Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.31819

IDENTIFICAÇÃO, PREVENÇÃO E MANEJO DO DELIRIUM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

IDENTIFICATION, PREVENTION, AND MANAGEMENT OF DELIRIUM IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF CARDIAC SURGERY: AN EXPERIENCE REPORT

IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DEL DELIRIUM EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: RELATO DE EXPERIENCIA

Ana Julia Alves dos Santos[1]
Frank José Silveira Miranda[2]

RESUMO: Esse artigo buscou relatar a experiência observacional das condutas de enfermagem no manejo do delirium em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea prolongada, com ênfase nas estratégias de identificação, prevenção de fatores agravantes e manejo do quadro em terapia intensiva. Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e qualitativa, desenvolvido durante o Estágio Curricular Supervisionado em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital de alta complexidade, entre maio e agosto de 2026. A vivência evidenciou diferenças importantes no reconhecimento das formas hipoativa e hiperativa do delirium e mostrou que as condutas adotadas, embora coerentes com as recomendações, ocorreram sem instrumento padronizado de rastreio ou fluxo institucional. Conclui-se que o julgamento clínico da enfermagem é decisivo para a identificação e o manejo do delirium, mas que sua sistematização, por meio de protocolos e escalas validadas, é necessária para tornar o cuidado precoce, uniforme e menos dependente da experiência individual dos profissionais.

Palavras-chave: Delírio. Período pós-operatório. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: This article aimed to report the observational experience of nursing practices in the management of delirium in patients in the postoperative period of cardiac surgery with prolonged cardiopulmonary bypass, with emphasis on strategies for identification, prevention of aggravating factors, and management of the condition in intensive care. This is a descriptive, qualitative experience report developed during the Supervised Curricular Internship in a Coronary Intensive Care Unit of a high-complexity hospital between May and August 2026. The experience revealed important differences in the recognition of the hypoactive and hyperactive forms of delirium and showed that the practices adopted, although consistent with current recommendations, took place without a standardized screening instrument or an institutional care pathway. It is concluded that nursing clinical judgment is decisive for the identification and management of delirium, but that its systematization, through protocols and validated scales, is necessary to make care more timely, uniform, and less dependent on the individual experience of professionals.

[1] Discente do curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Uberlândia (UFU).
[2] Orientador. Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Keywords: Delirium. Postoperative period. Nursing care.

RESUMEN: Este artículo buscó relatar la experiencia observacional de las conductas de enfermería en el manejo del delirium en pacientes en el posoperatorio de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea prolongada, con énfasis en las estrategias de identificación, prevención de factores agravantes y manejo del cuadro en cuidados intensivos. Se trata de un relato de experiencia, de naturaleza descriptiva y cualitativa, desarrollado durante las Prácticas Curriculares Supervisadas en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios de un hospital de alta complejidad, entre mayo y agosto de 2026. La vivencia evidenció diferencias importantes en el reconocimiento de las formas hipoactiva e hiperactiva del delirium y mostró que las conductas adoptadas, aunque coherentes con las recomendaciones, se llevaron a cabo sin un instrumento estandarizado de detección ni un flujo institucional. Se concluye que el juicio clínico de enfermería es decisivo para la identificación y el manejo del delirium, pero que su sistematización, mediante protocolos y escalas validadas, es necesaria para que el cuidado sea precoz, uniforme y menos dependiente de la experiencia individual de los profesionales.

Palabras clave: Delirio. Periodo posoperatorio. Atención de enfermería.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) permanecem entre as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, representando uma demanda importante para os serviços de alta complexidade (OLIVEIRA et al., 2024). Em parcela expressiva dos casos, quando o tratamento clínico mostra-se insuficiente, é indicada a abordagem cirúrgica para correção de lesões estruturais ou restabelecimento do fluxo coronariano (BARCELLOS, 2021). Nesse contexto, a Cirurgia Cardíaca (CC) com Circulação Extracorpórea (CEC) configura-se como um dos procedimentos de alta complexidade mais realizados nesta população, sendo amplamente utilizada em revascularizações do miocárdio e em correções valvares (SANTOS et al., 2024).

A CEC consiste na substituição temporária das funções cardíaca e pulmonar por um circuito artificial, permitindo a realização do procedimento com o coração parado e o campo operatório exangue (LIMA e CUERVO, 2019). Apesar dos avanços técnicos que reduziram a mortalidade cirúrgica nas últimas décadas, a exposição do organismo ao circuito extracorpóreo desencadeia alterações hemodinâmicas e metabólicas relevantes, entre as quais se destacam a resposta inflamatória sistêmica, a hipoperfusão cerebral e a microembolização (BATISTA et al., 2025). Tais alterações tendem a se intensificar quanto maior o tempo de exposição ao circuito, o que confere aos pacientes submetidos a CEC prolongada um risco aumentado de complicações neurológicas no período Pós-Operatório (PO), dentre as quais o delirium se

destaca como uma das mais frequentes e, paradoxalmente, uma das mais subdiagnosticadas e pouco relatadas (BALTAZAR et al., 2023).

O delirium é definido como uma síndrome neuropsiquiátrica de instalação aguda, caracterizada por distúrbio da atenção e do nível de consciência, acompanhado de alterações cognitivas, com curso flutuante ao longo do dia e não explicado por transtorno neurocognitivo preexistente (DSM-5, 2014). A ocorrência do delirium resulta da interação entre fatores predisponentes, relacionados às condições prévias do paciente e fatores precipitantes, relacionados ao procedimento e ao ambiente de terapia intensiva (BALTAZAR et al., 2023). No contexto PO, trata-se de uma condição potencialmente reversível, porém é associada a desfechos clínicos desfavoráveis quando não reconhecida e manejada de forma oportuna (ROBATTINI et al., 2026).

Nesse cenário, a atuação do enfermeiro assume papel central tanto na prevenção quanto na identificação precoce e no manejo do delirium. Por permanecer de forma contínua à beira do leito, a equipe de enfermagem é, em geral, a primeira a perceber alterações sutis no comportamento, no nível de consciência e na interação do paciente. Ademais, a utilização de instrumentos de rastreio, aplicados de forma sistemática e periódica, associadas a medidas não farmacológicas compõem estratégias reconhecidas de prevenção e manejo dessa condição (PETERSSON et al., 2024).

Diante do exposto, objetiva-se relatar a experiência observacional acerca das condutas de enfermagem adotadas no manejo de pacientes com delirium no período PO de CC com CEC, descrevendo as estratégias de identificação, prevenção de fatores agravantes e manejo do quadro no contexto de terapia intensiva.

2 MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e qualitativa, a partir da vivência adquirida durante o Estágio Curricular Supervisionado I ofertado no 9° Período da graduação em Enfermagem, pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

O Estágio foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Coronariana no Hospital de Clínicas/HC-UFU, sob supervisão do enfermeiro preceptor da unidade, entre maio e agosto de 2026, e teve como foco a assistência de enfermagem ao paciente crítico cardiológico, principalmente pré e pós-operatório de CC, pré e pós implantação de dispositivos eletrônicos cardíacos, incluindo monitorização hemodinâmica e neurológica, avaliação do estado mental,

cuidados com dispositivos invasivos, medidas de segurança do paciente, interlocução com a equipe multiprofissional e acolhimento dos familiares

As informações aqui apresentadas derivam da observação da prática assistencial, com foco nas condutas da equipe de enfermagem diante dos quadros de delirium, e das trocas estabelecidas com os profissionais da unidade e com os familiares dos pacientes. Por se tratar da descrição de uma vivência, não foram aplicados questionários, entrevistas ou outros instrumentos de pesquisa. Os casos são descritos de forma anonimizada, sem nomes, datas ou quaisquer dados que permitam identificar pacientes, profissionais ou a instituição. Dessa forma, por se tratar do aprofundamento teórico de situações que emergiram espontaneamente da prática profissional, sem a revelação de dados que possibilitem a identificação dos sujeitos, o estudo dispensou a apreciação pelo Sistema CEP/Conep, conforme o disposto no art. 1º, parágrafo único, inciso VII, da Resolução CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

3 RESULTADOS

Durante o período de estágio, foi possível acompanhar pacientes no pré-operatório e PO de CC com CEC prolongada que evoluíram com quadros de delirium, tanto em sua forma hipoativa quanto na hiperativa. Os casos apresentaram manifestações clínicas distintas e, consequentemente, demandas específicas de identificação e de manejo por parte da equipe de enfermagem e multiprofissional. A observação concentrou-se nos sinais apresentados pelos pacientes, no modo como o quadro foi reconhecido e nas condutas adotadas ao longo da internação. Para fins de descrição, selecionou-se um caso representativo de cada apresentação clínica, relatado a seguir de forma anonimizada.

O primeiro caso refere-se a um paciente do sexo maculino, na faixa etária de 60 anos, com histórico de hipertensão arterial sistemica, submetido a revascularização do miocárdio em razão de doença arterial coronariana multiarterial, com CEC superior a 90 minutos. Na admissão na UTI, o paciente encontrava-se sob ventilação mecânica e sedação contínua, em uso de drogas vasoativas, com drenos de mediastino e blake, sonda vesical de demora, cateter de pressão arterial invasiva e cateter central, sendo extubado no 1º dia de PO.

Nos primeiros dias de pós-operatório, o paciente se encontrava consciente, com períodos de desorientação em tempo e espaço e sonolento. A partir do 5º dia de PO, o paciente evoluiu com quadro de delirium de apresentação hipoativa, caracterizado por lentificação psicomotora. Entre os sinais observados, destacaram-se apatia, respostas lentificadas, redução da fala

espontânea, pouca interação com a equipe, diminuição da ingesta alimentar e períodos de confusão mental.

A identificação do quadro ocorreu por meio da equipe de enfermagem, a partir da observação de mudanças no comportamento do paciente ao longo dos turnos, sobretudo a piora da interação e a desorientação durante a realização dos cuidados. Após a identificação, o quadro foi comunicado à equipe multiprofissional, sendo adotadas condutas como o estímulo à interação, o ajuste da sedação e o estímulo à mobilização. Além disso, a equipe incentivou a permanência de um familiar como acompanhante durante as 24 horas, de modo a contribuir para a reorientação do paciente e para o estímulo à sua interação com o ambiente. Observou-se, contudo, que a presença do familiar, isoladamente, não foi suficiente para a reversão completa do quadro, que demandou a associação das demais condutas ao longo da internação. Entre o 10º e o 15º dia de PO, com o estímulo contínuo da equipe à alimentação e à mobilização, o paciente apresentou melhora importante do humor e da interação com o ambiente, com redução dos episódios de confusão, embora ainda demonstrasse resistência à aceitação da dieta e realização da mobilização.

O segundo caso refere-se a um paciente do sexo masculino, na faixa etária dos 50 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica e tabagismo, submetido a correção de aneurisma de aorta ascendente que, assim como no caso anterior, envolveu CEC com duração superior a 120 minutos. Na admissão na UTI, o paciente encontrava-se sob ventilação mecânica e sedação contínua, em uso de drogas vasoativas, com drenos mediastinal e de Blake, sonda vesical de demora, cateter de pressão arterial invasiva e cateter venoso central, tendo sido extubado apenas no 3º dia de PO.

Nos dois primeiros dias de pós-operatório, ainda sob ventilação mecânica, o paciente apresentou episódios de agitação e desorientação, com tentativas de retirada do tubo orotraqueal, o que exigiu a manutenção da sedação diante do porte da cirurgia e do risco de complicações. Após a extubação, no 3º dia de PO, persistiram períodos de agitação psicomotora, inquietação, desorientação e tentativas de retirada de dispositivos invasivos, como a sonda vesical de demora, configurando quadro de delirium de apresentação hiperativa. Diferentemente do primeiro caso, as alterações foram percebidas de imediato pela equipe, em razão de sua intensidade e do risco que representavam à segurança do paciente.

Diante desse quadro, a equipe adotou a contenção mecânica, com o objetivo de prevenir a retirada de dispositivos e a ocorrência de outros eventos adversos, e solicitou a presença da

família junto ao leito. Complementarmente, foram realizadas reorientação verbal, redução de ruídos e da luminosidade do ambiente, comunicação com a equipe multiprofissional e administração de sedativos. No 4º dia de PO, o paciente apresentou melhora expressiva do quadro, o que permitiu a suspensão dos sedativos e a retirada da contenção mecânica.

Em ambos os casos, a identificação e o manejo do delirium ocorreram sem a utilização de instrumento padronizado de avaliação e sem a existência de fluxo institucional definido, sendo conduzidos a partir da avaliação clínica da equipe. Observou-se, ainda, que os dois pacientes permaneceram internados por tempo superior ao esperado, recebendo alta para a enfermaria somente após o 15º dia de PO.

4 DISCUSSÃO

O delirium constitui uma das complicações neurológicas frequentes, embora pouco relatada, no PO de CC, sendo reconhecido como uma manifestação de disfunção cerebral aguda que reflete a vulnerabilidade do sistema nervoso central às agressões impostas pelo procedimento cirúrgico e pelo ambiente de terapia intensiva (PETERSSON et al., 2024). Sua fisiopatologia ainda não está completamente elucidada, mas a literatura converge para um modelo multifatorial, no qual diferentes mecanismos atuam de forma simultânea e interdependente (BATISTA et al., 2025).

Clinicamente, o delirium pode manifestar-se sob as formas hiperativa, hipoativa ou mista, a depender do padrão de atividade psicomotora predominante. A forma hiperativa, marcada por agitação, inquietação e comportamentos de risco, tende a ser reconhecida com maior rapidez, ao passo que a forma hipoativa, caracterizada por letargia, apatia e redução da interação, é descrita como a mais frequente em pacientes críticos e, ao mesmo tempo, a mais subdiagnosticada (DALARMI et al., 2023). A forma mista, por sua vez, alterna características de ambas ao longo do dia, reforçando o caráter flutuante da síndrome e a necessidade de avaliações repetidas (DSM-5, 2014).

As repercussões do delirium sobre a recuperação do paciente são amplas. A síndrome está associada a maior tempo de ventilação mecânica, maior permanência na UTI e no hospital, maior ocorrência de eventos adversos, como quedas e retirada acidental de dispositivos, e aumento da mortalidade (PINHEIRO et al., 2022). Para além da internação, estudos apontam associação com declínio cognitivo persistente, perda de funcionalidade para as atividades da vida diária, reinternações e institucionalização, sobretudo em idosos (ROBATTINI, et al.

2026). Destaca-se, ainda, que a duração do quadro relaciona-se diretamente à gravidade desses desfechos, o que confere à identificação precoce papel determinante na redução de danos (PINHEIRO et al., 2022). Nesse sentido, a permanência hospitalar prolongada observada nos casos relatados mostra-se coerente com o que descreve a literatura, ainda que não seja possível, no escopo deste relato, estabelecer relação causal.

A ocorrência do delirium resulta da interação entre fatores predisponentes, relacionados às condições prévias do paciente, e fatores precipitantes, relacionados ao procedimento cirúrgico e ao contexto da internação. Entre os predisponentes, pode-se destacar a idade avançada, o comprometimento cognitivo prévio, a fragilidade, os déficits visuais e auditivos, entre outras comorbidades (BALTAZAR et al., 2023). Pacientes com maior carga de fatores predisponentes tendem a desenvolver o quadro diante de agressões de menor intensidade, o que reforça a importância da avaliação de risco já na admissão pré-operatória.

No que se refere aos fatores precipitantes, o tempo de CEC é frequentemente descrito como um dos principais preditores de delirium no PO cardíaco, uma vez que a exposição prolongada ao circuito intensifica a resposta inflamatória e o risco de hipoperfusão e microembolização (COVALSKI et al., 2021). Ambos os casos relatados foram submetidos a CEC superior a 90 minutos, o que os situa em um perfil de maior risco. O tipo de procedimento também pode elevar o risco de complicações neurológicas, uma vez que cirurgias de maior complexidade associam-se a tempos operatórios mais longos, maior manipulação vascular e maior instabilidade hemodinâmica (COVALSKI et al., 2021).

Grande parte desses fatores é modificável, o que torna a prevenção uma estratégia factível e, em grande medida, dependente das intervenções realizadas pela equipe de enfermagem. Desse modo, as estratégias não farmacológicas constituem a base da prevenção e do manejo do delirium, sendo recomendadas por diretrizes internacionais como primeira linha de cuidado, em razão de sua efetividade, segurança e baixo custo (ROBATTINI et al., 2026).

Entre as medidas mais descritas, destacam-se a reorientação temporoespacial frequente, com disponibilização de relógios, calendários e informações sobre o ambiente; a promoção do ciclo sono-vigília, com redução de ruídos, controle da luminosidade no período noturno e agrupamento de procedimentos; a adequação da hidratação e do aporte nutricional; a mobilização precoce; e a retirada oportuna de dispositivos invasivos desnecessários (ROBATTINI et al., 2026). A diminuição da ingesta alimentar, observada no caso hipoativo, ilustra como o próprio quadro pode comprometer aspectos básicos da recuperação, demandando

vigilância ativa da equipe. A presença da família, adotada nos dois casos, oferece ao paciente referência afetiva e de orientação e favorece a reorientação, entretanto, a flexibilização das visitas, como intervenção isolada, não reduz significativamente a incidência do delirium (ROSA et al., 2019).

Em contrapartida, a contenção mecânica, embora por vezes necessária diante de risco iminente à segurança do paciente, é apontada pela literatura como um fator que pode intensificar a agitação, favorecer lesões e complicações da imobilidade e associar-se à maior duração do delirium (MACHADO et al., 2025). Quanto às medidas farmacológicas, a literatura não recomenda o uso rotineiro de antipsicóticos para a prevenção do delirium, reservando a terapia medicamentosa para situações de agitação grave e risco à segurança, sempre associada às medidas não farmacológicas (ROBATTINI et al., 2026).

A enfermagem ocupa posição privilegiada no cuidado ao paciente com delirium, uma vez que permanece de forma contínua à beira do leito, acompanha as flutuações do estado mental ao longo das 24 horas e executa grande parte das intervenções capazes de prevenir ou atenuar a síndrome (RICCÓ et al., 2025). Essa proximidade permite ao enfermeiro reconhecer alterações sutis no comportamento, na comunicação e na interação do paciente, frequentemente antes de qualquer outro membro da equipe.

No âmbito do Processo de Enfermagem, o raciocínio clínico constitui a base para que as alterações observadas sejam interpretadas e convertidas em intervenções planejadas (COFEN, 2024). É por meio dele que o enfermeiro relaciona os sinais apresentados pelo paciente aos fatores de risco presentes, reconhece o delirium mesmo em suas manifestações mais discretas, define prioridades de cuidado e avalia continuamente a resposta às condutas adotadas (CARVALHO et al., 2024).

No contexto do delirium, essa articulação poderia ter se iniciado antes da manifestação dos sinais, uma vez que os fatores predisponentes de cada paciente já eram identificáveis na admissão pré-cirúrgica. Esse conjunto de dados sustentaria o diagnóstico de enfermagem Risco de confusão aguda (HERDMAN et al, 2024), cuja formulação precoce teria direcionado a assistência para a prevenção, e não apenas para a resposta ao quadro já instalado, além de favorecer a vigilância sistemática do estado mental, o que facilitaria a distinção entre o delirium e as condições esperadas do PO.

Com a manifestação dos sinais, o Diagnóstico de Enfermagem passaria a ser Confusão aguda. No caso hipoativo, a desorientação e os períodos de confusão mental, somados à alteração

da atividade psicomotora, configuram esse diagnóstico justamente na apresentação que a literatura aponta como a mais sujeita ao subdiagnóstico (KREWULAK et al., 2018). Além disso, a hipoatividade compromete a alimentação e a movimentação, o que justifica também os diagnósticos Ingestão nutricional inadequada e Mobilidade física prejudicada. As intervenções correspondentes, como o estímulo à alimentação e a mobilização precoce, atuam simultaneamente sobre a recuperação clínica e sobre fatores que prolongam o delirium (DEVLIN et al., 2018).

As tentativas de retirada de dispositivos, no caso hiperativo, configuram os diagnósticos Risco de lesão física e Risco de quedas no adulto, o que justifica a adoção imediata de medidas protetivas. A própria contenção mecânica, por sua vez, impõe novos riscos, como o de lesão por pressão e o de agravamento do delirium (MACHADO et al., 2025), razão pela qual deve ser empregada apenas como último recurso, com monitoramento contínuo e registro das reavaliações (COFEN, 2024). Em ambos os casos, a definição dos resultados esperados e a avaliação diária da resposta às intervenções completariam o ciclo do Processo de Enfermagem, permitindo ajustar o plano conforme a flutuação característica da síndrome.

O registro sistemático das alterações observadas confere visibilidade ao quadro e favorece a comunicação efetiva com a equipe multiprofissional, e evitam que sinais discretos se percam entre os turnos. Esse raciocínio, no entanto, ganha consistência quando apoiado por instrumentos e protocolos que orientem a avaliação e a tomada de decisão, o que evidencia a necessidade de sistematizar o cuidado ao paciente com essa condição.

A utilização de instrumentos validados representa o principal recurso para reduzir a dependência da percepção subjetiva na identificação do delirium. Entre os mais empregados em terapia intensiva, destacam-se o Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), precedido pela avaliação do nível de sedação e agitação por meio da Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), e a Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), baseada na observação do paciente ao longo do turno (GUSMAO-FLORES et al., 2011). Esses instrumentos são de aplicação rápida, podem ser incorporados à avaliação de enfermagem a cada turno e permitem detectar alterações de atenção e de pensamento que não seriam evidenciadas na observação espontânea, sendo especialmente úteis no rastreio da forma hipoativa (PETERSSON et al., 2024).

Apesar dessas recomendações, existem barreiras à incorporação do rastreio sistemático na prática, como a sobrecarga de trabalho, a falta de capacitação específica, e a ausência de

protocolos institucionais que definam a conduta diante dessa disfunção neurológica (RICCÓ et al., 2025). A superação dessas barreiras depende de educação permanente, de apoio institucional e da construção de fluxos assistenciais que integrem a avaliação, prevenção e o manejo. No entanto, a ausência de um instrumento padronizado e de fluxo institucional não impediu a identificação dos quadros, o que evidencia a relevância do julgamento clínico da enfermagem. Contudo, a literatura indica que a dependência exclusiva da observação espontânea favorece o subdiagnóstico, sobretudo da forma hipoativa, e o retardo no início do manejo (PETERSSON et al., 2024). Portanto, a incorporação de rastreio sistemático com instrumento validado, associada à avaliação de risco na admissão, à adoção precoce de medidas não farmacológicas e à integração formal da família ao cuidado, poderia conferir maior uniformidade e precocidade à assistência, sem substituir, mas fortalecendo, o olhar clínico da equipe.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência permitiu reconhecer que o delirium PO, longe de ser uma intercorrência transitória e esperada, constitui uma condição que desafia a capacidade da equipe de perceber aquilo que não se mostra de forma evidente. A distância entre a visibilidade de um quadro e o silêncio do outro tornou concreto, à beira do leito, um problema que a literatura descreve em números.

Mais do que executar cuidados, a enfermagem mostrou-se o principal elo entre o paciente, a família e a equipe na percepção das mudanças sutis que antecedem o diagnóstico. Foi a sua presença contínua que tornou possível o reconhecimento, mesmo sem ferramentas formais, o que reafirma o olhar clínico como base insubstituível do cuidado.

Esse mesmo olhar, contudo, quando não amparado por instrumentos e protocolos, torna a assistência dependente de quem está de plantão e do momento em que os sinais se tornam visíveis. A principal lacuna identificada não reside, portanto, na falta de empenho da equipe, mas na ausência de sistematização, que impede que boas práticas se convertam em rotina antecipatória. Ainda que derivada de dois casos em um único cenário, essa constatação sustenta a necessidade de construir e avaliar fluxos assistenciais de enfermagem voltados a essa população.

Para a formação acadêmica, o estágio configurou-se como um período de intenso aprendizado, ao aproximar o conhecimento teórico da complexidade real do cuidado ao paciente crítico. Compreender que reconhecer o delirium é, antes de tudo, um exercício de atenção e de

raciocínio clínico constitui um aprendizado que ultrapassa o cenário da terapia intensiva e se estende à prática profissional futura.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. E-book.

BALTAZAR, LFSR; et al. *Delirium* e dor em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: prevalência e fatores de risco associados. **BrJP**, São Paulo. Out./dez. 2023. v. 6, n. 4, p. 398-403.

BARCELLOS SR; et al. Cirurgia Cardíaca: perfil clínico dos pacientes e acompanhamento em 30 dias. Rev. SOBECC: São Paulo. Jan./mar. 2021; 26(1): 43-49.

BATISTA, AD; et al. REAÇÕES INFLAMATÓRIAS SISTÊMICAS ASSOCIADAS À CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **ARACÊ**, dez. 2025. v. 7, n. 12, p. e11123.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 44-46, 24 maio 2016.

CARVALHO, EC; et al. Raciocínio clínico e processo de Enfermagem:: reflexões sobre abrangência e interfaces. REME-Revista Mineira de Enfermagem, [S. l.], v. 28, n. 1, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: Cofen, 2024a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 746, de 20 de março de 2024**. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes. Brasília: Cofen, 2024b.

COVSLSKI D et al. Postoperative of cardiac surgeries: prevalent complications within 72 hours. Rev. Enferm. UFSM. 2021; vol.11 e75: 1-20.

DALARMI, FR; et al. Prevenção e manejo do em delirium em pós-operatório em pacientes idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, *[S. l.]*, v. 6, n. 2, p. 6951–6961, 2023.

DANTAS, ATA; et al. DELIRIUM AGUDO EM PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS NO PRONTO-SOCORRO: ABORDAGEM IMEDIATA E INTERDISCIPLINAR NA SALA DE EMERGÊNCIA. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , *[S. l.]*, v. 7, n. 8, p. 280–288, 2025.

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

GUSMAO-FLORES D; et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011; 66(11):1917-1922.

HERDMAN, TH; et al. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação 2024-2026. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024.

KREWULAK, K. D. et al. Incidence and prevalence of delirium subtypes in an adult ICU: a systematic review and meta-analysis. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 12, p. 2029-2035, 2018.

LIMA, GM; CUERVO, M. Cardiopulmonary Bypass Mechanism and Neurological Events in Cardiac Surgery. Journal of the Portuguese Society of Anesthesiology, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 35–42, 2019.

MACHADO, AG; et al. Restrição física como fator associado à ocorrência de delirium em pacientes críticos: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, Brasil, v. 14, p. e5930, 2025.

OLIVEIRA GMM; et al;. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. Arq. Bras. Cardiol., mar. 2024. v. 121, n. 2, e20240079.

PETERSSON NB; et al. Incidence and assessment of delirium following open cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 23, Issue 8, Nov. 2024, Pages 825–832

PINHEIRO, FGMS; et al. Prevalence and risk factors associated with *delirium* at a critical care unit. *Acta Paul Enferm*, v. 35, eAPE00646, Aug. 2022.

RICCÓ, MES; et al. Manejo do delírio no pós-operatório de cirurgia cardíaca: a contribuição da enfermagem. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, *[S. l.]*, v. 23, n. 11, p. e12133, 2025.

ROBATTINI, JMK; et al. Estratégias farmacológicas e não farmacológicas na prevenção do delirium pós-operatório: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, *[S. l.]*, v. 9, n. 3, p. e87308, 2026.

ROSA RG; et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;322(3):216–228.

SANTOS SSS; et al. Cirurgias Cardíacas com circulação extracorpórea: características dos pacientes e suas principais complicações pós-operatórias. Enferm. 2024; Foco: 15:e-2024123.