

Microteoria de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na unidade de terapia intensiva*

Sandra da Silva Kinalski¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4841-2288>

Margrid Beuter¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3179-9842>

Eliane Raquel Rieth Benetti²

 <https://orcid.org/0000-0003-1626-5698>

Marinês Tambara Leite³

 <https://orcid.org/0000-0003-3280-337X>

Larissa Venturini⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-5401-3849>

Marcos Antônio Gomes Brandão^{5,6}

 <https://orcid.org/0000-0002-8368-8343>

Destaques: (1) Prescreve cuidados “para” e “na” prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI. (2) Microteoria desenvolvida por substrução teórica para uso na prática clínica. (3) Ferramenta com perspectiva filosófica que norteia o cuidado de enfermagem. (4) Indicadores empíricos são importantes para avaliar a efetividade das intervenções.

Objetivo: descrever uma microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na unidade de terapia intensiva. **Método:** pesquisa teórica prescritiva, baseada na substrução. Foram deduzidos construtos do Modelo de Adaptação de Roy e induzidos dados do fenômeno dos cuidados de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na terapia intensiva, a partir de revisão integrativa da literatura. **Resultados:** a microteoria possui sistema teórico, operacional e modelo de cuidado. No sistema teórico utilizaram-se os construtos estímulo focal e contextual de Roy. A partir deles elaboraram-se os conceitos de cuidado focal, contextual e a variável resposta adaptativa à prevenção. Das declarações relacionais elaboraram-se quatro axiomas, dois postulados, oito proposições e um pressuposto epistêmico. No sistema operacional, estabeleceram-se dois indicadores empíricos: o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* e o histórico demográfico/clínico das pessoas idosas. Posteriormente, produziram-se duas declarações transformacionais, quatro hipóteses e o modelo de cuidado representado em figura. **Conclusão:** a microteoria produzida prescreve cuidados na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na terapia intensiva, por um construto de interesse para a enfermagem, além de permitir intercepções ao desenvolvimento de instrumentos que norteiam a atuação da enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Idoso; *Delirium*; Teoria de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem.

* Artigo extraído da tese de doutorado “Microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI”, apresentada à Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Ciências da Saúde, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁶ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artigo

Kinalski SS, Beuter M, Benetti ERR, Leite MT, Venturini L, Brandão MAG. Nursing microtheory in the prevention of *delirium* in older adult in the intensive care unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4071 [cited ____/____/____]. Available from: _____.

_____  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6707.4071>


mês dia ano

URL

Introdução

O *delirium* é uma síndrome cognitiva com prevalência de 9 a 32% em pacientes hospitalizados⁽¹⁾. É um distúrbio frequente entre as pessoas idosas internadas em unidade de terapia intensiva (UTI)⁽²⁾, associado à presença de fatores relacionados a este ambiente e suas rotinas⁽³⁾. Ainda, quando se trata de pessoas idosas com presença de fatores de risco como: idade avançada, fragilidade, déficit cognitivo, múltiplas comorbidades, alcoolismo, tabagismo, coma prévio, trauma e demências, acentuam-se as probabilidades de ocorrência do *delirium*⁽⁴⁻⁶⁾.

Dada a sua relevância, em 2017 foi publicada a *Intensive Care Delirium Research Agenda*, fruto de uma perspectiva multinacional e interprofissional, apresentando as necessidades de pesquisas sobre *delirium*⁽⁷⁾. Dentre as principais áreas de estudo, recomendadas para os próximos 10 anos, está o desenvolvimento de novos modelos para refinar a fenotipagem do *delirium*, ou seja, reconhecer elementos etiológicos que possam ser a ele associados.

Embora os médicos possam contribuir na investigação de causalidade a partir de modelos fisiopatológicos, esta perspectiva de fenotipagem/identificação de fatores etiológicos pode ser limitante para a prática de enfermagem. Assim, utilizou-se a perspectiva do foco diagnóstico de enfermagem para orientar a resposta humana e o cuidado dirigido por intervenções de natureza preventiva. Estudos sobre o cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* em UTI são realizados, contudo suas contribuições são diversificadas, especialmente quando se refere a pessoas idosas⁽⁶⁻⁸⁾.

Teorias podem fornecer modelos explicativos, preditivos ou prescritivos que sejam úteis quando as evidências parecem dispersas. O paradigma da prática guiada por teoria de enfermagem vem desempenhando, ao longo da história da disciplina, um papel de prestígio, embora possa ter menor interesse a depender do grupo de pesquisadores⁽⁹⁻¹⁰⁾. Além disso, teorias de enfermagem, embora sejam construções disciplinares, devem ser úteis e compatíveis com o uso no contexto multidisciplinar e multiprofissional da saúde⁽¹¹⁾. Portanto, microteorias criadas na disciplina da enfermagem podem produzir conceitualizações, afirmativas teóricas e modelos a partir de fenômenos de interesse multidisciplinar, como é o caso do *delirium*.

Dentre os níveis teóricos, as microteorias oferecem uma maneira prática para os enfermeiros conectarem as perspectivas filosóficas da disciplina com o mundo real, mediante prescrição de intervenções à prática da enfermagem⁽¹²⁾. São caracterizadas por produzirem instruções específicas para a prática e serem as mais aplicáveis de todas as teorias, por estarem em um nível

de menor abstração, mais próximas ao nível empírico dos fenômenos, quando comparadas às grandes teorias de enfermagem⁽¹³⁾. Assim, as microteorias impactam diretamente nos cuidados de enfermagem, tendo em vista sua limitação de tempo, lugar e situação, também estão preocupadas com áreas mais específicas do conhecimento e são interdependentes⁽¹⁴⁾.

Neste artigo, parte-se da pressuposição de que uma microteoria pode fornecer um modelo explicativo de fenotipagem/etiologias de interesse para a enfermagem, mecanismos e outras condições associadas ao *delirium* em pessoas idosas na UTI, a partir das evidências científicas da literatura para esta população. Portanto, com a teorização, ao conjugar os dados da revisão integrativa da literatura e o Modelo de Adaptação de Callista Roy (MAR), infere-se que tanto o julgamento clínico do enfermeiro como a escolha de ações contribuem para intervir sobre o fenômeno. Desse modo, o objetivo é descrever uma microteoria para cuidados de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na unidade de terapia intensiva.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo teórico, no qual desenvolveu-se uma microteoria, do tipo prescritiva, de natureza básica⁽¹⁵⁾.

Coleta de dados

Para elaboração desta microteoria, conjugaram-se os dados teóricos do MAR e da revisão integrativa, por meio das orientações dedutiva e indutiva para abordagem ao pensamento teórico. Na orientação dedutiva, utilizou-se como estratégia a substrução teórica⁽¹⁶⁾ para produzir congruência entre a teoria de MAR e um sistema operacional gerado na presente microteoria. A teoria de MAR, em seus aspectos centrais, envolve a tendência de olhar as pessoas como sistemas abertos, que mantêm interação contínua com o ambiente, estando expostas a diversos estímulos que geram um processo de lidar com desafios, capaz de resultar em respostas adaptativas ou ineficazes⁽¹⁷⁾. A substrução teórica constituiu, nesta microteoria, os sistemas teórico e operacional.

Na orientação indutiva foi empregada a abordagem de síntese da literatura científica, por meio da revisão integrativa⁽¹⁸⁾. A revisão foi utilizada para encontrar elementos e alcançar homogeneidade dos dados sobre cuidados de enfermagem para a prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI⁽¹⁹⁾.

Análise dos dados

Na primeira e segunda etapas realizou-se a identificação e seleção dos construtos do MAR. Construtos são noções abstratas que podem ser parcialmente definidas⁽¹⁶⁾. Inicialmente ocorreu a familiarização aprofundada com o MAR⁽¹⁷⁾, por meio de leitura criteriosa. Após o conteúdo do MAR ser examinado, foram selecionados os construtos estímulo focal e estímulo contextual para a substrução teórica.

Na sequência, fez-se a revisão integrativa da literatura sobre cuidados de enfermagem para a prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI. A síntese da literatura seguiu as fases: 1 - identificação do problema; 2 - busca na literatura; 3 - avaliação dos dados; 4 - análise dos dados; 5 - apresentação⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Assim, estratégias de busca foram elaboradas para cada base de dados, combinando diferentes descritores e palavras-chave. A procura ocorreu na Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Scopus*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Web of Science*, sem uso de recorte temporal.

Identificou-se um total de 17.126 estudos, na base PubMed (2.368), Scopus (8.553), CINAHL (908),

LILACS (486), *Web of Science* (4.433). Destes, 16.986 eram estudos duplicados ou de fontes não primárias e, portanto, removidos. Aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão, resultando em 80 textos completos. Após a leitura na íntegra, pautada na resposta da pergunta de revisão, a amostra final totalizou 51 artigos (12 na PubMed, 16 na Scopus, 11 na CINAHL, 5 na LILACS e 7 na *Web of Science*). Do ponto de vista teórico, as evidências da revisão integrativa contribuíram para a elaboração de pressupostos no sistema teórico e para inclusão e organização dos elementos do sistema operacional da presente microteoria.

Na terceira e quarta etapas, desenvolveu-se a substrução⁽¹⁶⁾ em quatro fases: 1 - identificar e isolar os construtos e conceitos principais sob estudo; 2 - especificar relações entre os conceitos; 3 - ordenar hierarquicamente os conceitos por nível de abstração; 4 - descrever o diagrama pictórico dos relacionamentos presentes entre as variáveis. Posteriormente, realizou-se a modelagem da microteoria, conhecimento teórico, coerente e interconectado, acerca do fenômeno cuidados de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI, resultando em um modelo, representado por uma figura gráfica.

O processo de desenvolvimento da microteoria está apresentado na Figura 1.



*MITCare-DEP = *Micro Theory of care for delirium in elderly people*; *UTI = Unidade de Terapia Intensiva; *MAR = Modelo de Adaptação de Roy

Figura 1 - Esquema pictórico para representar o desenvolvimento da MiTCare-DEP*

Aspectos éticos

A presente pesquisa, de cunho teórico, respeitou os direitos autorais das publicações incluídas no estudo.

Resultados

A microteoria de enfermagem, nomeada *Micro Theory of Care for Delirium in Elderly People* (MiTCare-DEP), tem como meta a indicação de intervenções que

auxiliem para o cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI. A microteoria dispõe do sistema teórico, do sistema operacional, das declarações relacionais entre as variáveis escolhidas para compor cada sistema⁽¹⁶⁾ e de um modelo teórico.

Sistema teórico

O sistema teórico inclui como elementos: construtos, conceitos, subconceitos (variáveis) e indicadores empíricos; e como afirmativas relacionais: axiomas, postulados e proposições⁽¹⁶⁾. Embora não inclusos na proposta metodológica original de substrução, elaboraram-se seis pressupostos⁽¹⁴⁾, pelos quais é iniciada a descrição teórica.

Os pressupostos de uma teoria caracterizam-se por informações tomadas como verdadeiras e são fundamentados naquilo que os teóricos consideram como evidências, baseadas em valores e crenças⁽¹⁴⁾. Por ser a *MitCare-DEP* uma teoria científica, sustentada em síntese de evidências empíricas, seus pressupostos teóricos possuem menor nível de abstração, portanto, seus valores e crenças não são puramente filosóficos. Foram desenvolvidos de forma a construir um alicerce estrutural do fenômeno em estudo, sendo eles:

1. A UTI é permeada de especificidades em sua estrutura e rotinas assistenciais, que são estímulos para o desencadeamento do *delirium* nas pessoas idosas.
2. O envelhecimento da pessoa idosa e, quando presente, o déficit cognitivo podem dificultar o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento para prevenir o *delirium*.
3. As pessoas idosas hospitalizadas nas UTIs necessitam de cuidados de enfermagem sistematizados e organizados para a prevenção do *delirium*.
4. O cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* deve ser contínuo e estar presente em todo o período de internação das pessoas idosas na UTI.
5. O cuidado focal e o cuidado contextual devem ser incorporados aos cuidados de enfermagem

na prevenção do *delirium* nas pessoas idosas hospitalizadas em UTI.

6. Aspectos do histórico demográfico/clínico e agravos à saúde da pessoa idosa como: idade, tabagismo, alcoolismo, déficit cognitivo e demências se constituem em estímulos para respostas não adaptativas à prevenção do *delirium* pela pessoa idosa na UTI.

Dois grandes construtos teóricos contudentes e delimitados foram deduzidos do MAR de Callista Roy, para descrever e explicar o fenômeno a partir da microteoria para a enfermagem. Os estímulos focais são eventos intimamente relacionados à ocorrência da situação, que imediatamente confrontam as pessoas e constituem o maior grau de mudança, desencadeando respostas que podem ser adaptáveis ou ineficazes⁽¹⁷⁾. Os estímulos contextuais são todos os fatores ambientais que se apresentam à pessoa, não são o centro da atenção e, mesmo assim, influenciam a forma como a pessoa lida com seu estímulo focal⁽¹⁷⁾.

No desenvolvimento conceitual da *MitCare-DEP*, foram utilizadas propriedades trazidas pelos construtos identificados no MAR⁽¹⁷⁾ e induzidos pelos dados da literatura. A fim de explicar o fenômeno cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI, os conceitos subsumidos foram: cuidado focal e cuidado contextual.

Cuidado focal refere-se a um conjunto de intervenções, apresentadas na Figura 2, constituído por atividades de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI, que agem como estímulo externo e, imediatamente, desencadeiam no ser cuidado uma resposta eficaz para a prevenção do *delirium*, intimamente relacionado às particularidades e à integralidade da pessoa idosa. Já o *cuidado contextual* refere-se a um conjunto de intervenções, apresentadas na Figura 3, constituído por atividades de enfermagem na prevenção do *delirium* em UTI, que atuam como estímulos contextuais do ambiente e contribuem para a resposta efetiva na prevenção do *delirium* pela pessoa idosa, intimamente relacionado às especificidades da terapia intensiva.

Cuidado Focal	Intervenções
Realização de atividades de orientação	Promover atividades de orientação de tempo, lugar e caráter (>3x/dia). Realizar atividades com calendários, relógios, celulares e rádios. Dialogar com as pessoas idosas sobre experiências vivenciadas e atividades atuais.
Intervenções sensoriais para deficiência visual e auditiva	Promover a estimulação visual e auditiva, por meio do uso de aparelhos visuais e auditivos. Utilizar uma abordagem que facilite o contato visual e auditivo. Promover uma comunicação verbal assertiva, fornecendo material adaptado para deficiência visual. Proteger a córnea durante a sedação, prevenindo a desidratação.
Manutenção do padrão do sono	Fornecer iluminação indireta, especialmente à noite. Disponibilizar máscara para os olhos e/ou tampões para os ouvidos. Ajustar o regime de medicação, evitando dosagem entre 00:00 e 05:00 horas. Fornecer sessões de musicoterapia. Reduzir o ruído ambiental. Realizar controle da dor. Não realizar procedimentos eletivos à noite. Ensinar e estimular exercícios de respiração profunda e relaxamento antes de dormir. Ofertar massagem nos pés e nas regiões torácica e lombar.

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Cuidado Focal	Intervenções
Mobilização precoce	Promover mobilização do paciente no leito ou fora dele, em 24 a 48 horas após admissão na UTI. Planejar cronograma de mobilidade com exercícios de amplitude e de movimentos ativos, passivos e deambulação quando possível, três vezes ao dia.
Comunicação terapêutica	Manter uma comunicação clara e aberta com a pessoa idosa e estimular sua expressão emocional. Utilizar comunicação face a face, com contato visual. Usar o nome do paciente durante a comunicação e apresentar-se para ele quando ocorrer o primeiro contato. Permitir que expressem seus pensamentos e sentimentos. Utilizar cartão de comunicação, <i>WordPad</i> ou caneta e papel para aqueles submetidos a intubação endotraqueal ou traqueostomia.
Musicoterapia	Fornecer momentos de musicoterapia por MP3 <i>players</i> , assim como fones de ouvido. Esta ação pode ser coletiva ou individual.
Hidratação e nutrição	Avaliar o estado nutricional da pessoa idosa na admissão na UTI, por meio de escalas como: Índice de Risco Nutricional Geriátrico (GNRI), o Índice de Nutrição Prognóstica (PNI), método <i>Controlling Nutritional Status</i> (CONUT). Assegurar nutrição e hidratação adequadas.
Estimulação cognitiva	Cuidados orientados a estimular a função cognitiva, para isso, deve-se utilizar materiais adaptados às necessidades da pessoa idosa, como teclados grandes, relógio com visor maior e livros com letras grandes. É recomendado atividades diárias, pelo menos três vezes ao dia, para estimular a memória, como discutir eventos atuais da vida familiar e relembrar eventos passados. Para execução das atividades, associa-se o uso de livros, revistas e a presença dos familiares na UTI. Ainda, podem ser utilizados como atividades estimulantes, baralhos, jogos de caça-palavras, palavras cruzadas (duração diária de cinco minutos). Aos pacientes submetidos a intubação endotraqueal ou traqueostomia, pode-se usar cartão de comunicação, caneta, papel ou <i>WordPad</i> para estabelecer comunicação e auxiliar nas atividades.
Cuidados de enfermagem noturnos	Programar para que a maior parte dos cuidados sejam realizados durante o dia. Agrupar os cuidados que são realizados à noite para horários específicos, evitando repetidas interrupções do sono.
Contenção mecânica e cateteres permanentes	Reduzir sempre que possível o uso de contenção mecânica e cateteres permanentes, a fim de evitar a restrição física da pessoa idosa no leito.
Capacitação da família sobre o <i>delirium</i>	Capacitar os familiares do paciente sobre o <i>delirium</i> e suas complicações: definição, sintomas, etiologia, efeitos negativos, prevenção de <i>delirium</i> . Podem ser utilizadas estratégias de educação como vídeo, folders, panfletos, <i>check list</i> .
Participação da família no cuidado	Estimular a participação ativa de familiares e acompanhantes do paciente, como apoio emocional e afetivo. Também, capacitar os mesmos para se integrar em atividades de estimulação cognitiva, orientação, higiene e conforto da pessoa idosa, sob a supervisão da equipe de enfermagem da UTI.

Figura 2 - Definições constitutivas do conceito de cuidado focal da MiTCare-DEP

Cuidado Contextual	Intervenções
Disponibilizar materiais como: relógios, calendários, celulares, livros, revistas, rádios, televisões, quadro branco, canetas, papéis e pertences pessoais do paciente	Prover e disponibilizar materiais que possam ser utilizados na orientação temporal e espacial, na estimulação cognitiva e na comunicação com a pessoa idosa. Também, estimular o seu envolvimento nas atividades propostas.
Reduzir a iluminação artificial à noite	Fornecer iluminação indireta, durante a noite, com o objetivo de manter o padrão de sono.
Reduzir o ruído ambiental na UTI	Monitorar e manter os níveis de volume de ruídos na UTI adequados.
Promover privacidade	Manter, sempre que possível, leitos individuais, utilizando cortinas ou biombos, tendo em vista o bem-estar do paciente e a realização dos cuidados.
Ajustar alarmes de monitores e máquinas	Ajustar os monitores e máquinas para o modo noturno, o que diminui o volume e escurece os displays, reduzindo os ruídos e promovendo o sono.
Prover luz natural no ambiente	Proporcionar estrutura física que possibilite luz natural ao paciente, promovendo orientação dia/noite.
Controlar a temperatura ambiental	Manter a temperatura ambiente da UTI agradável.
Flexibilizar o horário de visita na UTI	Permitir e incentivar a visita de familiares ou acompanhantes que tenham relação emocional com a pessoa idosa.

Figura 3 - Definições constitutivas do conceito de cuidado contextual da MiTCare-DEP

Após a definição dos conceitos, descrevem-se as variáveis referentes às dimensões do fenômeno em estudo. As variáveis são subconceitos subsumidos de conceitos gerais, usados para ordenar o fenômeno de acordo com alguma propriedade⁽¹⁷⁾. As variáveis do estudo (subconceitos) devem estar epistemicamente ligadas aos conceitos identificados na microteoria, assim, a variável - resposta adaptativa à prevenção - foi subsumida dos conceitos gerais.

A resposta adaptativa à prevenção é a ausência do *delirium* na pessoa idosa em UTI, como condição resultante da ação do cuidado focal e do cuidado contextual. A presente variável dimensiona a assertividade do cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas, a partir das relações entre os conceitos, dentro do contexto específico da UTI.

Ainda, relativo ao sistema teórico da microteoria, os construtos, conceitos e variáveis devem estar ligados por

declarações relacionais, isto é, que afirmam uma relação de algum tipo, denominadas de axiomas, proposições, postulados e pressupostos epistêmicos⁽¹⁶⁾. A relação direta e não linear entre os construtos determinou os axiomas da presente microteoria, que são fundamentados no poder prescritivo incorporado do referencial teórico e articulam o cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* com as pessoas idosas e o ambiente da UTI. Quatro declarações axiomáticas para os construtos são apresentadas:

1. Há uma interação dinâmica e não linear entre os estímulos focais e os estímulos contextuais, que formam níveis mais elevados de organização complexa do cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* na pessoa idosa em UTI.
2. O cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* na pessoa idosa em UTI é formado por um conjunto de influências multifatoriais dos estímulos focais e estímulos contextuais, que interagem de forma não linear e complexa, capaz de desencadear processos de enfrentamento na pessoa idosa em UTI.
3. Os estímulos contextuais representam a reunião de um conjunto de influências não lineares, multifacetadas, de complexa interação e que estão presentes na UTI, apresentando-se à pessoa idosa, não como o centro da atenção da pessoa, porém contribuem para os efeitos dos estímulos focais.
4. O estímulo focal representa a reunião de um conjunto de influências oriundas das intervenções de cuidados na prevenção do *delirium* na UTI, que imediatamente confrontam a pessoa idosa sendo potencializado pelos estímulos contextuais.

Seguindo a constituição do sistema teórico da microteoria, estabeleceu-se as ligações entre os construtos teóricos e os conceitos⁽¹⁶⁾. Assim, identificaram-se dois postulados para a MiTCare-DEP:

1. O conceito de cuidado focal representa os principais aspectos dos estímulos focais caracterizados pelos cuidados de enfermagem na prevenção do *delirium* que imediatamente confrontam as pessoas idosas na UTI.
2. O cuidado contextual representa os principais aspectos dos estímulos contextuais, que são importantes cuidados de enfermagem na prevenção do *delirium* direcionado ao ambiente da UTI.

A relação estabelecida entre os conceitos da microteoria exemplifica como o cuidado de enfermagem, na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI, deve ser implementado de forma efetiva na prática clínica. Assim, é possível compreender que a atuação de enfermagem se condiciona à implementação desses conceitos e suas relações para prescrever intervenções ao fenômeno. As proposições representam a relação direta,

bilateral e não linear entre os conceitos⁽¹⁶⁾. Assim, oito proposições foram elaboradas no sistema teórico:

1. O cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoa idosa na UTI é um construto multifatorial, com efeito potencializado pela associação das unidades constitutivas dos conceitos de cuidado focal e cuidado contextual.
2. Se por meio do cuidado contextual forem disponibilizados materiais, para implementação de atividades de estimulação cognitiva à pessoa idosa em UTI, o efeito do cuidado focal direcionado para orientação da pessoa idosa influencia a prevenção do *delirium*.
3. Quando o cuidado contextual não oferta as intervenções de redução da iluminação à noite, do ruído ambiental com ajustes dos alarmes dos equipamentos da UTI, a promoção da privacidade da pessoa idosa, o controle da temperatura e a promoção de luz natural no ambiente da UTI, o cuidado focal poderá não gerar resposta adaptativa à prevenção do *delirium* na pessoa idosa na UTI.
4. A flexibilização do horário de visita na UTI, a orientação da família sobre o *delirium* e sua participação no cuidado da pessoa idosa influenciam na resposta adaptativa à prevenção do *delirium* na pessoa idosa em UTI.
5. Realizar intervenções sensoriais para deficiência visual e auditiva, promover a manutenção do padrão do sono, ofertar a comunicação terapêutica e a musicoterapia, adaptar equipamentos como teclados grandes, relógios com visor maior e livros com letras grandes, são cuidados que compartilham das influências do cuidado contextual e se influenciam entre si.
6. Se a hidratação e a nutrição da pessoa idosa não estiverem adequadas, então poderá haver o risco do cuidado focal e do cuidado contextual não serem suficientemente efetivos para a resposta adaptativa à prevenção do *delirium* na pessoa idosa em UTI.
7. A realização de cuidados de enfermagem durante a noite, a mobilização precoce, a contenção mecânica e a utilização de cateteres permanentes pela pessoa idosa são intervenções não influenciadas pelo cuidado contextual, mas influenciam uma à outra na resposta adaptativa à prevenção do *delirium* na pessoa idosa na UTI.
8. Se as ações do cuidado focal e do cuidado contextual se encontram em equilíbrio, a prevenção do *delirium* como resposta adaptativa da pessoa idosa na UTI é alcançada.

As ligações entre os conceitos e o subconceito são descritas em declarações relacionais chamados

pressupostos epistêmicos⁽¹⁶⁾. O pressuposto epistêmico elaborado para a *MITCare-DEP* é: a resposta adaptativa à prevenção representa o produto final de um conjunto de influências não lineares, multifacetadas, de complexa interação, passíveis de cuidados de enfermagem independentes, categorizados nas definições constitutivas do cuidado focal e do cuidado contextual.

Sistema operacional

A fase de operacionalização da Microteoria faz conversão de ideias e relações produzidas na etapa anterior em componentes observáveis, aplicáveis na prática clínica e sujeitos à confirmação/refutação⁽²⁰⁾. O sistema operacional inclui indicadores empíricos, pontuações, valores e medidas das variáveis do estudo⁽¹⁶⁾. Na presente microteoria é proposto o uso de dois indicadores empíricos para mensuração da variável resposta adaptativa à prevenção: o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units (CAM-ICU)*⁽²¹⁾ e o histórico demográfico/clínico das pessoas idosas (alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências).

Para estabelecer as ligações entre o sistema teórico e sistema operacional, foram desenvolvidas declarações transformacionais, representando as relações entre variáveis e indicadores empíricos⁽¹⁶⁾. Na *MITCare-DEP* apresentam-se as seguintes declarações transformacionais:

1. O CAM-ICU⁽²¹⁾ é o indicador empírico para avaliar a resposta adaptativa à prevenção para a verificação da presença do *delirium* na pessoa idosa na UTI.
2. Os fatores demográficos e clínicos são indicadores empíricos para estratificar a resposta adaptativa à prevenção pela pessoa idosa em UTI.

Entre os indicadores empíricos foram propostas declarações relacionais denominadas hipóteses, para testar as proposições da microteoria. As hipóteses (H) geradas são passíveis de análises quantitativas, são congruentes com a totalidade, e representam uma visão descritiva inferencial e correlacional (Figura 4):

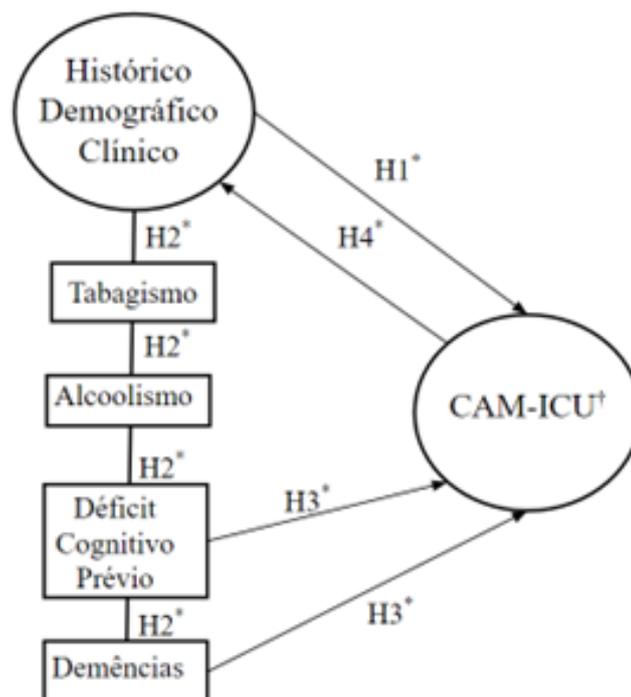
H1 - Fatores do histórico demográfico e clínico (alcoolismo, tabagismo, déficit cognitivo prévio e demências) serão significativamente associadas ao escore total de CAM-ICU⁽²¹⁾.

H2 - A relação entre alcoolismo, tabagismo, déficit cognitivo prévio e demências serão avaliadas pelo CAM-ICU⁽²¹⁾, depois de se identificar os fatores do histórico demográfico e clínico.

H3 - O déficit cognitivo prévio e as demências serão significativamente associados a mais erros das pessoas idosas no resultado do CAM-ICU⁽²¹⁾.

H4 - As pessoas idosas apresentarão mais acertos no CAM-ICU⁽²¹⁾ na ausência da totalidade dos fatores do histórico demográfico e clínico selecionados e considerados como de risco (alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências).

Um diagrama relacionando as hipóteses do sistema operacional da teoria é apresentado na Figura 4.



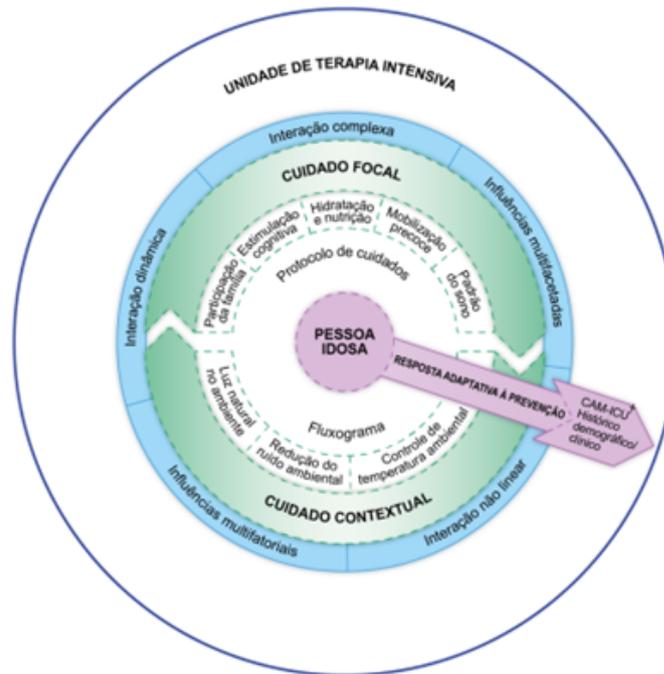
*H = Hipóteses; ¹CAM-ICU = *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units*

Figura 4 - Diagrama dos Enunciados Relacionais Hipotetizados

No que se refere aos limites teóricos, em termos de abstração, a MiTCare-DEP é uma microteoria ou teoria de micro alcance⁽²²⁾, na qual seu nível baixo de abstração prescreve recomendações para a prática do cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI. Quanto ao escopo, a microteoria é limitada: (1) pelo fenômeno do *delirium*; (2) pela população acometida pelo fenômeno, isto é, as pessoas idosas; (3) pelo contexto de cuidado da UTI; e (4) pela natureza da prescrição teórica de ações de prevenção por cuidados de enfermagem.

Modelo de cuidado da MiTCare-DEP

Desenvolvidos os elementos do sistema teórico e operacional, concebeu-se um modelo de cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* na pessoa idosa em UTI, apresentado na Figura 5, que ilustra graficamente as relações teóricas entre construtos teóricos do MAR e fenômeno deste estudo, como também as possibilidades de implementação da MiTCare - DEP na prática da enfermagem.



*MiTCare-DEP = *Micro Theory of Care for Delirium in Elderly People*; *CAM-ICU = *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units*

Figura 5 - Modelo de cuidado da MiTCare-DEP*

A MiTCare-DEP, a partir da substrução dos construtos estímulos focais e estímulos contextuais, indica que há uma interação dinâmica, não linear e complexa entre esses estímulos, tornando necessários os níveis elevados de organização dos cuidados de enfermagem. A interação entre estímulos focais e estímulos contextuais sustentam que o cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* na pessoa idosa em UTI é formado por um conjunto de influências multifatoriais, que interagem de forma dinâmica, não linear e complexa, capaz de estimular a resposta adaptativa na pessoa idosa em UTI, prevenindo o *delirium*.

O cuidado focal e o cuidado contextual devem ser implementados na UTI para que o cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* seja o estímulo necessário para pessoa idosa evitar o desencadeamento do *delirium*. O cuidado focal e o cuidado contextual são conjuntos de intervenções constituídos por atividades de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI, que reúnem influências multifacetadas necessárias à prevenção do *delirium*.

Nesse contexto, o cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoa idosa na UTI é compreendido como um construto multifatorial que, pela associação do cuidado focal e do cuidado contextual, permite uma resposta adaptativa à prevenção do *delirium* pela pessoa idosa.

Para verificar a efetividade do cuidado focal e do cuidado contextual é necessário avaliar a variável resposta adaptativa à prevenção do *delirium* pela pessoa idosa em UTI. Assim, sugere-se a mensuração pelo CAM-ICU⁽²¹⁾ e pela estratificação de alguns fatores do histórico demográfico e clínico da pessoa idosa na UTI. O *Confusion Assessment Method* (CAM) e sua variável para a UTI são amplamente usados na geriatria⁽²³⁾.

Infer-se que a enfermagem deve implementar na prática a MiTCare-DEP como guias para implementação do processo de enfermagem, por meio de instrumentos gerenciais da assistência, protocolo de cuidados e fluxograma. O cuidado focal e o cuidado contextual devem ser implementados em todo o período de internação da

pessoa idosa na UTI, pelos benefícios que podem suscitar com a prevenção do *delirium*.

Desse modo, a prática da enfermagem operacionalizada pelo cuidado focal e pelo cuidado contextual às pessoas idosas na UTI é uma filosofia de cuidado de enfermagem que enfatiza o cuidado de enfermagem “para” e “na” prevenção do *delirium*, aplicado às pessoas idosas e ao ambiente da UTI. A prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI requer que a atuação da enfermagem transponha a abordagem mecanizada, presa a rotinas assistenciais rígidas, unificando o cuidado ao paciente crítico, o desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem e o avanço do conhecimento disciplinar da área.

Discussão

O núcleo da proposta da MiTCare-DEP é desenvolver uma microteoria, do tipo prescritiva⁽²⁴⁾, para cuidados de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI, sustentada em construtos do MAR. Assim, para produção de uma teoria, a seleção dos construtos deve refletir o tópico ou área de maior interesse para o pesquisador, baseada no que é mais crítico, que também seja conveniente para o processo de desenvolvimento teórico, sendo assim, é oportuno selecionar construtos associados ao fenômeno de estudo⁽²⁵⁾.

Utilizar a acepção dos construtos de estímulo focal e estímulo contextual foi útil para produzir congruência entre os elementos abstratos do MAR com condições empíricas que provocam os estímulos, em relação causal. Pode ser um estímulo focal quando uma pessoa se vira rapidamente, quando um grande barulho vem de trás (estímulo externo) ou quando fica irritada com um zumbido no ouvido (estímulo interno). A pessoa concentra-se no estímulo focal e gasta energia para lidar com ele, ou seja, a partir do estímulo, a pessoa tenta encontrar sua fonte para decidir relativamente a forma de lidar com ela⁽¹⁷⁾.

Analogicamente ao construto estímulo focal de MAR, o conceito cuidado focal da MiTCare-DEP está intimamente relacionado às particularidades e à integralidade da pessoa idosa, pois as definições constitutivas deste conceito são compostas de atividades direcionadas ao ser cuidado, que agem como estímulo externo e imediatamente desencadeiam uma resposta eficaz para a prevenção do *delirium*. Dessa forma, o cuidado de enfermagem deve centrar-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde, com foco no paciente e suas necessidades biopsicossocioespirituais⁽²⁶⁾. Sendo assim, o cuidado da enfermagem gerontológica deve ser embasado na integralidade e na autonomia do ser humano idoso⁽²⁷⁾.

Em relação ao construto estímulo contextual, para exemplificá-lo, pode-se destacar a experiência comum com o clima. Sabe-se que não é a temperatura climática por si só que nos faz reagir ao calor ou ao frio. Quando uma umidade elevada se associa às temperaturas altas, o calor é menos tolerável, e quando um vento fresco se une às temperaturas frias, se é mais afetado pelo frio. Assim, compreende-se que enquanto se dá mais atenção ao estímulo focal, os estímulos contextuais são aqueles que podem igualmente ser identificados como influenciadores da situação⁽¹⁷⁾.

No mesmo sentido, na MiTCare-DEP o conceito de cuidado contextual, subsumido do construto estímulo contextual, é composto de um conjunto de intervenções, relacionado às especificidades do contexto da terapia intensiva, que atuam como estímulos contextuais do ambiente. Dessa forma, compreende-se que para as intervenções atuarem como estímulos na pessoa idosa, o cuidado de enfermagem deve estar voltado para a pessoa idosa e também para o ambiente (UTI) em que ela está inserida. O receptor de cuidado pode ser uma pessoa, uma família, uma comunidade ou uma sociedade, sendo que cada um deles é considerado, pelo enfermeiro, como um sistema adaptativo holístico⁽¹⁷⁾.

Essa afirmativa decorre pela presença de fatores de risco modificáveis presentes nas UTIs, os quais contribuem para ocorrência do *delirium*, como: ambiente com ruídos sonoros, iluminação artificial, mudança de hábitos, privação do sono, isolamento social, rodízio de profissionais, contenção física, dor, sedoanalgesia, dispositivos invasivos – tubos, sondas e ventilação mecânica⁽³⁾.

Ainda, o ambiente desconhecido, o afastamento dos familiares e amigos tornam-se fatores facilitadores ao surgimento de complicações em pessoas idosas internadas na UTI. Estes fatores desencadeiam impactos físicos e psicológicos, que, muitas vezes, vão além do que a pessoa idosa já experienciou, tornando-a mais propensa ao desencadeamento do *delirium*⁽²⁸⁾. Dessa forma, a hospitalização da pessoa idosa na UTI requer a promoção de estratégias para prevenção do *delirium* pela equipe de enfermagem, a fim de estimular o enfrentamento e adaptação no ambiente intensivo⁽²⁹⁾.

Nesse contexto, o cuidado focal e o cuidado contextual, fundamentados na base teórico-científica da MiTCare-DEP, têm potencial para alavancar condições de a pessoa idosa alcançar a resposta adaptativa à prevenção. Assim, a importância da prevenção do *delirium* na pessoa idosa é reforçada pelo fato de que esta condição aumenta o tempo de ventilação mecânica, diminui a funcionalidade e a qualidade de vida pós-alta da pessoa idosa que esteve internada em uma UTI⁽²⁷⁾. O *delirium* é uma condição grave que passou a fazer parte da agenda de segurança

do paciente⁽³⁰⁾ e tem sido apontado como indicador de qualidade em saúde para pessoas idosas⁽²⁾.

Frente à notoriedade das complicações acometidas às pessoas idosas na ocorrência do *delirium*, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias para a prevenção da síndrome, por meio de protocolos institucionais que direcionem para uma assistência segura e com qualidade⁽³¹⁾. Nesse contexto, urge a necessidade da implementação, na prática da enfermagem intensiva, dos instrumentos assistenciais da MiTCare-DEP, como o protocolo clínico e o fluxograma.

Ainda, diante da magnitude da problemática imposta às pessoas idosas na UTI pelo *delirium*, destaca-se como desafio à equipe de enfermagem a utilização de intervenções de cuidados com foco na multifatorialidade da síndrome e na multidimensionalidade da pessoa idosa para a prevenção⁽³²⁾. Para isso, faz-se necessário a compreensão dos profissionais das relações que são estabelecidas entre pessoa idosa, UTI e *delirium*, descritas pela MiTCare-DEP.

Nesse sentido, a microteoria preconiza que há uma interação dinâmica e não linear entre os estímulos focais e os estímulos contextuais, formando níveis mais elevados de organização complexa do cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* na pessoa idosa em UTI. Diante disso, o cuidado de enfermagem com foco na prevenção do *delirium* tem se mostrado a melhor alternativa para a redução da incidência do *delirium* em UTI⁽³⁾. Intervenções não farmacológicas mostram-se como a pedra angular para o manejo do *delirium*⁽³³⁾.

Consideramos que a congruência elaborada entre os construtos de estímulos focal e contextual com etiologias ou fatores de risco para o *delirium* possa ter produzido um modelo de fenotipação, o que foi apontado como um dos relevantes itens para a agenda de pesquisa no tema⁽⁷⁾. Ao usar o cuidado de enfermagem como enfoque, a MiTCare-DEP incorporou etiologias de interesse profissional do enfermeiro para produzir as relações de associação que geram diferentes fenótipos modificáveis por intervenções de enfermagem, como por exemplo, o *delirium* associado a ruído (estímulo focal) ou *delirium* associado ao calor excessivo (contextual).

Embora a ideia de etiologias isoladas em estímulos focais e contextual tenha relevância teórico-operacional, o fenômeno teorizado tem origem multifatorial, com efeito potencializado pela associação das unidades constitutivas dos conceitos de cuidado focal e cuidado contextual. Sendo assim, a redução fenotípica a um único fator etiológico deve ser condição rara, esperando-se que os modelos fenotípicos sejam uma resposta humana de multifatores relacionados.

A verificação de indicadores empíricos e valores do sistema operacional da microteoria pode ser obtida pelo uso de instrumentos como o CAM-ICU⁽²¹⁾ e o histórico

demográfico/clínico das pessoas idosas (alcoolismo, tabagismo, comprometimento cognitivo prévio e demências). Estes indicadores empíricos podem prever a efetividade dos cuidados, por meio de medidas confiáveis e válidas, produzindo escores (valores) que, em última instância, representam a operacionalização da variável resposta adaptativa à prevenção⁽¹⁶⁾.

Ao explorar os componentes da estrutura conceitual da microteoria, propõe-se que o CAM-ICU⁽²¹⁾ e alguns fatores demográficos/clínicos representem um sistema operacional para avaliar a resposta adaptativa à prevenção das pessoas idosas em UTI. Isso se dá devido ao alto poder confirmatório para *delirium* em pacientes críticos da escala e a necessidade de estratificação de fatores de risco pré-existentes não modificáveis da pessoa idosa para a mensuração da variável⁽²¹⁾.

As hipóteses da teoria produzida no sistema operacional a partir das relações entre indicadores empíricos, quando forem testadas, verificarão relações entre os conceitos da microteoria, estimando a validade e confiabilidade dos indicadores empíricos em pessoas idosas na UTI. Os escores ou valores obtidos em medidas das variáveis dos testes das hipóteses são definidos como unidades de medição, incluindo intervalo nominal, ordinal e níveis de razão de medição⁽¹⁶⁾.

O estudo tem limitações circunscritas à sua natureza teórica, sendo que a microteoria ainda não foi testada em pessoas idosas na UTI. Os procedimentos de construção dos elementos do sistema teórico são dependentes do estado de conhecimento e da visão de mundo da autora principal que elaborou a teoria em seu doutoramento. Contudo, a análise e avaliação de outros pesquisadores do material original da teoria pode ter minimizado esta subjetividade. Também, as hipóteses ainda não foram submetidas a teste para refutação ou manutenção, o que não representa um problema em si, mas uma condição temporal do desenvolvimento da microteoria, para a qual se recomenda a realização de outros estudos para validação de teorias.

A MiTCare-DEP é inovadora e inédita, pois fornece instrumental modelar para a utilização na prática clínica da enfermagem fornecendo identidade à profissão. Ainda, contribui para a originalidade e ineditismo de uma microteoria de enfermagem brasileira, pronta para o uso na prática clínica dos cuidados na prevenção do *delirium* em pessoas idosas nas UTIs. Indica-se pela microteoria em tela a implementação prática de um conjunto de intervenções do cuidado focal, intimamente relacionado às particularidades e à integralidade da pessoa idosa, e um conjunto de intervenções do cuidado contextual, relacionado às especificidades da terapia intensiva.

A proposição avança no conhecimento científico, uma vez que a teoria desenvolvida direciona o cuidado

de enfermagem a fim de que as intervenções atuem como estímulos na pessoa idosa para o alcance da resposta adaptativa à prevenção do delirium na UTI. Compreende-se que essa nova perspectiva seja necessária para possibilitar um novo olhar às pessoas idosas hospitalizadas na UTI, no que tange à promoção de cuidados de enfermagem.

Conclusão

A MiTCare-DEP prescreve cuidados “para” e “na” prevenção do *delirium*, que sustentam o cuidado de enfermagem em pessoas idosas na terapia intensiva. Considera-se que há uma interação dinâmica, não linear e complexa entre os estímulos contextuais e focais, tornando necessários os níveis elevados de organização dos cuidados de enfermagem. A interação entre os estímulos focais e estímulos contextuais sustentam que o cuidado de enfermagem na prevenção do *delirium* em pessoas idosas na UTI é formado por um conjunto de influências multifatoriais capaz de estimular a resposta adaptativa à prevenção do *delirium* na pessoa idosa em UTI.

Analogicamente às inferências teóricas dos construtos do MAR, indica-se, pela presente microteoria, a implementação prática de um conjunto de intervenções do cuidado focal, intimamente relacionado às particularidades e à integralidade da pessoa idosa, além de um conjunto de intervenções do cuidado contextual, relacionado às especificidades da terapia intensiva. A microteoria desenvolvida direciona o cuidado de enfermagem a fim de que estas intervenções atuem como estímulos na pessoa idosa para o alcance da resposta adaptativa à prevenção.

Referências

- Koirala B, Hansen BR, Hosie A, Budhathoki C, Seal S, Beaman A, et al. Delirium point prevalence studies in inpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2083-92. <https://doi.org/10.1111/jocn.15219>
- Silva MAP, Camacho ACLF, Leite BS, Silva T, Menezes HF, Santos KLD, et al. Identification of delirium in elderly people admitted to intensive care units: an integrative review. *Res Soc Dev*. 2020;9:e51953090-e51953090. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3090>
- Pinheiro FG, Santos ES, Barreto ID, Weiss C, Oliveira JC, Vaez AC, et al. Prevalence and risk factors associated with delirium at a critical care unit. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE00646. <https://doi.org/10.37689/actape/2022AO0064666>
- Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2020;36:e183-99. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.001>
- Geen O, Rochweg B, Wang XM. Optimizing care for critically ill older adults. *Can Med Assoc J*. 2021;193(39):E1525-33. <https://doi.org/10.1503/cmaj.210652>
- Cechinel C, Lenardt MH, Rodrigues JAM, Binotto MA, Aristides MM, Kraus R. Frailty and delirium in hospitalized elderly: systematic review with meta-analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3688. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6120.3688>
- Pandharipande PP, Ely EW, Arora RC, Balas MC, Boustani MA, La Calle GH, et al. The intensive care delirium research agenda: a multinational, interprofessional perspective. *Intens Care Med*. 2017;43(9):1329-39. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4860-7>
- Li X, Zhang L, Gong F, Ai Y. Incidence and Risk Factors for Delirium in older patients following intensive care unit admission: a prospective observational study. *J Nurs Res*. 2020;28(4):e101. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000384>
- Taffner VBM, Pimentel RRDS, Almeida DBD, Freitas GFD, Santos MJD. Nursing theories and models as theoretical references for Brazilian theses and dissertations: a bibliometric study. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20210201. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>
- Brandão MAG, Santana RF. Toward a theorizing strategy with components of terminologies, classifications, and nursing theories. *Int J Nurs Knowl*. 2022;1-9. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12396>
- Brandão MAG, Barros ALBLD, Caniçali C, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):604-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
- Higgins PA, Shirley SM. Levels of theoretical thinking in nursing. *Nurs Outlook*. 2000;48(4):179-83. <https://doi.org/10.1067/mno.2000.105248>
- Peterson SJ. Introduction to the nature of nursing knowledge. In: Peterson SJ, Bredow TS. *Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017. p. 3-41.
- McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. 6. ed. Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health; 2021.
- Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2021.
- Hinshaw AS. *Problems in doing research. Theoretical substruction: an assessment process*. *Western J Nurs Res*. 1979;1(4):319-24.
- Roy C. *The theory adaptation model*. 3. ed. London: Pearson; 2009.
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

19. Silva RN, Brandão MAG, Ferreira MA. Integrative review as a method to generate or to test nursing theory. *Nurs Sci Q.* 2020;33(3):258-63. <https://doi.org/10.1177/0894318420920602>
20. Im EO. Different types of theories by level of abstraction in nursing: a discussion paper. *Res Theory Nurs Pract.* 2021;35(1):50-66. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-20-00038>
21. Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MASDD, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics.* 2011;66:1917-22. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011001100011>
22. Chinn PL, Kramer MK, Sitzman K. *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process.* 9. ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2022.
23. Tawab SA, Hanna K, Asmar S, Tang A, Zeeshan M, Gries L, et al. Prospective evaluation of delirium in geriatric patients undergoing emergency general surgery. *J Am Coll Surg.* 2020;230(5):758-65. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.01.029>
24. Wijaya YA, Yudhawati NLP, Ilmy SK. Development of nursing concept and theory model: differences and identification of nursing theory group between theory, grand theories, middle range theory and nursing practice theory. *OSF Preprints.* 2022. <https://doi.org/10.31219/osf.io/5cd2p>
25. Im EO, Meleis AI. Situation-Specific theories: philosophical roots, properties, and approach. In: Im EO, Meleis AI, editors. *Situation specific theories: development, utilization, and evaluation in nursing.* Cham: Springer; 2021. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6_2
26. Haugan G, Eriksson M. *Promotion in health care – vital theories and research.* Cham: Springer; 2021. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>
27. Lima AMN, Martins MMFDS, Ferreira MSM, Coelho ARN, Schoeller SD, Parola VSO. Nursing practice in promoting the autonomy of the elderly. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20210029. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0029>
28. Carvalho LAC, Correia MDL, Ferreira RC, Botelho ML, Ribeiro E, Duran ECM. Accuracy of risk factors for delirium in an adult intensive care unit patient. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20210222. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0222>
29. Pascoal MM, Lima AC, Rabito LBF, Tashiro SRB. Delirium: interventions presented to the patient in the ICU. *Ibero-Am J Hum Sci Educ [Internet].* 2022 [cited 2023 Feb 13];8(1):510-7. Available from: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/3829>
30. Fabbo A, Manni B. Management of elderly patients with delirium syndrome. In: Esquinas A, Vargas N, editors. *Ventilatory support and oxygen therapy in elder, palliative and end-of-life care patients.* Cham: Springer; 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26664-6_26
31. Hwang JH, Kim MY. Effects of a multicomponent intervention program for preventing delirium in geriatric patients in the intensive care unit. *Korean J Adult Nurs.* 2021;33(6):565-75. <https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.6.565>
32. Contreras CCT, Esteban ANP, Parra MD, Romero MKR, Silva CG, Buitrago NPD. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Rev Gaúcha Enf.* 2021;42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200278>
33. Mart MF, Roberson SW, Salas B, Pandharipande PP, Ely W. Prevention and management of delirium in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med.* 2021;42(01):112-26. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti.

Obtenção de dados: Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão. **Análise e interpretação dos dados:** Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão. **Redação do manuscrito:** Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 13.02.2023

Aceito: 04.09.2023

Editora Associada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Sandra da Silva Kinalski

E-mail: sandrakinalski@yahoo.com.br

<https://orcid.org/0000-0002-4841-2288>