este tipo de fenómeno desenvolve-se num curto espaço de tempo e tem flutuação ao longo do dia, tendo uma causa diretamente relacionada com condições médicas.

A DSM-V definiu 5 critérios para o diagnóstico de *delirium*, que se encontram descritos de seguida:

- A. Perturbação da atenção e da consciência (dificuldade em focar ou manter a atenção e menor percepção da realidade)
- B. Desenvolve-se de forma rápida e com flutuações ao longo do dia;
- C. Perturbação cognição (p. ex., défice de memória, desorientação, alteração na linguagem, capacidade visoespacial ou percepção);
- D. Não apresenta qualquer outro tipo de explicação para tal comportamento através de outro tipo de transtorno neurocognitivo;

-
- E. A perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (isto é, devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

A International Classification of Diseases – 10 (ICD-10) é um sistema de classificação que aborda o delirium, sendo que a maioria dos critérios é idêntica aos referidos anteriormente pela DSM-V, mas, neste caso, esta entidade apresenta critérios adicionais para a função psicomotora, ciclos de sono-vigília e estado emocional.

1. Alteração da consciência e atenção (variação entre um estado de obnubilado e coma, diminuição da capacidade de focar ou manter atenção);
2. Alteração global da cognição (distorção do pensamento, ilusões ou alucinações, alteração da memória a curto prazo e desorientação temporal);
3. Alterações psicomotoras (Hipoatividade e hiperatividade, aumento do tempo de reação e diminuição da velocidade do discurso);
4. Alteração do ciclo de sono-vigília (insónia ou por vezes perda total do sono, sonolência diurna, agravamento noturno dos sintomas, pesadelos e sonhos perturbadores);
5. Alterações emocionais, como ansiedade, estado depressivo, ocorrência de medo, irritabilidade, euforia, apatia ou até mesmo um estado de perplexidade.

A DSM-V é o sistema mais utilizado na prática clínica, enquanto a ICD-10 permanece sobretudo associado à codificação e registo nos sistemas. Embora existam ainda poucos estudos comparativos, a evidência disponível indica que os critérios da DSM-V tendem a ser mais inclusivos do que os da ICD-10. Apesar das tentativas de padronização desta definição, os dois principais sistemas de classificação utilizados mantêm diferenças, dificultando desta forma o processo. (Cole et al., 2003; Sepúlveda et al., 2016).

A interpretação do *delirium* pode variar de acordo com os critérios de diagnósticos utilizados, uma vez que diferentes sistemas classificativos definem o mesmo fenómeno de forma ligeiramente distinta (Oldham & Weber, 2023).

Como foi referido anteriormente, o *delirium* apresenta uma grande variabilidade de sintomatologia, o que pode ser um desafio quando existe um défice-cognitivo prévio à ocorrência deste episódio (Kappenschneider et al., 2022).

4. Subtipos de *delirium*

Na literatura clínica, o *delirium* é subdividido em três subtipos diferindo quanto à sua sintomatologia e nível de agitação psicomotora.

O *delirium* hipoativo, é descrito como uma diminuição da atividade psicomotora (lentidão, menor concentração, redução da mobilidade). Este subtipo é frequentemente interpretado de forma errada, podendo por vezes ser confundido com fadiga ou até mesmo com demência, quando associado à faixa etária (Faria & Moreno, 2013).

No *delirium* hiperativo, pode-se observar um aumento de atividade psicomotora, associado ao aumento da atividade, em que podem ocorrer períodos de labilidade emocional e agitação (Faria & Moreno, 2013).

Existe ainda o subtipo de *delirium* misto, caracterizado pela alternância de períodos de *delirium* hipoativo e hiperativo (Faria & Moreno, 2013).

Segundo Maldonado (2017), pode ainda ser considerado um quarto subtipo de *delirium*, o *delirium* subclínico, em que se pode apresentar alguns dos sinais de disfunção cognitiva aguda ou comportamental, mas que não cumpre todos os critérios apresentados anteriormente para se considerar o diagnóstico de *delirium*.

Segundo Lipowski, citado por Cerejeira (2011), a identificação do tipo de *delirium* não é homogênea, existindo uma percentagem de episódios que não cumprem a totalidade dos critérios para serem identificados.

Grande parte dos autores refere que, embora a ocorrência de episódios do tipo de *delirium* hipoativo não seja identificada de forma recorrente, estes podem estar presentes com maior frequência que os do tipo hiperativo. Este último subtipo é identificado com maior recorrência pelo facto de apresentar manifestações clínicas mais visíveis (Wilson et al., 2020, Miró et al., 2023).

Além disso, as evidências científicas demonstram que, idosos que se encontram numa faixa etária mais avançada com presença de diagnóstico de demência e que, de alguma forma, apresentam um episódio de *delirium* do tipo hiperativo apresentam um prognóstico mais desfavorável, pelo que se associa a um maior risco de complicações clínicas e piores desfechos no decorrer do internamento (Wilson et al., 2020).

5. Fisiopatologia

Do ponto de vista fisiopatológico, o *delirium* resulta da interação entre fatores predisponentes e precipitantes culminando numa perturbação global do funcionamento neuronal. Entre os principais mecanismos implicados neste processo destacam-se: alteração na neurotransmissão, mais especificamente através do sistema colinérgico e dopaminérgico e ativação das vias inflamatórias que promovem a neuroinflamação. Adicionalmente a estes fenómenos, fatores como hipóxia, alterações metabólicas e disfunção da barreira hematoencefálica contribuem para a desregulação da atividade cerebral.

5.1 Alteração neurotransmissora

A disfunção neurotransmissora é um dos principais mecanismos envolvidos na fisiopatologia do *delirium*, tendo grande influência na regulação da atividade neuronal, da função cognitiva e do estado de consciência. Neste sentido, ocorre um desequilíbrio dos sistemas colinérgicos, dopaminérgicos, gabaérgicos e glutamatérgicos. Sendo que, são um elo fundamental na modulação da transmissão simpática e na regulação da atividade neural (Fong & Inouye, 2022).

A acetilcolina desempenha um papel crucial no processo de atenção, memória e processamento cognitivo. Quando, perante o *delirium*, se verifica uma redução desta atividade capaz de comprometer a capacidade de manter a atenção e o processamento da informação, surgem manifestações de desorientação, dificuldade de concentração e lapsos na capacidade de memória (Jin et al., 2020).

Em contrapartida, a dopamina encontra-se associada a regulação do humor, motivação e mecanismos de recompensa através da criação de sensações de prazer e reforço para a repetição dessas mesmas ações (Ormseth et al., 2023).

O glutamato tem um papel essencial na excitação do cérebro. Quando ocorre uma lesão ou dano neuronal, existe um desequilíbrio, provocando excitação excessiva dos neurónios, contribuindo para a ocorrência de sintomas como confusão mental, agitação e delírios (Hshieh et al., 2020).

Por sua vez, o GABA, é um neurotransmissor inibitório responsável pela modulação e excitabilidade neuronal, bem como pela regulação do sono e ansiedade. Quando ocorre um período de *delirium* a diminuição da atividade gabaérgica origina desinibição neuronal, aumentando a atividade cortical e favorecendo sintomas como ansiedade, agitação e distúrbios do sono (Fong et al., 2009).

A diminuição da atividade colinérgica associada ao *delirium*, está relacionado com défices de atenção e alterações ao nível cognitivo, enquanto o aumento da atividade dopaminérgica se manifesta através de agitação, alterações da perceção e pensamentos desorganizados. A alteração do sistema glutamatérgico

e gabaérgico contribuem para a perda do equilíbrio excitatório- inibitório, favorecendo a disfunção cognitiva.

5.2 Neuroinflamação

Segundo Xiao et al. (2023), a neuroinflamação é um processo dinâmico tendo um papel importante no desenvolvimento de *delirium*, estando associado a alterações cognitivas e comportamentais, características comumente associadas a esta síndrome. Situações como infeções, cirurgias ou até traumas podem desempenhar uma resposta inflamatória levando a ativação de células do sistema nervoso central (Taylor et al., 2022).

Como consequência deste processo inflamatório, ocorre libertação de substâncias inflamatórias (interleucinas e fatores de necrose tumoral alfa) que podem alterar o funcionamento normal dos neurónios e da comunicação sináptica. Além disso, o processo inflamatório pode aumentar a permeabilidade da barreira hematocefálica, facilitando a entrada de células inflamatórias no Sistema Nervoso Central (SNC) agravando a disfunção cerebral (Subramaniam & Terrando, 2019).

Segundo Wilson et al. (2020), este processo inflamatório pode estar relacionado com a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), aumentando a libertação de cortisol (hormona associada à resposta ao stress).

5.3 Stress Oxidativo

O stress oxidativo é baseado em casos de hipoxia, hipoperfusão ou inflamação sistémica, podendo levar a lesões celulares devido ao aumento do consumo ou à diminuição da disponibilidade de oxigénio (O₂), esta alteração contribui para défices cognitivo e alterações comportamentais (Malado, 2017).

Durante um episódio de *delirium* existem diversos fatores, que levam ao aumento da produção de espécies reativas de oxigénio (Reactive Oxygen Species (ROS)), sendo estas capazes de danificar lípidos, proteínas e ácidos nucleicos danificando a integridade celular (Malado, 2017).

Os neurónios, apresentando grande fragilidade ao stress oxidativo devido ao seu elevado consumo energético, facilitando a lesão da estrutura das membranas celulares e do funcionamento das células levando à morte celular, comprometendo assim o desempenho cognitivo (Kotekat et al., 2018).

Quando perante condições fisiológicas, o organismo possui sistemas antioxidantes que neutralizam os ROS (Reactive Oxygen Species). No entanto, quando existe uma produção excessiva desses mesmos radicais ou uma longa exposição ao stress oxidativo, este mecanismo natural torna-se insuficiente, resultando em danos celulares e disfunção neuronal associada ao *delirium* (Egberts et al., 2015).

5.4 Alteração da barreira Hematoencefálica

As alterações da barreira hematoencefálica afetam a comunicação entre o sistema circulatório e o sistema nervoso central (SNC). Esta barreira é constituída por células endoteliais e sustentada por astrócitos que controlam a passagem e realizam a seleção de substâncias, protegendo o cérebro de toxinas e patógenos (Taylor et al., 2022).

Quando ocorrem alterações e estamos perante um stress metabólico, inflamações ou lesões a sua integridade fica comprometida permitindo a entrada de substâncias neurotóxicas que podem entrar no cérebro e desencadear uma resposta inflamatória (Devinney et al., 2023).

Para além disso, a permeabilidade da BHE permite a entrada de células imunes periféricas, como os monócitos e linfócitos no SNC, agravando a resposta inflamatória, contribuindo para danos neuronais característicos do *delirium* (Tauber et al., 2021).

Segundo Payne et al. (2017), esta alteração da permeabilidade da BHE pode prejudicar a regulação do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em alterações hemodinâmicas afetando a função neuronal e a integridade da substância branca levando a consequentes défices cognitivos e comportamentais.

5.5 Disfunção Neuroendócrina

A disfunção neuroendócrina envolve alterações do sistema hormonal, responsável pela regulação de stress, imunidade e do metabolismo (Young, 2017). Durante um episódio de *delirium* são descritas perturbações no eixo HHA (Hipotálamo-hipófise-adrenal) e na secreção de hormonas como a ADH e hormonas tiróideas (Young, 2017).

O eixo HHA (Hipotálamo-hipófise-adrenal) é uma das principais vias envolvidas na resposta ao stress, sendo ativada por estímulos como infeções, dor ou trauma levando à libertação de corticotropina (CRH) pelo hipotálamo, que desencadeia a libertação da hormona adenocorticotropina (ACTH) pela hipófise (Ivanisenki et al., 2023). A ACTH estimula a produção de cortisol através das glândulas suprarrenais (Ivanisenki et al., 2023).

Quando se está perante um episódio de *delirium*, o eixo HHA (Hipotálamo-hipófise-adrenal) pode apresentar hiperativação resultando em aumento dos níveis de cortisol em circulação, intensifica a resposta inflamatória sistémica e cerebral, o que favorece a neuroinflamação prejudicando a função cognitiva, humoral e os ritmos de sono-vigília levando, no fim, a confusão e alteração do padrão do sono (Wang et al., 2020).

Para além do eixo HPA, o *delirium* pode ainda envolver alterações na secreção de hormonas, como foi referido anteriormente. A disfunção da ADH pode provocar distúrbio hidroeletrolítico manifestando-se através de

desorientação e confusão (Wang & Shen, 2018). Da mesma forma, alterações a nível da TSH (hormona estimuladora da tiroide) nomeadamente alteração a nível da hormona T4 E T3 podem comprometer e alteração a função cognitiva e estado de alerta (Wang et al., 2020).

A fisiopatologia do *delirium* resulta numa interação complexa de múltiplos sistemas biológicos. A neuroinflamação e a permeabilidade da BHE (Barreira Hematocefálica) favorecem a entrada de mediadores tóxicos no SNC, enquanto o desequilíbrio hormonal e dos sistemas de neurotransmissão prejudicam a função neuronal e cognitiva. Em conjunto, estes mecanismos mostram que o *delirium* resulta de múltiplos fatores que afetam a homeostase cerebral.

Inouye e Charpentier (1996), desenvolveram um modelo preditivo e multifatorial, descrevendo que o *delirium* é resultado de interação entre a vulnerabilidade de um individuo e a exposição a fatores precipitantes durante a hospitalização. Assim, o risco de desenvolvimento de um quadro de *delirium* depende da relação entre os fatores precipitantes e a intensidade dos fatores desencadeantes. Estes mesmos autores identificaram 5 fatores de risco potencialmente modificáveis, sendo eles a contenção mecânica, a desnutrição, a polimedicação, cateterização vesical e eventos iatrogénicos (nomeadamente complicações relacionadas com a prestação de cuidados de saúde).

6. Fatores de risco

Como já referido previamente, o *delirium* tem uma etiologia multifatorial. A sua manifestação acontece devido a uma combinação de fatores de risco predisponentes (não modificáveis) e fatores precipitantes (modificáveis) (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023).

Os fatores predisponentes são características basais do indivíduo associadas a maior vulnerabilidade, enquanto os fatores precipitantes ocorrem associados a eventos agudos ocorridos anteriormente ao início desse quadro clínico, sendo estes responsáveis pelo seu desencadeamento (Ormseth et al., 2023). Entre os fatores descritos destacam-se a idade avançada e a demência como fatores e como fatores precipitantes as infeções, cirurgias e a desidratação (Ormseth et al., 2023).

Segundo a *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2023), ao momento da admissão de um utente é necessário avaliar a existência de certos fatores de risco e, caso possua um dos seguintes há risco de vir a desenvolver *delirium*:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Presença de défice cognitivo (pré-existente ou atual) ou demência;
- Doença grave, na qual existe uma deterioração clínica ou risco de a mesma acontecer;
- Fratura de bacia (NICE, 2023);
- Existência de um estado funcional pré-mórbido (Al Farsi et al., 2023; DGS, 2023);
- Doente ser polimedicado;
- Uso de dispositivos invasivos (sonda nasogástrica, cateteres vesicais) (Al Farsi et al., 2023; Vaz, 2023).

Segundo um estudo realizado por Zeki et al. (2025), que envolveu 234 enfermeiros de 5 hospitais diferentes, com objetivo de identificar quais os fatores de risco mais importantes. Este grupo de enfermeiros subdividiu os fatores de risco em 4 grupos distintos: condições ou distúrbios crónicos, condições agudas, fatores ambientais e condições sociodemográficas. Nas condições crónicas podemos incluir doenças como demência, depressão e doenças neurológicas. Nos fatores agudos destacam-se as cirúrgicas, infeções ou dor. Os fatores ambientais incluem o ruído hospitalar, pouca interação familiar ou até alterações da iluminação. Por último, o fator sociodemográfico inclui a idade superior aos 65 anos, viver sozinho ou baixo nível de escolaridade (Zeki et al., 2025).

Este estudo demonstrou que os enfermeiros atribuem mais importância à idade, ao ambiente hospitalar e ao isolamento social, como principais fatores desencadeantes de *delirium*. Enquanto fatores como anemias, coma induzido, alterações visuais e auditivas foram menos valorizadas. Os mesmos autores referem que existem muitas lacunas no reconhecimento de fatores de risco,

reforçando as necessidades de formação dos profissionais desta área (Zeki et al., 2025).

Neste sentido, torna-se fundamental identificar quais os fatores de risco predisponentes e precipitantes, para poderem ser identificados os indivíduos com maior probabilidade de desenvolvimento deste quadro, permitindo uma vigilância mais regular. Como fatores precipitantes mais frequentes destacam-se a dor mal controlada, desidratação, quadro de infeção, ocorrência de AVC, distúrbios metabólicos e intervenções cirúrgicas (Bellelli et al., 2018).

7. Manifestações clínicas

Tal como referido inicialmente, o *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica de início agudo (Cerejeira 2011; Fernandes et al., 2024). A sua apresentação clínica é complexa e as manifestações variam substancialmente consoante o perfil de atividade psicomotora (*delirium* hipoativo ou hiperativo).

7.1 Alterações Cognitivas

O quadro clínico da síndrome é marcado, de forma universal, por um défice de atenção marcado, por uma confusão global e por um agravamento da capacidade de concentração (Faria & Moreno, 2013; European Delirium Association & American *Delirium* Society, 2014).

No ***delirium* hipoativo**, o comprometimento cognitivo manifesta-se por uma lentificação acentuada do processamento de informação, letargia mental, dificuldade em manter o raciocínio e uma diminuição do estado de consciência (Faria & Moreno, 2013; Vaz, 2023).

Contrariamente, no ***delirium* hiperativo**, o pensamento apresenta-se desorganizado, acelerado e fragmentado, podendo ainda apresentar uma desorientação frequentemente acompanhada por estados de hipervigilância (Vaz, 2023).

7.2 Alterações Comportamentais

Para além das alterações cognitivas, as alterações comportamentais são normalmente as mais percecionadas pelos familiares e pelos cuidadores, estas podem ser:

- Alterações da perceção:
 - Hiperativo: O doente apresenta frequentemente um estado de hipervigília ou hiperalerta, reagindo de forma ansiosa ou assustada a estímulos mínimos (Vaz, 2023). São comuns as ilusões e alucinações (predominantemente visuais) vívidas e exuberantes, que podem alimentar delírios de tipo persecutório ou paranoide (DGS, 2023; Vaz, 2023).
 - Hipoativo: Embora as perturbações percetivas possam estar presentes, a experiência é marcada pela prostração (Vaz, 2023). O doente pode vivenciar alucinações de forma silenciosa e passiva, dificultando a sua deteção pela equipa de saúde (Al Farsi et al., 2023; DGS, 2023).
- Alteração do comportamento social:
 - Hiperativo: Caracteriza-se por uma atitude hostil, agressiva ou francamente desconfiada perante os profissionais e familiares (Vaz, 2023). Observam-se períodos de labilidade emocional, com variações abruptas entre euforia, irritabilidade e medo, resultando

numa oposição ativa aos cuidados prestados (DGS, 2023; Faria & Moreno, 2013).

- Hipoativo: O contacto clínico é tipicamente superficial ou ausente, com respostas vagas ou mutismo (Vaz, 2023). Manifesta-se através de um retraimento social severo, apatia e indiferença afetiva (embotamento), sendo comum o doente manter o olhar fixo e evitante, sem iniciativa para comunicar (European *Delirium* Association & American *Delirium* Society, 2014; Vaz, 2023).
- Alteração da função física:
 - Hiperativo: É caracterizado por agitação psicomotora evidente e incapacidade de sossegar, o que evidencia uma tensão elevada (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2010; Vaz, 2023). Inclui comportamentos de risco, como deambulação sem propósito, tentativas repetidas de remover dispositivos invasivos (cateteres, sondas) e inversão total do ciclo sono-vigília com insónia noturna (Al Farsi et al., 2023; NICE, 2010).
 - Hipoativo: Predomina a lentificação motora (bradicinésia) ou a redução marcada da atividade motora espontânea (acinésia) (Vaz, 2023). O doente apresenta um nível de consciência rebaixado (sonolência, letargia ou obnubilação), tendência para adormecer se não for estimulado e prostração física prolongada (DGS, 2023; NICE, 2010).

8. Avaliação e Diagnóstico

A observação e a avaliação das alterações cognitivas e comportamentais indicadoras de *delirium* devem ser realizadas sistematicamente e, pelo menos, diariamente nos contextos de internamento, já que os sintomas flutuam ao longo do dia. A identificação da síndrome não se deve basear apenas na observação empírica esporádica, exigindo o recurso a ferramentas de rastreio e avaliação padronizadas (NICE, 2023).

8.1 Ferramentas para avaliação do *delirium*

Em Portugal, a DGS não tem nenhuma norma ou orientação específica na abordagem ao *delirium*, assim sendo, as ferramentas mencionadas são ferramentas validadas a nível europeu e internacional, bem como adaptadas para o nosso país:

- **4AT (Anexo II):** É uma ferramenta de rastreio rápida (demora habitualmente menos de 2 minutos a aplicar), amplamente validada e que não exige formação especializada prévia por parte da equipa de saúde. A escala avalia quatro elementos distintos: nível de Alerta; Teste Mental Abreviado (AMT4, que testa a orientação face à idade, data de nascimento, local e ano atual); Atenção (ex.: pedir ao doente para dizer os meses do ano por ordem inversa); e Alteração aguda ou curso flutuante. Uma pontuação total igual ou superior a 4 é fortemente indicadora da presença de *delirium* ou de comprometimento cognitivo grave (NICE, 2023; TEST, 2018);
- **CAM (Confusion Assessment Method) (Anexo III) e 3D-CAM:** O CAM é um instrumento estruturado focado em quatro características cardinais: 1) Início agudo e curso flutuante; 2) Desatenção; 3) Pensamento desorganizado; e 4) Alteração do nível de consciência. Para a confirmação do diagnóstico, o algoritmo da escala exige a presença simultânea das características 1 e 2, acrescida obrigatoriamente da característica 3 ou da 4 (Al Farsi et al., 2023; Martins et al., 2012).
- **Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale) (Anexo IV):** Esta escala foi desenvolvida especificamente para ser perfeitamente integrada na rotina de observação contínua da equipa de enfermagem e frequentemente aplicada ao final de cada turno. A ferramenta avalia cinco parâmetros com base na observação do comportamento do doente: desorientação, comportamento inadequado, comunicação desajustada, ilusões/alucinações e atraso psicomotor. Demora cerca de 1 a 2 minutos para preencher, e uma pontuação total igual ou superior a 2 indica a provável presença de *delirium*, sendo

considerado um recurso inestimável para a deteção precoce pelos enfermeiros (Abelha et al., 2013; Gaudreau et al., 2005).

- **CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)(Anexo IV):** É uma adaptação do CAM original concebida especificamente para a avaliação de doentes críticos em Unidades de Cuidados Intensivos ou contextos de urgência/emergência, onde a incapacidade de verbalização (devido a intubação endotraqueal ou ventilação mecânica) é frequente. A ferramenta baseia-se nas mesmas quatro características cardinais do CAM clássico: 1) Início agudo ou curso flutuante; 2) Desatenção (avaliada através de testes visuais ou auditivos simples, como apertar a mão do examinador à menção de uma letra específica); 3) Pensamento desorganizado; e 4) Alteração do nível de consciência (frequentemente complementada pela escala RASS). O diagnóstico positivo de *delirium* exige obrigatoriamente a presença simultânea das características 1 e 2, associada à manifestação da característica 3 ou da 4. Revela-se um instrumento de triagem rápido, altamente sensível e crucial para a monitorização à cabeceira do doente por equipas multidisciplinares (Mariz et al., 2022).

9. Qualidade de vida da pessoa com *delirium*

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial De Saúde (OMS) como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais se encontra inserido, bem como a relação com os seus padrões e preocupações (World Health Organization, 1997). Trata-se de um conceito multidimensional que integra a componente física, psicológica, social e ambiental, refletindo-se no bem-estar global da pessoa e da sua capacidade para desempenhar as atividades do quotidiano de forma autónoma e satisfatória (World Health Organization, 1997).

O *delirium* encontra-se associado a múltiplas consequências negativas a nível físico, cognitivo e funcional, em pessoas idosas e doentes críticos. A evidência científica mostra que este quadro está relacionado com declínio cognitivo, perda de autonomia e aumento de dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD's) (Abelha et al., 2013)

Neste contexto, o *delirium* está associado a um impacto significativo na qualidade de vida. A sua ocorrência durante um período de internamento encontra-se associado a um pior prognóstico clínico, incluindo uma maior taxa de morbilidade e internamentos mais prolongados, contribuindo para um aumento da dependência funcional e menor recuperação global (Klein Klouwenber et al., 2014).

Este quadro patológico, constitui uma complicação frequente em doentes críticos, estando associado a piores desfechos clínicos e a um maior comprometimento físico e psicológico após a alta clínica (Luz et al., 2020).

10. Teorias de enfermagem

O *delirium* constitui uma condição clínica complexa, frequentemente associada a alterações significativas no estado de saúde, funcionalidade e autônoma da pessoa. Face ao impacto físico, psicológico e social desta condição, torna-se pertinente compreender as experiências de transição vivenciadas pela pessoa e pela sua família. Neste contexto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000) apresenta-se como um importante referencial teórico para a enfermagem, permitindo analisar os processos de adaptação enfatizando o papel do enfermeiro na promoção de transições saudáveis durante os períodos de mudança e adaptação.

A transição é um processo dinâmico e complexo caracterizado por uma ampla variedade de respostas, pelo qual indivíduos e famílias experienciam diferentes níveis de incertezas. Quando falamos sobre mudanças estamos perante um evento específico e delimitado no tempo (Meleis, 2019).

Afaf Meleis (2019), fundamenta a sua teoria na premissa de que, ao longo de toda a vida, o ser humano enfrenta várias alterações ou mudanças, exigindo sempre uma adaptação comportamental e um reconhecimento da nova realidade. A condição de saúde-doença constitui uma variável independente, ou seja, representa algo intrínseco ao ser humano. Por outro lado, a forma como este processo é experienciado é influenciado pelo significado atribuído à mudança e à capacidade de adaptação positiva ou negativa do indivíduo perante a nova realidade. Segundo a autora, as transições desenvolvem-se através da interação contínua entre a pessoa e o ambiente que a rodeia, envolvendo alterações de papéis, comportamentos, relações e percepções ao longo do processo adaptativo (Meleis, 2019).

Esta teoria apresenta quatro tipos de transições distintas, nomeadamente, desenvolvimental (relacionada com mudanças no ciclo vital), situacional (relacionada com acontecimentos que implique alterações de papéis), organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças políticas, sociais ou económicas e, por fim, de saúde/doença (podendo estar relacionado com a mudança de bem-estar para doença) (Meleis et al., 2000).

No que diz respeito à consciencialização podemos salientar a percepção da experiência de transição. Neste sentido, é um elemento fundamental no que diz respeito às características de uma transição, no caso da sua ausência, refere que a pessoa pode não ter iniciado a experiência da transição. A consciencialização influencia diretamente o nível de empenho do indivíduo, entendido como o grau de envolvimento e participação ativa no processo de transição. Assim, quanto maior for a percepção e compreensão da mudança vivenciada maior o envolvimento da pessoa na adaptação à nova realidade (Meleis et al., 2000).

A mesma autora (Meleis et al., 2000), refere ainda que o processo de transição influenciada por condições inibidoras e facilitadoras deste processo, pode

dificultar ou promover o mesmo. Quando se referem fatores facilitadores pode considerar-se apoio familiar, comunicação, preparação para a mudança e continuidade de prestação de cuidados. No que toca aos fatores inibidores, pode considerar-se o isolamento, a privação do sono e a desorientação (Meleis et al., 2000).

Para Meleis (2019), a facilitação do processo de transição deve fazer parte dos cuidados de enfermagem, neste contexto, este profissional desempenha um papel fundamental no esclarecimento e no acompanhamento do indivíduo e da sua família ao longo do processo de transição.

Posto isto, a Teoria das Transições apresenta uma grande importância para a prática de enfermagem pois permite que o enfermeiro compreenda as necessidades de cada indivíduo durante um período de mudança, permitindo uma visão mais completa e aprofundada, facilitando o processo de transição (Figueiredo et al., 2018).

O enfermeiro deve prestar cuidados que promovam uma transição saudável valorizando a pessoa, associando os seus cuidados ao desenvolvimento humano em benefício do crescimento pessoal com equilíbrio (Meleis, 2012).

Neste sentido, o *delirium* pode ser entendido como uma experiência de transições em saúde, caracterizado por alterações do estado cognitivo, perceptivo e com a interação do meio envolvente, exigindo sempre adaptações ao indivíduo e ao seu suporte emocional. De acordo com esta teórica, uma situação de vulnerabilidade e instabilidade requer intervenções de enfermagem orientadoras para a segurança e suporte de um indivíduo com um episódio de *delirium* (Gonçalves et al., 2022).

11. Discussão de resultados

A presente revisão narrativa da literatura sintetiza a evidência científica sobre o papel do enfermeiro, a importância da integração da família e a eficácia das intervenções não farmacológicas na prevenção e gestão do *delirium* em doentes adultos/idosos em contexto de internamento hospitalar. A análise dos estudos incluídos revelou que, embora o *delirium* seja uma síndrome altamente prevalente e com um impacto clínico grave nestes contextos, e as estratégias não farmacológicas sejam amplamente reconhecidas como o padrão-ouro para a sua prevenção, a passagem desta evidência para a prática continua a ser heterogénea e limitativa, encontrando-se, frequentemente, condicionada por barreiras organizacionais e pela sobrecarga de trabalho das equipas de enfermagem.

A importância do papel do enfermeiro:

Segundo Sist et al. (2024), os enfermeiros desempenham um papel fulcral na prevenção e gestão do *delirium*. Muitas das intervenções descritas são aplicadas, devido a restrição de tempo e recursos. As intervenções não farmacológicas são a principal abordagem para a prevenção e gestão do *delirium*.

Relativamente a este tema, Plácido (2024), desenvolveu um estudo focado na intervenção especializada de enfermagem para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica. Segundo a autora, as decisões e os cuidados da equipa devem basear-se na aplicação rotineira de instrumentos de rastreio validados, prescrevendo a utilização combinada da escala RASS para avaliar a sedação/agitação, seguida da CAM-ICU ou da ICDSC. A aplicação emparelhada destas escalas permite ao enfermeiro detetar rapidamente as flutuações do estado de consciência do utente e gerir de imediato o ambiente físico e o controlo da dor.

Num estudo de Ferreira (2024), é realçado que a monitorização contínua por parte da equipa de enfermagem é essencial para diferenciar os episódios de *delirium* agudo de outro tipo de alterações neurológicas de carácter crónico. A presença constante do enfermeiro permite uma vigilância apertada, o que leva a intervenções mais direcionadas através da implementação de programas estruturados, como o *Hospital Elder Life Program* (HELP) e o pacote ABCDEF, que sistematizam a mobilização precoce e a otimização sensorial.

Adicionalmente, Quaresma (2019), analisou o impacto do reconhecimento desta síndrome numa enfermaria de Medicina Interna. Os resultados deste estudo demonstraram que a aplicação sistematizada de escalas de avaliação (como a RASS adaptada e o DSM-5) e o controlo imediato dos fatores precipitantes reduzem o impacto clínico e o tempo de internamento do utente. A autora especifica que a intervenção do enfermeiro na remoção precoce de contenções físicas e cateteres urinários é das ações que mais diminui a duração do quadro confusional.

No que diz respeito a uma avaliação mais abrangente da pessoa idosa, Vaz (2023), realizou um estudo sobre a gestão da pessoa com *delirium* em contexto de internamento. A autora conclui que a intervenção do enfermeiro passa fortemente pela identificação prévia de défices sensoriais e pela monitorização do declínio funcional como estratégias primárias de prevenção. Na prática, isto traduz-se na

aplicação do Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6CIT) e do Índice de Katz logo na admissão, garantindo a correção imediata da visão e audição (uso de óculos e próteses) para evitar a privação sensorial.

Por sua vez, Oliveira et al. (2022), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o papel do enfermeiro na prevenção do *delirium* no paciente adulto e idoso crítico. Os autores sustentam que o enfermeiro assume um papel central como facilitador ao implementar medidas ambientais práticas à cabeceira do doente. Estas ações incluem a reorientação sistemática através de comunicação clara, a estimulação cognitiva através de conversas e a mobilização, o que gera resultados significativos na diminuição da ocorrência desta condição.

De forma a complementar,), conduziram um estudo focado no diagnóstico e gestão do *delirium*. A investigação salienta a importância do papel proativo da equipa num modelo de três passos: "*spot it*" (identificar precocemente usando a escala 4AT nas enfermarias gerais ou a Brief CAM na urgência), "*stop it*" (interromper a cascata, suspendendo medicação deliriogénica como benzodiazepinas) e "*treat it*" (otimizar a função cerebral focando na oxigenação e hidratação), promovendo a personalização dos cuidados e a segurança cognitiva do doente internado.

A importância do papel da família:

Relativamente a este tema, Lee e Kang (2025), desenvolveram uma meta-análise focada nos efeitos da intervenção com a voz da família em doentes críticos adultos. Segundo os autores, a reorientação auditiva diminui significativamente a incidência do *delirium* em unidades de cuidados intensivos. Na prática, esta intervenção consiste na reprodução de mensagens de áudio pré-gravadas por familiares (com duração de 2 a 45 minutos, aplicadas de 1 a 8 vezes por dia), contendo reorientação, encorajamento e suporte emocional. Esta estimulação auditiva familiar ativa o sistema nervoso parassimpático e ajuda a restaurar a orientação cognitiva, mesmo em doentes sedados.

No que diz respeito à integração e educação dos familiares noutros contextos, Wouters et al. (2026) conduziram um estudo de revisão focado nas intervenções preventivas para idosos a residir em casa ou em cuidados residenciais. A investigação salienta a importância de educar os cuidadores e de os envolver ativamente em programas multicomponentes, como o programa "*Stop Delirium!*". Estas intervenções incluem o treino da família para reconhecer flutuações cognitivas precoces e a utilização de ferramentas, como terapia com bonecas ou aplicações web de monitorização, dotando os familiares de competências terapêuticas para estabilizar o utente.

Um estudo realizado por Kasapoğlu e Enc (2022), teve como objetivo analisar a eficácia de intervenções de enfermagem não farmacológicas e multidisciplinares na prevenção de *delirium* em pacientes idosos hospitalizados. Este estudo subdividiu os participantes em grupos. Dois desses grupos foram sujeitos a intervenções

nomeadamente, estratégias de orientação (um deles sujeito a reprodução de áudios com a voz de familiares e outro não), leitura diária do jornal e uso de venda noturna. Desta forma, perante o estudo analisado, ambos os grupos que foram aplicadas as intervenções demonstraram menos ocorrência de *delirium*. Assim, as intervenções revelaram efeito no que diz respeito à prevenção da ocorrência de *delirium*. Entre os grupos submetidos às intervenções verificou-se que o grupo que foi submetido à audição de mensagem de voz gravada por familiares apresentou uma menor incidência de *delirium* quando comparada com os restantes grupos.

O envolvimento da família neste processo, possibilita a estimulação por alguém conhecido do paciente, diminuindo o stress sentido, aumentando a sensação de segurança e contribuindo para a prevenção do *delirium* (Jiang et al., 2026).

Já no que diz respeito à vertente da inovação nos cuidados, Johnson et al. (2024a), desenvolveram um estudo de *co-design* focado no desenvolvimento de intervenções digitais lideradas pela família. Este trabalho demonstra o potencial de soluções tecnológicas personalizadas e geridas pelos próprios familiares à cabeceira do doente crítico, funcionando como uma ferramenta altamente eficaz para a reorientação contínua do utente.

A importância das intervenções de enfermagem:

As intervenções não farmacológicas são classificadas em 4 categorias, sendo elas intervenções terapêuticas baseadas em instrumentos, intervenções de enfermagem lideradas por enfermeiros prestando cuidados diretos ao paciente como educação e treino intervenções familiares, realizando uma intervenção multicompetentes, sendo esta a junção das três categorias. (Johnson et al., 2024b citado por Hu et al., 2025).

Um estudo realizado por Hu et al., (2025), demonstra a eficácia das intervenções não farmacológicas apresentam ganhos significativos no que diz respeito à prevenção e gestão do *delirium*. As intervenções em grupo lideradas por enfermeiros, apresentam uma redução da incidência de *delirium* e reduzem a durabilidade de episódios. O que demonstra que as intervenções combinadas, juntando as 4 categorias referidas, apresentam melhores resultados.

Relativamente a este tema, Fernandes et al. (2024), desenvolveram uma revisão de escopo focada nas intervenções de enfermagem em doentes críticos. Segundo os autores, a gestão ambiental e a aplicação do pacote de medidas ABCDEF revelam-se fundamentais para reduzir a morbilidade. As intervenções concretas consistem em colocar relógios e calendários visíveis, promover o ciclo sono-vigília (reduzindo a luz e o ruído noturno) e introduzir estímulos cognitivos, como a leitura ou puzzles, de forma rotineira.

Num estudo de Cupka et al. (2022), é realçado que as estratégias não farmacológicas na prevenção e gestão do *delirium* em cuidados intensivos têm um impacto substancial. A aplicação prática de medidas como o plano de mobilidade progressiva (desde exercícios de amplitude de movimento na cama até à

deambulação), o ajuste dinâmico da iluminação (para mimetizar a luz solar) e a introdução de música relaxante são estratégias de primeira linha na recuperação.

Adicionalmente, Chan e Corso (2024), analisaram a prevenção farmacológica e não farmacológica em doentes críticos e em cuidados paliativos. Os resultados deste estudo demonstraram que as intervenções não farmacológicas multimodais são altamente seguras e eficazes. A intervenção de enfermagem foca-se na adequação rigorosa da analgesia (evitando o uso excessivo de opióides) e na evicção de benzodiazepinas, privilegiando o alívio da dor através de posicionamento e medidas de conforto, ao invés do recurso sistemático a antipsicóticos.

No que diz respeito à estruturação prática destas intervenções, Johnson et al. (2024b), realizaram uma revisão sobre intervenções não farmacológicas baseadas na evidência, categorizando-as em intervenções baseadas em instrumentos, intervenções lideradas por enfermeiros e lideradas pela família. Os autores destacam o uso terapêutico de espelhos posturais para *feedback* visual e tátil durante a reabilitação, e o uso de iluminação dinâmica. Além disso, é clinicamente exigido que as estratégias planeadas no âmbito da intervenção *Prestação de Cuidados à Pessoa com Doença Aguda* (que englobam a otimização ambiental, hidratação e reorientação global descritas acima) sejam separadas por completo das ações da intervenção *Suporte Ventilatório (VNI)*. Misturar estas necessidades compromete a eficácia, uma vez que o doente sob ventilação exige adaptações muito específicas de conforto, gestão de alarmes e comunicação não verbal que não se podem sobrepor pura e simplesmente às medidas de reorientação e controlo do ambiente de base.

Por sua vez, Prandeh Afshar et al. (2025), realizaram um estudo de revisão com o objetivo de avaliar as intervenções não farmacológicas na gestão da dor aguda e *delirium* em doentes idosos. Os autores sustentam que recorrer a terapias associadas, como a massagem manual (aplicada durante 15 a 20 minutos por enfermeiros), estimula os mecanorreceptores e reduz os biomarcadores de stress (como o cortisol e a alfa-amilase salivar). Isto gera resultados significativos não só na diminuição da agitação como na redução da dor aguda do utente.

Gomes Tovar & Henao-Castaño (2024), realizaram um estudo com o objetivo de identificar a eficácia de uma intervenção de enfermagem denominada Dynamic Felirium (DyDel) na redução do *delirium* em pacientes críticos em unidades de cuidados intensivos. Estas intervenção tem como base o uso de estratégias não farmacológicas e cuidados individualizados como controlo da dor, despertares e respiração espontânea, controlo de sedação, estimulação cognitiva, preferências do utente e objetos pessoais, atender as necessidades espirituais, resolução de problemas sociais que possam causar stress ao utente, promoção do sono, identificação de emoções e por fim avaliação oportuna do *delirium*. Os resultados deste estudo demonstram eficácia nas intervenções não farmacológicas, evidenciando uma menor incidência e duração de *delirium*.

De forma a complementar, Leonard et al. (2026), analisaram a eficácia da musicoterapia em ambientes hospitalares de agudos. O estudo reforça que o uso de música planeada (seja através de musicoterapia criativa ao vivo com o terapeuta, ou audição de listas de reprodução gravadas e personalizadas consoante a preferência do doente) é essencial para promover o relaxamento, regular as emoções e diminuir a agitação motora perante a confusão.

Por fim, Almeida (2022), realizou um estudo focado nas estratégias não farmacológicas eficazes, da conceção à prática. Os resultados complementam a importância do papel do enfermeiro ao gerir de forma sistemática a aplicação de protocolos individualizados. A autora especifica que ações como a educação pré-operatória dos familiares, a comunicação estruturada e a simples distribuição e colocação noturna de tampões auditivos (reduzindo o ruído ambiental em cerca de 33 decibéis) revelam-se altamente eficazes na promoção do sono ininterrupto e na prevenção do aparecimento do *delirium* agudo.

O padrão de sono e a qualidade do mesmo é essencial para uma qualidade do estado de saúde, desta forma foi analisado um estudo que revela a importância de implementação de medidas. Desta forma foram implementadas intervenções, durante o dia foram incluídas estratégias como elevação das precianas, fornecendo luz natural, promoção da mobilidade e atividade física. Durante a noite foram aplicadas medidas que reduzissem os estímulos ambientais, como diminuição da intensidade da luz, redução de ruído, desligar televisões, disponibilizar tampões auriculares e vendas noturnas, e por fim concentrar as intervenções de enfermagem para não interromper o sono. Com a implementação destas medidas reduziu a incidência de *delirium*, identificando-se ainda que o tempo até ao início do primeiro episódio foi maior (Tonna et al., 2021).

Denninger et al., (2024), centra-se no desenvolvimento e estruturação de intervenções para a prevenção do *delirium* em utentes idosos otimizando o processo de alta e transferência, não avaliando diretamente os seus efeitos na prática. Trata-se de um estudo que contribui essencialmente na identificação do processo metodológico, utilizando métodos qualitativos para construção das intervenções para a prevenção do *delirium*. Assim, este estudo foi dividido em diversas fases, inicialmente foi realizada a análise do contexto e da prática, para recolha de informações e identificação das necessidades. De seguida, com base nos dados recolhidos foram discutidos os resultados e as possíveis intervenções, ainda nesta fase foram exploradas formas de envolver os cuidadores e melhorar a transição de cuidados. Na terceira fase, as intervenções foram discutidas e apresentadas aos participantes, nomeadamente pacientes, cuidadores, especialistas e participantes da fase anterior, dando abertura para sugestões (Denninger et al., 2024). Em suma, o resultado do estudo não se centra na avaliação da eficácia das intervenções, mas sim no processo de desenvolvimento e validação através de um processo participativo e estruturado não incluindo avaliação de eficácia (Denninger et al., 2024).

O *delirium* em idosos institucionalizados continua a ser uma condição clínica relevante, estando associada a piores resultados em saúde (Russell et al., 2022). Foram identificados alguns estudos relativamente à prevenção e gestão do *delirium*, sendo maioritariamente identificadas estratégias não farmacológicas, focando essencialmente estratégias na prevenção através de estratégias como educação, melhoria dos cuidados e apoio à prática clínica, mostrando uma heterogeneidade entre as metodologias usadas.

A estimulação multisensorial (tátil, visual, olfativa, auditiva, gustativa e cinestesia) com envolvimento da família apresenta resultados significativos na redução da ocorrência de *delirium*. A estimulação multisensorial, fornece ao utente, estímulos suaves e equilibrados, promovendo a estabilidade cognitiva e emocional, contribuindo para a diminuição da incidência, duração e gravidade desta condição (Jiang et al., 2026).

Além disso, as intervenções quando realizadas numa duração de três ou mais dias será maior a sua eficácia (Jiang et al., 2026).

Um estudo realizado por Hwang e Kim (2021), avalia a aplicação de implementação de intervenções não farmacológicas na prevenção de *delirium* em doentes idosos numa unidade de cuidados intensivos. Neste estudo foram implementadas intervenções, nomeadamente a educação familiar, avaliação do *delirium*, atividades de reorientação, comunicação terapêutica, intervenções sensoriais para utentes com défice de audição e visual, gestão de mobilidade e mobilidade limitada, suporte familiar e, por fim, a manutenção do sono.

- 1) Educação familiar: nesta intervenção pretende-se que a família compreenda a definição e os sintomas do *delirium*, a sua etiologia, a prevenção bem como as intervenções de reorientação que estes elementos podem auxiliar no processo;
- 2) Avaliação do *delirium*: Uso da escala CAM- UCI uma vez em cada turno;
- 3) Atividades de reorientação: a equipa de enfermagem deve orientar os pacientes no mínimo de 2 em 2 horas;
- 4) Comunicação terapêutica: A equipa mantém uma comunicação clara e aberta incentivando a expressão de sentimentos. O enfermeiro apresenta-se ao paciente fazendo perguntas abertas possibilitando a comunicação. O enfermeiro mante contacto visual com os utentes e observam a sua expressão facial;
- 5) Intervenções sensorial para utentes com défice auditivo ou visual: disponibilizar óculos ou aparelhos auditivos;
- 6) Gestão da imobilidade ou mobilidade limitada: Foi dada permissão aos utentes para se movimentarem segundo as normas de segurança, minimizando o uso de dispositivos sempre que fosse possível. Foi minimizado o uso de dispositivos. Aos pacientes com contenção, a sua necessidade era avaliada a cada turno e reduzido o tempo de permanência com as mesmas sempre que necessário, ou aplicados exercícios passivos.

Dispositivos como cateter venoso periférico (CVP) era removido sempre que o seu uso não fosse necessário;

- 7) Apoio familiar: Os familiares forneceram apoio três vezes por dia, auxiliando na reorientação, mantinham a conversa de assuntos familiares, incentivados a discutir a experiência do paciente durante a hospitalização, exames e tratamentos, sempre com supervisão;
- 8) Manutenção do padrão de sono: A iluminação durante a noite, era reduzida e indireta. Era função do enfermeiro presente avaliar os fatores de distúrbio do sono e melhorá-los.

Neste mesmo estudo, podemos observar a fidelidade das intervenções não farmacológicas, pois ocorreu uma diminuição da ocorrência de delirium nos utentes que receberam este tipo de intervenções. Resultando ainda na redução do tempo de internamento (Hwang e Kim, 2021)

Lee et al., (2021), realizaram uma revisão sistemática analisando e descrevendo intervenções de enfermagem não farmacológicas com o objetivo de prevenir e gerir o *delirium* em doentes hospitalizados. As estratégias identificadas incluem intervenções multidisciplinares, com envolvimento da família, medidas de orientação, uso de tampões de ouvidos, estratégias com a simulação da presença de familiares, regulação do padrão de sono. Para além destas intervenções destaca-se o envolvimento da família. Este artigo reforça a importância do papel do enfermeiro na prevenção do *delirium* através de estratégias não farmacológicas.

O momento da alta hospitalar é encarado como um momento de vulnerabilidade, pelo que a continuidade de cuidados pode ser comprometida e aumentar o risco de desenvolvimento de *delirium*. Desta forma, um estudo realizado por Leinert et al., (2021) descreveu o projeto Transport and *Delirium* in older people (TRADE), avaliando o impacto da transferência no processo de alta. Foi ainda desenvolvido uma intervenção complexa que envolve os cuidadores durante esse período, prevenindo desta forma a ocorrência de *delirium* através de medidas não farmacológicas.

O TRADE inicia-se com o desenvolvimento, identificando evidência e identificando e desenvolvendo de intervenções, definições de medidas nomeadamente material informativo para a família ou gestor da alta, profissionais de saúde e de assistência social, capacitando os cuidadores para a prevenção do *delirium* (Leinert et al., 2021).

Obstáculos na implementação de estratégias por parte da equipa de enfermagem:

Os enfermeiros que prestam cuidados a utentes com risco de desenvolver *delirium* enfrentam diversos desafios e, frequentemente, necessitam de priorizar as suas intervenções. Neste contexto, foi analisado o estudo de Sist et al. (2024), que aborda os fatores que influenciam o processo de priorização dos cuidados de

enfermagem na prevenção e gestão do *delirium*. Os autores verificaram que as decisões tomadas pelos enfermeiros são influenciadas por fatores organizacionais, profissionais e relacionados com o próprio utente.

Relativamente aos fatores organizacionais, Sist et al. (2024) referem que as unidades onde são prestados cuidados a pessoas com *delirium* apresentam, por vezes, limitações estruturais, sendo descritas como espaços reduzidos e com grandes distâncias entre as áreas de prestação de cuidados e os locais de armazenamento de materiais. Estas condições dificultam o trabalho dos profissionais, consumindo tempo que poderia ser dedicado diretamente aos cuidados.

Além disso, o estudo destaca a insuficiência de recursos humanos, situação que obriga os enfermeiros a fazer escolhas difíceis relativamente à distribuição do seu tempo entre os vários utentes. É reconhecido que a presença de *delirium* aumenta significativamente a carga de trabalho, reduzindo o tempo disponível para a prestação de cuidados individualizados.

A organização do trabalho hospitalar também influencia a prestação de cuidados. Muitas vezes, a prioridade é atribuída aos doentes em situação aguda ou urgente, o que pode limitar a atenção dispensada aos restantes utentes. Neste contexto, o trabalho por turnos pode comprometer a continuidade dos cuidados, uma vez que os enfermeiros necessitam frequentemente de recorrer à informação transmitida pelos colegas dos turnos anteriores, utilizando tempo que poderia ser direcionado para o contacto direto com o doente (Sist et al., 2024).

Apesar da menor dotação de profissionais durante o turno da noite, este período é frequentemente perçecionado pelos enfermeiros como uma oportunidade para prestar cuidados mais personalizados e menos centrados nas exigências da rotina diária (Sist et al., 2024).

No que se refere aos fatores profissionais, a experiência dos enfermeiros na abordagem ao *delirium* constitui um elemento facilitador do processo de priorização e da identificação precoce dos fatores de risco. De igual modo, a capacidade de gestão do tempo influencia a definição de prioridades, permitindo aos profissionais organizar o seu trabalho de forma mais eficaz e disponibilizar intervenções mais individualizadas (Sist et al., 2024).

Ao nível do utente, a fragilidade associada à ausência de familiares ou cuidadores, à presença de múltiplas patologias ou ao comprometimento cognitivo constitui igualmente um desafio para a priorização dos cuidados. Nestas situações, os enfermeiros necessitam de dedicar mais tempo ao utente, assumindo, em certa medida, funções habitualmente desempenhadas pelos familiares ou cuidadores (Sist et al., 2024).

De uma forma geral, o tempo é um fator determinante na priorização dos cuidados ao doente com *delirium*. A escassez de tempo leva frequentemente ao adiamento de intervenções, sobretudo das medidas preventivas, apesar de o

delirium poder instalar-se de forma insidiosa. Por outro lado, quando os sintomas se manifestam de forma mais evidente, os enfermeiros são obrigados a priorizar estes doentes. A prestação de cuidados adequados exige tempo para realizar avaliações sistemáticas e estabelecer uma relação terapêutica eficaz (Sist et al., 2024).

Também Watkins et al. (2021), através de uma auditoria realizada em contextos de cuidados agudos, procurou avaliar se as equipas de saúde estavam a implementar adequadamente estratégias de prevenção e gestão do *delirium*. Os resultados demonstraram que a elevada complexidade clínica dos doentes e a necessidade de estabilização urgente dos parâmetros vitais e hemodinâmicos colocam os enfermeiros perante uma significativa falta de tempo e de recursos humanos. Como consequência, intervenções preventivas fundamentais e que requerem dedicação contínua — como a orientação sistemática do utente à cabeceira, a garantia de uma hidratação adequada, a colocação regular de óculos e aparelhos auditivos durante o dia e a promoção da higiene do sono, através da redução, da luminosidade e dos alarmes noturnos são frequentemente adiadas ou negligenciadas na prática clínica, contribuindo para a perpetuação do ciclo do *delirium*.

12. Considerações finais

A análise da literatura realizada neste trabalho permitiu demonstrar que a gestão do *delirium* na pessoa em situação crítica ou hospitalizada exige uma abordagem proativa, multidimensional e holística, na qual o papel do enfermeiro assume particular relevância.

Os resultados evidenciaram que a prevenção e a gestão de primeira linha desta síndrome assentam, sobretudo, em intervenções não farmacológicas. Estratégias estruturadas, como a otimização do ambiente, a promoção da higiene do sono, a mobilização precoce e a estimulação sensorial, incluindo a musicoterapia, revelam-se eficazes na redução da incidência e da gravidade do *delirium*.

A literatura analisada demonstrou igualmente que a família deve assumir um papel mais ativo, passando de visitante a agente terapêutico ativo no processo de prevenção e gestão do *delirium*. A sua participação, quer através do envolvimento direto em atividades de estimulação multissensorial, quer pelo recurso a tecnologias, como mensagens de voz gravadas, constitui um importante elo terapêutico e afetivo para o utente, contribuindo para a redução da incidência, duração e gravidade dos episódios de *delirium*.

Apesar da evidência robusta que sustenta estas intervenções, a sua implementação na prática clínica continua a enfrentar diversas barreiras. A sobrecarga de trabalho, os rácios inadequados de profissionais, as limitações estruturais das unidades e a organização do trabalho por turnos levam frequentemente as equipas de enfermagem a priorizar a estabilidade fisiológica e hemodinâmica dos doentes. Consequentemente, medidas preventivas fundamentais, que exigem tempo, dedicação e continuidade dos cuidados, acabam por ser adiadas ou, em alguns casos, negligenciadas.

Neste sentido, torna-se essencial promover condições organizacionais que permitam a implementação sistemática de intervenções não farmacológicas. As implicações para a prática clínica são inequívocas, uma vez que a adoção destas medidas pode traduzir-se em ganhos significativos em saúde, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos, da qualidade dos cuidados e da experiência do utente durante o internamento. Desta forma, ao longo do ensino clínico, em contexto hospitalar, realizado numa ULS, elaboramos um fluxograma, que se encontra no apêndice I, para avaliação e gestão do *delirium*.

Como perspetivas para o futuro, e reconhecimento de todas as limitações decorrentes da heterogeneidade metodológica dos estudos, torna-se fundamental ultrapassar a ausência de métodos e indicadores para a avaliação das intervenções. Neste sentido, é necessário investir no desenvolvimento de protocolos institucionais padronizados. Através da uniformização das diretrizes de atuação e da reorganização do tempo de cuidado será possível garantir uma prevenção adequada do *delirium*, tornando-se numa prática assistencial continua,

segura centrada na pessoa e na sua família, protegendo-os nos momentos de maior vulnerabilidade e nas transições de cuidados.

13. Referências bibliográficas

Abelha, FJ, Luís, C., Veiga, D. *et al.* Desfecho e qualidade de vida em pacientes com delirium pós-operatório durante internação em UTI após cirurgia de grande porte. *Crit Care* 17, R257 (2013). <https://doi.org/10.1186/cc13084>

Afshar, P. P., Ali, E. S. A., Dehghan, F., & Dehghan, M. (2025). Non-pharmacological interventions for managing acute pain and delirium in hospitalized older patients: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 25(1), 1036. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06764-1>

Al Farsi, R. S., Al Alawi, A. M., Al Huraizi, A. R., Al-Saadi, T., Al-Hamadani, N., Al Zeedy, K., & Al-Maqbali, J. S. (2023). Delirium in medically hospitalized patients: Prevalence, recognition and risk factors: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(12), 3897. <https://doi.org/10.3390/jcm12123897>

Almeida, S. R. M. (2022). *Estratégias não farmacológicas eficazes na prevenção do delirium: Da conceção à prática* [Relatório de estágio de mestrado, Universidade Católica Portuguesa].

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association.

Bannon, L., McGaughey, J., Verghis, R., Clarke, M., McAuley, D., & Blackwood, B. (2019). The effectiveness of non-pharmacological interventions in reducing the incidence and duration of delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 45(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5452-x>

Barjud, A. C. B., Davila, V. C., Silva, A. H. F., Santos, C. F., Walter, G. S., Vinha, G. H., Walter, J. S., Pires, L. G. C., & Souza, F. (2024). Fisiopatologia e conduta terapêutica do delirium: Uma revisão bibliográfica.

Bellelli, G., Morandi, A., Trabucchi, M., Caironi, G., Coen, D., Fraticelli, C., Paolillo, C., Prevaldi, C., Riccardi, A., Cervellin, G., Carabellese, C., Putignano, S., Maggi, S., Cherubini, A., Gnerre, P., Fontanella, A., Latronico, N., Tommasino, C., Corcione, A., Ricevuti, G., ... Perticone, F. (2018). Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. *Internal and emergency medicine*, 13(1), 113–121. <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1705-x>

Cerejeira, J. M. S. (2011). Delirium pós-cirúrgico em doentes idosos: estratificação do risco, diagnóstico e prognóstico com biomarcadores (Tese de Doutoramento). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal.

Cerejeira, J. M. S. (2011). Delirium pós-cirúrgico em doentes idosos: Estratificação do risco, diagnóstico e prognóstico com biomarcadores. Universidade de Coimbra. Tese de doutoramento.

Chan, L., & Corso, G. (2024). Pharmacological and non-pharmacological prevention and management of delirium in critically ill and palliative patients in the inpatient setting: A review. *Frontiers in Medicine*, 11, 1403842. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1403842>

Cupka, J. S., Hashemighouchani, H., Lipori, J., Ruppert, M. M., Bhaskar, R., Ozrazgat-Baslanti, T., Rashidi, P., & Bihorac, A. (2022). The effect of non-pharmacologic strategies on prevention or management of intensive care unit delirium: A systematic review. *F1000Research*, 9, 1178. <https://doi.org/10.12688/f1000research.25769.3>

Denninger, N.-E., Brefka, S., Skudlik, S., Leinert, C., Mross, T., Meyer, G., Sulmann, D., Dallmeier, D., Denking, M., & Müller, M. (2024). Development of a complex intervention to prevent delirium in older hospitalized patients by optimizing discharge and transfer processes and involving caregivers: A multi-method study. *International Journal of Nursing Studies*, 150, 104645. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104645>

Devinney, M. J., Wong, M. K., Wright, M. C., Marcantonio, E. R., Terrando, N., Browndyke, J. N., Whitson, H. E., Cohen, H. J., Nackley, A. G., Klein, M. E., Ely, E. W., Mathew, J. P., Berger, M., & MADCO-PC and INTUIT Study Teams (2023). Role of Blood-Brain Barrier Dysfunction in Delirium following Non-cardiac Surgery in Older Adults. *Annals of neurology*, 94(6), 1024–1035. <https://doi.org/10.1002/ana.26771>

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física* (Circular Normativa n.º 08/DSPSM/DSPCS, de 25 de maio de 2007).

Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma nº 053/2011: Abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com delirium (Atualizada a 04/2023). Ministério da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf

Egberts, A., Loonen, A. J. M., & van der Mast, R. C. (2015). Stress and delirium: relationship and mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.04.007>

European Delirium Association, & American Delirium Society. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Medicine*, 12, Artigo 141. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0141-2>

Faria, R. S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>

Fernandes, F., Santos, M., Anacleto, A. M., Jerónimo, C., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2024). Nursing intervention to prevent and manage delirium in

Fernandes, J. M. B., Vieira, L. T., & Castelhana, M. V. C. (2023). Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: reflexões técnicas-formativas. *REDES - Revista Educacional da Sucesso*, 3(1).

Ferramentasclínicas. (2025, July 24). *Confusion Assessment Method (CAM) – Explicação detalhada + materiais em PDF*. Ferramentasclínicas.com. <https://ferramentasclinicas.com/2025/07/24/confusion-assessment-method-cam-portugues/>

Ferreira, D. J. L. (2024). *Delirium em contexto hospitalar: Uma revisão narrativa dos fatores de risco, apresentação clínica e estratégias de gestão* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior].

Fong, T.G., & Inouye, S.K. (2022). The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nat Rev Neurol* 18, 579–596. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00698->

FONG, Tamara G.; TULEBAEV, Samir R.; INOUE, Sharon K. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews Neurology*, v. 5, n. 4, p. 210-220, 2009.

Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The nursing delirium screening scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 368-375. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009>

Gómez Tovar, L. O., & Henao-Castaño, A. M. (2024). Dynamic delirium – Nursing intervention to reduce delirium in patients critically ill: A randomized control trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, 83, 103691.

Hshieh, T. T., Inouye, S. K., & Oh, E. S. (2020). Delirium in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(2), 183–199. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.001>

Hu, L., Wang, Q., Wang, S., Wang, D., Kang, H., & others. (2025). *Non-pharmacological interventions for preventing delirium in older adults in intensive care units: A systematic review and network meta-analysis*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 141, 106075. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.106075>

Hwang, J. H., & Kim, M. Y. (2021). *Effects of a multicomponent intervention program for preventing delirium in geriatric patients in the intensive care unit*. *Korean Journal of Adult Nursing*, 33(6), 565–575. <https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.6.565>

Inouye, S. K., & Charpentier, P. A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*, 275(11), 852–857.

Jiang, Y., Shen, R., Song, Y., & Li, J. (2026). *The effects of family-involved sensory stimulation interventions on delirium outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *Australian Critical Care*, 39(1), 101513. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101513>

Jin, Z., Hu, J., & Ma, D. (2020). Postoperative delirium: *Perioperative assessment, risk reduction, and management*. *British Journal of Anaesthesia*, 125(4), 492–504. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.06.063>

Johnson, G. U., Towell-Barnard, A., McLean, C., & Ewens, B. (2024 b). Delirium prevention and management in an adult intensive care unit through evidence-based nonpharmacological interventions: A scoping review. *Collegian*, 31(4), 232–251. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2024.05.001>

Johnson, G. U., Towell-Barnard, A., McLean, C., Robert, G., & Ewens, B. (2024a). Co-designing a digital family-led intervention for delirium prevention and management in adult critically ill patients: An application of the double diamond design process. *International Journal of Nursing Studies*, 160, Artigo 104888. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104888>

Kappenschneider, T., Meyer, M., Maderbacher, G., Parik, L., Leiss, F., Quintana, L. P., & Grifka, J. (2022). Delir – eine interdisziplinäre Herausforderung [Delirium-an interdisciplinary challenge]. *Der Orthopade*, 51(2), 106–115. <https://doi.org/10.1007/s00132-021-04209-2>

Kasapoğlu, E. S., & Enç, N. (2022). Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study. *Geriatric Nursing*, 44, 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.02.015>

Khan, B. A., Perkins, A. J., Gao, S., Hui, S. L., Campbell, N. L., Farber, M. O., Chlan, L. L., & Boustani, M. A. (2017). The Confusion Assessment Method for the ICU-7 Delirium Severity Scale: A Novel Delirium Severity Instrument for Use in the ICU. *Critical care medicine*, 45(5), 851–857. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002368>

Klein Klouwenberg, P. M. C., Zaal, I. J., Spitoni, C., Ong, D. S. Y., van der Kooi, A. W., Bonten, M. J. M., & van den Boogaard, M. (2014). The attributable mortality of delirium in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 42(10), 2247–2257. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000504>

Kotekar, N., Shenkar, A., & Nagaraj, R. (2018). Postoperative cognitive dysfunction - current preventive strategies. *Clinical interventions in aging*, 13, 2267–2273. <https://doi.org/10.2147/CIA.S133896>

Lee, J., & Kang, J. (2025). The effects of family voice intervention on delirium in adult critical care patients: A systematic review and meta-analysis. *Nursing in Critical Care*, 30, e70208. <https://doi.org/10.1111/nicc.70208>

Lee, Y., Lee, J., Kim, J., & Jung, Y. (2021). Intervenções de enfermagem não farmacológicas para prevenção e tratamento de delirium em pacientes adultos hospitalizados: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 18(16), 8853.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18168853>

Leinert, C., Brefka, S., Braisch, U. *et al.* A complex intervention to promote prevention of delirium in older adults by targeting caregiver's participation during and after hospital discharge – study protocol of the TRANsport and DELirium in older people (TRADE) project. *BMC Geriatr* 21, 646 (2021).
<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02585-0>

Leinert, C., Brefka, S., Braisch, U. *et al.* A complex intervention to promote prevention of delirium in older adults by targeting caregiver's participation during and after hospital discharge – study protocol of the TRANsport and DELirium in older people (TRADE) project. *BMC Geriatr* 21, 646 (2021).
<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02585-0>

Leonard, S., Henderson, E., & Mitchell, G. (2026). Effectiveness of music therapy for delirium in acute hospital settings: A scoping review. *Nursing Reports*, 16(1), 23.
<https://doi.org/10.3390/nursrep16010023>

Luz, L. F. S., Santos, M. C., Ramos, T. A., Almeida, C. B., Rover, M. C., Dal'Pizzol, C. P., Pohren, C. L. S., Martins, A. V. S., & Boniatti, M. M. (2020). *Delirium e qualidade de vida em pacientes críticos: um estudo de coorte prospectivo. Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(3), 426-432.

Maldonado, J.R. (2017). Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Crit Care Clin*, 33(3), 461-519. [Doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.013](https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.013).

Mariz, J., Pires, O., Lopes, A., Bessa, J., Correia, L., Morgado, P., Teixeira, J., Sousa, N., & Santos, N. C. (2022). The Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit: A Large Cohort Validation Study in the Emergency Department of a Tertiary Hospital. *Portuguese Journal of Internal Medicine*, 29(3), 185–193.
<https://doi.org/10.24950/rspmi.682>

Martins, S., Simões, M. R., & Fernandes, L. (2012). P-453 - Translation process and pilot study of Portuguese confusion assessment method. *European Psychiatry*, 27, 1. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(12\)74620-5](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(12)74620-5)

Miró O, et al. Hyperactive delirium during emergency department stay: analysis of risk factors and association with short-term outcomes. *Eur J Emerg Med*. 2023.

National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Delirium: Prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care (Clinical Guideline CG103). National Clinical Guideline Centre (UK).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553009/>

National Institute for Health and Care Excellence. (s.d.). In people in hospital who have delirium, which is the most effective medication? Atypical antipsychotics, typical antipsychotics or benzodiazepines compared with placebo or each other for treating delirium?. Recuperado a 10 de maio de 2026, de

<https://www.nice.org.uk/researchrecommendation/in-people-in-hospital-who-have-delirium-which-is-the-most-effective-medication-atypical-antipsychotics-typical-antipsychotics-or-benzodiazepines-compared-with-placebo-or-each-other-for-treating-delirium>

Néné, M., & Sequeira, C. (Coords.). (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.

Oldham, M. A., & Weber, M. T. (2023). The phenotype of delirium based on a close reading of diagnostic criteria. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Oliveira, C., Nobre, C. F. G. M., Marques, R. M. D., Mendes, M. M. M. L., & Sousa, P. C. P. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Revista Cuidarte*, 13(2), e1983. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>

Ormseth, C. H., LaHue, S. C., Oldham, M. A., Josephson, S. A., Whitaker, E., & Douglas, V. C. (2023). Predisposing and Precipitating Factors Associated With Delirium: A Systematic Review. *JAMA network open*, 6(1), e2249950. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.202>

Payne, L. E., Gagnon, D. J., Riker, R. R., Seder, D. B., Glisic, E. K., Morris, J. G., & Fraser, G. L. (2017). Cefepime-induced neurotoxicity: a systematic review. *Critical care*, 21(1), 276. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1856-1>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Plácido, D. C. (2024). *A gestão do delirium para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica: Intervenção especializada de enfermagem* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].

Quaresma, F. A. (2019). *Delirium numa enfermaria de Medicina Interna: Impacto do seu reconhecimento para a prática clínica* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa].

Russell, G., Rana, N., Watts, R., Roshny, S., Siddiqi, N., & Rose, L. (2022). *Reporting of outcomes and measures in studies of interventions to prevent and/or treat delirium in older adults resident in long-term care: A systematic review*. *Age and Ageing*, 51(11), afac267. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac267>

Silva, D.O.F., Meira, L.V.S., Sandoval, M.F., Queiroz, C.S., Landim, G.A., & Silva C. C. (2013). Delirium e delírio: opostos que se atraem. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 2 (1), 32-36. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/3782/2490>

Sist, L., Ugenti, N. V., Chiappinotto, S., Messina, R., Rucci, P., & Palese, A. (2024). *Reasons influencing the nurses' prioritization process while preventing and*

managing delirium: Findings from a qualitative study. Aging Clinical and Experimental Research, 36, Article 178. <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02818-3>

Subramaniyan, S., & Terrando, N. (2019). Neuroinflammation and Perioperative Neurocognitive Disorders. *Anesthesia and analgesia*, 128(4), 781–788. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004053>

Tauber, S. C., Djukic, M., Gossner, J., Eiffert, H., Brück, W., & Nau, R. (2021). Sepsis-associated encephalopathy and septic encephalitis: an update. *Expert review of anti-infective therapy*, 19(2), 215–231. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1812384>

Taylor, J., Parker, M., Casey, C. P., Tanabe, S., Kunkel, D., Rivera, C., Zetterberg, H., Blennow, K., Pearce, R. A., Lennertz, R. C., & Sanders, R. D. (2022). Postoperative delirium and changes in the blood-brain barrier, neuroinflammation, and cerebrospinal fluid lactate: a prospective cohort study. *British journal of anaesthesia*, 129(2), 219–230. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2022.01.005>

TEST, C. (2018). The 4AT. 4AT - RAPID CLINICAL TEST for DELIRIUM. <https://www.the4at.com/4at-portugues>

Tonna, J. E., Dalton, A., Presson, A. P., Zhang, C., Colantuoni, E., Lander, K., Howard, S., Beynon, J., & Kamdar, B. B. (2021). The Effect of a Quality Improvement Intervention on Sleep and Delirium in Critically Ill Patients in a Surgical ICU. *Chest*, 160(3), 899–908. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.03.030>

Vaz, S. M. S. (2023). A pessoa com Delirium em contexto de internamento [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=144611&codigo=956

Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.

Wacker, P., Nunes, P. V., & Forlenza, O. V. (2005). Delirium: uma perspectiva histórica. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(3), 97–103. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300001>

Wang, P., Velagapudi, R., Kong, C., Rodriguiz, R. M., Wetsel, W. C., Yang, T., Berger, M., Gelbard, H. A., Colton, C. A., & Terrando, N. (2020). Neurovascular and immune mechanisms that regulate postoperative delirium superimposed on dementia. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 16(5), 734–749. <https://doi.org/10.1002/alz.12064>

Wang, Y., & Shen, X. (2018). Postoperative delirium in the elderly: the potential neuropathogenesis. *Aging clinical and experimental research*, 30(11), 1287–1295. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1008-8>

Watkins, A., Flechais, R., & Tarfarosh, S. (2021). Delirium – are we doing enough prevention and basic management in acute settings? *BJPsych Open*, 7(S1), S112. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.328>

WHOQOL Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M. J., Slooter, A. J. C., & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 90. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>

WILSON, Jo Ellen et al. *Delirium. Nature Reviews Disease Primers*, v. 6, n. 1, p. 90, 2020.

World Health Organization. Mental and behavioral disorders (F00–F99), The International Classification of Diseases. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 10th, rev. 1992.

Wouters, I., Yang, K.-L., Rex, S., & Milisen, K. (2026). Prevalence, risk factors, and preventive interventions for delirium in older adults living at home and in residential care: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 26(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12877-026-07021-9>

Xiao, M. Z., Liu, C. X., Zhou, L. G., Yang, Y., & Wang, Y. (2023). Postoperative delirium, neuroinflammation, and influencing factors of postoperative delirium: A review. *Medicine*, 102(8). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032991>

Yoon, I. A., Galarneau, D., Winslow, M., Park, J., Mauricio, A. X., Reade, M. C., & Teodorczuk, A. (2025). Diagnosis, prevention and management of delirium: Spot it, stop it, treat it. *BJPsych Advances*, 31(6), 331–342. <https://doi.org/10.1192/bja.2024.57>

Zeki, Ö., Güner, P., Zeki, M. et al. Prioritizing delirium risk factors in nursing: a cross-sectional study using the analytic hierarchy process. *BMC Nurs* 24, 996 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03454-6>

Anexo I



(etiqueta)

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Número de identificação:

Teste para avaliação
de delirium &
comprometimento
cognitivo

Data:

Hora:

Avaliador:

[1] NÍVEL DE ALERTA

Isso inclui pacientes que podem estar com sonolência acentuada (por exemplo, difícil de despertar e/ou obviamente sonolentos durante a avaliação) ou agitação/hiperatividade. Observe o(a) paciente. Se estiver dormindo, tente acordar com a fala/discorso ou toque suave no ombro. Peça ao paciente para dizer o seu nome e endereço para auxiliar na avaliação.

ASSINALE

Normal (totalmente alerta, mas não agitado(a), durante toda avaliação)	0
Sonolência leve por <10 segundos após acordar, depois normal	0
Claramente anormal	4

[2] AMT4

Idade, data de nascimento, local (nome do hospital ou edifício), ano atual.

Sem erros	0
1 erro	1
2 ou mais erros / impossível avaliar	2

[3] ATENÇÃO

Pergunte ao paciente: "Por favor, diga os meses do ano de trás para frente, a partir de dezembro."

Para auxiliar a compreensão inicial, é permitido ajudar perguntando "qual é o mês que vem antes de dezembro?".

Meses do ano ao contrário	Acerta 7 meses ou mais	0
	Começa mas pontua <7 meses / recusa-se a começar	1
	Impossível avaliar (não consegue começar porque está mal, sonolento, desatento)	2

[4] MUDANÇA AGUDA OU CURSO FLUTUANTE

Evidência de mudança significativa ou flutuação em: nível de alerta, cognição, e/ou outra função mental (ex. paranoia, alucinações), surgidas nas últimas 2 semanas e ainda evidentes nas últimas 24 horas.

Não	0
Sim	4

4 ou mais: delirium possível +/- comprometimento cognitivo

1-3: comprometimento cognitivo possível

0: delirium ou comprometimento cognitivo grave improváveis
(mas delirium ainda possível se item [4] incompleto)

PONTUAÇÃO 4AT

ORIENTAÇÕES

Versão 1.2 em Inglês. Informações e download: www.the4AT.com

O 4AT é um instrumento de triagem projetado para avaliação inicial rápida de delirium e comprometimento cognitivo. Uma pontuação de 4 ou mais sugere delirium, mas não é diagnóstica: pode ser necessária uma avaliação mais detalhada do estado mental para chegar a um diagnóstico. Uma pontuação de 1-3 sugere comprometimento cognitivo, mas testes cognitivos mais detalhados e informações adicionais de anamnese são necessários. Uma pontuação de 0 não exclui definitivamente delirium ou comprometimento cognitivo: testes mais detalhados podem ser necessários, dependendo do contexto clínico. Os itens 1-3 são classificados apenas com base na observação do(a) paciente no momento da avaliação. O item 4 requer informações de uma ou mais fontes, por exemplo, seu conhecimento sobre o paciente, outros profissionais que conheçam o(a) paciente (por exemplo, enfermeiros da enfermagem), informações do seguimento ambulatorial, anotações sobre o caso, cuidadores etc. O avaliador também deve ter em consideração eventuais dificuldades de comunicação (deficiência auditiva, disfasia, falta de proficiência na língua) durante a realização do teste e na interpretação dos resultados. **Nível de alerta:** Alteração do nível de alerta no ambiente hospitalar tem alta probabilidade de ser delirium. Se o(a) paciente apresentar alterações significativas de atenção na avaliação à beira do leito, pontue 4 neste item. **AMT4 (Teste Mental Abreviado - 4):** Esta pontuação pode ser extraída de itens do AMT10 se este for realizado imediatamente antes. **Mudança Aguda ou Curso Flutuante:** Flutuação pode ocorrer sem delirium em alguns casos de demência, mas flutuação acentuada geralmente indica delirium. Para ajudar a caracterizar alucinações e/ou pensamentos paranoides faça perguntas como: "Está preocupado(a) com alguma coisa que vem acontecendo aqui?"; "Sente-se assustado(a) com alguma coisa ou alguém?"; "Tem visto ou ouvido algo estranho ou fora do comum?"

Garcez, F.B.; Mello, R.G.B.; Norte, G.; Avelino-Silva, T.J. (2020) Versão 1.0 Português.

© 2011-2014 Macullich, Ryan, Cash

Figura 2 – Escala 4AT

Anexo II

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

(Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI, 1990; Inouye SK, 2003; Fernandes L, Martins S, Simões MR, 2013)

Adaptação autorizada pelos autores a partir de:

Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948.

Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright 2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH.

Versão Portuguesa: Lia Fernandes, Sónia Martins, Mário R. Simões

Contactos: Lia Fernandes. FMUP, email: lfernandes@med.up.pt Sónia Martins. FMUP, email: soniamartins@med.up.pt

Mário R. Simões. FPCEUC, email: simoesmr@fpce.uc.pt

OBSERVAÇÕES PELO ENTREVISTADOR:

Entrevistador: Imediatamente após completar a entrevista, por favor, responda às seguintes questões (baseado naquilo que observou durante a entrevista, no Exame Breve do Estado Mental - MMSE e na Prova de Memória de Dígitos - PMD).

INÍCIO AGUDO

1. a. Existe evidência de uma mudança aguda do estado mental de base no doente?

Sim – 1
Não – 2
Incerto – 8

1. b. (SE SIM) Por favor, descreva a mudança e fonte de informação:

DESATENÇÃO

2.a. O doente teve dificuldade em focalizar a atenção (por exemplo distraíndo-se facilmente, ou tendo dificuldade em seguir aquilo que estava a ser dito)?

Não está presente em nenhum tempo durante a entrevista – 1
Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma leve – 2
Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma marcada – 3
Incerto – 8

2. b. (SE PRESENTE) Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, tende a ir e a vir ou a aumentar e a diminuir em gravidade?

Sim – 1
Não – 2
Incerto – 8
Não Aplicável (NA) – 9

2. c. (SE PRESENTE) Por favor descreva este comportamento:

Figura 3 – Escala CAM

DESORGANIZAÇÃO DO PENSAMENTO

3. a. O doente tinha o pensamento desorganizado ou incoerente (tal como, discurso vago ou irrelevante, fluxo de ideias ilógico ou pouco claro, ou mudança imprevisível de assunto para assunto)?

Não está presente em nenhum tempo durante a entrevista – 1

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma leve – 2

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma marcada – 3

Incerto – 8

3.b. (SE PRESENTE) Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, tende a ir e a vir ou a aumentar e a diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

NA – 9

3.c. (SE PRESENTE) Por favor descreva este comportamento:

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

4.a. Globalmente, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) - 1 → SIGA PARA A QUESTÃO 5

Vígil (hiperalerta, hipersensível aos estímulos ambientais, sobressalta-se muito facilmente) – 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) – 3

Estupor (dificilmente despertável) – 4

Coma (não despertável) – 5

Incerto – 8

4.b. (PARA ALÉM DO ESTADO DE ALERTA) Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, tende a ir e a vir ou a aumentar e a diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

NA – 9

4.c. (PARA ALÉM DO ESTADO DE ALERTA) Por favor descreva este comportamento:

Figura 4 – Confusion Assessment Method (CAM)

DESORIENTAÇÃO

5.a. O doente esteve desorientado em algum tempo durante a entrevista (tal como pensar que ele ou ela estava noutro local que não o hospital, ou estava na cama errada, ou confuso na hora do dia)?

Não está presente em nenhum tempo durante a entrevista - 1

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma leve – 2

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma marcada – 3

Incerto - 8

5.b. (SE PRESENTE) Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, tende a ir e a vir ou a aumentar e a diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

NA – 9

5.c. (SE PRESENTE) Por favor descreva este comportamento:

DÉFICE DE MEMÓRIA

6.a. O doente demonstrou algum problema de memória durante a entrevista (tal como incapacidade de lembrar acontecimentos do hospital ou dificuldade em lembrar-se das instruções)?

Não está presente em nenhum tempo durante a entrevista - 1

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma leve – 2

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma marcada – 3

Incerto - 8

6.b. (SE PRESENTE) Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, tende a ir e a vir ou a aumentar e a diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

NA – 9

6.c. (SE PRESENTE) Por favor descreva este comportamento:

Figura 5 – Confusion Assessment Method (CAM)

PERTURBAÇÕES DA PERCEPÇÃO

7.a. O doente teve alguma evidência de perturbação da percepção (como por exemplo, alucinações, ilusões ou falsas interpretações, tal como, pensar que algo se movia quando isso não aconteceu)?

Não está presente em nenhum tempo durante a entrevista - 1

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma leve – 2

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma marcada – 3

Incerto - 8

7.b. (SE PRESENTE) Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, tende a ir e a vir ou a aumentar e a diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

NA – 9

7.c. (SE PRESENTE) Por favor descreva este comportamento:

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

8. a. (Parte 1) Em algum tempo durante a entrevista, o doente teve aumento anormal do nível de actividade motora (tal como, inquietação, agarrar a roupa da cama, bater com os dedos ou mudança frequente e súbita de posição)?

Não está presente em nenhum tempo durante a entrevista - 1

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma leve – 2

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma marcada – 3

Incerto - 8

8.b. (SE PRESENTE) Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, tende a ir e a vir ou a aumentar e a diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

NA – 9

8.c. (SE PRESENTE) Por favor descreva este comportamento:

Figura 6 – Confusion Assessment Method (CAM)

LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA

8. a. (Parte 2) Em algum tempo durante a entrevista, o doente teve diminuição anormal do nível da actividade motora (tal como lentificação, fixação no espaço, ficar numa posição durante um longo período de tempo, ou mover-se muito lentamente)?

Não está presente em nenhum tempo durante a entrevista - 1

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma leve – 2

Presente em algum tempo durante a entrevista, mas de forma marcada – 3

Incerto - 8

8.b. (SE PRESENTE) Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, tende a ir e a vir ou a aumentar e a diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

NA – 9

8.c. (SE PRESENTE) Por favor descreva este comportamento:

ALTERAÇÃO DO CICLO SONO-VIGÍLIA

9. a. O doente teve evidência de perturbação no ciclo sono-vigília (tal como, excessiva sonolência diurna com insónia à noite)?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

9.c. (SE SIM) Por favor descreva este comportamento:

Figura 7 – Confusion Assessment Method (CAM)

Anexo III

Nu-DESC Nursing Delirium Screening Scale Escala de Rastreo de Delirio em Enfermagem		Nome: _____ D. Nasc: _____ ID: _____
Data: _____ Hora: _____ Enfermeiro(a) Avaliador(a): _____		
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA		
[1] Desorientação		
<i>Evidência de desorientação verbal ou comportamental em relação a tempo, espaço ou pessoas (ex: não saber onde está, confundir o dia/noite, não reconhecer a equipa assistente).</i>		
☐ Ausente		0
☐ Ligeira / Moderada		1
☐ Grave		2
[2] Comportamento Inadequado		
<i>Comportamento inapropriado para o local ou situação (ex: tentar arrancar cateteres/sondas, tentar levantar-se da cama sem condições de segurança, agressividade, agitação).</i>		
☐ Ausente		0
☐ Ligeira / Moderada		1
☐ Grave		2
[3] Comunicação Inadequada		
<i>Discurso desorganizado, incoerente ou despropositado (ex: discurso tangencial, lentificado, respostas que não fazem sentido face à pergunta feita ou mutismo).</i>		
☐ Ausente		0
☐ Ligeira / Moderada		1
☐ Grave		2
[4] Ilusões ou Alucinações		
<i>Evidência de distorções perceptivas visuais, auditivas ou táteis (ex: ver coisas que não existem, ouvir vozes, interpretar erroneamente estímulos reais do ambiente hospitalar).</i>		
☐ Ausente		0
☐ Ligeira / Moderada		1
☐ Grave		2

Figura 8 – Nursing Delirium Screening Scale

[5] Retardo Psicomotor

Lentificação das reações ou movimentos, atraso na resposta a estímulos (ex: olhar fixo/vago, pouca ou nenhuma atividade espontânea, resposta tardia a comandos verbais).

☐	Ausente	0
☐	Ligeira / Moderada	1
☐	Grave	2

INTERPRETAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL

0 - 1 Pontos: Risco/Presença de *Delirium* improvável. Manter vigilância de rotina.

≥ 2 Pontos: **Triagem Positiva para *Delirium*.** Notificar equipa médica assistente e implementar protocolo institucional não farmacológico preventivo/corretivo.

PONTUAÇÃO TOTAL NU-DESC

Soma dos itens 1 a 5 (0-10)

Diretrizes de Preenchimento: A escala *Nu-DESC* é uma ferramenta de rastreio contínuo e rápido baseada nas observações de enfermagem acumuladas ao longo do turno assistencial. Avalie a gravidade máxima observada em cada item: **0** se ausente, **1** se intermitente/ligeiro, ou **2** se manifestado de forma grave/persistente. Essencial para a deteção precoce de fenótipos hiperativos e hiposativos. Ref: *Braz J Anesthesiol*, 2013 (doi:10.1016/j.bjan.2012.09.002).

Figura 9 – Nursing Delirium Screening Scale

Anexo IV

The CAM-ICU-7 Delirium Severity Scale

CAM-ICU		
Items	Grading	Score
1. Acute Onset or Fluctuation of Mental Status Is the patient different than his/her baseline mental status? OR Has the patient had any fluctuation in mental status in the past 24 hours as evidenced by fluctuation on a sedation/level of consciousness scale (i.e., RASS/SAS), GCS, or previous delirium assessment?	0 absent 1 present	
2. Inattention Say to the patient, "<i>I am going to read you a series of 10 letters. Whenever you hear the letter 'A,' indicate by squeezing my hand.</i>" Read letters from the following letter list in a normal tone 3 seconds apart. <u>SAVEAHAART</u> (Errors are counted when patient fails to squeeze on the letter "A" and when the patient squeezes on any letter other than "A")	0 absent (correct ≥ 8) 1 for inattention (correct 4-7) 2 for severe inattention (correct 0-3)	
3. Altered Level of Consciousness Present if the Actual RASS score is anything other than alert and calm (zero)	0 absent (RASS 0) 1 for altered level (RASS 1, -1) 2 for severe altered level (RASS >1, <-1)	
4. Disorganized Thinking <u>Yes/No Questions</u> 1. Will a stone float on water? 2. Are there fish in the sea? 3. Does one pound weigh more than two pounds? 4. Can you use a hammer to pound a nail? Errors are counted when the patient incorrectly answers a question. <u>Command:</u> Say to patient "Hold up this many fingers" (Hold two fingers in front of patient). "Now do the same with the other hand" (Do not repeat number of fingers) An error is counted if patient is unable to complete the entire command.	0 absent (correct ≥ 4) 1 for disorganized thinking (correct 2, 3) 2 for severe disorganized thinking (correct 0, 1)	
Total Score		

CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; RASS: Richmond Agitation Sedation Scale; SAS: Sedation-Agitation Scale; GCS: Glasgow Coma Scale

Figura 10 – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

Apêndice I



Avaliação e Gestão do Delirium

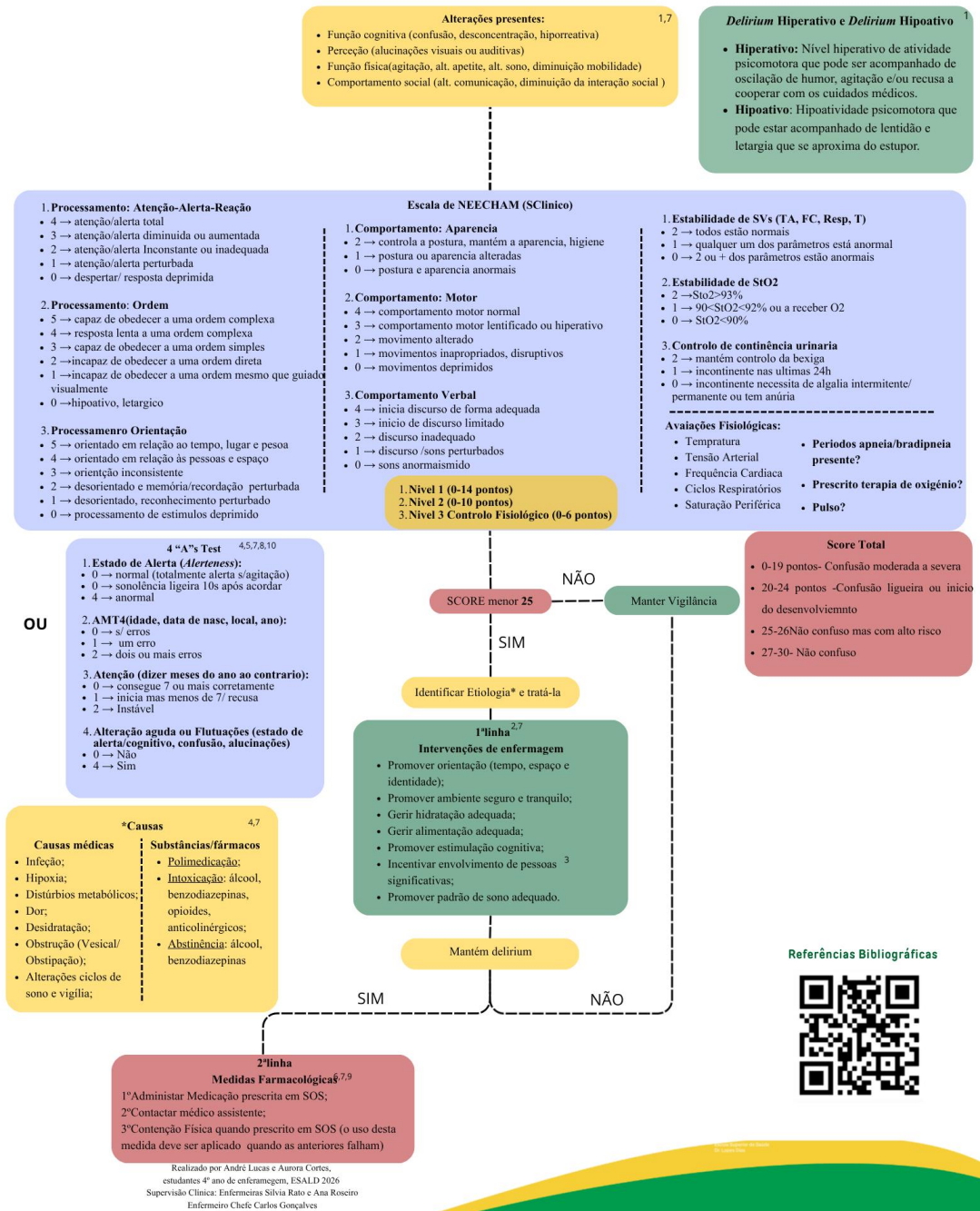


Figura 11 – Fluxograma de Avaliação e gestão do Delirium (Poster realizado em ensino clínico)

Apêndice II

Tabela 1-Análise dos artigos selecionados

Título do artigo	Autores	Data	Participantes no estudo	Intervenções mencionadas	Método de avaliação do delirium
Non-pharmacological interventions for managing acute pain and delirium in hospitalized older patients: a systematic review	Peiman Prandeh Afshar, Eied Saber Alamain Ali, Fatemeh Dehghan, Mahlagha Dehghan	2025	Doentes internados mais velhos (≥65 anos)	Intervenções não farmacológicas (musicoterapia, massagem, cuidados geriátricos, blocos nervosos)	CAM-ICU, Nu-DESC, OBS, DSM-IV, 3D-CAM
Effectiveness of Music Therapy for Delirium in Acute Hospital Settings: A Scoping Review	Stacey Leonard, Elizabeth Henderson, Gary Mitchell	2026	Adultos e idosos em enfermarias médico-cirúrgicas agudas	Musicoterapia (criativa, gravada, relaxante, personalizada)	CAM, CAM-ICU, 4AT, Nu-DESC
Prevalence, risk factors, and preventive interventions for delirium in older adults living at home and in residential care: a scoping review	Inge Wouters, Ke-Lu Yang, Steffen Rex, Koen Milisen	2026	Idosos (≥65 anos) a residir em casa ou lares	Programas multicomponentes, educação de cuidadores, "Stop Delirium!", terapia com bonecas e aplicações web	CAM, DSM, ICD, 4-AT, DOSS, NEECHAM, DI, Nu-DESC, I-AGeD
Delirium prevention and management in an adult intensive care unit through evidence-based nonpharmacological interventions: A scoping review	Gideon U. Johnson, Amanda Towell-Barnard, Christopher McLean, Beverley Ewens	2024	Doentes adultos críticos em UCI	Intervenções não farmacológicas (terapias sensoriais, lideradas por enfermeiros, familiares e pacote ABCDE)	CAM-ICU, ICDSC, DRS, NEECHAM, DI
The Effects of Family Voice Intervention on Delirium in Adult Critical Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis	Junhee Lee, Jiyou Kim	2025	Doentes críticos adultos em UCI	Intervenções com a voz da família (mensagens gravadas e reorientação auditiva)	CAM-ICU

Diagnosis, prevention and management of delirium: spot it, stop it, treat it	Isabel A. Yoon, David Galameau, Marlie Winslow, Jacob Park, Adam X. Mauricio, Michael C. Reade, Andrew Teodorczuk	2025	Doentes internados, incluindo idosos e UCI	Otimização cerebral, pacote ABCDEF e tratamento farmacológico (antipsicóticos, dexmedetomidina)	4AT, CAM-ICU, Brief CAM
Development of a complex intervention to prevent delirium in older hospitalized patients by optimizing discharge and transfer processes and involving caregivers: A multi-method study	Natascha-Elisabeth Denninger, Simone Brefka, Stefanie Skudlik, Christoph Leinert, Thomas Mross, Gabriele Meyer, Daniela Sulmann, Dhayana Dallmeier, Michael Denking, Martin Müller	2024	Doentes idosos internados, cuidadores e profissionais de saúde	Programa de 8 pontos para cuidadores, materiais informativos na alta e treino de equipas	Rastreios cognitivos de rotina (Foco na modelação de protocolos)
Reporting of outcomes and measures in studies of interventions to prevent and/or treat delirium in older adults resident in long-term care: a systematic review	Gregor Russell, Namrata Rana, Rahul Watts, Sefat Roshny, Najma Siddiqi, Louise Rose	2022	Idosos em unidades de cuidados continuados e lares	Intervenções não farmacológicas (componentes únicos e múltiplos)	CAM, DI, MMSE, NEECHAM, DSM-V, DOSS, NPI-Q, RADAR, Nu-DESC
Dynamic delirium – Nursing intervention to reduce delirium in patients critically ill, a randomized control trial	Luz Omaira Gomez Tovar, Angela Maria Henao Castano	2024	Doentes adultos em UCI (>18 anos)	Intervenção "Dynamic Delirium" (cuidados fisiológicos, psicológicos e espirituais com envolvimento familiar)	CAM-ICU
Non-pharmacological interventions for preventing delirium in older adults in intensive care units: a systematic review and network meta-analysis	Hu Lizi, Wang Qingyuan, Wang Shuyao, Wang Dan, Hua Kang	2026	Doentes idosos críticos em UCI (≥60 anos)	Intervenções não farmacológicas (terapia ocupacional, estimulação sensorial, exercício, intervenção familiar)	CAM, CAM-ICU, 3D-CAM, Nu-DESC, PRE-DELIRIC, ICDSC, DRS, DSM-IV
The effects of family-involved sensory stimulation interventions on delirium outcomes: A systematic review and meta-analysis	Yuanyuan Jiang, Ruile Shen, Yahan Song, Jie Li	2026	Doentes adultos em UCI e cuidados agudos	Estimulação sensorial (unissensorial e multissensorial) com envolvimento da família	CAM-ICU, CAM-ICU-7

The effect of non-pharmacologic strategies on prevention or management of intensive care unit delirium: a systematic review	Julie S Cupka, Haleh Hashemighouchani, Jessica Lipori, Matthew M. Ruppert, Ria Bhaskar, Tezcan Ozrazgat-Baslanti, Parisa Rashidi, Azra Bihorac	2022	Doentes adultos em UCI	Intervenções não farmacológicas (mobilidade precoce, iluminação, música, reorientação e pacote ABCDE)	CAM, CAM-ICU, ICDSC, NEECHAM, DI, DRS
O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico	Cláudia Oliveira, Margarida São Rito Marques, Cátia Filipa Delgado Marques, Rute Margarida Madeira, Leonor Mendes, Maria Manuela Cruz Pontífice Sousa Patrício	2022	Pacientes adultos e idosos em UCI	Intervenções ambientais, reorientação, estimulação cognitiva, mobilização e pacote ABCDE	CAM-ICU, ICDSC, DOS, DSM-IV
Effects of A Multicomponent Intervention Program for Preventing Delirium in Geriatric Patients in the Intensive Care Unit	Ju Hee Hwang, Min Young Kim	2021	Doentes idosos em UCI (>65 anos)	Programa Multicomponente (educação da família, reorientação, comunicação terapêutica e gestão do sono)	CAM-ICU, RASS
Reasons influencing the nurses' prioritization process while preventing and managing delirium: findings from a qualitative study	Luisa Sist, Nikita Valentina Ugenti, Stefania Chiappinotto, Rossella Messina, Paola Rucci, Alvisa Palese	2024	Enfermeiros a cuidar de idosos em unidades médicas e geriátricas	Gestão do tempo de enfermagem e priorização de intervenções preventivas, reorientação e suporte familiar	N/A
Pharmacological and non-pharmacological prevention and management of delirium in critically ill and palliative patients in the inpatient setting: a review	Leah Chan, German Corso	2024	Doentes críticos e em cuidados paliativos (incluindo UCI)	Abordagens farmacológicas (antipsicóticos, sedativos) e não farmacológicas (pacote ABCDEF, mobilidade)	CAM, CAM-ICU, ICDSC, DRS-R-98, MDAS, NuDESC, RASS, MMSE
A complex intervention to promote prevention of delirium in older adults by targeting caregiver's participation during and after hospital discharge – study protocol of the TRAnsport and	Christoph Leinert, Simone Brefka, Ulrike Braisch, Natascha Denninger, Martin Mueller, Petra Benzinger, Juergen Bauer, Anke Bahrmann, Norbert Frey, Hugo A. Katus, Tobias Geisler, Gerhard	2021	Idosos internados (≥70 anos) e respetivos cuidadores	Intervenção complexa envolvendo os cuidadores na alta hospitalar e transferências (programa de 8 itens)	CAM, I-CAM-S, 3D-CAM, FAM-CAM, Nu-DESC, BCS, SQiD

Delirium in older people (TRADE) project	Eschweiler, Jochen Klaus, Thomas Seufferlein, Konrad Schuetze, Florian Gebhard, Jens Dreyhaupt, Rainer Muche, Kathrin Pahmeier, Janine Biermann-Stallwitz, Juergen Wasem, Lena Flagmeier, Dhayana Dallmeier, Michael Denking				
Co-designing a digital family-led intervention for delirium prevention and management in adult critically ill patients: An application of the double diamond design process	Gideon U. Johnson, Amanda Towell-Barnard, Christopher McLean, Glenn Robert, Beverley Ewens	2024	Doentes em UCI, familiares e especialistas clínicos	Intervenção digital liderada pela família para reorientação auditiva por voz (FAMVR)	N/A
Non-Pharmacological Nursing Interventions for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adult Patients: Systematic Review of Randomized Controlled Trials	Yoonyoung Lee, Jongmin Lee, Jeounghee Kim, Youngsun Jung	2021	Doentes adultos internados em unidades médicas, cirúrgicas e UCI	Cuidados multidisciplinares, educação multimédia, música, controlo de sono e tampões auriculares	CAM, CAM-ICU, DSM-IV-TR, MMSE, NEECHAM, DRS, DI, ABS
Delirium are we doing enough prevention and basic management in acute settings?	Anna Watkins, Remy Flechais, Shah Tarfarosh	2021	Doentes internados >65 anos em unidades médicas complexas	Medidas não farmacológicas (orientação, uso de óculos/aparelhos auditivos, higiene do sono e hidratação)	N/A
Nursing Intervention to Prevent and Manage Delirium in Critically Ill Patients: A Scoping Review	Filipa Fernandes, Mariana Santos, Ana Margarida Anacleto, Cátia Jerónimo, Óscar Ferreira, Cristina Lavareda Baixinho	2024	Adultos e idosos críticos internados em UCI	Intervenções não farmacológicas (gestão ambiental, pacote ABCDEF) e farmacológicas	CAM-ICU, ICDSC
Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study	Elçin Sebahat Kasapoğlu, Nuray Enç	2022	Doentes críticos adultos em UCI geral e respiratória	Intervenções multicomponentes (áudios familiares, leitura de jornal e uso de máscaras de dormir)	CAM-ICU, RASS

Delirium numa enfermaria de Medicina Interna: impacto do seu reconhecimento para a prática clínica	Filipa Anaia Quaresma	2019	297 doentes admitidos na enfermaria de Medicina Interna com idade superior a 18 anos.	Uso sistematizado de escalas para reconhecimento do delirium, controlo de fatores precipitantes, reorientação, contenção física, contenção farmacológica (antipsicóticos, benzodiazepinas) e avaliação por Psiquiatria de Ligação.	Escala de Agitação-Sedação de Richmond adaptada (RASSad), CAM, mini-cog e DSM-5.
Delirium em Contexto Hospitalar: Uma Revisão Narrativa dos Fatores de Risco, Apresentação Clínica e Estratégias de Gestão	Diogo Jorge Laundos Ferreira	2024	Múltiplas populações hospitalares, com especial incidência em idosos, doentes em cuidados intensivos, cirurgia e pediatria.	Medidas preventivas não farmacológicas (Hospital Elder Life Program, pacote ABCDEF, otimização sensorial, higiene do sono, mobilização precoce, reorientação) e medidas farmacológicas (neurolépticos, dexmedetomidina).	DSM-V, ICD-11, Confusion Assessment Method (CAM), CAM-ICU, 4'A's Test (4AT), Nurse Delirium Screening Checklist (NuDESC) e Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD).
A gestão do delirium para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica: intervenção especializada de enfermagem	Daniela Carvalho Plácido	2024	Pessoas em situação crítica no Serviço de Urgência Geral, Unidade de Queimados e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.	Intervenções não farmacológicas multimodais (pacote ABCDEF, controlo da dor, promoção do sono, gestão do ambiente físico, estimulação cognitiva, mobilização precoce e envolvimento familiar).	Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) e Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC).
Estratégias não farmacológicas eficazes na prevenção do delirium: da conceção à prática	Sónia Rafaela Marques de Almeida, Maria Pires, Filipa Veludo	2022	Pessoas adultas com 18 ou mais anos em situação crítica.	Intervenções individuais e protocolos não farmacológicos (comunicação família-pessoa, educação pré-operatória familiar, reorientação automática por mensagem de voz gravada e uso de tampões auditivos noturnos).	CAM-ICU, Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM), Delirium Observation Screening (DOS) e critérios do DSM-IV.

A pessoa com Delirium em contexto de internamento	Sílvia Maria Simões Vaz	2023	44 utentes com idade igual ou superior a 65 anos, internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Geral.	Identificação de fatores de risco, monitorização de cateter urinário, avaliação e controlo de défices sensoriais e de défice de sono, e avaliação do declínio funcional no internamento.	Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6CIT), Confusion Assessment Method (CAM) e Índice de Katz.
---	-------------------------	------	--	--	--

14. Apêndice III

Tabela 2-Cronograma de atividades

Mês	Fevereiro		Março				Abril				Maio				Junho				Julho	
Semana	16/02	23/02	2/03	9/03	16/03	23/03	30/03	6/04	13/04	27/04	4/05	11/05	18/05	25/05	1/06	8/06	15/06	22/06	29/06	6/07
	20/02	27/02	6/03	13/03	20/03	27/03	5/04	10/04	17/04	1/05	8/05	15/05	22/05	29/05	5/06	12/06	19/06	26/06	3/07	10/07
Atividades realizar																				
Aulas de empreendedorismo e seminários								P A U S A L E T I V A												
Realização do projeto profissional																				
Entregar projeto profissional																				
Ensino clínico em contexto hospitalar																				
Ensino clínico em contexto comunitário																				
Escolha do tema																				
Definir objetivos																				
Estruturação																				
Revisão da literatura																				
Análise e organização																				
Entrega do trabalho																				
Elaborar apresentação do trabalho																				
Apresentação do trabalho																				