

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS PROCESSOS DE CONTENÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES COM *DELIRIUM* NA UTI: PRÁTICAS, DESAFIOS E IMPLICAÇÕES ÉTICAS¹

PERFORMANCE OF THE NURSING TEAM IN THE PROCESSES OF MECHANICAL RESTRAINT OF PATIENTS WITH *DELIRIUM* IN THE ICU: PRACTICES, CHALLENGES AND ETHICAL IMPLICATIONS¹

Larissa Cunha Rodrigues ²
Maria Luisa da Vitória Ferreira ²
José Antônio Correia Lima ³

RESUMO

Introdução: Esta revisão de literatura aborda o *delirium* em pacientes críticos, caracterizado por alterações agudas da atenção, consciência e cognição, com manifestações hipoativas, hiperativas ou mistas. Associado ao uso de sedativos, ventilação mecânica e ao ambiente estressante da UTI, o *delirium* frequentemente demanda medidas como a contenção mecânica, entendida como restrição temporária para evitar danos, porém cercada de dilemas éticos e assistenciais. **Objetivo:** Analisar evidências sobre práticas, desafios e implicações éticas da equipe de enfermagem na contenção de pacientes com *delirium* em UTI. **Metodologia:** Revisão integrativa nas bases MEDLINE/PubMed, SciELO, LILACS e BDENF (2020–2025), com seleção em duas fases e análise de qualidade. **Resultados:** Identificaram-se prevalências elevadas em adultos e idosos, uso recorrente em membros superiores, registros incompletos e ausência de prescrição formal. As práticas variam conforme a cultura da unidade e o nível de capacitação da equipe. Protocolos com rastreio diário do *delirium*, pausa de sedação, mobilização precoce, manejo de dor, higiene do sono e participação familiar mostraram eficácia na redução de contenções. **Conclusão:** A contenção deve ser medida excepcional, breve e proporcional, precedida por intervenções não farmacológicas e acompanhada de registro e reavaliação contínua, integrando educação permanente e protocolos de segurança assistencial.

Palavras-chaves: *Delirium*. Contenção mecânica. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Segurança do paciente. Protocolos clínicos.

ABSTRACT

Introduction: This literature review addresses *delirium* in critically ill patients, characterized by acute changes in attention, awareness, and cognition, with hypoactive, hyperactive, or mixed manifestations. Associated with the use of sedatives, mechanical ventilation, and the stressful ICU environment, *delirium* often requires measures such as physical restraint—understood as a temporary restriction to prevent harm—but surrounded by ethical and care dilemmas. **Objective:** To analyze evidence on the practices, challenges, and ethical implications of nursing teams in restraining ICU patients with *delirium*. **Methodology:** Integrative review conducted in MEDLINE/PubMed, SciELO, LILACS, and BDENF databases (2020–2025), with a two-phase selection and quality analysis. Results: Studies identified high prevalence among adults and older adults, recurrent use of upper-limb restraints, incomplete documentation, and lack of formal prescription. Practices vary according to unit culture and staff training level. Protocols including daily *delirium* screening, sedation pauses, early mobilization, pain management, sleep hygiene, and family participation proved effective in reducing restraint use. **Conclusion:** Restraint should remain an exceptional, brief, and proportional measure, preceded by non-pharmacological interventions and accompanied by continuous documentation, reassessment, ongoing education, and structured safety protocols.

Keywords: *Delirium*. Mechanical restraint. Nursing. Intensive Care Unit. Patient safety. Clinical protocols.

¹Trabalho de Conclusão de Curso como pré-requisito para obtenção do Grau em Bacharel em Enfermagem

²Graduandas do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Vila Velha – UVV. E-mails: larissarodrigues48788@gmail.com marialuisa.vix@gmail.com

³Mestre em Enfermagem, Professor orientador do Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Vila Velha – UVV. E-mail: jose.lima@uvv.br

1 INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica caracterizada por alterações agudas e flutuantes na atenção, consciência e cognição, frequentemente acompanhada de desorientação, alucinações e agitação psicomotora (Cuneo; Flores; Esteves, 2022). Essa condição afeta, de maneira significativa, a população de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), principalmente aqueles em estado crítico.

De acordo com Oliveira *et al.* (2020), o *delirium* pode se manifestar em três formas distintas: hipoativo, hiperativo e misto. A forma hiperativa é caracterizada por agitação e comportamento agressivo, enquanto a hipoativa, menos reconhecida, apresenta letargia e confusão. A forma mista combina características de ambas as manifestações, com oscilações entre agitação e apatia ao longo do dia.

A prevalência do *delirium* em pacientes críticos internados na UTI é alta, atingindo cerca de 60% a 80% dos pacientes submetidos à ventilação mecânica (Silva *et al.*, 2024). Essa condição é, frequentemente, subdiagnosticada, especialmente em suas formas hipoativas, o que pode dificultar a intervenção precoce e eficaz. Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento do *delirium* em pacientes internados, incluindo o uso prolongado de sedativos, privação de sono, desequilíbrios metabólicos, infecções e o próprio ambiente de cuidados intensivos, que é altamente estressante. Além disso, o uso de dispositivos invasivos, como sondas e cateteres, e o isolamento social devido às restrições de visitas em UTIs são aspectos que podem exacerbar a incidência de *delirium* (Souza; Azzolin; Souza, 2020).

Dessa maneira, a gestão adequada do *delirium*, especialmente em pacientes internados em UTIs, é crucial para garantir melhores desfechos clínicos. Conforme pontuam Cuneo, Flores e Esteves (2022), a integração de práticas baseadas em evidências, juntamente com a adoção de protocolos de cuidado multidisciplinar, pode contribuir para a redução da prevalência e das complicações dessa condição, beneficiando tanto o paciente quanto o sistema de saúde como um todo.

Além disso, Oliveira *et al.* (2020) destacam que intervenções não farmacológicas, como a promoção de ciclos regulares de sono e vigília, a redução do uso de sedativos e a reorientação frequente do paciente, têm se mostrado eficazes na prevenção do *delirium*. A presença de familiares também é considerada uma estratégia importante, pois pode reduzir o isolamento social e contribuir para a estabilidade emocional do paciente.

É importante ressaltar que o *delirium*, especialmente em suas formas hiperativas e mistas, pode levar a episódios de agitação intensa, nos quais o paciente perde a capacidade de se manter colaborativo e pode se tornar violento. Nesses casos, o uso de contenção mecânica pode ser necessário para evitar danos maiores, como quedas, autolesões ou a interrupção de procedimentos terapêuticos vitais (Souza; Azzolin; Souza, 2020). Entretanto, é importante mencionar que, apesar de sua utilidade em situações emergenciais, a contenção mecânica deve ser sempre considerada como uma medida temporária e utilizada como último recurso, quando todas as demais alternativas terapêuticas e de controle comportamental já foram tentadas sem sucesso (Cofen, 2024).

Nesse sentido, dado o impacto significativo do *delirium* nas UTIs, é imprescindível que as equipes de saúde, especialmente a enfermagem, estejam preparadas para manejar essa condição de maneira eficaz e ética. A formação contínua dos enfermeiros, com foco em estratégias de prevenção e manejo do *delirium*, pode não apenas melhorar a qualidade do cuidado oferecido, mas também reduzir as complicações associadas ao *delirium*, como o uso excessivo de contenção mecânica e o prolongamento da internação (Souza; Azzolin; Souza, 2020).

A prática da contenção mecânica em pacientes com *delirium* na UTI, embora às vezes necessária para garantir a segurança física, apresenta desafios éticos e clínicos significativos, podendo resultar em agravos como lesões, prolongamento do *delirium* e trauma psicológico. O problema central reside no fato de que a aplicação dessa medida pela equipe de enfermagem, sem uma compreensão abrangente e baseada em evidências, pode comprometer a qualidade e a segurança do cuidado. A justificativa para esta investigação sustenta-se na urgência de se promover práticas seguras e éticas em UTIs, ambientes onde o *delirium* é prevalente. Este estudo é crucial para mapear as evidências disponíveis, elucidar os desafios enfrentados pela enfermagem e subsidiar a padronização de condutas que harmonizem a necessidade de contenção com a obrigação ética de preservar a dignidade e o bem-estar do paciente. Diante disso, a questão norteadora deste trabalho é investigar quais são as evidências científicas disponíveis na literatura sobre as práticas,

os desafios e as implicações éticas da atuação da equipe de enfermagem no processo de contenção mecânica de pacientes com *delirium* em Unidades de Terapia Intensiva?

Este trabalho teve como objetivo analisar as evidências científicas referentes às práticas, desafios e implicações éticas relacionadas à atuação da equipe de enfermagem na contenção mecânica de pacientes com *delirium* em Unidade de Terapia Intensiva. Buscou-se, especificamente, mapear os desafios operacionais e relacionais envolvidos nesse cuidado, identificar o perfil das práticas de enfermagem adotadas no contexto da contenção mecânica, analisar a tensão ética existente entre o ato de cuidar e o ato de conter.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Acerca da definição de *delirium*, pode-se afirmar que:

o termo *delirium* deriva do latim “*delirare*” o que significa “estar fora do lugar”. No entanto, seu significado figurado é “estar insano, confuso, fora de si”. As referências do conjunto de sintomas do *delirium* são encontradas nos trabalhos de Hipócrates (460-366 a.C.), indicando a patologia como uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica na época” (Pincelli; Waters; Zupsel, 2015, p. 131).

No passado, o transtorno mental agudo era classificado por frenite e, frequentemente, relacionado a estados febris com alteração comportamental, agitação psicomotora e alterações do ciclo sono-vigília (Pincelli *et al.*, 2015).

Segundo as anotações do médico psiquiatra Sonarus (93-138 d. C.), o paciente com quadro de frenite apresentava as seguintes alterações: ausência de sono ou um sono frequentemente interrompido por sonhos desconexos, oscilando entre momentos de quietude e agitação, cantando em solitário, ou imerso na tristeza, em silêncio, murmurando e chorando, atravessando repentes de raiva que o fazem levantar da cama, necessitando ser contido, ameaçando e xingando a todos ao redor, se debatendo, despindo-se, dominado pelo pânico, não respondendo a indagações, e conversando com os mortos como se estivessem presentes (Kinalski *et al.*, 2023).

No século XVIII, o *delirium* foi distinguido de loucura e foram descritas as formas hipoativas e hiperativas da doença em artigo publicado pelo médico James Sims. Por sua vez, a

frenite passou a se relacionar a episódios de *delirium* provocados por febre ou condições sistêmicas. Posteriormente, no início do século XIX, o *delirium* passou a ser identificado como uma doença associada à disfunção cerebral e, logo após, no século XX, foram iniciadas pesquisas com ênfase em compreender melhor a doença (Pincelli *et al.*, 2015).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o *delirium* costuma estar associado à perturbação no sono-vigília, o que pode incluir sonolência diurna, agitação noturna, dificuldade em adormecer, sono excessivo durante o dia ou vigília durante a noite. Por vezes, pode resultar em inversão total do sono-vigília/ noite-dia (Oliveira *et al.*, 2022).

Segundo a literatura, o *delirium* tem-se os seguintes fatores de risco: idade maior que 65 anos, gravidade do paciente, tabagismo, etilismo, hipertensão, desidratação, comprometimento cognitivo prévio, dias elevados de internação, uso de sedativos e analgésicos, restrição mecânica, dispositivos invasivos, ventilação mecânica e dor. Desses treze fatores de risco, a idade, os dias elevados de internação e a ventilação mecânica são tidos como os principais. Dentre esses, alguns podem ser modificáveis, tais como, a permanência no leito, as alterações hidroeletrólíticas, a hipóxia e a utilização de dispositivos médicos invasivos. Por isso, é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento e domínio sobre eles para ofertar uma assistência preventiva adequada a esses pacientes. Cabe aos enfermeiros redobram a atenção e a assistência aos pacientes internos que apresentam algum desses fatores de risco. (Carvalho *et al.*, 2022).

O *delirium* é considerado um marcador de gravidade em pacientes críticos, visto que está associado a uma série de complicações, como, por exemplo, o aumento do tempo de internação, o risco de queda, a retirada inadvertida de dispositivos médicos e a maior mortalidade. Consoante a isso, vale pontuar que pacientes que desenvolvem *delirium* durante a internação na UTI apresentam maiores taxas de mortalidade em um período de 6 a 12 meses após a alta hospitalar. Além disso, o *delirium* está associado a déficits cognitivos de longo prazo, afetando a memória e a função executiva dos pacientes, o que pode comprometer sua qualidade de vida após a recuperação (Oliveira *et al.*, 2020).

Com o intuito de classificar o comprometimento do *delirium*, são utilizados, nas UTIs, três instrumentos, a saber: o *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) -7, a *Delirium Rating Scale* (DRS-R98) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC). Através do

resultado da classificação, ocorre o planejamento e a prescrição para abordagem de tratamento específico a cada paciente, seja através de medidas farmacológicas, não farmacológicas, mecânica e física (Serafim Bernardo *et al.*, 2024).

Vale mencionar que, nos casos em que o *delirium* se manifesta de forma aguda e severa, medidas mais invasivas, como a contenção mecânica, podem ser necessárias para garantir a segurança do paciente e da equipe de saúde. Embora seja cercada de controvérsias éticas, esse tipo de abordagem é utilizado como último recurso quando outras intervenções não conseguem controlar o comportamento agressivo ou auto lesivo do paciente. Porém, como destaca Silva *et al.* (2024), o uso de contenção mecânica deve ser sempre monitorado de perto e revisado periodicamente para minimizar os riscos de lesões físicas e psicológicas.

De acordo com Oliveira *et al.* (2020), há dois segmentos de tratamento: os farmacológicos e os não farmacológicos. A nível farmacológico, destacam-se alguns medicamentos, em especial, o haloperidol pelo fato de ter um custo menor para as instituições. Contudo, o sedativo de primeira escolha é a dexmetomidina. Oliveira *et al.* (2020) ressaltam também que os benzodiazepínicos devem ser evitados devido aos efeitos colaterais de confusão mental. Já em relação ao tratamento não farmacológico, ou seja, aqueles que necessitam somente de cuidados humanos, destacam-se a visita prolongada do familiar, a promoção de um ambiente calmo e silencioso, com redução de estímulos luminosos, bem como o atendimento psicológico na UTI (Oliveira *et al.*, 2020).

O manejo compreende uma acurácia dos fatores de risco por parte dos profissionais, para que as intervenções com o quadro apresentado. O enfermeiro pode ainda, como manejo não farmacêutico, incentivar atividades lúdicas e criativas que resultem em um maior esforço cognitivo do paciente. Aos pacientes em uso de algum dispositivo invasivo, como a ventilação mecânica, atividades de memória e identificação, podem contribuir coma melhora do quadro. (Pinheiro *et al.*, 2022).

Entre outras estratégias utilizadas como forma de prevenção, destacam-se a implementação de musicoterapia, o incentivo à deambulação precoce, o não uso de contenção física, a utilização de métodos de avaliação como o CAM-ICU, a remoção precoce de dispositivos invasivos e a correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Desse modo, pode-se dizer que o enfermeiro tem um papel preponderante na prevenção do *delirium* através da mobilização precoce, da correção de distúrbios

hidroeletrolíticos, da prevenção da hipóxia, da suspensão precoce da ventilação mecânica e da remoção de dispositivos invasivos (Rocha *et al.*, 2021).

Estima-se que essas ações podem reduzir de forma direta os eventos adversos relacionados ao *delirium*, tais como a retirada acidental de dispositivos enterais, ventilatórios e venosos, o aumento do tempo de internação, as lesões cutâneas acidentais devido ao estado hiperativo e as lesões por pressão em razão do estado hipoativo (Benzamat *et al.*, 2022).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório que utilizou o método de revisão integrativa da literatura, com o objetivo de explorar e compreender a atuação da equipe de enfermagem no processo de contenção mecânica nos pacientes com *delirium* em UTI.

Segundo Cabral *et al.* (2023), este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, seguindo as etapas metodológicas que estruturam o processo em: definição da pergunta norteadora, busca na literatura, seleção dos estudos, extração e categorização dos dados, análise crítica e síntese dos resultados.

De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa é um método que permite a síntese de estudos múltiplos e oferece uma visão geral sobre o estado atual do conhecimento em uma área, contribuindo para a prática baseada em evidências. Neste trabalho, essa abordagem tem como objetivo compreender a atuação da equipe de enfermagem no manejo dos pacientes com *delirium* submetidos a contenção mecânica. Para tanto, serão utilizados métodos qualitativos para coleta de dados sobre as experiências e percepções dos enfermeiros, bem como métodos quantitativos para avaliar a frequência e eficácia das intervenções.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados para a busca de artigos científicos: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) *National Institutes of Health* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos, foram artigos originais publicados na íntegra, na língua portuguesa, inglesa e espanhola, que abordassem como eixo central a atuação da

equipe de enfermagem no processo de contenção mecânica de pacientes com *delirium* em UTI. Foram excluídos da revisão os estudos que não atendam aos critérios mencionados acima, assim como pesquisas que tratam de contextos distintos e artigos anteriores ao ano de 2010.

A pesquisa obteve um total de 23 artigos, dos quais 14 foram selecionados para compor a revisão integrativa da literatura, pois contemplaram respostas diretas a questão norteadora desta pesquisa.

4 RESULTADOS

A partir da análise dos 14 artigos selecionados, 2 artigos estão relacionados a enfermagem na contenção mecânica, 1 artigo relata desafios operacionais e relacionais na prática da contenção, 1 artigo aborda a tensão ética e 2 artigos tratam de estratégias para redução da contenção mecânica.

Além disso, 3 artigos investigam a prevalência de *delirium* em unidades de terapia intensiva, 3 artigos abordam fatores de risco e boas práticas no manejo do *delirium* e 2 artigos descrevem estratégias voltadas à sua prevenção e redução.

A tabela a seguir (tabela 1), descreve a categorização dos artigos selecionados, incluindo autores e ano de publicação, título, objetivos, resultados e conclusões.

Tabela 1: Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa conforme título, autor, ano de publicação, objetivo, resultados e conclusões. Vila Velha, 2024.

TÍTULO	AUTOR / ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Prevalência de <i>delirium</i> em terapia intensiva adulto.	Barcellos, R. A. <i>et al.</i> , 2020	Avaliar a prevalência de <i>delirium</i> em pacientes de UTI.	Prevalência 8% (101/1271); 50% >70 anos; 74% benzodiazepínicos; 65% hipertensos; 71% comorbidades; 76% sobreviveram.	<i>Delirium</i> é de início súbito e pode ser prevenido com plano de cuidados; enfermeiro identifica risco por escalas.
Fatores de risco e boas práticas no manejo do <i>delirium</i> : compreensão da equipe de enfermagem.	Barcellos, R. A. <i>et al.</i> , 2020	Analisar a compreensão da equipe de enfermagem sobre riscos e boas práticas no <i>delirium</i> .	Reconhecimento de ruído, sedação excessiva, infecção, maior permanência e mortalidade; valorização de presença familiar e avaliações diárias.	Há conhecimento dos fatores e boas práticas, porém persistem lacunas na aplicação rotineira.

<i>Delirium</i> e fatores associados em unidades de terapia intensiva: estudo piloto de coorte.	Lago, M. S. <i>et al.</i> , 2020	Detectar incidência de <i>delirium</i> e fatores associados em UTIs.	Incidência 33,9%; 90% início ≤ 24 h; duração ~2 dias; subtipo hipoativo 50%; contenção física associada (RR=3,10; p=0,01).	Incidência elevada com predomínio hipoativo; contenção física triplicou o risco.
Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de <i>delirium</i> em pacientes críticos.	Oliveira, K. P. <i>et al.</i> , 2020	Investigar estratégias de enfermeiras para prevenir <i>delirium</i> em UTI.	Três eixos: educação/orientação a paciente-família; fatores ambientais; presença familiar.	Estratégias favorecem prevenção e qualificam o ambiente, reduzindo demanda por contenção.
Caracterização da restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de hospital geral.	Silva, K. C.; Paes, M. R.; Brusamarello, T., 2020	Caracterizar a prática de restrição física em UTI de hospital geral.	80 episódios/33 pacientes; 100% membros superiores; 77,5% ataduras de crepe; 86,3% restrição parcial; 96,2% com sonda; 67,5% em VM; 53,9% sedados; registros escassos; sem prescrição.	Ausência de critérios definidos e documentação adequada dificulta justificar uso e duração.
Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com <i>delirium</i>	Souza, T. L.; Azzolin, K. O.; Souza, E. N., 2020	Validar protocolo multiprofissional para manejo do <i>delirium</i> em UTI.	44/48 cuidados com IVC $\geq 0,90$; incluiu diagnóstico, pausa de sedação, mobilização, manejo de dor/agitação, orientação, sono, ambiente e família	Protocolo qualifica a assistência e favorece melhores desfechos.
Compreendendo a perspectiva dos enfermeiros sobre contenções físicas durante a ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva	Perez, D. <i>et al.</i> , 2021	Explorar experiências de enfermeiros com contenções físicas durante ventilação mecânica.	Temas: cultura da UTI; consequências das contenções; modos de aprendizagem; práticas inconsistentes por falta de educação e protocolos.	Necessidade de educação contínua e desenvolvimento de diretrizes e políticas.
Hospital Elder Life Program na unidade de urgência e emergência: intervenção multicomponente para prevenção de <i>delirium</i> (adaptação com familiares)	Assis, L. O. <i>et al.</i> , 2022	Avaliar a viabilidade do HELP com participação de cuidadores familiares.	93,3% com ≥ 1 fator de risco; alta adesão a alimentação/hidratação (96,2%); menor à orientação (76,5%); satisfação; barreiras organizacionais/paciente/acompanhante.	Envolvimento de familiares como “voluntários” foi viável e favoreceu implementação em hospital público.
Prevalência e fatores de risco associados ao <i>delirium</i> em uma	Pinheiro, F. G. M. S. <i>et al.</i> , 2022.	Identificar prevalência e fatores	Prevalência 45,9%; associações com idade, neurocirurgia, contenção	Idade, contenção, alimentação por sonda e

unidade de terapia intensiva		de risco para <i>delirium</i> em UTI no Nordeste.	física, sonda nasointestinal e ventilação mecânica.	anticonvulsivantes elevaram a prevalência.
Microteoria de enfermagem na prevenção do <i>delirium</i> em pessoas idosas na unidade de terapia intensiva	Kinalski, S. S. <i>et al.</i> , 2023.	Descrever microteoria para prevenção do <i>delirium</i> em idosos na UTI.	Sistema teórico-operacional; indicadores CAM-ICU e histórico clínico; axiomas, postulados, proposições e modelo de cuidado.	Oferece base prescritiva para prevenção e desenvolvimento de instrumentos de enfermagem.
Prevalência de <i>delirium</i> na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital público de Minas Gerais	Silva, P. H. <i>et al.</i> , 2023	Identificar prevalência de <i>delirium</i> em UTI adulto.	47,42% CAM-ICU positivo; predomínio 60–79 anos; principais causas: cardiovasculares/neurológicas/traumáticas; 86,95% usaram VM e sedação.	Prevalência alta; necessidade de protocolos para identificação precoce e manejo adequado.
Proposta de intervenção para padronização da contenção de pacientes em unidade de terapia intensiva de um hospital público (PDCA).	Silva, M. N. <i>et al.</i> , 2024	Relatar intervenção para padronizar contenção em UTI com PDCA e ferramentas de gestão.	Mapeamento/priorização de 11 causas-raiz; planos 5W2H; desafios: resistência, recursos limitados, risco de descontinuidade; ganhos formativos.	Ferramentas de gestão aplicadas à sistematização da contenção e à resolução de problemas organizacionais.
<i>Delirium</i> em idosos na unidade de terapia intensiva e associação com contenção mecânica.	Silva, L. F. A. <i>et al.</i> , 2025	Determinar prevalência de <i>delirium</i> em idosos e correlações com preditores.	Prevalência 36,1%; associação forte com contenção no leito (OR=21,542; IC95% 6,663–69,641).	Recomenda reduzir contenção, monitorar sedação e prevenir <i>delirium</i> para melhor cuidado e custos menores.
Programa de melhoria para redução na contenção mecânica em uma unidade de terapia intensiva (PDSA).	Corrêa, B. L. M. A. L. <i>et al.</i> , 2025	Descrever implementação de programa PDSA para reduzir contenção em UTI.	Engajamento 87,3% da enfermagem; contenção caiu de 11% para 4%; 0% no 2º e 3º mês pós-implementação.	Redução sustentável é possível com melhoria da qualidade e práticas baseadas em evidências.

5 DISCUSSÃO

5.1 O PERFIL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CONTENÇÃO MECÂNICA

O perfil das práticas de enfermagem na contenção mecânica (CM) pode ser delineado ao observar como a contenção mecânica se relacionou à ocorrência de *delirium* e aos contextos em

que foi empregada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Nesta discussão, sintetizo achados sobre prevalência, momento de início do *delirium*, magnitude de associação entre contenção mecânica e *delirium* e especificidades em idosos, articulando implicações diretas para a decisão, aplicação e reavaliação da contenção mecânica pela enfermagem, com apoio das escalas *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) e *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) quando reportadas (Pinheiro *et al.*, 2022; Lago *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2025).

Pinheiro *et al.* (2022) conduziram inquérito transversal com 316 adultos, identificando prevalência de *delirium* de 45,9% em UTI do Nordeste. A contenção mecânica apresentou associação importante: 81,3% entre pacientes com *delirium* versus 40,9% sem *delirium*, sugerindo que a prática ocorreu em cenários de maior instabilidade e risco de interferência com dispositivos. O delineamento incluiu modelagem log-binomial para razões de prevalência ajustadas, sustentando análise de fatores contextuais ligados à decisão de contenção.

Ainda em Pinheiro *et al.* (2022), variáveis clínicas coexistiram com a contenção mecânica como marcadores de gravidade e de indicação potencial, incluindo idade mais elevada, ventilação mecânica e alimentação por sonda nasointestinal. O conjunto dessas condições compôs um retrato em que a enfermagem lidou com risco imediato de autoextubação ou retirada de sondas, cenário clássico que favorece a contenção mecânica. Tal perfil reforça a necessidade de registro criterioso de justificativas, da duração e da reavaliação seriada após estabilização.

Lago *et al.* (2020), acompanharam 59 pacientes em três UTIs e observaram incidência de *delirium* de 33,9%, com 90% dos episódios iniciando nas primeiras 24 horas e duração média de dois dias. O subtipo hipoativo predominou, achado que pode desafiar o reconhecimento clínico e, por consequência, a decisão de contenção baseada apenas em agitação visível. A contenção mecânica associou-se ao *delirium* com risco relativo de 3,10, indicando que, no período inicial de internação, a prática esteve fortemente presente quando o *delirium* emergiu.

O desenho de Lago *et al.* (2020), destaca como o “tempo” condiciona o perfil prático: se a maioria dos *delirium* emerge até 24 horas, as decisões de contenção mecânica recairão sobre janela curta, exigindo avaliações frequentes com CAM-ICU e medidas ambientais antes de imobilizar. A predominância do hipoativo sugere que a enfermagem deve sustentar critérios que não dependam apenas de hiperatividade para indicar ou manter contenção mecânica, evitando contenções prolongadas por subdiagnóstico de formas menos exuberantes.

No estudo realizado por Silva *et al.* (2025) focalizaram 83 idosos em UTI e estimaram prevalência de *delirium* de 36,1%, com associação muito forte entre contenção mecânica no leito e *delirium*: *odds ratio* de 21,542 no modelo multivariado. O resultado sinaliza que, na população idosa, a prática de contenção esteve imbricada a condições que elevaram exponencialmente a chance de *delirium*, apontando para um perfil assistencial que requer thresholds mais conservadores e vigilância intensiva de sedação e despertar para sustentar retirada precoce.

A ênfase de Silva *et al.* (2025) na monitorização da sedação e na redução do uso de contenção mecânica resulta em orientação operacional direta ao cotidiano de enfermagem em idosos: a indicação deve ser a de menor intensidade e duração possíveis, com reavaliação programada. Em termos de perfil, isso implica checagens em intervalos curtos, documentação robusta e comunicação com a equipe para alinhar metas de descontinuação, reduzindo a probabilidade de contenções prolongadas em quadros vulneráveis.

Confrontando os achados, as prevalências variaram entre 33,9% e 45,9%, o que pode refletir diferenças de amostra, desenho e critérios operacionais. A associação entre contenção mecânica e *delirium* foi consistente, porém de magnitudes distintas: risco relativo de 3,10 em coorte de início precoce versus *odds* superiores a 20 em idosos após ajuste multivariado. Esse contraste sugere que, embora a contenção mecânica acompanhe contextos de risco, a intensidade do vínculo com *delirium* cresce em subgrupos etários, modulando a prudência na indicação (Lago *et al.*, 2020; Pinheiro *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2025).

Diferenças temporais e clínicas também influenciaram o perfil prático. O início em 24 horas observado por Lago *et al.* (2020) indica que grande parte das decisões de contenção mecânica ocorreu em fase precoce de instabilidade, enquanto os cenários de Pinheiro *et al.* (2022) envolveram maior gravidade por dispositivos e suporte avançado. Em idosos, a força da associação em Silva *et al.* (2025) reforça que a prática deve ser excepcional e rapidamente revista, sob risco de perpetuar *delirium* e agravos relacionados.

A contenção mecânica aparece como resposta frequente diante de risco imediato, sobretudo com ventilação e sondas, mas requer critérios explícitos, triagem estruturada com CAM-ICU, calibração de sedação via RASS e reavaliação em curtos intervalos, especialmente em idosos. A convergência entre os estudos orienta a enfermagem a priorizar desescalamento e documentação sólida, enquanto a divergência nas magnitudes de associação alerta para sensibilidade a subgrupos

e ao timing de decisão, compondo um perfil prudente, rastreável e centrado na minimização da CM (Pinheiro *et al.*, 2022; Lago *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2025).

5.2 OS DESAFIOS OPERACIONAIS E RELACIONAIS NA PRÁTICA DA CONTENÇÃO

Os desafios operacionais e relacionais na contenção mecânica (CM) emergem de lacunas organizacionais, dificuldades de padronização e tensões no cotidiano da UTI. As três referências aqui discutidas apontam barreiras distintas e complementares: ausência de protocolos claros, formação insuficiente, cultura de serviço que legitima práticas pouco refletidas e fragilidade na integração de medidas preventivas do *delirium* com a tomada de decisão sobre contenção mecânica. Tais aspectos impactam indicação, técnica, registro, reavaliação e comunicação com pacientes e famílias (Silva *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2020; Perez *et al.*, 2021).

Silva *et al.* (2024) relataram um projeto de intervenção para padronizar contenção mecânica na UTI, estruturado por *PDCA* e suportado por ferramentas de gestão como Diagrama de Ishikawa, Matriz GUT e Matriz 5W2H. O processo iniciou com *brainstorming* multiprofissional para mapear obstáculos à sistematização, evidenciando causas técnicas e organizacionais. O desenho descritivo qualificou a identificação de gargalos e orientou propostas de ação com escopo, responsáveis, prazos e indicadores para conduzir mudanças progressivas.

O relato detalhou onze causas-raiz que impediram padronização, entre elas resistência de funcionários, restrições de recursos e risco de descontinuidade. O enfrentamento envolveu planos de ação, educação permanente, fluxos operacionais e instrumentos de registro. A padronização visou reduzir variabilidade, estabelecer critérios para indicação e retirada de CM e sustentar auditoria clínica. A experiência valorizou *checklists* e rotinas de reavaliação para alinhar a CM a práticas seguras e transparentes no contexto intensivo (Silva *et al.*, 2024).

Oliveira *et al.* (2020) investigaram estratégias de enfermeiras para prevenir *delirium* na UTI, agrupando-as em três eixos: educação e orientação de paciente/família, manejo ambiental e presença familiar. Essas categorias descrevem intervenções não farmacológicas que, ao reduzirem agitação e desorganização cognitiva, podem diminuir a pressão por CM. O desenho qualitativo e a análise textual discursiva evidenciaram como a atuação educativa e o ajuste do ambiente contribuem para um espaço assistencial mais seguro e humanizado.

O estudo de Oliveira *et al.* (2020) também destacou que a presença familiar, quando factível, favorece vínculo, reorientação e conforto, com potencial para atenuar comportamentos de

risco. A incorporação dessas medidas requer coordenação de equipe, sensibilização de fluxos e disponibilidade de recursos simples, mas estáveis, como controle de ruído e luz, rotinas de sono e dispositivos de comunicação. A articulação dessas ações antecede a CM e oferece alternativas proporcionais ao risco.

Perez *et al.* (2021) exploraram percepções de enfermeiros sobre contenções físicas em pacientes sob ventilação mecânica. Três temas emergiram: influência da cultura da UTI nas práticas, consequências das contenções e modos de aprendizagem. As autoras descreveram inconsistências derivadas de formação e treinamento insuficientes e da ausência de protocolos. Assinalaram que contenções podem ser ineficazes para evitar interferências terapêuticas e produzir desfechos indesejáveis, quando empregadas sem critérios e reavaliação estruturada.

Além disso, Perez *et al.* (2021) ressaltaram que decisões são frequentemente guiadas por normas tácitas e expectativas do local de trabalho, mais do que por raciocínio clínico estruturado. A recomendação central foi fortalecer educação, diretrizes e políticas institucionais para orientar práticas futuras e melhorar resultados. Esse enfoque sugere que a superação de assimetrias na CM depende de programas educacionais, supervisão e de um arcabouço normativo que sustente julgamentos proporcionais e revisáveis.

Confrontando os achados, Silva *et al.* (2024) propuseram um caminho organizacional para padronizar a CM via *PDCA*, enquanto Perez *et al.* (2021) evidenciaram a raiz cultural e formativa das inconsistências. A convergência reside na necessidade de protocolos claros e educação continuada; a diferença está no foco: operacionalização e gestão em Silva *et al.* (2024) versus cultura e aprendizagem em Perez *et al.* (2021). Integradas, ambas abordagens podem alinhar estrutura, processos e competências para decisões mais seguras.

A contribuição de Oliveira *et al.* (2020) complementa esse arranjo ao posicionar intervenções preventivas como primeira linha, reduzindo demanda por CM. A presença familiar e o manejo ambiental introduzem mediações relacionais que atenuam conflitos e sustentam proporcionalidade. Quando combinadas a protocolos e treinamento, tais estratégias podem converter o uso de CM em evento verdadeiramente excepcional e temporário, com metas explícitas de retirada e monitorização contínua de risco. (Silva *et al.*, 2024).

Os desafios operacionais—padronização, fluxos, registros—e desafios relacionais—cultura, aprendizagem, vínculo com família—compõem um mesmo ecossistema de decisão sobre CM. A adoção de *PDCA* e instrumentos de gestão enfrenta causas-raiz; a educação e diretrizes

respondem às lacunas formativas; e as estratégias preventivas reorganizam o ambiente, diminuindo a necessidade de restringir. A integração desses eixos favorece decisões proporcionais, reavaliadas e documentadas, com foco em segurança e experiência do cuidado na UTI (Silva *et al.*, 2024; Perez *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2020).

5.3 A TENSÃO ÉTICA: CUIDAR VERSUS CONTER

A tensão ética entre cuidar e conter emerge quando a equipe pondera riscos imediatos versus direitos, conforto e dignidade. A decisão precisa de critérios explícitos, alternativas prévias e reavaliações frequentes, pois a contenção mecânica (CM) não é neutra e produz consequências clínicas e morais. Os estudos aqui discutidos oferecem ângulos complementares: caracterização técnica e documental da CM, prevenção de *delirium* como via de redução de contenções, prevalências que pressionam protocolos, e experiências de melhoria que demonstram factibilidade de mudanças sustentáveis (Silva, Paes e Brusamarello, 2020; Corrêa *et al.*, 2025; Kinalski *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Barcellos *et al.*, 2020).

Silva, Paes e Brusamarello (2020) observaram 80 episódios de restrição em UTI geral e registraram aplicação exclusivamente em membros superiores, majoritariamente com ataduras de crepe e compressas. Chamou atenção a documentação rarefeita: apenas 5,2% com registros de enfermeiros e ausência de prescrição médica ou de enfermagem. A prática, assim executada, dificulta demonstrar necessidade, proporcionalidade e tempo, pilares éticos para legitimar uma intervenção restritiva na terapia intensiva.

O mesmo estudo indicou restrição parcial de movimento em 86,3% dos casos, com 96,2% dos pacientes portando sonda nasointestinal, 67,5% em ventilação mecânica e 53,9% sedados. Apenas 33,3% exibiam agitação psicomotora, sugerindo que a CM também foi mantida em contextos sem hiperatividade. Esses achados tensionam o princípio da menor restrição clinicamente viável, exigindo revisão contínua de risco-benefício e registros que sustentem a manutenção ou retirada da CM no menor tempo possível (Silva, Paes e Brusamarello, 2020).

Corrêa *et al.* (2025) descreveram um programa de *quality improvement* ancorado no ciclo *Plan-Do-Study-Act*, envolvendo 87,3% da equipe de enfermagem. O índice global de contenção caiu de 11% para 4%, alcançando 0% no segundo e terceiro mês subsequentes. Essa experiência mostra que a redução de CM é operacionalmente possível quando há desenho institucional,

monitoramento e educação, reforçando o princípio ético da excepcionalidade e da temporariedade da restrição em UTI.

A experiência de Corrêa *et al.* (2025) desloca o eixo ético da decisão individual para arranjos organizacionais com metas, métricas e retroalimentação. A responsabilização passa por fluxos claros, auditoria e aprendizagem coletiva, diminuindo a dependência de normas tácitas. O enfoque em evidências e em resultados de processo e desfecho confere transparência às escolhas e ajuda a prevenir naturalização de contenções prolongadas e não justificadas nos prontuários.

Kinalski *et al.* (2023) propuseram microteoria de cuidados para prevenir *delirium* em idosos na UTI, articulando estímulos focais e contextuais do Modelo de Adaptação de Roy. O sistema operacional inclui indicadores empíricos, como CAM-ICU e histórico clínico, e representa um arranjo prático para orientar decisões proporcionais. Ao posicionar a prevenção como eixo estruturante, o modelo diminui a pressão por CM e favorece respostas centradas na pessoa, coerentes com dignidade e minimização de danos.

No plano epidemiológico, Silva *et al.* (2023) identificaram prevalência elevada de *delirium*, com maior concentração entre 60 e 79 anos e ampla exposição a ventilação mecânica e sedação. A mensagem ética é direta: reconhecer precocemente o *delirium*, calibrar sedação e instituir protocolos diminui decisões defensivas de contenção e qualifica a justificativa quando, excepcionalmente, a CM é indicada. A prevalência alta torna a ausência de fluxos um risco para excessos restritivos.

Barcellos *et al.* (2020) relataram prevalência de 8% em hospital de alta complexidade, com uso de benzodiazepínicos em 74% e múltiplas comorbidades. O estudo sublinha que prevenção e triagem estruturada são caminhos para evitar escaladas coercitivas. A identificação sistemática de risco pelo enfermeiro, com instrumentos validados, orienta decisões graduais e documentadas, reduzindo dependência de contenções baseadas apenas em convenções de serviço.

Confrontando os achados, o déficit documental e a ausência de prescrição formal descritos por Silva, Paes e Brusamarello contrastam com o desempenho do programa de redução que instituiu metas e alcançou taxas nulas de CM. A divergência expõe o impacto ético de sistemas: onde há processos e métricas, a excepcionalidade da restrição se concretiza; onde faltam critérios e registros, a justificativa fica opaca e a proporcionalidade pode ser violada.

A microteoria proposta por Kinalski *et al.* (2023), alinha-se às evidências de prevalência ao indicar que prevenção estruturada e avaliação contínua reorientam a decisão clínica para

alternativas não restritivas. Em cenários de alta prevalência ou de polimedicação sedativa, o modelo sustenta escolhas graduais, compatíveis com dignidade e segurança, e reduz a probabilidade de contenções prolongadas sem revisão formal. Desse modo, prevenção e melhoria convergem para um mesmo horizonte ético-operacional (Silva *et al.*, 2023; Barcellos *et al.*, 2020).

Em síntese, a tensão cuidar versus conter se resolve por critérios explícitos, prevenção robusta, documentação completa e revisão temporal da necessidade. Experiências de melhoria mostram viabilidade institucional; a microteoria oferece arcabouço conceitual; e as prevalências pressionam por protocolos que evitem decisões automáticas. A CM, quando estritamente necessária, deve ser proporcional, monitorada e breve, com rastreabilidade que legitime a proteção sem desfigurar a ética do cuidado intensivo (Corrêa *et al.*, 2025; Kinalski *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Barcellos *et al.*, 2020; Silva, Paes e Brusamarello, 2020).

5.4 ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA CONTENÇÃO MECÂNICA

As estratégias para reduzir a contenção mecânica articulam organização do cuidado, conhecimento da equipe e participação familiar. Três frentes complementares emergem: protocolos multiprofissionais validados que operacionalizam cuidados não farmacológicos, compreensão dos fatores de risco e das boas práticas pela enfermagem e programas multicomponentes com engajamento de cuidadores. Essa convergência reposiciona a contenção como exceção, sustentada por avaliação clínica, registro e reavaliações frequentes, com foco na prevenção e no manejo estruturado do *delirium* em Unidade de Terapia Intensiva. (Souza, Azzolin e Souza, 2020; Barcellos *et al.*, 2020; Assis *et al.*, 2022).

Souza, Azzolin e Souza (2020) validaram um protocolo multiprofissional para pacientes críticos com *delirium*, adotando índice de validade de conteúdo mínimo de 0,90 junto a juízes. Entre 48 cuidados, quatro não obtiveram consenso, preservando alto grau de concordância. O protocolo incorporou diagnóstico sistemático de *delirium*, pausa de sedação, mobilização precoce, manejo de dor, agitação e *delirium*, orientação cognitiva, higiene do sono, intervenções ambientais e participação familiar, compondo uma base estruturada para reduzir a necessidade de contenção.

A validação formal de conteúdos sinaliza que pacotes de cuidados bem explicitados permitem decisões graduais e proporcionais. A pausa de sedação, a mobilização e a promoção do sono tendem a mitigar agitação e desorganização cognitiva, enquanto orientação e manejo ambiental favorecem reorientação e conforto. Ao organizar responsabilidades e fluxos, protocolos

validados reduzem variabilidade e promovem retirada precoce de contenções, quando usadas, por meio de metas assistenciais e registros rastreáveis. (Souza, Azzolin e Souza, 2020).

Barcellos *et al.* (2020) analisaram a compreensão da equipe de enfermagem sobre riscos e boas práticas no *delirium*. As equipes reconheceram fatores como ruído, sedação excessiva, infecção, maior permanência e mortalidade, além de benefícios da avaliação diária com escalas, da presença familiar e de orientações estruturadas. O estudo, contudo, apontou necessidade de melhorar a aplicação rotineira dessas práticas, evidenciando um hiato entre saber e fazer que impacta diretamente o uso e a duração de contenções.

A leitura desses achados sugere que educação permanente e padronização operacional são eixos inseparáveis. Conhecimento sem rotinas e indicadores não muda conduta de forma sustentável; fluxos sem capacitação tendem a burocratizar o cuidado. A redução de contenções depende de consolidar avaliações diárias, calibrar sedação, ajustar ambiente e integrar a família ao plano terapêutico, com monitoramento do cumprimento e retroalimentação à equipe. (Barcellos *et al.*, 2020).

Assis *et al.* (2022) adaptaram o Hospital Elder Life Program em hospital público, envolvendo pacientes idosos e cuidadores familiares. O uso de formulários para riscos, seleção de protocolos e acompanhamento viabilizou intervenções como assistência alimentar e reposição hídrica, que atingiram alta adesão. Orientação cognitiva apresentou menor adesão, e as barreiras relacionaram-se à organização, ao paciente e ao acompanhante. Os participantes relataram satisfação e perceberam benefícios clínicos do programa.

Os resultados indicam que inserir familiares como “voluntários” em tarefas simples, supervisionadas pela equipe, amplia capilaridade de intervenções não farmacológicas. Em contextos com recursos limitados, essa estratégia sustenta vigilância, conforto e reorientação, reduzindo gatilhos de agitação e, por consequência, a demanda por contenções. A viabilidade demonstrada em serviços públicos sugere potencial de escalabilidade com adaptações de fluxo e apoio educacional. (Assis *et al.*, 2022).

Confrontando as abordagens, o protocolo validado oferece um mapa operacional abrangente; a sondagem com equipes revela consciência dos riscos e das boas práticas, porém com lacunas de implementação; o programa com cuidadores mostra que co-produção do cuidado melhora adesão e sustentabilidade. O ponto de encontro está em rotinas claras, métricas de processo e suporte formativo que convertam conhecimento em execução consistente, sempre priorizando

medidas não restritivas antes de qualquer amarração. (Souza, Azzolin e Souza, 2020; Barcellos *et al.*, 2020; Assis *et al.*, 2022).

Em termos operacionais, uma estratégia combinada deve instituir protocolo validado, educação continuada, avaliação diária de *delirium*, metas de sedação, higiene do sono, modulação de ruído e luz, mobilização precoce e presença familiar assistida. A aderência requer indicadores simples, auditoria de registros e reuniões de devolutiva para ajustes. Em paralelo, engajar cuidadores em tarefas seguras amplia tempo útil de intervenção e favorece desmame de contenções. (Souza, Azzolin e Souza, 2020; Barcellos *et al.*, 2020; Assis *et al.*, 2022).

Em suma, reduzir contenções depende de governança clínica (protocolos validados), competência organizacional (educação e monitoramento) e co-participação familiar. Essas dimensões, quando alinhadas, diminuem gatilhos de agitação, qualificam decisões proporcionais e encurtam a permanência de contenções quando estritamente necessárias, preservando segurança e experiência do cuidado. A integração dessas evidências oferece caminho pragmático e replicável para Unidades de Terapia Intensiva diversas. (Souza, Azzolin e Souza, 2020; Barcellos *et al.*, 2020; Assis *et al.*, 2022).

6 CONCLUSÃO

Esta revisão evidenciou que a contenção mecânica aplicada em pacientes com *delirium* na UTI permanece recurso de exceção, indicada apenas diante de risco eminente e respaldada por avaliação clínica contínua e reavaliações programadas.

Práticas de enfermagem mais seguras e alinhadas aos princípios éticos e legais emergem da adoção de protocolos validados, educação permanente das equipes, monitorização com CAM-ICU e RASS.

A documentação completa das intervenções e o envolvimento da família demonstraram-se componentes relevantes para a transparência do cuidado e para a promoção da humanização no ambiente intensivo.

Desafios operacionais e culturais ainda contribuem para a variabilidade das condutas e para a ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso da contenção.

Recomenda-se implementar programas de melhoria, integração de medidas não farmacológicas e governança de dados para reduzir o uso e o tempo de contenção, alinhando segurança, dignidade e qualidade do cuidado intensivo.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, L. O. *et al.* HospitalElder Life Program na unidade de urgência e emergência de um hospital público universitário: um programa de intervenção multicomponente para prevenção de *delirium*. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. e3064, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/8s9hLrLc8Fnz6PfgM5C8kyj/?format=pdf&lang=pt>.
- BARCELLOS, R. A. *et al.* Fatores de risco e boas práticas no manejo do *delirium*: compreensão da equipe de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e436985784-e436985784, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/5784/5016>.
- BARCELLOS, R. A. *et al.* Prevalência de *delirium* em terapia intensiva adulto. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e165985431-e165985431, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/5431/8943>.
- BENZAMAT, L. R. de M.; CAMERINI, F. G.; ESPÍRITO SANTO, T. B. do; FASSARELLA, C. S.; FRANCO, A. S.; HENRIQUE, D. de M. Ocorrência de *delirium* em pacientes críticos em unidade intensiva. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 21, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612022000100232>.
- CABRAL, M. V. A.; ARAÚJO, J. A. C.; SOUSA, A. M. M.; REIS, P. B.; BITENCOURT, E.; COSTA, R. A. S.; REZENDE, A. L. R. Análise dos aspectos gerais e as etapas da revisão de literatura integrativa para profissionais da saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 1459–1469, 2023. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/478>.
- CARVALHO, L. A. C.; CORREIA, M. D. L.; FERREIRA, R. C.; BOTELHO, M. L.; RIBEIRO, E.; DURAN, E. C. M. Accuracy of *delirium* risk factors in adult intensive care unit patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. 1-9, 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/194252>>.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN N°746, de 20 de março de 2024. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 64, p. 91, 20 mar 2024. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/Resolucao-746-2024.pdf>>.
- CORRÊA, B. L. M. A. L. *et al.* Programa de melhoria para redução na contenção mecânica em uma unidade de terapia intensiva. **Enferm Foco**, v. 16, p. –, 2025. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2537-707x-enfoco-16-e-2025029/2537-707x-enfoco-16-e-2025029.pdf.
- CUNEO, A. M.; FLORES, C.; ESTEVES, G. O. O uso de tapa olhos em pacientes idosos acometidos por *delirium* em uma UTI: um relato de experiência. In: VI SEMINÁRIO DE

PESQUISA E PRODUTIVIDADE DA FESV E FESVV, 2022, Vitória. **Anais eletrônicos**.

Disponível em:

<<https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/ASPPFF/article/view/1453>>.

KINALSKI, S. S. *et al.* Microteoria de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e4070, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/v5wDwk4vSby4pSsQJyzcNTr/?format=pdf&lang=pt>.

LAGO, M. S. *et al.* *Delirium* e fatores associados em unidades de terapia intensiva: estudo piloto de coorte. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 1, p. 16-23, 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/2501/3494>.

LEAL, E. L.; MOREIRA, M. C. *Delirium* em Unidades de Terapia Intensiva Adulto: elaboração de Guia de Orientações para equipe multiprofissional. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, v. 7, n. 2, p. e136200-e136200, 2023. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/download/136200/90673>.

OLIVEIRA, K. P.; PICANÇO, C. M.; OLIVEIRA, A. R.; ASSIS, Y. I. S. de; SOUZA, A. C. F. de; RIBEIRO, A. G. Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de *delirium* em pacientes críticos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1-18, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/38778>>.

OLIVEIRA, C.; NOBRE, C. F. G. M.; MARQUES, R. M. D.; MENDES, M. M. M. L.; SOUSA, P. C. P. O papel do enfermeiro na prevenção do *delirium* no paciente adulto/idoso crítico.

Revista Cuidarte, Bucaramanga, p. 1-16, 2022. Disponível em:

<<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1983>>.

PEREZ, D. *et al.* Understanding nurses' perspectives of physical restraints during mechanical ventilation in intensive care: a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 30, n. 11-12, p. 1706-1718, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/am-pdf/10.1111/jocn.15726>.

PINCELLI, L. E; WATERS, C; HUPSEL, N. Z. Ações de enfermagem na prevenção do *delirium* em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. **Arq. Med Hosp. Fac. Cienc. Med Santa Casa São Paulo**, São Paulo, p.131, 2015. Disponível em: <

<https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/143/595> >.

PINHEIRO, F. G. M. S; SANTOS, S. E.; BARRETO, I. D. C.; WEISS, C; OLIVEIRA, J. C; VAEZ, A. C; SILVA, F.A. Prevalência e fatores de risco associados ao *delirium* em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enfermagem**. São Paulo, 2022. Disponível em: <10.37689/actaape/2022AO006466>

ROCHA, C. C. M.; PORTELA, P. P.; SANTANA, T. da S.; GÓIS, J. A.; OLIVEIRA, S. S. de. Cuidado ao paciente com *delirium* na unidade de terapia intensiva: o olhar do enfermeiro.

Revista de Enfermagem da UFPI, Teresina, v. 10, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <

<https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/809>>.

SERAFIM, R. B.; PAULINO, M. C.; SHARSHAR, T.; HERMANN, B. Gravidade do *delirium* na unidade de terapia intensiva. **Critical Care Science**, Rio de Janeiro, v. 36, e20240139en, 2024. Disponível em: <https://criticalcarescience.org/wp-content/uploads/sites/7/articles_xml/2965-2774-ccsci-36-e20240139en/2965-2774-ccsci-36-e20240139en-pt.pdf>.

SILVA, L. F. de A.; FRANÇA, I. S. X. de; ALMEIDA, T. C. S. de; SILVA, R. H. A. da; SILVA, J. E. T. da; MACEDO, A. S. de; MAGALHÃES, M. G. V. N.; FREITAS, S. S. de. Contenção mecânica e *delirium* em idosos na UTI: uma revisão de escopo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 1-10, 2024. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16327>>.

SILVA, L. F. de A. *et al.* *Delirium* em idosos na unidade de terapia intensiva e associação com contenção mecânica. **Aquichan**, v. 25, n. 2, p. e2526-e2526, 2025. Disponível em: <https://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/download/25397/8939>.

SILVA, M. N. da *et al.* Proposta de intervenção para padronização da contenção de pacientes em unidade de terapia intensiva de um hospital público: um relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 2, p. e14013245090-e14013245090, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/45090/36032>.

SILVA, K. C.; PAES, M. R.; BRUSAMARELLO, T. Caracterização da restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de hospital geral. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 4, 2020. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/fvu62yq7yjd5pk7uun33ndwwda/access/wayback/http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/3239/967>.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, Morumbi, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-08-01-0102-W1134/2317-6385-eins-08-01-0102-W1134-pt.pdf>.

SOUZA, T. L. de; AZZOLIN, K. de O.; SOUZA, E. N. de. Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com *delirium*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, p.1-10, 2020. Disponível em:<<https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/108043>>.