www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v.30, n.163, 2026 | DOI: 10.69849/62x86j29

Desenvolvimento de protocolo institucional fisioterapêutico para prevenção e manejo do delirium em pacientes críticos: estratégias não farmacológicas e integração multiprofissional

Development of an institutional physical therapy protocol for the prevention and management of delirium in critically ill patients: non-pharmacological strategies and multiprofessional integration

Lorena Mezarde de Souza[1]

RESUMO

O delirium é uma disfunção cerebral aguda frequente em pacientes críticos, associada a piores desfechos clínicos, maior tempo de internação e comprometimento da recuperação funcional. Nesse contexto, estratégias não farmacológicas e intervenções multiprofissionais apresentam relevância para a prevenção e o manejo dessa condição nas unidades de terapia intensiva. O estudo teve como objetivo desenvolver uma proposta de protocolo institucional fisioterapêutico com estratégias não farmacológicas para prevenção e manejo do delirium em pacientes críticos. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de revisão narrativa da literatura e elaboração de um produto técnico assistencial. Foram pesquisados 22 trabalhos nas bases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e SciELO, dos quais 13 foram selecionados para compor a síntese final, além de um documento institucional consultado para contextualização da proposta. A análise contemplou instrumentos de avaliação do delirium e do nível de sedação, intervenções não farmacológicas multiprofissionais, mobilização precoce, promoção do sono, orientação cognitiva e estímulos sensoriais. Com base nos achados, foi elaborada uma proposta de protocolo que contempla avaliação por meio da escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) e do Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), critérios de segurança para mobilização, medidas de preservação do ciclo sono-vigília e estratégias de orientação e estimulação sensorial. A proposta também considera a rotina

[1] Lorena Mezarde de Souza, Fisioterapeuta Residente em Urgência e Emergência,
E-mail: Mezardel@gmail.com

institucional, incluindo a necessidade de continuidade das medidas pela equipe multiprofissional, diante da ausência de assistência fisioterapêutica durante 24 horas. Como produtos técnicos, foram previstos um fluxograma assistencial, um checklist e materiais educativos para capacitação dos profissionais. Conclui-se que a elaboração do protocolo constitui uma proposta de sistematização da atuação fisioterapêutica e multiprofissional na prevenção e no manejo do delirium em pacientes críticos, cuja aplicabilidade e efetividade deverão ser avaliadas em etapas posteriores de análise institucional, implementação e validação.

Palavras-chave: Delirium; Unidades de Terapia Intensiva; Fisioterapia; Mobilização Precoce; Intervenções Não Farmacológicas.

ABSTRACT

Delirium is a common form of acute brain dysfunction in critically ill patients and is associated with adverse clinical outcomes, prolonged hospital stays, and impaired functional recovery. Non-pharmacological strategies and multidisciplinary care play an important role in preventing and managing delirium in intensive care units (ICUs). This study aimed to develop a proposed institutional physiotherapy protocol incorporating non-pharmacological strategies for delirium prevention and management in critically ill patients. This was a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, based on a narrative literature review and the development of a clinical practice tool. A total of 22 studies were reviewed using the PubMed, Virtual Health Library (VHL), LILACS, and SciELO databases. Of these, 13 were selected for the final synthesis, along with one institutional document used to contextualize the proposal. The review focused on delirium and sedation assessment tools, multidisciplinary non-pharmacological interventions, early mobilization, sleep promotion, cognitive orientation, and sensory stimulation. Based on the literature findings, a proposed protocol was developed, incorporating the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) and the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), safety criteria for mobilization, strategies to support the sleep-wake cycle, and cognitive orientation and sensory stimulation measures. The proposal also takes the institution’s workflow into account, particularly the need for multidisciplinary staff to maintain these interventions outside physiotherapy working hours, as physiotherapy services are not available around the clock. The planned supporting materials include a clinical care flowchart, a checklist, and educational resources for staff

training. In conclusion, the proposed protocol offers a structured approach to physiotherapy and multidisciplinary care for delirium prevention and management in critically ill patients. Its feasibility and effectiveness remain to be assessed through subsequent institutional review, implementation, and validation.

Keywords: Delirium; Intensive Care Units; Physical Therapy Modalities; Early Mobilization; Nonpharmacological Interventions.

1 Introdução

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda caracterizada por alterações da atenção e da consciência, acompanhadas por modificações da cognição, com início geralmente rápido e curso flutuante. Trata-se de uma complicação frequente entre pacientes críticos, especialmente naqueles submetidos à ventilação mecânica e a períodos prolongados de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sua ocorrência está associada a desfechos clínicos desfavoráveis, incluindo maior morbidade, aumento do tempo de internação e possibilidade de comprometimento cognitivo persistente após a alta hospitalar (SAKUSIC; RABINSTEIN, 2025).

A identificação e o manejo do delirium representam desafios para a assistência ao paciente crítico, uma vez que sua manifestação pode variar ao longo da internação e nem sempre é prontamente reconhecida. Nesse contexto, a avaliação sistemática, a identificação de fatores de risco e a adoção de medidas preventivas são fundamentais para a organização do cuidado. As diretrizes para pacientes adultos em terapia intensiva recomendam uma abordagem multiprofissional que contemple estratégias não farmacológicas direcionadas à orientação cognitiva, à otimização do sono, à adequação dos estímulos ambientais e à redução da imobilidade, considerando as condições clínicas individuais (DEVLIN et al., 2018; LEWIS et al., 2025).

A permanência prolongada no leito pode contribuir para o declínio funcional e para complicações associadas à imobilidade, tornando necessária a avaliação individualizada e a realização de intervenções compatíveis com a estabilidade clínica do paciente. A fisioterapia, nesse cenário, atua na avaliação funcional, na prescrição de exercícios terapêuticos e na progressão da mobilização, desde que respeitados os critérios de segurança e a tolerância às intervenções. A atualização das diretrizes da Society of Critical Care Medicine recomenda, de

forma condicional, a mobilização e a reabilitação intensificadas em comparação ao cuidado habitual, reforçando a relevância dessas intervenções no contexto da terapia intensiva (LEWIS et al., 2025).

Embora a prevenção e o manejo do delirium dependam de ações integradas entre diferentes profissionais, a atuação fisioterapêutica pode contribuir para a organização das intervenções relacionadas à mobilidade e à funcionalidade, articulando-se às demais estratégias assistenciais. A avaliação do nível de consciência e de agitação, o acompanhamento da resposta clínica e a identificação de condições que possam comprometer a segurança durante a mobilização também são aspectos relevantes para a condução das intervenções. Paralelamente, medidas como orientação temporal e espacial, promoção do sono e adequação ambiental demandam participação multiprofissional para que sejam mantidas de maneira consistente ao longo da internação.

A proposta deste trabalho consiste em desenvolver um Procedimento Operacional Padrão (POP) com enfoque na atuação fisioterapêutica, de modo a complementar as orientações existentes e sistematizar as intervenções relacionadas à mobilização, aos exercícios terapêuticos e à manutenção da funcionalidade. A proposta também busca favorecer a integração dessas condutas com as ações realizadas pelas demais equipes, considerando as rotinas assistenciais e a ausência de cobertura fisioterapêutica contínua durante 24 horas. Nesse sentido, a definição de orientações específicas para a fisioterapia, associada à identificação de medidas complementares que possam ser executadas pelos demais profissionais, conforme suas atribuições, constitui um aspecto relevante para a continuidade do cuidado.

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo desenvolver um protocolo institucional fisioterapêutico com estratégias não farmacológicas para prevenção e manejo do delirium em pacientes críticos, com ênfase na mobilização precoce e na integração multiprofissional. Para isso, propõe-se a elaboração de um POP, acompanhado de fluxograma assistencial e materiais educativos destinados a apoiar a orientação e a capacitação dos profissionais. Espera-se que esses instrumentos contribuam para a organização das intervenções fisioterapêuticas e para sua articulação com os protocolos institucionais vigentes.

2 Revisão da Literatura

2.1 DELIRIUM EM PACIENTES CRÍTICOS: CONCEITO E FISIOPATOLOGIA

O delirium é uma síndrome neurocognitiva aguda caracterizada por alterações da atenção e da consciência, acompanhadas de comprometimento de outras funções cognitivas, como memória, orientação e percepção. Apresenta início geralmente agudo e evolução flutuante, com manifestações que podem variar ao longo do dia. Em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), constitui uma complicação relevante devido à gravidade das doenças de base, à exposição a diferentes fatores de risco e às possíveis repercussões durante e após a hospitalização (DEVLIN et al., 2018).

A fisiopatologia do delirium é multifatorial e ainda não está completamente esclarecida. Entre os mecanismos investigados estão a neuroinflamação, as alterações da perfusão e do metabolismo cerebral, a disfunção da barreira hematoencefálica e o comprometimento da conectividade entre redes neurais relacionadas à atenção e ao estado de alerta. Esses processos podem interagir com a vulnerabilidade cerebral preexistente, especialmente durante episódios de doença crítica. Assim, não há um único mecanismo capaz de explicar todas as manifestações da síndrome (THE PATHOPHYSIOLOGY AND BIOMARKERS OF DELIRIUM, 2024).

A resposta inflamatória sistêmica tem sido investigada por sua possível participação no desenvolvimento do delirium, principalmente em condições como sepse e disfunção orgânica. Alterações da neurotransmissão e do metabolismo cerebral também são propostas como mecanismos envolvidos. Entretanto, a importância relativa desses processos pode variar entre os pacientes, e os biomarcadores estudados até o momento não substituem a avaliação clínica para identificação da síndrome.

As repercussões do delirium podem incluir alterações do comportamento, dificuldades de comunicação e redução da participação nos cuidados. Estudos observacionais também identificam associações com maior duração da ventilação mecânica, prolongamento da internação e comprometimento cognitivo após a alta. Esses resultados devem ser interpretados considerando a gravidade da doença crítica e outros fatores que podem influenciar os

desfechos, sem atribuir necessariamente todas as complicações ao delirium isoladamente (DEVLIN et al., 2018; SAKUSIC; RABINSTEIN, 2025).

A relevância clínica dessa condição reforça a necessidade de prevenção, identificação precoce, investigação de causas potencialmente reversíveis e manejo individualizado. A atualização das recomendações da Society of Critical Care Medicine (SCCM), publicada em 2025, mantém o delirium entre os componentes centrais do cuidado ao adulto crítico, em conjunto com o manejo da dor, da ansiedade, da agitação e sedação, da imobilidade e das alterações do sono (LEWIS et al., 2025).

2.2 FATORES DE RISCO E REPERCUSSÕES CLÍNICAS DO DELIRIUM

O desenvolvimento do delirium está relacionado à interação entre fatores predisponentes, associados à vulnerabilidade prévia do indivíduo, e fatores precipitantes, relacionados à doença aguda e às condições de tratamento. A identificação desses fatores contribui para orientar a avaliação clínica e direcionar medidas preventivas, especialmente quando existem condições potencialmente modificáveis durante a internação.

Entre os fatores associados ao delirium em pacientes críticos destacam-se idade avançada, comprometimento cognitivo preexistente, maior gravidade da doença e exposição a determinados sedativos, especialmente benzodiazepínicos. Infecções, hipóxia, alterações metabólicas, disfunções orgânicas e comprometimento da perfusão cerebral também podem integrar o contexto clínico no qual a síndrome se desenvolve. Esses fatores frequentemente coexistem, dificultando a identificação de uma causa isolada (DEVLIN et al., 2018; SAKUSIC; RABINSTEIN, 2025).

O ambiente da UTI merece atenção por reunir condições que podem prejudicar o repouso e a orientação do paciente. Ruídos, iluminação artificial durante a noite, interrupções frequentes do sono, redução da mobilidade e limitação do contato com referências temporais e espaciais podem contribuir para a desorganização do ciclo sono-vigília e da interação com o ambiente. Embora não seja possível atribuir a cada fator ambiental uma relação causal direta com o delirium, sua modificação representa uma oportunidade de aprimorar o cuidado.

As repercussões clínicas incluem alterações do comportamento, dificuldades de comunicação e menor capacidade de participação nas atividades assistenciais. O delirium

também está associado a desfechos desfavoráveis durante e após a internação, incluindo comprometimento cognitivo. Contudo, a magnitude dessas associações varia conforme a população estudada, a gravidade da doença e os métodos utilizados para avaliar o delirium. Por isso, é importante diferenciar associação estatística de causalidade comprovada.

A prevenção deve priorizar a identificação de fatores de risco, a investigação de condições clínicas reversíveis, a revisão das necessidades de sedação pela equipe responsável e a adoção de medidas compatíveis com as necessidades individuais. A organização dessas estratégias em um protocolo institucional pode favorecer a continuidade do cuidado e a padronização das condutas preventivas.

2.3 AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO DELIRIUM NA UTI

A avaliação sistematizada é fundamental para identificar o delirium em pacientes críticos, pois suas manifestações podem ser discretas, flutuantes ou confundidas com sedação e outras alterações clínicas. A observação isolada do comportamento não é suficiente para excluir a síndrome, especialmente quando há redução da atividade psicomotora ou diminuição da interação com o ambiente. Por esse motivo, recomenda-se o uso de instrumentos padronizados associado à avaliação clínica.

A *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) é utilizada para avaliar o nível de agitação e sedação. Sua pontuação varia de +4, correspondente à agitação combativa, a −5, correspondente à ausência de resposta à estimulação. A escala auxilia na caracterização do nível de consciência e na decisão sobre a possibilidade de realizar a avaliação do delirium, mas não é um instrumento diagnóstico dessa síndrome (SESSLER et al., 2002).

A *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) é um instrumento de rastreio desenvolvido para utilização em pacientes críticos, inclusive naqueles que não conseguem se comunicar verbalmente, como pacientes em ventilação mecânica invasiva. Sua aplicação considera quatro características: início agudo ou curso flutuante das alterações mentais; desatenção; alteração do nível de consciência; e pensamento desorganizado. O rastreio é considerado positivo quando estão presentes as duas primeiras características, associadas à terceira ou à quarta (ELY et al., 2001).

A aplicação da CAM-ICU deve ser precedida pela avaliação do nível de consciência. Em pacientes com RASS −4 ou −5, o instrumento não é considerado aplicável naquele momento. Esse resultado não deve ser registrado como negativo, pois a sedação profunda ou a ausência de resposta impede a avaliação adequada. A condição deve ser documentada e reavaliada conforme a evolução clínica e a possibilidade de participação do paciente.

A revisão sistemática Cochrane de Miranda et al. (2023), que incluiu 25 estudos e 2.817 participantes, encontrou sensibilidade combinada de aproximadamente 78% e especificidade de 95% para a CAM-ICU. Esses resultados indicam que o instrumento apresenta boa capacidade de identificar pacientes sem delirium, mas pode deixar de reconhecer alguns casos. Dessa forma, um resultado negativo isolado não deve impedir nova avaliação quando persistirem alterações clínicas sugestivas.

Além do resultado do rastreio, a avaliação deve considerar a apresentação clínica predominante. O delirium hiperativo pode envolver agitação e inquietação; o hipoativo pode manifestar-se por redução da atividade psicomotora, sonolência e menor interação; e o misto caracteriza-se pela alternância entre manifestações hiperativas e hipoativas. O reconhecimento dessas apresentações contribui para identificar necessidades específicas e orientar a escolha das intervenções, sem substituir a investigação diagnóstica.

A utilização conjunta da RASS e da CAM-ICU permite organizar a sequência de avaliação, identificar quando o rastreio é aplicável e padronizar o registro das alterações observadas. Para a construção de um protocolo institucional, é essencial que os profissionais sejam orientados quanto à aplicação correta dos instrumentos, à interpretação dos resultados e à comunicação de mudanças clínicas relevantes à equipe multiprofissional.

2.4 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA PREVENÇÃO E MANEJO DO DELIRIUM

As estratégias não farmacológicas constituem componentes importantes da prevenção e do manejo do delirium em pacientes críticos. Seu objetivo é reduzir fatores de risco modificáveis, favorecer a orientação, preservar a funcionalidade, promover o sono e adequar a interação com o ambiente. A literatura recente destaca o potencial de intervenções multicomponentes, nas quais diferentes medidas são combinadas de acordo com as necessidades do paciente.

A revisão sistemática de revisões de Kundakci et al. (2025) reuniu 32 revisões sistemáticas e metanálises, abrangendo 335 estudos primários e 16 tipos de intervenções não farmacológicas ou multicomponentes. Os autores identificaram resultados favoráveis para algumas estratégias, incluindo intervenções multicomponentes e mobilização precoce. Entretanto, a qualidade das evidências e a consistência dos resultados variaram, o que exige cautela ao formular recomendações e impede considerar todas as intervenções igualmente eficazes (KUNDAKCI et al., 2025).

2.4.1 ORIENTAÇÃO E ESTÍMULO COGNITIVO

As estratégias de orientação buscam favorecer o reconhecimento do ambiente, a compreensão da situação clínica e a manutenção de referências temporais e espaciais. Podem incluir a apresentação dos profissionais, a explicação dos procedimentos antes de sua realização, o uso de linguagem clara e objetiva e a disponibilização de referências, como relógios e calendários, quando apropriado.

A comunicação deve ser adaptada ao nível de consciência, à capacidade de compreensão e às limitações sensoriais do paciente. A orientação e a tranquilização são recomendadas no manejo do delirium, enquanto a organização do ambiente e a combinação de medidas preventivas devem considerar as necessidades individuais (NICE, 2023).

A estimulação cognitiva deve respeitar a tolerância do paciente. A intensidade, a duração e o tipo de estímulo precisam ser ajustados à capacidade de interação, evitando sobrecarga e interrupções desnecessárias do repouso.

2.4.2 PROMOÇÃO DO SONO E ORGANIZAÇÃO AMBIENTAL

A promoção do sono é um componente relevante do cuidado ao paciente crítico. Entre as medidas possíveis estão reduzir ruídos e iluminação desnecessários durante a noite, evitar interrupções que possam ser prevenidas e organizar os cuidados para favorecer períodos de repouso, desde que isso não comprometa a monitorização ou a realização de procedimentos necessários.

A definição de um período institucional de menor estímulo pode ser considerada uma estratégia organizacional, desde que adaptada à rotina da unidade e às necessidades clínicas. Neste projeto, o intervalo entre 2h e 4h é proposto como possibilidade de organização do

ambiente, e não como horário universal recomendado pelas diretrizes. Sua implementação depende da avaliação da equipe e não deve impedir cuidados indispensáveis.

Medidas como o uso de máscaras para os olhos e protetores auriculares não devem ser aplicadas indistintamente. Sua utilização depende da condição clínica, da tolerância e da segurança do paciente. O objetivo é reduzir estímulos evitáveis e favorecer o repouso sem comprometer a assistência (LEWIS et al., 2025; NICE, 2023).

2.4.3 MOBILIZAÇÃO PRECOCE E MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE

A mobilização precoce integra as estratégias de cuidado ao paciente crítico e busca reduzir os efeitos da imobilidade, preservar a capacidade funcional e favorecer a recuperação. Conforme a condição clínica, as intervenções podem incluir mudanças de posicionamento, exercícios passivos, ativos-assistidos ou ativos, sedestação, ortostatismo e atividades funcionais.

A revisão sistemática e metanálise de Zhou et al. (2025), que incluiu 18 estudos e 3.923 participantes, encontrou associação entre mobilização precoce e menor ocorrência de delirium. Entretanto, os resultados referentes à duração do delirium foram inconclusivos. Esses achados apoiam a inclusão da mobilização como componente do cuidado, mas não permitem afirmar que a intervenção isolada previna ou resolva a síndrome em todos os pacientes.

A indicação e a progressão das atividades devem considerar a estabilidade clínica, o nível de consciência, a capacidade de participação, os dispositivos em uso e a resposta fisiológica durante a intervenção. A presença de delirium, por si só, não constitui contraindicação absoluta à fisioterapia. Contudo, agitação intensa, instabilidade clínica ou incapacidade de participar com segurança podem exigir adaptação, adiamento ou interrupção temporária de determinada atividade.

2.4.4 ESTÍMULOS SENSORIAIS E RECURSOS COMPLEMENTARES

A correção de limitações sensoriais pode facilitar a comunicação e a orientação. Quando disponíveis e indicados, óculos e aparelhos auditivos podem favorecer a interação

com o ambiente. A escolha dos estímulos deve considerar as necessidades individuais, evitando sobrecarga sensorial e respeitando sinais de desconforto ou intolerância.

A realidade virtual tem sido investigada como recurso complementar para prevenção do delirium em pacientes críticos. A revisão sistemática e metanálise de Liang et al. (2026) incluiu oito ensaios clínicos randomizados, com 764 participantes, e identificou possível redução da ocorrência de delirium. Entretanto, a certeza da evidência foi classificada como baixa, e os resultados de outros desfechos permaneceram limitados ou inconclusivos. Portanto, esse recurso não deve ser considerado substituto das medidas preventivas fundamentais.

Caso seja incorporada ao protocolo como opção complementar, a realidade virtual deverá depender de avaliação individual, disponibilidade do equipamento, condições de segurança e tolerância do paciente. A sessão deverá ser interrompida diante de desconforto, náusea, aumento da agitação ou outra resposta adversa. Sua utilização não deve prejudicar o repouso ou substituir a avaliação clínica e as estratégias de orientação e mobilização.

Em conjunto, as medidas não farmacológicas devem ser organizadas de forma individualizada e integrada. A escolha das estratégias deve considerar os fatores de risco, as manifestações clínicas, a resposta às intervenções e a necessidade de reavaliação.

2.5 ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA E SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO AO PACIENTE COM DELIRIUM

A fisioterapia na terapia intensiva atua na avaliação e no manejo de alterações respiratórias e motoras, na prevenção de complicações relacionadas à imobilidade e na recuperação funcional. No contexto do delirium, sua atuação deve integrar o plano de cuidados multiprofissional, considerando o nível de consciência, a capacidade de interação, a segurança da mobilização e as necessidades funcionais do paciente.

Durante o atendimento, o fisioterapeuta pode utilizar comunicação clara, explicar as atividades antes de executá-las, oferecer orientação durante os exercícios e observar alterações da atenção, do comportamento e da tolerância. A seleção da intervenção deve ser compatível com a condição clínica e com os objetivos funcionais, podendo exigir ajustes de intensidade, duração ou complexidade conforme a resposta do paciente.

A avaliação da RASS e o conhecimento do resultado da CAM-ICU contribuem para a tomada de decisão, mas não substituem a avaliação fisioterapêutica. A presença de delirium deve ser considerada em conjunto com a estabilidade clínica, a capacidade de seguir comandos, os riscos associados aos dispositivos e a resposta fisiológica à atividade. Alterações relevantes devem ser comunicadas à equipe para investigação e reavaliação do plano assistencial.

A prevenção e o manejo do delirium não são atribuições exclusivas da fisioterapia. A integração com a enfermagem e os demais profissionais é necessária para coordenar estratégias de orientação, manejo da dor e sedação, organização ambiental, promoção do sono, mobilização e acompanhamento clínico. Essa organização é particularmente importante em instituições nas quais o atendimento fisioterapêutico não está disponível durante todas as horas do dia.

A elaboração de um protocolo institucional pode contribuir para padronizar a sequência de avaliação, estabelecer critérios de segurança, orientar a seleção das intervenções e definir procedimentos de registro e comunicação. Para que o documento seja aplicável, suas recomendações devem ser objetivas, compatíveis com a rotina do serviço e claras quanto às responsabilidades dos profissionais envolvidos.

No contexto deste projeto, propõe-se um protocolo fisioterapêutico com estratégias não farmacológicas para prevenção e manejo do delirium em pacientes críticos adultos, contemplando avaliação pela RASS e CAM-ICU, identificação das manifestações clínicas, orientação, estímulo cognitivo e sensorial, mobilização conforme critérios de segurança, promoção do sono e registro das intervenções. A proposta também considera a articulação com a equipe de enfermagem para favorecer a continuidade das medidas preventivas nos períodos sem atendimento fisioterapêutico.

A definição de um período institucional de menor estímulo noturno deverá respeitar as necessidades assistenciais e não poderá impedir monitorização, administração de medicamentos ou procedimentos clinicamente necessários. Da mesma forma, recursos complementares, como a realidade virtual, deverão permanecer subordinados à avaliação individual e aos critérios de segurança estabelecidos.

3 Metodologia

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa de desenvolvimento de produto técnico-assistencial, de caráter descritivo e exploratório e abordagem qualitativa, voltada à elaboração de uma proposta de protocolo institucional fisioterapêutico para prevenção e manejo do delirium em pacientes críticos adultos. O estudo foi direcionado ao contexto da assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Rio Doce, localizado no município de Linhares, Espírito Santo, considerando a necessidade de sistematizar as intervenções fisioterapêuticas e favorecer sua integração às estratégias multiprofissionais já existentes na instituição. A proposta teve como produtos a elaboração de um Procedimento Operacional Padrão (POP), um fluxograma assistencial e materiais educativos para orientação dos profissionais. Por se tratar de um estudo baseado em revisão bibliográfica e análise documental, sem coleta de dados clínicos de pacientes ou avaliação de participantes, não foi realizada pesquisa direta com seres humanos nesta etapa.

Inicialmente, foi realizada uma revisão narrativa da literatura científica com o objetivo de reunir e sintetizar evidências relacionadas à prevenção, à identificação e ao manejo não farmacológico do delirium em pacientes adultos críticos, com ênfase na mobilização precoce, na manutenção da funcionalidade e na integração multiprofissional. O levantamento bibliográfico contemplou as bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), considerando publicações em português e inglês, prioritariamente entre 2016 e 2026. Foram também consideradas publicações anteriores a esse período quando relevantes para a fundamentação e a validação dos instrumentos de avaliação clínica utilizados no protocolo.

Para a identificação dos estudos, foram empregados termos relacionados ao delirium, à terapia intensiva, à fisioterapia e às estratégias não farmacológicas, incluindo “Delirium”, “Unidades de Terapia Intensiva”, “Intensive Care Units”, “Fisioterapia”, “Physical Therapy Modalities”, “Mobilização Precoce”, “Early Ambulation”, “Sono”, “Sleep” e “Intervenções Não Farmacológicas”, bem como seus correspondentes em inglês e português. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a estratégia de busca utilizada nas bases consultadas. Foram considerados elegíveis estudos originais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises, revisões de escopo, revisões de revisões e

diretrizes clínicas que apresentassem contribuições para a prevenção, a identificação ou o manejo não farmacológico do delirium em adultos críticos. Também foram incluídas publicações relevantes para a utilização da *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Foram excluídos estudos exclusivamente pediátricos ou neonatais, trabalhos restritos a intervenções farmacológicas sem relação direta com o objetivo da pesquisa, publicações sem pertinência temática e registros duplicados. Ao todo, foram analisados 22 trabalhos, dos quais 13 foram identificados como fontes científicas citadas no corpo do artigo. A seleção ocorreu mediante leitura dos títulos, resumos e textos completos, considerando a pertinência temática e a contribuição dos estudos para a construção do protocolo.

Além da revisão bibliográfica, foi consultado um documento institucional do Hospital Rio Doce, utilizado como referência documental complementar para compreender a organização assistencial existente e orientar a adequação da proposta à realidade do serviço. A análise desse documento teve como finalidade favorecer a articulação do protocolo fisioterapêutico com os fluxos institucionais vigentes, sem substituir as evidências científicas utilizadas na fundamentação teórica. As informações obtidas na literatura e no documento institucional foram analisadas qualitativamente e organizadas por eixos temáticos, contemplando avaliação e rastreio do delirium, intervenções multicomponentes, mobilização precoce, exercícios terapêuticos, promoção do sono, orientação cognitiva, estímulos sensoriais e critérios de segurança.

Em seguida, foi elaborada a proposta de POP institucional fisioterapêutico, estruturada para orientar a avaliação inicial do paciente, a aplicação dos instrumentos de rastreio, a seleção das estratégias não farmacológicas e o acompanhamento das respostas às intervenções. O documento contemplou a utilização da RASS para avaliação do nível de agitação e sedação e da CAM-ICU para rastreio do delirium, quando aplicável, além de recomendações para mobilização e exercícios terapêuticos individualizados, orientação cognitiva, adequação dos estímulos sensoriais e promoção do ciclo sono-vigília. Também foram definidos critérios para início, modificação e interrupção das intervenções, considerando a estabilidade clínica, a tolerância do paciente e a segurança durante a assistência.

A construção do protocolo considerou as características operacionais do Hospital Rio Doce, especialmente a ausência de cobertura fisioterapêutica contínua durante 24 horas. Nesse

contexto, foi prevista a articulação com a equipe de enfermagem e os demais profissionais para favorecer a continuidade das medidas preventivas nos períodos sem atendimento fisioterapêutico. Também foi proposta a organização de um período de menor estímulo noturno, entre 2h e 4h, como possibilidade de adequação ambiental à rotina institucional. Esse intervalo constitui uma proposta organizacional a ser avaliada pela instituição, não devendo impedir monitorizações, administração de medicamentos, procedimentos ou outros cuidados clinicamente necessários. A utilização de óculos de realidade virtual foi prevista como recurso complementar opcional, condicionado à avaliação individual e aos critérios de segurança.

Por fim, foram previstos materiais complementares para apoiar a futura utilização do protocolo, incluindo um fluxograma assistencial, um checklist fisioterapêutico e materiais educativos destinados à orientação e à capacitação da equipe multiprofissional. Esses recursos foram concebidos para facilitar a consulta às condutas propostas, padronizar os registros e favorecer a comunicação entre os profissionais. Entretanto, o estudo não contemplou a implementação ou a validação institucional do produto, nem a avaliação de seus efeitos sobre a ocorrência ou a duração do delirium. Dessa forma, a proposta deverá ser submetida à apreciação institucional e, caso aprovada, poderá ser posteriormente implementada e avaliada quanto à sua aplicabilidade, viabilidade e efetividade clínica.

4 Resultados e Discussão

A análise das publicações selecionadas permitiu identificar diferentes estratégias não farmacológicas relacionadas à prevenção e ao manejo do delirium em pacientes adultos críticos. Os estudos abordaram principalmente intervenções multicomponentes, mobilização precoce, promoção do sono, orientação cognitiva, adequação ambiental e utilização de instrumentos padronizados para avaliação do delirium. Também foram identificados estudos sobre recursos complementares, como a realidade virtual, cuja aplicação nesse contexto ainda necessita de maior investigação.

De maneira geral, as evidências consultadas apontam para a importância de uma abordagem integrada, que considere fatores clínicos, ambientais, cognitivos e funcionais associados ao delirium. Entretanto, os resultados variam conforme a intervenção analisada, e parte das publicações apresenta limitações metodológicas, heterogeneidade entre os estudos e baixa certeza da evidência. Dessa forma, a elaboração do protocolo institucional foi orientada

pela análise crítica das publicações, pela segurança assistencial e pela viabilidade de aplicação das recomendações na rotina hospitalar.

A síntese foi organizada em eixos temáticos, contemplando a avaliação do delirium, as estratégias multicomponentes, a mobilização precoce, a promoção do sono, a orientação cognitiva, os estímulos sensoriais e os recursos complementares. A partir desses eixos, foram estabelecidas as bases científicas para a elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP) proposto. Ressalta-se que os resultados apresentados correspondem à síntese bibliográfica e ao desenvolvimento do produto, não representando resultados clínicos decorrentes de sua implementação no Hospital Rio Doce.

4.1 AVALIAÇÃO E RASTREIO DO DELIRIUM EM PACIENTES CRÍTICOS

A identificação do delirium constitui uma etapa fundamental para o planejamento das intervenções preventivas e do manejo clínico. Em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), as alterações do estado mental podem apresentar flutuações ao longo do dia e coexistir com sedação, comprometimento da comunicação e gravidade clínica. Por esse motivo, a avaliação deve ser realizada de maneira estruturada, utilizando instrumentos validados e considerando as condições clínicas do paciente.

A revisão sistemática de Miranda et al. (2023), publicada na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, avaliou a acurácia diagnóstica do Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) em adultos internados em unidades de cuidados intensivos. Foram incluídos 25 estudos, totalizando 2.817 participantes. A sensibilidade combinada foi de 78% (IC 95%: 72%–83%), enquanto a especificidade foi de 95% (IC 95%: 92%–97%). Esses resultados demonstram que o instrumento apresenta boa capacidade de identificar pacientes sem delirium, embora possa deixar de detectar alguns casos.

Os achados reforçam a pertinência da utilização do CAM-ICU como instrumento de rastreio no protocolo proposto. Entretanto, a possibilidade de resultados falso-negativos exige cautela na interpretação da avaliação, especialmente quando persistirem alterações do estado mental ou fatores clínicos sugestivos de delirium. Dessa maneira, um resultado negativo isolado não deve ser considerado suficiente para excluir a condição em todas as circunstâncias (MIRANDA et al., 2023).

A aplicação do CAM-ICU deve ser precedida pela avaliação do nível de sedação e agitação por meio da Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). Essa escala permite caracterizar o nível de consciência e orientar a possibilidade de realização do rastreio. Quando o paciente apresenta sedação profunda, especialmente com pontuação −4 ou −5 na RASS, a avaliação pelo CAM-ICU geralmente não é possível naquele momento. Nessa situação, o resultado deve ser registrado como não avaliável, e não como negativo para delirium, com reavaliação conforme a condição clínica e a rotina assistencial.

A utilização da RASS é fundamentada em seu estudo de validação e confiabilidade em pacientes adultos de UTI, conduzido por Sessler et al. (2002). Embora seja uma publicação anterior ao recorte temporal preferencial desta revisão, sua inclusão se justifica pela relevância metodológica para a aplicação do instrumento no contexto assistencial.

Diante dessas evidências, o POP proposto estabelece uma sequência de avaliação que contempla a verificação do nível de sedação e agitação, seguida da aplicação do CAM-ICU quando viável. Essa organização busca favorecer a padronização dos registros e a comunicação entre fisioterapia, enfermagem e equipe médica. A utilização dos instrumentos, entretanto, não substitui a avaliação clínica global nem a investigação de fatores potencialmente associados às alterações cognitivas.

4.2 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS MULTICOMPONENTES

As estratégias multicomponentes constituem um dos principais eixos identificados na literatura sobre prevenção do delirium em pacientes críticos. Essa abordagem consiste na associação de diferentes intervenções direcionadas a fatores de risco modificáveis, incluindo desorientação, privação do sono, déficits sensoriais, imobilidade e estímulos ambientais inadequados.

Faustino et al. (2022) avaliaram um conjunto de intervenções não farmacológicas em um ensaio clínico randomizado realizado em três UTIs de um único centro brasileiro, com 144 participantes. O grupo intervenção recebeu medidas como reorientação periódica, estimulação cognitiva, correção de déficits visuais e auditivos, manejo ambiental e promoção do sono. Os autores observaram menor densidade de incidência de delirium no grupo intervenção, com hazard ratio ajustado de 0,40 (IC 95%: 0,17–0,95; p = 0,04), em comparação ao grupo controle.

Esse resultado sugere benefício potencial da implementação organizada de medidas preventivas combinadas. Entretanto, por terem sido aplicadas conjuntamente, as intervenções não permitem atribuir o efeito observado a um componente específico. Assim, os achados apoiam a utilização de estratégias integradas, mas não estabelecem qual medida isolada foi responsável pelo resultado observado. Além disso, a realização do estudo em um único centro limita a generalização direta dos resultados para outras instituições (FAUSTINO et al., 2022).

Em concordância, Kundakci et al. (2025), em uma revisão de revisões sistemáticas e metanálises, identificaram evidências sobre diferentes intervenções não farmacológicas e multicomponentes para prevenção e manejo do delirium em UTI. Os autores encontraram resultados favoráveis para algumas estratégias, incluindo intervenções combinadas e mobilização precoce, mas destacaram a heterogeneidade dos estudos e as limitações na qualidade das evidências. Esses aspectos dificultam a determinação de uma combinação universalmente superior e reforçam a necessidade de interpretar os resultados de acordo com as características das intervenções e das populações estudadas.

As diretrizes PADIS de 2018 recomendam condicionalmente intervenções não farmacológicas multicomponentes direcionadas à redução de fatores de risco modificáveis, à melhora da cognição e à otimização do sono, da mobilidade, da audição e da visão (DEVLIN et al., 2018). A atualização focada publicada por Lewis et al. (2025) complementa as recomendações anteriores em áreas específicas do cuidado intensivo, incluindo mobilização e reabilitação, sem substituir integralmente a diretriz de 2018.

A convergência dessas publicações fundamenta a organização do POP proposto como um conjunto de medidas complementares, em vez de uma intervenção isolada. Essa estrutura também favorece a distribuição das responsabilidades entre os profissionais, considerando que algumas ações podem ser incorporadas ao cuidado cotidiano pela enfermagem e por outros integrantes da equipe multiprofissional, respeitadas suas competências.

4.3 MOBILIZAÇÃO PRECOCE E ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

A mobilização precoce constitui uma intervenção relevante na atuação fisioterapêutica em terapia intensiva, sobretudo em razão dos efeitos da imobilidade sobre a funcionalidade e da necessidade de favorecer a recuperação dos pacientes críticos. No contexto do delirium, a

mobilização tem sido investigada como parte das estratégias voltadas à redução de sua ocorrência e à promoção da participação do paciente no processo de recuperação.

Zhou et al. (2025) realizaram uma revisão sistemática e metanálise de 18 estudos, totalizando 3.923 participantes, para avaliar a associação entre mobilização precoce e incidência de delirium em pacientes críticos. A análise agrupada identificou menor incidência de delirium entre os pacientes submetidos à mobilização precoce, com odds ratio de 0,65 (IC 95%: 0,49–0,86). Entretanto, os resultados relativos à duração do delirium foram inconclusivos, e a heterogeneidade entre os estudos limita a interpretação de um efeito uniforme em diferentes contextos clínicos.

A atualização das diretrizes PADIS publicada por Lewis et al. (2025) também apresenta recomendação condicional favorável à mobilização e reabilitação intensificadas em relação ao cuidado habitual. Contudo, a intensidade, a frequência e a duração ideais dessas intervenções ainda não estão completamente estabelecidas, sendo necessária a individualização das condutas conforme as condições clínicas e funcionais do paciente.

Esses achados sustentam a inclusão da mobilização e dos exercícios terapêuticos no POP, mas não justificam sua aplicação indiscriminada a todos os pacientes. A prescrição deve considerar estabilidade clínica, nível de consciência, capacidade funcional, suporte ventilatório, dispositivos invasivos e resposta fisiológica à atividade. A progressão deve ocorrer de acordo com a tolerância e os critérios de segurança estabelecidos pela equipe assistencial.

No protocolo proposto, a atuação fisioterapêutica contempla a avaliação funcional, a definição do nível de atividade compatível com a condição clínica, o monitoramento das respostas à intervenção e o registro da evolução. Quando indicados e seguros, os exercícios podem envolver mobilização no leito, exercícios ativos ou assistidos, sedestação, ortostatismo e marcha, conforme a capacidade funcional e os objetivos terapêuticos.

A presença de delirium, isoladamente, não determina contraindicação absoluta à mobilização. Entretanto, alterações importantes do nível de consciência, agitação que comprometa a segurança, instabilidade hemodinâmica ou respiratória e risco de retirada de dispositivos podem exigir adaptação, adiamento ou interrupção da atividade. Dessa forma, o POP deverá estabelecer critérios claros para início, progressão, modificação e interrupção das

intervenções, sem substituir o julgamento clínico do fisioterapeuta e da equipe multiprofissional.

4.4 PROMOÇÃO DO SONO E ADEQUAÇÃO AMBIENTAL

As alterações do sono são frequentes em pacientes internados em UTI e podem estar relacionadas à gravidade da doença, ao ambiente hospitalar, à iluminação, aos ruídos e às interrupções assistenciais. A promoção do sono constitui, portanto, um componente relevante das estratégias não farmacológicas, embora os efeitos variem conforme a intervenção utilizada e os desfechos avaliados.

Kang et al. (2023) publicaram uma revisão sistemática e metanálise sobre intervenções não farmacológicas destinadas à melhora do sono e à prevenção do delirium em pacientes críticos. A publicação reuniu estudos que avaliaram diferentes estratégias, incluindo intervenções ambientais e medidas voltadas à proteção do repouso. Os resultados sugerem benefícios potenciais para alguns desfechos relacionados ao sono e ao delirium, mas a diversidade das intervenções exige cautela na comparação direta dos resultados e na atribuição de eficácia a uma medida específica.

As diretrizes PADIS também reconhecem a importância de abordar fatores modificáveis relacionados ao sono e ao delirium no cuidado intensivo (DEVLIN et al., 2018; LEWIS et al., 2025). Entretanto, a promoção do repouso deve ser conciliada com a necessidade de monitorização clínica, administração de medicamentos, realização de procedimentos e resposta a intercorrências. Assim, a redução dos estímulos ambientais deve priorizar interrupções evitáveis, sem comprometer a segurança do paciente.

Considerando a organização do serviço, o POP propõe a criação de um período institucional de menor estímulo entre 2h e 4h, com participação da enfermagem e dos demais profissionais. Entre as medidas previstas estão a redução de ruídos e luminosidade evitáveis, o agrupamento de cuidados quando clinicamente possível e o adiamento de atividades não urgentes que possam interromper o repouso.

Esse intervalo foi definido como uma proposta de organização local a ser avaliada pela instituição, e não como um horário universal estabelecido pelas evidências científicas. Sua viabilidade depende da rotina da UTI, da distribuição dos cuidados, das necessidades

individuais dos pacientes e da avaliação multiprofissional. O período não deverá impedir monitorizações, procedimentos ou intervenções clinicamente necessárias.

Como o serviço de fisioterapia não dispõe de cobertura contínua durante 24 horas, a participação da enfermagem é importante para a continuidade das medidas de proteção do sono. A capacitação dos profissionais e a disponibilização de orientações visuais podem contribuir para a padronização das condutas e sua incorporação à rotina assistencial. Entretanto, a efetividade dessa organização deverá ser avaliada posteriormente, caso o protocolo seja implementado.

4.5 ORIENTAÇÃO COGNITIVA E ESTÍMULOS SENSORIAIS

A orientação cognitiva e a correção de déficits sensoriais são medidas frequentemente incorporadas às estratégias multicomponentes para prevenção do delirium. Essas intervenções buscam favorecer a interação do paciente com o ambiente, reduzir a desorientação e fornecer referências temporais e espaciais durante a internação.

No estudo de Faustino et al. (2022), a reorientação periódica, a estimulação cognitiva e a correção de déficits visuais e auditivos integraram o conjunto de intervenções associado à menor incidência de delirium. Entretanto, como as medidas foram aplicadas de forma combinada, o estudo não permite determinar o efeito independente de cada componente.

As recomendações de Devlin et al. (2018) também contemplam estratégias direcionadas à cognição, à mobilidade, à audição, à visão e ao sono como parte de uma abordagem multicomponente. Esses achados sustentam a inclusão de medidas de orientação e adequação sensorial no POP, desde que adaptadas às condições e à tolerância do paciente.

No protocolo proposto, recomenda-se orientar o paciente de maneira simples e repetida, informando, quando pertinente, o local em que se encontra, o período do dia e os procedimentos que serão realizados. Também se propõe favorecer a utilização de óculos e aparelhos auditivos habituais, quando disponíveis e clinicamente adequados, além de oferecer estímulos cognitivos compatíveis com o nível de consciência e a capacidade de resposta.

Essas intervenções devem ser individualizadas, considerando a comunicação, os déficits sensoriais, o nível de consciência e a tolerância aos estímulos. A estimulação excessiva pode ser inadequada para alguns pacientes, especialmente durante períodos

destinados ao repouso. Dessa forma, o objetivo não é aumentar indiscriminadamente a quantidade de estímulos, mas adequá-los às necessidades clínicas e ao momento assistencial.

4.6 REALIDADE VIRTUAL COMO RECURSO COMPLEMENTAR

A realidade virtual tem sido investigada como recurso para oferecer experiências visuais e cognitivas estruturadas durante a internação. Entretanto, sua utilização na prevenção do delirium ainda representa uma abordagem complementar, cuja aplicação depende da avaliação clínica, da tolerância do paciente e da disponibilidade de equipamentos.

Liang et al. (2026) realizaram uma revisão sistemática e metanálise de oito ensaios clínicos randomizados, totalizando 764 participantes. Na análise agrupada de cinco estudos, as intervenções de realidade virtual foram associadas à redução da incidência de delirium, com odds ratio de 0,56 (IC 95%: 0,33–0,93). Contudo, os autores classificaram a certeza da evidência como baixa, indicando que novos estudos poderão modificar a estimativa do efeito.

Embora os resultados sejam promissores, a quantidade de estudos e a baixa certeza da evidência não permitem recomendar a realidade virtual como componente obrigatório do protocolo. Sua utilização também pode ser inadequada para pacientes com alterações importantes de consciência, agitação, intolerância ao dispositivo ou condições clínicas que dificultem sua aplicação segura.

Assim, o POP propõe os óculos de realidade virtual como recurso opcional e complementar, condicionado à avaliação individual, à segurança e à disponibilidade institucional. O recurso não deverá substituir as medidas básicas de orientação, mobilização, promoção do sono e adequação ambiental, nem ser apresentado como intervenção de eficácia comprovada para todos os pacientes críticos.

4.7 ADAPTAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS À REALIDADE INSTITUCIONAL

A elaboração de um protocolo assistencial exige não apenas a identificação de recomendações científicas, mas também a análise de sua viabilidade no contexto em que serão aplicadas. A disponibilidade de profissionais, os recursos materiais, os fluxos de cuidado e as rotinas institucionais influenciam a organização das intervenções e a possibilidade de sua continuidade.

No Hospital Rio Doce, a ausência de cobertura fisioterapêutica durante 24 horas representa uma característica operacional importante para a elaboração do POP. Diante dessa realidade, a proposta foi estruturada para integrar as medidas de responsabilidade fisioterapêutica às intervenções que podem ser realizadas pela enfermagem e pelos demais profissionais, respeitadas as atribuições de cada categoria.

A avaliação funcional, a prescrição de exercícios e a progressão da mobilização constituem componentes centrais da atuação fisioterapêutica. Por sua vez, medidas como reorientação, redução de ruídos evitáveis e preservação do sono podem ser incorporadas ao cuidado cotidiano por diferentes integrantes da equipe multiprofissional, de acordo com suas competências e com a condição clínica do paciente.

A definição de um período de menor estímulo entre 2h e 4h foi uma decisão operacional proposta para discussão institucional, e não uma recomendação temporal universal derivada de ensaios clínicos. Sua adoção depende de avaliação da equipe e não deverá restringir cuidados necessários ou procedimentos urgentes.

A organização das medidas em um POP, associada a um fluxograma, checklist e materiais educativos, busca facilitar a consulta às recomendações, apoiar o treinamento dos profissionais e favorecer a continuidade dos cuidados entre os diferentes turnos. Entretanto, a elaboração desses materiais não comprova, por si só, a adesão dos profissionais nem a efetividade clínica do protocolo.

Caso o produto seja aprovado e implementado, será necessário avaliar sua aplicabilidade, identificar barreiras operacionais, capacitar as equipes e acompanhar indicadores assistenciais pertinentes. Dessa maneira, a adaptação institucional deverá ser entendida como uma etapa de planejamento para possível aplicação futura, e não como demonstração de que as medidas já foram incorporadas à prática hospitalar.

4.8 PRODUTO DESENVOLVIDO, LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DE APLICAÇÃO

O principal produto deste estudo consiste em uma proposta de POP institucional fisioterapêutico com estratégias não farmacológicas para prevenção e manejo do delirium em pacientes críticos. Sua estrutura foi fundamentada na síntese bibliográfica e organizada para

orientar a avaliação, o rastreio, as medidas preventivas e o manejo, incluindo mobilização, promoção do sono, orientação cognitiva, estímulos sensoriais, critérios de segurança e registro das intervenções.

A proposta também contempla a elaboração de materiais de apoio, como fluxograma assistencial, checklist e recursos educativos destinados à capacitação dos profissionais. Esses instrumentos têm a finalidade de facilitar a compreensão das condutas, favorecer a comunicação multiprofissional e apoiar sua futura incorporação à rotina institucional.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o caráter exploratório da revisão bibliográfica, sem um processo exaustivo e contabilizado de todos os registros recuperados nas diferentes bases de dados. Dessa forma, a síntese não deve ser interpretada como representação completa de toda a literatura disponível. Além disso, parte das evidências apresenta heterogeneidade metodológica e certeza limitada, dificultando a definição de uma combinação ideal de intervenções ou de sua intensidade e frequência.

Outra limitação consiste na ausência de implementação e validação institucional do protocolo durante o desenvolvimento deste trabalho. Portanto, não é possível afirmar que o produto tenha reduzido a incidência ou a duração do delirium, melhorado os desfechos funcionais ou produzido benefícios clínicos no Hospital Rio Doce. Essas possibilidades deverão ser investigadas em etapas posteriores, após avaliação e eventual implantação institucional.

Como perspectivas futuras, recomenda-se submeter o POP à apreciação dos profissionais e gestores envolvidos, verificar sua compatibilidade com os protocolos existentes, realizar capacitação multiprofissional e avaliar sua viabilidade em uma etapa inicial de aplicação. Caso seja implementado, poderão ser monitorados indicadores como adesão ao rastreio pelo CAM-ICU, registro da RASS, realização das medidas preventivas, adesão aos critérios de segurança e ocorrência de delirium, considerando as características dos pacientes e os recursos disponíveis.

Dessa forma, o estudo apresenta uma proposta de organização assistencial fundamentada na literatura consultada, com potencial para apoiar a padronização das medidas não farmacológicas no cuidado ao paciente crítico. Sua contribuição principal consiste na

sistematização das evidências em um produto institucional passível de avaliação, adaptação e implementação futura, sem antecipar resultados que ainda precisam ser demonstrados.

5 Considerações Finais

A elaboração da proposta de protocolo institucional fisioterapêutico com estratégias não farmacológicas para prevenção e manejo do delirium em pacientes críticos possibilitou reunir evidências científicas e organizá-las em uma proposta de aplicação prática, considerando as necessidades assistenciais e as particularidades da rotina institucional. A construção do protocolo contemplou a avaliação do delirium por meio do Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), associada à avaliação do nível de sedação pela Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), além de estratégias relacionadas à mobilização precoce, à promoção do sono, à orientação cognitiva e à estimulação sensorial.

A análise da literatura reforçou a importância de uma abordagem multiprofissional e integrada para a prevenção e o manejo do delirium, com destaque para a combinação de medidas não farmacológicas adaptadas às condições clínicas e ao nível de segurança de cada paciente. Nesse contexto, a atuação fisioterapêutica apresenta relevância especialmente na avaliação funcional, na mobilização e na retomada progressiva das atividades, em articulação com as demais intervenções assistenciais.

A proposta também considerou as limitações operacionais da instituição, especialmente a ausência de atendimento fisioterapêutico durante 24 horas, evidenciando a necessidade de participação da equipe multiprofissional para a continuidade das medidas preventivas. A elaboração de um fluxograma assistencial, de um checklist e de materiais educativos constitui um recurso complementar para orientar as condutas, favorecer a padronização das práticas e apoiar a capacitação dos profissionais envolvidos.

Conclui-se que o desenvolvimento do protocolo representa uma proposta de organização e sistematização das estratégias não farmacológicas para prevenção e manejo do delirium em pacientes críticos, com potencial para contribuir para a qualificação da assistência e para a integração das ações multiprofissionais. Entretanto, por se tratar de uma proposta ainda não implementada ou validada institucionalmente, não é possível afirmar sua efetividade clínica ou seu impacto sobre a incidência de delirium e os desfechos dos pacientes. Recomenda-se, como etapa futura, a avaliação do protocolo pela equipe

institucional, seguida de implementação piloto, capacitação profissional e monitoramento de indicadores assistenciais, de modo a verificar sua viabilidade, identificar barreiras operacionais e promover os ajustes necessários à realidade do serviço.

Referências

DEVLIN, John W. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 9, p. e825-e873, 2018.

ELY, E. Wesley et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). **JAMA**, v. 286, n. 21, p. 2703-2710, 2001.

FAUSTINO, Tássia Nery et al. Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. **Journal of Critical Care**, v. 68, p. 114-120, 2022.

KANG, Jiyeon et al. Effects of nonpharmacological interventions on sleep improvement and delirium prevention in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. **Australian Critical Care**, v. 36, n. 4, p. 640-649, 2023.

KUNDAKCI, Burak et al. A systematic meta-review of interventions to prevent and manage delirium in the intensive care unit: part 2 – non-pharmacological and multicomponent interventions. **Critical Care**, v. 29, art. 501, 2025.

LEWIS, Kimberley et al. A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 53, n. 3, p. e711-e727, 2025.

LIANG, Surui et al. Effectiveness of virtual reality interventions for delirium prevention in intensive care units: a systematic review and meta-analysis. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 93, art. 104318, 2026.

MIRANDA, Fabian et al. Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2023, n. 11, art. CD013126, 2023.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. London: NICE, 2023. (Clinical guideline CG103). Disponível em: nice.org.uk. Acesso em: 28 out. 2026.

SAKUSIC, Amra; RABINSTEIN, Alejandro A. ICU delirium. **Neurologic Clinics**, v. 43, n. 1, p. 1-13, 2025.

SESSLER, Curtis N. et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1338-1344, 2002.

SMITH, Camryn J. et al. The pathophysiology and biomarkers of delirium. **Seminars in Neurology**, v. 44, n. 6, p. 720-731, 2024.

ZHOU, L. et al. Preventive effects of early mobilisation on delirium incidence in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. **Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin**, v. 120, supl. 1, p. 15-28, 2025.