



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

SUELLEN KARINA DE OLIVEIRA GIROTI

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM PLANO ASSISTENCIAL
DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO
DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO**

Londrina
2022

SUELLEN KARINA DE OLIVEIRA GIROTI

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM PLANO ASSISTENCIAL
DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO
DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO**

Exame de Qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mara Solange Gomes Dellarozza

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

G527c Giroti, Suellen Karina de Oliveira Giroti.
Construção coletiva de um plano assistencial de enfermagem para a prevenção e controle do delirium no idoso hospitalizado / Suellen Karina de Oliveira Giroti Giroti. - Londrina, 2022.
180 f. : il.

Orientador: Mara Solange Gomes Dellarozza Dellarozza.
Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Saúde do idoso - Tese. 2. Família - Tese. 3. Delirium - Tese. 4. Cuidados de enfermagem ao idoso hospitalizado - Tese. I. Dellarozza, Mara Solange Gomes Dellarozza. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

SUELLEN KARINA DE OLIVEIRA GIROTI

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM PLANO ASSISTENCIAL DE
ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO DELIRIUM
NO IDOSO HOSPITALIZADO**

Exame de Qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mara Solange Gomes
Dellaroza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Fernandez
Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Ligia Carreira
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof.^a Dr.^a Adriana Valongo Zani
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Jacy Aurélia Vieira de Sousa
Universidade Estadual de Ponta Grossa –
UEPG

Londrina, 01 de abril de 2022.

Aos meus filhos, João Pedro de Oliveira Giroti e Samuel de Oliveira Giroti, sinônimos de Deus em minha vida. As ausências foram muitas, mas vocês sempre estiveram lá para confortar-me com um abraço.

Aos meus amados pais, Maria Izabel de Oliveira e Luiz Carlos de Oliveira, em especial ao meu pai, pelo exemplo de que, independentemente do quão grande sejam os obstáculos, temos que persistir para alcançar a vitória.

Ao meu querido e amado marido, Cleber Giroti, meu parceiro de todos os momentos. Sei que você não imaginava o tamanho de minha ausência nesses quatro anos, mas nunca desistiu de apoiar-me e de incentivar-me. Amo você. Sempre.

Em memória a todos os idosos que faleceram durante a pandemia. Dos que eu pude, com um gesto de carinho, estar ao lado, em uma tentativa de representar um familiar ou apenas desejando que eles não se sentissem sozinhos no momento de sua hora. Aos que eu não consegui confortar, devido ao momento caótico que enfrentamos, desculpem-me por deixá-los sozinhos.

AGRADECIMENTOS

Todos os que realizam um trabalho de pesquisa sabem que não o fazem sozinhos, embora sejam solitários o ato da leitura e o ato do escrever. O resultado de nossos estudos só foi possível pela cooperação e pelo esforço de outros que estiveram ao nosso redor.

Assim, inicialmente, agradeço a Deus, supremo pai, que sempre abençoa meus passos nesta vida. Por amparar-me nos momentos difíceis, por dar-me força interior para superar as dificuldades, por mostrar o caminho nas horas incertas e por suprir-me em todas as minhas necessidades. Agradeço ao Senhor por me ajudar a passar pelo momento de pandemia que vivemos, por não permitir que eu adoecesse, por manter a saúde de toda a minha família. Foram momentos difíceis, Senhor, nos quais pensei que não teria forças para continuar, mas todos os dias, nas minhas orações pela manhã, o Senhor me mostrava que eu deveria persistir e que tudo iria melhorar. Hoje, só tenho a agradecer seu amor por mim e sua presença incontestável em minha vida.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Mara Solange Gomes Dellaroza, antes de tudo, pelos ensinamentos desde a graduação e pelo exemplo de mulher de Deus e de família cristã que ela construiu. Não há como passar tanto tempo juntas e não perceber o quão grande é sua fé. Tenho muita admiração por você, que me ensinou que, com calma, paciência e sabedoria, tudo se alcança. Obrigada por acreditar em mim. Nesses quatro anos de caminhada, tê-la como parte da minha vida nos momentos bons e ruins deu-me segurança para continuar. Levo como lembrança o modelo de profissional e de ser humano que você é, o qual sempre fará parte da minha vida. Muito obrigada!

Às professoras doutoras Mercedes Trentini, Ligia Carreira, Maria do Carmo Haddad e Mauren Tacla, por aceitarem o convite e por integrarem a banca desta dissertação. Agradeço a contribuição com seus valiosos conhecimentos e a visão crítica muito bem colocada para uma melhor adequação deste trabalho.

Ao Dr. Douglas Fernando Dias, pessoa que tive o prazer de conhecer durante o desenvolvimento da minha pesquisa e que, com paciência e disposição, orientou-me durante uma fase importante da minha coleta de dados. Muito obrigada! Agradeço a Deus por oportunizar-me conhecer uma pessoa tão querida em um momento em que eu muito precisava.

A todos os profissionais de enfermagem da unidade clínica do hospital de estudo que colaboraram e fizeram parte essencial desta pesquisa. O envolvimento de todos foi surpreendente! Vocês conseguiram entender a necessidade do trabalho em equipe, e isso refletiu em resultados incríveis para o estudo. Agradeço a disponibilidade dentro e fora do horário de trabalho, os ensinamentos, a paciência e o apoio.

A todos os meus amigos que fizeram e fazem parte da minha vida, pois só cheguei até aqui e tornei-me o que sou como pessoa e como profissional graças ao seu amparo, seus incentivos, seus conselhos, sua empatia e sua ajuda.

À minha amiga Fabiane Longhi, companheira por dois anos durante seu mestrado e depois, durante todo o desenvolvimento do meu doutorado. Inúmeros momentos de estudos e de desabafos passamos juntas, e isso só fortaleceu o pensamento de que sozinhos não conseguimos nada.

Ao meu colega de trabalho Fernando Antônio Machado, que com todo seu conhecimento pôde colaborar para a minha fase de coleta de dados, bem como com palavras de incentivo e de encorajamento para seguir adiante.

Ao meu amigo Fernando Salomão, que sempre me perguntava como eu estava ou se eu estava conseguindo caminhar, a todo instante apoiando-me e dando-me palavras de motivação. Incontáveis noites você estava trabalhando e, sabendo que eu estava estudando, enviava-me mensagens para apoiar-me. Sou grata a Deus por sua existência.

À minha amiga de vida e de profissão Sheila Esteves. Tenho apenas gratidão por você, que esteve ao meu lado, às vezes só me ouvindo, às vezes me aconselhando e muitas vezes só estando. Sua presença nessa fase da minha vida foi fundamental.

A toda a minha família, pelas palavras de apoio e de incentivo, por compreenderem minha ausência e por depositarem em mim a confiança para todas as horas. Família, a base de tudo, ensinou-me a ser uma pessoa com vontade e com força para lutar. Amo vocês.

A todos os meus companheiros de doutorado que sempre estiveram comigo e que compartilharam dos momentos de alegria e de tristeza.

Aos professores e à secretária da pós-graduação, pela valiosa contribuição em minha formação e pelo conhecimento compartilhado.

A todos aqueles que, no decorrer deste trabalho, direta ou indiretamente, auxiliaram na concretização deste estudo. Meu muito obrigada!

“Floresça, ainda que ninguém perceba, ainda que ninguém reconheça. Floresça.”

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira. **Construção coletiva de um plano assistencial de enfermagem para prevenção e controle do delirium no idoso hospitalizado.** 2022. 179 f. Exame de Qualificação (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

Introdução: Uma das consequências do envelhecimento populacional é a maior necessidade de uso dos serviços de saúde, e o idoso, quando hospitalizado, está predisposto ao desenvolvimento de alterações cognitivas, com destaque para o *delirium*. Definido por um estado confusional agudo e flutuante, o *delirium* é manifestado por desatenção e por disfunção cognitiva global, ocorrendo em consequência de diversos fatores de risco e estando associado a desfechos desfavoráveis, como aumento do tempo de internação, dependência funcional, piora clínica e morbimortalidade. O quadro afeta de 29 a 64% dos idosos internados, porém de 30 a 40% dos casos são evitáveis. **Objetivo:** Revelar os saberes, as experiências e as contribuições da equipe de enfermagem na construção de um plano assistencial para prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado. **Método:** Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), realizada em uma Unidade de Internação de um hospital universitário do norte do Paraná. Participaram da pesquisa 50 profissionais de enfermagem. A pesquisa aconteceu em duas fases subsequentes e inter-relacionadas: na primeira, realizou-se um diagnóstico situacional com o acompanhamento de 247 idosos hospitalizados, a fim de verificar-se a ocorrência do *delirium*, seguido de uma entrevista com os profissionais de enfermagem, com o objetivo de identificar seu conhecimento sobre o *delirium* no idoso hospitalizado. Na segunda fase, em oficinas e por meio da PCA, construiu-se o plano assistencial de enfermagem para prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado. A análise dos dados quantitativos foi conduzida no *Statistical Package for the Social Sciences*, e a análise qualitativa do conteúdo das entrevistas foi embasada na proposta de Bardin. Utilizaram-se como referencial teórico os constructos de Paulo Freire. **Resultados:** Dos 247 idosos acompanhados, 8,5% desenvolveram *delirium*. O plano assistencial construído foi composto de 31 cuidados de enfermagem envolvendo a participação dos familiares/cuidadores. Elaborou-se um tutorial do plano assistencial, que foi inserido no sistema informatizado do hospital em estudo, denominado Medview. Os profissionais relataram que a participação deles na construção do plano

fortaleceu o trabalho em equipe e trouxe mais comprometimento de todos, refletindo na melhoria da qualidade da assistência aos idosos hospitalizados. **Conclusão:** O processo educativo implementado com a metodologia da PCA qualificou a assistência, proporcionando aos participantes momentos de reflexão acerca da prática assistencial vivenciada, fazendo com que eles praticassem mudanças quanto à prevenção e ao controle do *delirium* no idoso hospitalizado. Para tanto, foi necessário não só o conhecimento científico, mas também ações estruturais no ambiente hospitalar, assim como mudanças no agir do profissional de acordo com medidas comprovadamente efetivas para a diminuição de eventos adversos relacionados a essa síndrome.

Descritores: Idoso; *Delirium*; Família; Cuidados de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira. **Collective construction of nursing care plan for delirium prevention and control in hospitalized elderly**. 2021. 179 f. Exame de Qualificação (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

Introduction: One of the effects of population aging is the greater need to use health services, and, when hospitalized, the elderly patient is predisposed to develop cognitive modifications, especially delirium. Defined by an acute and floating confusional state, delirium is manifested by inattention and global cognitive dysfunction, resulting from several risk factors and in association with unfavorable outcomes, such as increased length of stay, functional dependence, clinical worsening, and morbidity and mortality. It affects 29 to 64% of hospitalized elderly, but 30 to 40% of cases are preventable. **Objective:** To reveal the nursing team knowledge, experiences, and contributions in the care plan construction for delirium prevention and control in the hospitalized elderly. **Method:** This is a Convergent Care Research (CCR), carried out in an Inpatient Care Unit of a university hospital of Northern Paraná. Fifty nursing professionals participated in the research, which took place in two subsequent and interrelated phases: in the first, a situational diagnosis was accomplished with the monitoring of 247 elderly patient, in order to verify the occurrence of delirium, followed by an interview with professionals, aiming to unveil the team knowledge about delirium in hospitalized elderly. In the second phase, in workshops and through the PCA, the nursing care plan was constructed for delirium prevention and control in the hospitalized elderly. The quantitative data analysis was conducted by using the *Statistical Package for the Social Sciences*, and the qualitative analysis of the content of the interviews was based on Bardin's proposal. Paulo Freire's precepts were used as a theoretical framework. **Results:** Of the 247 older patients monitored, 8.5% developed delirium. The constructed care plan was composed of 31 nursing cares involving the family/caregiver's participation. A tutorial of the assistance plan was elaborated, which was inserted in the computerized system of the analyzed hospital and was named Medview. Professionals reported that their participation in the plan construction strengthened teamwork and brought more commitment from all, reflecting on the improvement in the quality of care for hospitalized elderly. **Conclusion:** The educational process implemented with the CCR methodology

qualified the care, providing participants with moments of reflection on the care practice experienced, enabling them to perform changes concerning delirium prevention and control. For this purpose, not only scientific knowledge was needed, but also structural actions in hospital environments, as well as modifications in the professional's performances, according to proven effective measures to reduce adverse reactions related to this syndrome.

Descriptors: Elderly; Delirium; Family; Nursing Care for the Hospitalized Elderly; Health of the Elderly.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Fluxograma de acompanhamento dos idosos internados na instituição de estudo durante o diagnóstico situacional.....64
- Figura 2** – Fluxograma com as etapas de desenvolvimento do plano assistencial de prevenção e controle do delirium no idoso hospitalizado94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Incidência de delirium por dias de internação. Londrina, PR, BR, 2019	82
---	----

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** –Estudos que descrevem os fatores de risco predisponentes para o desenvolvimento do *delirium* em idosos hospitalizados. 202131
- Quadro 2** –Estudos que descrevem os fatores de risco precipitantes para o desenvolvimento do *delirium* em idosos hospitalizados. 202132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos hospitalizados. Londrina, PR, BR, 2019	77
Tabela 2 – O uso de órtese e de prótese no ambiente hospitalar pelo idoso e sua relação com o <i>delirium</i> . Londrina, PR, BR, 2019.....	78
Tabela 3 – Condições de saúde prévias à internação dos idosos hospitalizados. Londrina, PR, BR, 2019	79
Tabela 4 – Características das condições de saúde dos idosos hospitalizados no momento da internação. Londrina, PR, BR, 2019	80
Tabela 5 – Orientações realizadas pela equipe de enfermagem aos acompanhantes após o desenvolvimento do <i>delirium</i> no idoso hospitalizado. Londrina, PR, BR, 2019.....	83
Tabela 6 – Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes das entrevistas. Londrina, PR, BR, 2019-2020	85
 Estudo 3	
Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes das entrevistas. Londrina, PR, 2020	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APACHE	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation</i>
CAM	<i>Confusion Assessment Method</i>
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method in a Intensive Care unit</i>
CNE	Cateter Nasoenteral
CNG	Cateter Nasogástrico
CVD	Cateter vesical de demora
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DSM -5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5
DSM-3-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-3-R
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
HELP	<i>Hospital Life Program</i>
ICD -10	International Statistical Classification of Diseases-10
MEEM	Mini exame do estado mental
NANDA	Manual de Diagnóstico de Enfermagem
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
ODK	<i>Open Data Kit</i>
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PE	Processo de enfermagem
PICO	Problema, Intervenção, Controle e Outcome
PROEX	Pró-reitoria de extensão
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESI	Serviço Social da Indústria
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TISS-28	<i>Therapeutic Intervention Scoring System-28</i>
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VO	Via Oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1	CONHECENDO O DELIRIUM	27
2.1.1	Fisiopatologia	28
2.1.2	Quadro Clínico	29
2.1.3	Fatores de Risco	30
2.1.4	Diagnóstico do Delirium	33
2.1.5	Prevenção	34
2.1.6	Tratamento	39
2.1.7	Sistematizando a Assistência de Enfermagem ao Idoso com Delirium.....	43
2.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO – A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)	44
2.2.1	Princípios da PCA	47
2.2.1.1	Dialogicidade.....	47
2.2.1.2	Expansibilidade	47
2.2.1.3	Imersibilidade	48
2.2.1.4	Simultaneidade.....	48
2.2.2	Fases Para o Desenvolvimento da PCA	48
2.2.2.1	Fase de concepção	48
2.2.2.2	Fase de instrumentação	49
2.2.2.3	Fase de perscrutação.....	50
2.2.2.4	Fase de análise	50
2.2.2.4.1	<i>O processo de apreensão</i>	51
2.2.2.4.2	<i>O processo de síntese</i>	51
2.2.2.4.3	<i>O processo de teorização</i>	52
2.2.2.4.4	<i>O processo de transferência</i>	52
2.3	REFERENCIAL TEÓRICO – PAULO FREIRE	52
3	OBJETIVOS	57
3.1	OBJETIVO GERAL.....	57
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57

4	MÉTODO	58
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	58
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	59
4.3	PRIMEIRA ETAPA – CONDUÇÃO METODOLÓGICA SEGUINDO PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	60
4.3.1	Diagnóstico Situacional da Instituição de Estudo	60
4.3.1.1	Participantes.....	60
4.3.1.2	Local de estudo	61
4.3.1.3	Estratégia de coleta de dados	62
4.3.2	Entrevista Com os Participantes – Fase de Diagnóstico	64
4.3.2.1	Participantes.....	64
4.3.2.2	Local de estudo	66
4.3.2.3	Estratégia de coleta de dados	66
4.4	SEGUNDA ETAPA – CONDUÇÃO METODOLÓGICA SEGUINDO A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	67
4.4.1	Participantes.....	67
4.4.2	Local de estudo	67
4.4.3	Estratégia Para a Construção do Protocolo	67
4.4.3.1	Conscientização sobre o tema e estruturação do grupo de estudo.....	67
4.4.3.2	Construindo um plano assistencial ao idoso com delirium.....	68
4.4.3.3	Sensibilização e construção do plano de cuidados	68
4.4.3.4	Transferência do conhecimento construído no período de 15/01/2020 a 29/01/2020	72
4.4.3.5	Implantação do plano de cuidados.....	72
4.4.3.6	Distanciamento da pesquisadora	73
4.4.3.7	Avaliação da implementação do plano de cuidados pela metodologia da PCA – Entrevista com os participantes – Fase pós-intervenção.....	73
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	74
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS	77
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E SEU CONHECIMENTO	

	SOBRE O DELIRIUM	85
5.3	ESTUDO 1	87
5.4	ESTUDO 2	102
5.5	ESTUDO 3	118
6	CONCLUSÃO	131
	REFERÊNCIAS	133
	APÊNDICES	144
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para o Idoso.....	145
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para os Profissionais.....	147
	APÊNDICE C – Instrumento Para Coleta de Dados e Acompanhamento do Idoso Hospitalizado	149
	APÊNDICE D – Instrumento de Acompanhamento do Paciente que Desenvolveu Delirium	152
	APÊNDICE E – Entrevista Semiestruturada Com os Profissionais da Equipe de Enfermagem da Unidade de Estudo	155
	APÊNDICE F – Folder Informativo Para a Equipe de Enfermagem.....	156
	APÊNDICE G – Prescrição de Enfermagem – Tutorial de Delirium Para Inclusão no Medview	159
	APÊNDICE H – Proposta de Intervenção Para Prevenção e Controle de Delirium nos Idosos Hospitalizados.....	160
	APÊNDICE I – Intervenções de Enfermagem Construídas Com a Equipe de Enfermagem.....	164
	APÊNDICE J – Informe de Atenção Com Aparelhos Sonoros nas Enfermarias	167
	APÊNDICE K – Folder de Orientação Para o Acompanhante	168
	APÊNDICE L – Entrevista Semiestruturada Com os Profissionais da Equipe de Enfermagem da Unidade de Estudo – Fase Pós-Intervenção	171
	ANEXOS	172

ANEXO A – Método de Avaliação de Confusão (CAM)	173
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	176
ANEXO C – The Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	179

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um tema que vem sendo bastante estudado em todas as áreas do conhecimento, principalmente na saúde. Desde 2012, a população brasileira ganhou 4,8 milhões de idosos, correspondendo a um crescimento de 18% nesse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no país, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Um em cada 4 brasileiros terá 65 anos em 2060, o equivalente a 58,2 milhões de pessoas (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b). Em 1980, de cada mil pessoas que chegavam aos 60 anos de idade, 344 atingiam os 80 anos. Em 2019, esse valor passou para 604 indivíduos na média (BRASIL, 2021).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (BRASIL, 2013a, p. 8), envelhecimento é:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

No Brasil, o Estatuto do Idoso definiu como idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2013a), porém sabe-se que há um projeto de lei (5383/2019) propondo que seja considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, tendo em vista o aumento da expectativa de vida (IBDFAM, 2020).

Com o crescimento da população idosa, há um aumento dos problemas de saúde e, conseqüentemente, internações hospitalares frequentes. É durante as hospitalizações que os idosos saem de seu ambiente habitual, de suas rotinas e de seus costumes e ficam mais propensos a desenvolver alterações cognitivas e fisiopatológicas, as quais poderão prejudicar seu estado de saúde e aumentar o risco de morbimortalidade (BARROS *et al.*, 2015). Entre tais alterações cognitivas, o *delirium* tem destaque como sendo a mais incidente nessa população.

O *delirium* é uma síndrome de natureza aguda, caracterizada por alterações do nível de consciência e por déficit de atenção e de percepção. No mais, apresenta-se como uma complicação recorrente em pacientes idosos, que estão mais predispostos a manifestá-lo (MARTINEZ; TOBAR; HILL, 2015; CHAGAS; BORGES; CHAGAS, 2016).

Dada sua comprovada associação com o aumento de morbidade, de mortalidade, dos custos hospitalares e do comprometimento neurocognitivo pós-alta, o *delirium* já é visto como um problema de saúde pública (FAUSTINO *et al.*, 2016; AHMED *et al.*, 2014). Isso porque ele atinge de 6 a 56% dos pacientes hospitalizados, sendo essas taxas ainda maiores, de 21 a 79%, em pacientes de 60 anos ou mais (KOTFIS *et al.*, 2018). Os resultados adversos nos idosos que sofrem *delirium* englobam quedas, declínio cognitivo e funcional, com perda da independência, aumento do tempo de internação, readmissões precoces, infecções, aumento do risco de mortalidade e aumento dos custos hospitalares (GORSKI *et al.*, 2017; FAUSTINO *et al.*, 2016; YUE *et al.*, 2015; CHANG *et al.*, 2019; PAREJO, 2014; RUBIN *et al.*, 2018; BARROS *et al.*, 2015; COYLE; BURNS; TRAYNOR, 2017).

Ainda, o *delirium* na pessoa idosa está ligado à menor sobrevida, chegando a uma taxa de mortalidade hospitalar de 25 a 33%, sendo referido como um fator independente de aumento de mortalidade no período de 12 meses após a alta hospitalar, com uma taxa de até 52% (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Como exemplo, em 2018, um estudo de coorte realizado no Reino Unido com 710 idosos avaliou o efeito do *delirium* na mortalidade e concluiu que 81% dos que haviam apresentado episódios da síndrome morreram, contra 49% dos que não tiveram nenhum episódio no período examinado ($p < 0,01$) (DANI *et al.*, 2018). Outro estudo, que mensurou a significância do *delirium* em pacientes idosos com doença cardíaca, constatou que a mortalidade dos que tiveram o quadro foi de 40%, contra 8,9% dos idosos que não tiveram (FALSINI *et al.*, 2018).

Em 2011, nos Estados Unidos, os custos com os pacientes que desenvolveram *delirium* em algum momento da internação chegaram a valores acima de 164 bilhões de dólares por ano (BOSMAK *et al.*, 2017; JANSSEN *et al.*, 2019; LAHUE *et al.*, 2019). Semelhantemente, uma investigação brasileira com idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que tiveram *delirium* externalizou que os custos aumentaram em 39%, já quando hospitalizados em enfermarias, o aumento chegou a 31% (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Isso posto, o *delirium* deve ser alvo de intervenções multidisciplinares dentro das instituições hospitalares, pois é evitável entre 30 e 40% dos casos, impedindo, assim, suas complicações e seus altos custos e propiciando uma assistência

adequada ao idoso (INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Embora as taxas de *delirium* nos idosos hospitalizados sejam altas, pesquisas demonstram que ainda ocorrem falhas no seu diagnóstico, fazendo desse quadro um problema subnotificado e que recebe pouca atenção e importância pela equipe de saúde (SVENNINGSEN; TØNNESSEN, 2011; GALRIÇA NETO, 2018). A falta de conhecimento dos profissionais, o não entendimento do quanto o *delirium* acarreta complicações para a saúde do idoso e seu impacto negativo sobre o doente, seus familiares, as instituições de saúde e os profissionais de saúde são alguns dos motivos dos altos índices de *delirium* nessa população e de sua subnotificação (FALSINI *et al.*, 2018).

Rotinas para a identificação do *delirium* com a aplicação de escalas validadas por uma equipe multidisciplinar devem ser implementadas para o diagnóstico precoce do *delirium*, colaborando, assim, para que as medidas de prevenção e de controle sejam decididas o mais rapidamente possível e que os eventos adversos no idoso sejam refreados.

Vale ressaltar que o profissional de enfermagem permanece na beira do leito em boa parte do seu período de trabalho, sendo conceituado como um profissional elementar nas ações sobre o *delirium*. Nesse sentido, são esses profissionais que, detendo o conhecimento adequado sobre o quadro de *delirium*, aprimorarão habilidades para distinguir mudanças de comportamento no idoso o mais previamente possível. Por estarem atuando diretamente no cuidado e próximos do paciente por mais tempo que demais profissionais, tornam-se vitais na avaliação do paciente para a detecção adiantada do *delirium* (BARROS *et al.*, 2015).

Salienta-se, diante do exposto, que é essencial formular estratégias que vão além de capacitações sobre a temática e que incluam intervenções que façam os profissionais repensarem suas técnicas, atuando em problemas concretos, interligando o conhecimento científico e a realidade, diminuindo a incidência e as complicações dessa síndrome e tornando eficientes as práticas de enfermagem vinculadas ao *delirium* no idoso (FAUSTINO *et al.*, 2016).

Sendo assim, julga-se de grande relevância a reflexão das atividades assistenciais vivenciadas, amparadas pela literatura científica, oportunizando a articulação entre a teoria e a prática, possibilitando que os profissionais sensibilizem-se com o tema do *delirium* no idoso (FAUSTINO *et al.*, 2016; SALLUH *et al.*, 2015).

A equipe de enfermagem deve atuar nas estratégias de educação em saúde e no apoio às famílias, estipulando mudanças simples e efetivas no cuidado com o idoso, promovendo a inclusão dos familiares no processo do cuidado integral, orientando, fortalecendo e incentivando as melhores ações de prevenção e de controle do delirium e oferecendo melhorias na qualidade da assistência prestada (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Sendo o delirium um fenômeno multideterminado e de alta prevalência no idoso hospitalizado, potencializando sua morbidade e sua mortalidade (NICE, 2014), os profissionais que prestam assistência aos idosos precisam ter em mente que prevenir ou diagnosticar precocemente a ocorrência do delirium é a melhor abordagem (BARROS *et al.*, 2015). Contemplando essa perspectiva, o profissional de enfermagem capacitado e sensibilizado realizará uma melhor assistência de saúde ao idoso: diminuindo riscos de agravamento do quadro, conduzindo uma avaliação individualizada e seguindo todas as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Dessa maneira, a adoção do plano de cuidados, ou pacote de medidas, tem sido empregada na prática assistencial com a finalidade de aperfeiçoar o cuidado ofertado aos pacientes. O pacote de medidas é, portanto, um conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas que, quando aplicadas na assistência, geram melhores resultados (BRACHINE; PETERLINI; PEDREIRA, 2012).

Ademais, os programas de intervenção têm sinalizado redução do tempo de hospitalização, da necessidade de tratamento antipsicótico e da morbimortalidade, além de menores taxas de desenvolvimento de déficit cognitivo e funcional e de menores riscos de imobilização desnecessária (GORSKI *et al.*, 2017; ALVAREZ *et al.*, 2012; ABRAHA *et al.*, 2015).

Diante desse contexto, emergiu a seguinte questão norteadora: A elaboração de um plano de assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado com delirium impacta na qualidade da assistência a esses pacientes?

Para responder a essa indagação, utilizou-se a estratégia PICO: Paciente (idosos hospitalizados com delirium), Intervenção (plano de assistência de enfermagem), Comparação (não existência de um plano de assistência para idosos hospitalizados com delirium), *Outcome* – desfecho (melhora da assistência ao idoso com delirium com a criação de um plano de assistência) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONHECENDO O DELIRIUM

Derivada do latim *delirare*, a palavra delirium foi utilizada pela primeira vez em I d.C, por Aulus Cornélius Celsus, significando “estar fora do lugar”, e foi designada como relacionada à agitação e à hipoatividade excessiva decorrente de transtornos mentais. No século XVII, foi definida como uma síndrome associada ao consumo de bebida alcóolica em excesso e à febre. Já no final do século XVIII, passou a ser descrita em diferenciação à loucura e à confusão, sendo, no século XIX, legitimada como uma doença reversível aguda da cognição e do comportamento, marcada por quadros confusionais com manifestações de falência cerebral, podendo ser atrelada à febre e a diversas doenças sistêmicas. Somente no século XX, foi correlacionada a descobertas clínicas, psicológicas e eletroencefalográficas (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Atualmente conceituado como uma síndrome mental orgânica, neurocomportamental, flutuante, transitória, global e generalizada da atividade cerebral consequente de distúrbios sistêmicos, o delirium inicia-se de modo agudo em horas ou em poucos dias e é mais frequente em pacientes internados, particularmente na população geriátrica, sendo considerado potencialmente reversível. Caracteriza-se pelo declínio cognitivo global do nível de consciência, da cognição-atenção, da orientação, da memória, da linguagem e da emoção, pela atividade psicomotora aumentada ou diminuída e pela alteração do ciclo sono-vigília (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; DAVIS *et al.*, 2017; FAUSTINO *et al.*, 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o delirium pertence à categoria dos transtornos neurocognitivos, em que o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo um transtorno adquirido, e não em desenvolvimento, cujo critério diagnóstico é embasado na perturbação da atenção, da consciência e da cognição não explicada por outro transtorno neurocognitivo. Por fim, desencadeia-se em um período breve e tende a oscilar ao longo do dia, com indício de causa fisiológica direta (APA, 2014), sendo assim detalhado:

- Alteração da consciência com diminuição da capacidade de manter, de alterar ou de focar a atenção;
- Alteração da cognição (memória, orientação, linguagem) ou desenvolvimento de alteração da percepção que não pode ser explicada por quadro demencial estabelecido, preexistente ou em evolução;
- As alterações narradas evoluem em um curto período de tempo, geralmente de horas a dias, e tendem a flutuar ao longo do dia (APA, 2014).

O *International Classification of Diseases – 10* (ICD-10) inclui critérios adicionais, propondo alterações:

- a) Da função psicomotora, como hiperatividade, hipoatividade ou mista;
- b) Do ciclo sono-vigília, como insônia ou inversão;
- c) Do estado emocional, como depressão, irritabilidade, euforia, ansiedade ou medo (WHO, 2004).

2.1.1 Fisiopatologia

Essa síndrome angustiante pode ser apontada como um marcador de descompensação cerebral, o qual surge da expressão de anomalias de diferentes vias neurológicas e sistemas de neurotransmissão. Por sua vez, estes modulam a função cognitiva, de comportamento e de humor em distintas áreas do cérebro em resposta a estressores fisiológicos, a distúrbios metabólicos, a distúrbios eletrolíticos, a fatores genéticos, à inflamação, à infecção ou ao efeito medicamentoso, não existindo, provavelmente, uma via única (KOTFIS *et al.*, 2018; INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014). Os neurotransmissores possivelmente associados aos sintomas característicos do *delirium* são a acetilcolina, a serotonina, a dopamina, a noradrenalina e o GABA11 (APA, 2014).

Assim, dentre as múltiplas explicações para a desenvolvimento do *delirium*, destacam-se:

- a) A diminuição do metabolismo oxidativo, com impacto nos sistemas de neurotransmissão;

- b) O efeito direto de neurotransmissores, como a diminuição da atividade colinérgica acompanhada do aumento dopaminérgico;
- c) O aumento de citocinas inflamatórias, estimuladas pela resposta inflamatória sistêmica;
- d) As alterações da barreira hematoencefálica em situações de stress;
- e) A ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com alteração da síntese de neurotransmissores;
- f) A alteração da transdução interneuronal, que afeta a síntese e a liberação de neurotransmissores (APA, 2014).

2.1.2 Quadro Clínico

O quadro clínico é comprovado por manifestações provenientes do comprometimento da consciência, da atenção e das funções cognitivas, por distúrbios do ciclo sono-vigília e da psicomotricidade, por alterações emocionais, pela perda da memória (sobretudo a recente), por alucinações, pela diminuição da percepção do ambiente e pela incapacidade de entender e de colaborar com o meio. A flutuação do quadro acontece ao longo do dia e alterna-se com períodos de lucidez, sendo a perturbação da consciência o traço mais básico do *delirium*, além da incapacidade de direcionar, de fixar, de manter ou de deslocar a atenção, normalmente com exacerbação dos sinais no fim da tarde e no período noturno, quando há redução dos estímulos de orientação. Em virtude dessa variedade de sinais clínicos, essa disfunção é classificada, segundo o nível de atividade psicomotora e de vigília, entre os tipos: hipoativo, hiperativo ou misto (FAUSTINO *et al.*, 2016; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; APA, 2014; AVELINO-SILVA *et al.*, 2018):

1. Hiperativo – agitação, hipervigilância e alucinações;
2. Hipoativo – estupor, lentificação psicomotora, letargia e hipoalerta;
3. Misto – características flutuantes entre o *delirium* hiperativo e o hipoativo.

Dessa maneira, a pessoa pode apresentar desorientação espacial e temporal em relação a si mesma e ao ambiente externo; o pensamento pode mostrar-se

desorganizado, sendo possível surgir *delirium* inconsistente, incoerente e de cunho paranoide. Ilusões e alucinações dificultam a percepção adequada de estímulos, ocasionando ansiedade, reações abruptas e interpretação desacertada do ambiente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). A atividade psicomotora pode variar bruscamente de hiper para hipoatividade no curso da doença, podendo chegar até a letargia (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Cabe frisar que o estado de *delirium* hipoativo é o mais comumente encontrado na população idosa (CHRISTENSEN, 2014; INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014, o que torna seu diagnóstico ainda mais difícil, pois, na maioria das vezes, os profissionais de saúde vinculam-no a um quadro de hiperatividade, de forma que a disfunção passa despercebida ou é assimilada como um transtorno de humor ou uma fadiga. Como resultado, os casos hipoativos são subnotificados e não tratados (WASSENAAR *et al.*, 2015; AVELINO-SILVA *et al.*, 2018; BARROS *et al.*, 2015).

O *delirium* também pode ser especificado no que tange à sua duração: aguda ou persistente. Nesse horizonte, a duração do quadro poderá ser de dias a um período de 2 meses, mas, usualmente, resolve-se entre 10 e 12 dias. Alguns quadros de *delirium* podem persistir por até 30 dias, atingindo 15% do total de casos. Os idosos doentes são os pacientes mais prováveis de ter quadros mais prolongados, em adição à maior gravidade dos casos e à menor chance de recuperação total. Além disso, o número de pacientes que recebem alta sem a resolução dos sintomas é elevado, aproximadamente de 60 a 96% (AVELINO-SILVA *et al.*, 2018).

2.1.3 Fatores de Risco

Inúmeros são os fatores de risco que coexistem para o desenvolvimento do *delirium* no idoso, sendo assim, essa síndrome é aludida como de etiologia multifatorial, envolvendo uma complexa inter-relação entre um paciente susceptível e variados agentes, catalogados como predisponentes e precipitantes (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

São considerados fatores predisponentes aqueles que não podem ser modificados, por abrangerem elementos pessoais e comorbidades, sendo preexistentes à internação: idade avançada, comprometimento cognitivo prévio, como demência, diminuição da acuidade visual e/ou auditiva, sexo masculino, abuso de

álcool, depressão, entre outros (BARROS *et al.*, 2015; MARTINEZ; TOBAR; HILL, 2015; VAN ROMPAEY; ELSEVIERS; BOSSAERT, 2009; KOTFIS *et al.*, 2018).

Já os fatores precipitantes são aqueles passíveis de modificação, como: isolamento social, imobilidade, mudança do ambiente, estresse ambiental, distúrbios do sono, tempo de permanência hospitalar, ausência de visitas, ausência de luz visível, transferências internas, polifarmacoterapia (notadamente os agentes hipnóticos sedativos e anticolinérgicos), dor, dispositivos invasivos, contenção física, infecções, distúrbios metabólicos, doenças agudas, exacerbação de doenças crônicas, entre outros (BARROS *et al.*, 2015; MARTINEZ; TOBAR; HILL, 2015; VAN ROMPAEY; ELSEVIERS; BOSSAERT, 2009).

Em vista disso, os quadros a seguir ilustram os vários estudos que concatenam os fatores de risco para a ocorrência do *delirium* nos pacientes hospitalizados.

Quadro 1 – Estudos que descrevem os fatores de risco predisponentes para o desenvolvimento do *delirium* em idosos hospitalizados. 2021

FATORES DE RISCO PREDISPOENTES	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Idade superior a 60 anos	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Huai e Ye (2014); Sousa-Muñoz <i>et al.</i> (2012); Van Den Boogaard <i>et al.</i> (2012); Wassenaar <i>et al.</i> (2015); Prayce, Quaresma e Galriça Neto (2018); Marcantonio (2017); Lahue <i>et al.</i> (2019); Martinez, Tobar e Hill (2015)
Déficit visual e auditivo	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Han <i>et al.</i> (2009); Inouye <i>et al.</i> (2014); Sousa-Muñoz <i>et al.</i> (2012); Gorski <i>et al.</i> (2017); Kotfis <i>et al.</i> (2018); Marcantonio (2017); Lahue <i>et al.</i> (2019); Martinez, Tobar e Hill (2015)
Quadro demencial avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Han <i>et al.</i> (2009); Inouye <i>et al.</i> (1993); Sousa-Muñoz <i>et al.</i> (2012); Van Rompaey, Elseviers e Bossaert (2009); Wassenaar <i>et al.</i> (2015); Marcantonio (2017); Yue <i>et al.</i> (2014)
Dependência funcional prévia	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Han <i>et al.</i> (2009); Inouye e Charpentier (1996); Marcantonio (2017)
Alcoolismo	Wassenaar <i>et al.</i> (2015); Marcantonio (2017); Martinez, Tobar e Hill (2015)
Gravidade da doença física avaliada pelo TISS-28 e pelo APACHE II	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Huai e Ye (2014); Inouye e Charpentier (1996); Sousa-Muñoz <i>et al.</i> (2012); Van Den Boogaard <i>et al.</i> (2012)

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2 – Estudos que descrevem os fatores de risco precipitantes para o desenvolvimento do *delirium* em idosos hospitalizados. 2021

FATORES DE RISCO PRECIPITANTES	REFERÊNCIAS ENCONTRADAS
Infecção	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Van Den Boogaard <i>et al.</i> (2012); Marcantonio (2017); Yue <i>et al.</i> (2014)
Distúrbios metabólicos	Wassenaar <i>et al.</i> (2015); Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Van Den Boogaard <i>et al.</i> (2012); Inouye, Westendorp e Saczynski (2014); Marcantonio (2017)
Insuficiência respiratória e ventilação mecânica	Wassenaar <i>et al.</i> (2015); Huai e Ye (2014); Van Rompaey, Elseviers e Bossaert (2009); Yue <i>et al.</i> (2014)
Desnutrição e desidratação	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Inouye e Charpentier (1996); Van Den Boogaard <i>et al.</i> (2012); Gorski <i>et al.</i> (2017); Kotfis <i>et al.</i> (2018); Yue <i>et al.</i> (2014)
Pressão arterial	Huai e Ye (2014); Wassenaar <i>et al.</i> (2015)
Coma	Van Den Boogaard <i>et al.</i> (2012); Van Rompaey, Elseviers e Bossaert (2009)
Isolamento social, mudança do ambiente, estresse ambiental, tempo de permanência hospitalar, ausência de luz visível, transferências internas e restrições físicas	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Inouye, Westendorp e Saczynski (2014); Sousa-Muñoz <i>et al.</i> (2012); Van Rompaey, Elseviers e Bossaert (2009); Gorski <i>et al.</i> (2017); Kotfis <i>et al.</i> (2018); Yue <i>et al.</i> (2014)
Corticosteroides, agentes hipnóticos sedativos e anticolinérgicos	Wassenaar <i>et al.</i> (2015); Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Van Den Boogaard <i>et al.</i> (2012); Van Rompaey, Elseviers e Bossaert (2009); Inouye, Westendorp e Saczynski (2014); Marcantonio (2017)
Polifarmacoterapia	Inouye, Westendorp e Saczynski (2014)
Procedimentos invasivos	Ahmed, Leurent e Sampson (2014); Inouye e Charpentier (1996); Van Rompaey, Elseviers e Bossaert (2009)

Fonte: Elaborado pela autora

O início do *delirium* origina de uma complexa interação entre a vulnerabilidade basal do paciente (fatores predisponentes) na admissão hospitalar e os fatores precipitantes, que acontecem durante a internação. Logo, um idoso com elevada vulnerabilidade basal pode desenvolver *delirium* com pequenos insultos (INOUYE; CHARPENTIER, 1996; INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

Geralmente, o *delirium* acomete idosos, pois, quanto mais elementos predisponentes estiverem presentes, menos fatores precipitantes serão necessários,

e a população mais idosa e frágil dispõe de fatores precipitantes que não causam *delirium* em adultos jovens (MARCANTONIO, 2017). Nesse panorama, a identificação dos fatores de risco precipitantes e predisponentes na internação pode conter o desencadeamento do *delirium* no idoso hospitalizado (INOUYE; CHARPENTIER, 1996; INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

Um agente de risco muito realizado, porém passível de modificação, é a contenção física, uma prática que aumenta significativamente a incidência do *delirium*. Sua execução deve ser desestimulada e efetuada somente com indicação necessária, uma vez que expõe o paciente a outros riscos, como retirada de cateteres e de tubos ou possibilidade de quedas (BARROS *et al.*, 2015; LUDOLPH *et al.*, 2020). Postos esses fatos, em alguns países, a contenção só pode ser empregada com a permissão de um médico psiquiatra, haja vista o grande perigo que representa para a síndrome (BARROS *et al.*, 2015).

2.1.4 Diagnóstico do Delirium

Muitos são os instrumentos utilizados para auxiliar na detecção do *delirium*, neste estudo, todavia, trataremos do *Confusion Assessment Method* (CAM) (Anexo 1), uma ferramenta adaptada por Inouye *et al.* (1999), validada por Fabbri *et al.* (2001) e traduzida em mais de 9 idiomas, sendo mais simples e rápida de ser aplicada e mais aceita nas rotinas clínicas. Essa escala, que foi testada pela primeira vez em idosos, é válida e confiável para o diagnóstico do *delirium*, garantindo uma sensibilidade de 94-100%, uma especificidade de 90-95% e uma confiabilidade interobservador de 0,81-1,0% (INOUYE *et al.*, 1999; FABBRI *et al.*, 2001; BOSMAK *et al.*, 2017; INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; CASTRO; CARREIRA, 2015).

O CAM é um instrumento psicométrico de triagem de *delirium* amplamente aplicado com base nos critérios DSM-III-R. Em um contexto clínico de investigação diagnóstica, ele pode ser utilizado pelos profissionais de saúde para um reconhecimento rápido e assertivo do *delirium* (SOYSAL; KAYA; ISIK, 2015). Sua aplicabilidade consiste em um questionário para abordagem inicial do paciente contendo 9 questões, sendo as 4 primeiras critérios diagnósticos: A) avaliação do início de um quadro agudo, B) distúrbio de atenção, C) pensamento desorganizado e D) alteração do nível de consciência; e, as outras 5, avaliações complementares aos critérios diagnósticos: 5) desorientação, 6) distúrbio da memória, 7) distúrbio da

percepção, 8) agitação psicomotora ou hipoatividade e 9) alteração do ciclo sono-vigília.

Para o diagnóstico do *delirium*, as características A e B (início agudo e distúrbio de atenção) obrigatoriamente precisam estar presentes, em adição aos critérios C (pensamento desorganizado) e/ou D (alteração do nível de consciência). Desse modo, o quadro confusional deve ter início agudo e curso flutuante associados ao déficit de atenção e ao pensamento desorganizado e/ou alteração do nível de consciência (GORSKI *et al.*, 2017).

O CAM pode ser operado de forma confiável pelo enfermeiro, melhorando as taxas de detecção e contribuindo para a atenuação das taxas de morbidade e de mortalidade atreladas ao *delirium* (FABBRI *et al.*, 2001; CASTRO; CARREIRA, 2015).

Por ser validado e de fácil aplicação, seria pertinente e vantajoso que as instituições hospitalares implementassem a rotina do CAM, a fim de constatar os casos precocemente, de diminuir complicações, de tratar corretamente e de instituir planos de assistência mais específicos a essa população. Ademais, a enfermagem é fundamental em todo esse processo, pois participa diretamente na assistência ao paciente.

2.1.5 Prevenção

Sabe-se que de 30 a 40% dos casos de *delirium* nos idosos hospitalizados são evitáveis, assim, um dos passos para sua redução é, na admissão, conhecer os fatores de risco de que cada idoso predispõe para sua manifestação e, com isso, traçar estratégias de intervenção (HSHIEH *et al.*, 2015; PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Um estudo de meta-análise, no qual se somaram 3.751 pacientes, mostrou que a chance de os idosos hospitalizados manifestarem o *delirium* foi 53% menor no grupo de intervenção, em comparação com os controles (OR 0,47, IC 95% 0,38-0,58) (AVELINO-SILVA *et al.*, 2018). Outra pesquisa, de 2017, deduziu que, para cada 10 casos de *delirium* em idosos, 3 são evitáveis (DAVIS *et al.*, 2017). São estudos que vêm para reforçar que intervenções para a prevenção do *delirium* devem ser estimuladas e desempenhadas pelos profissionais de saúde e podem minimizar o declínio cognitivo e a demência no idoso, mitigando a necessidade de cuidados pós-

alta e as complicações em longo prazo (DAVIS *et al.*, 2017; LAHUE *et al.*, 2019; AVELINO-SILVA *et al.*, 2018; HSHIEH *et al.*, 2015).

Quando efetivada nas instituições de saúde, a prevenção do *delirium* tem se mostrado positiva quanto à redução de custos, pelo decréscimo de complicações no idoso e do tempo de internação (GARCEZ *et al.*, 2021). No entanto, não é uma prática concretizada, pois ainda é um tema desconhecido pelos profissionais de saúde e pelas administrações hospitalares. Muitos ainda acreditam que o *delirium* é uma síndrome inevitável para os idosos hospitalizados, transitória e reversível, sem conhecerem as consequências em curto e em longo prazo (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

A primeira ação para a precaução é a capacitação da equipe de saúde acerca do *delirium*, enfatizando fisiopatologia, fatores de risco, medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento não farmacológico, tratamento farmacológico e complicações referentes ao seu desenvolvimento. Por conseguinte, ao entenderem o valor da prevenção e seu papel nessa ação, os profissionais estarão sensibilizados para proceder com eficiência as medidas atinentes a cada caso (RIBEIRO *et al.*, 2015).

A percepção de pacientes com fatores de risco para desenvolver o *delirium*, sua detecção precoce, preferencialmente na admissão, e a realização de intervenções direcionadas à prevenção são primordiais para abrandar a incidência, a duração e a morbimortalidade, trazendo impactos positivos para os doentes, os familiares e os profissionais de saúde (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; KOTFIS *et al.*, 2018).

Numerosos estudos revelam que intervenções multidisciplinares devem ser empreendidas em conformidade com os fatores de risco dos pacientes, utilizando estratégias fáceis e comprovadamente indispensáveis, como reorientação diária dos idosos, estímulo ao uso de objetos pessoais e importantes para eles, promoção de um ciclo sono-vigília fisiológico, uso de órteses e de próteses, mobilização precoce, hidratação, incentivo à presença dos familiares e a visitas recorrentes (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; BARROS *et al.*, 2015; MARTINEZ; TOBAR; HILL, 2015; ABRAHA *et al.*, 2015; DAVIS; SEARLE; TSUI, 2019; HSHIEH *et al.*, 2018).

Revisões sistemáticas e diretrizes clínicas recentes recomendam técnicas de intervenção não farmacológica de múltiplos componentes voltadas para a prevenção do *delirium*, trazendo resultados favoráveis no controle de sua incidência, na diminuição do tempo de internação, de novas institucionalizações e dos custos

hospitalares (HSHIEH *et al.*, 2018; ABRAHA *et al.*, 2015, LUDOLPH *et al.*, 2020; DAVIS; SEARLE; TSUI, 2019; O'MAHONY *et al.*, 2011).

Um exemplo dessas orientações é o *Hospital Elder Life Program* (HELP), idealizado em 1993 e adotado em mais de 200 hospitais no mundo todo, hoje conhecido como *American Geriatric Society CoCare* (AGS CoCare). Originalmente criado pela Dr.^a Sharon Inouye, o HELP é um modelo bem estudado em todo o globo, sendo conhecido como um programa focado na prevenção do declínio funcional e cognitivo em idosos hospitalizados, cuja função central é atuar com intervenções individualizadas, de acordo com as necessidades de cada paciente. O AGS CoCare: HELP busca implementar intervenções práticas, incluindo reorientação, mobilização precoce, atividades terapêuticas, hidratação, nutrição, estratégias de sono e adaptações auditivas e visuais. É tido como um programa que tem bons resultados na prevenção do *delirium* e do declínio funcional, com baixíssimo custo para as instituições que o incorporam (LUDOLPH *et al.*, 2020; HSHIEH *et al.*, 2018; AGS, 2020).

Em julho de 2010, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) publicou diretrizes sobre o diagnóstico, a prevenção e o tratamento do *delirium*, concentrando suas recomendações basilares em medidas de prevenção da síndrome em adultos maiores de 18 anos. Presentemente, a NICE conta com 13 instruções que versam sobre condutas para a prevenção do *delirium*, desde modificações do ambiente em que o paciente encontra-se, considerando a equipe e o local de atendimento, até intervenções multicomponentes baseadas nos principais fatores de risco que podem precipitar o *delirium* nos pacientes (O'MAHONY *et al.*, 2011; NCGC, 2010).

Em 2014, o HELP formulou novos processos para compor todas as diretrizes do NICE e expandir seus protocolos já existentes. Com isso, o HELP, hodiernamente conhecido como AGSCoCare: HELP, passou a deter o protocolo completo mais atual e eficiente de prevenção de *delirium* alinhado ao NICE (YUE *et al.*, 2014; AGS, 2020).

Outra diretriz imprescindível nesse âmbito é a da rede escocesa de 2010, atualizada em 2019, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), que traz uma síntese a respeito do *delirium*, incluindo intervenções multicomponentes que consistem em fisioterapia, treinamento de reorientação, mobilização precoce, identificação e tratamento de causas subjacentes ou de complicações pós-operatórias, controle da dor, regulação da função intestinal e da bexiga, hidratação e

nutrição e entrega de oxigênio (ABRAHA *et al.*, 2015; DAVIS; SEARLE; TSUI, 2019). Tal diretiva realça que o tratamento medicamentoso tem um papel mínimo na prevenção do *delirium* e que o maior destaque está nos cuidados não farmacológicos, canalizando-se na comunicação e no acompanhamento. A SIGN fortalece trabalhos anteriores sobre *delirium*, assim como as medidas instauradas pela NICE (SIGN, 2019).

Uma investigação de revisão sistemática na qual se avaliaram 8 ensaios clínicos que englobavam atividades terapêuticas para estimulação cognitiva e redução do *delirium* divulgou os seguintes cuidados a serem incrementados: orientação diária (5/8), mobilização precoce (4/8), protocolo de visão (3/8), protocolo auditivo (3/8), repleção/prisão de ventre de fluidos (3/8), assistência alimentar (3/8), aumento do sono (2/8) e envolvimento familiar (2/8). Três dos 8 estudos foram alicerçados na intervenção do HELP ou mencionaram-no como base teórica (HEMPENIUS *et al.*, 2013).

Várias são as táticas para prevenção do *delirium*, muitas delas chamadas de protocolos, de tratamento não farmacológico, de intervenções multicomponentes, de atividades terapêuticas multidisciplinares, de diretrizes, entre outras, mas todas centradas nos fatores de risco do idoso, os quais podem ser vastos em um único paciente. Portanto, para iniciar a síndrome do *delirium*, defende-se que um paciente idoso necessita de um conjunto de ações.

Abaixo, elencam-se as predominantes estratégias de prevenção do *delirium* no idoso hospitalizado encontradas nas mais diversas literaturas (BARROS *et al.*, 2015; MARTINEZ; TOBAR; HILL, 2015; PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; GORSKI *et al.*, 2017; ABRAHA *et al.*, 2015; DAVIS; SEARLE; TSUI, 2019; HSHIEH *et al.*, 2018; HEMPENIUS *et al.*, 2013; YUE *et al.*, 2014; O'MAHONY *et al.*, 2011):

- Reorientação temporo-espacial;
- Orientação ao paciente e aos familiares acerca dos riscos de *delirium*;
- Presença do familiar do paciente, de maneira que ele possa auxiliar nas orientações temporo-espaciais;
- Visitas constantes;
- Desmobilização da contenção física;

- Promoção de ambiente calmo, silencioso e com redução de estímulos sonoros e luminosos consoante com a fase do dia, especialmente durante a noite, visando manter o ciclo sono-vigília;
- Evitar procedimentos médicos e de enfermagem durante a noite;
- Considerar o uso de tampões de ouvido para a promoção do sono;
- Uso de auxílios visuais que ajudem na orientação, como relógio, calendário ou placas indicativas da divisão;
- Mobilização precoce;
- Musicoterapia;
- Estimulação cognitiva;
- Incentivo de objetos pessoais junto ao paciente;
- Uso de elementos pessoais e familiares do paciente;
- Utilização de escalas de rastreio precoce, como os métodos CAM e CAM-ICU;
- Uso de óculos, de aparelhos auditivos e de próteses dentária;
- Remoção precoce de dispositivos invasivos;
- Evitar cateterismo desnecessário;
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos;
- Estímulo da cognição com jogos e atividades lúdicas;
- Evitar mudanças de leitos;
- Atenção à alimentação e à hidratação;
- Atenção à manutenção de hábitos intestinais;
- Otimizar medidas de prevenção de lesões de pele;
- Otimizar medidas de prevenção de quedas;
- Controle da dor;
- Garantir o uso de medicamentos de rotina;
- Provisão de oxigênio suplementar se necessário;
- Preferencialmente, manter uma equipe regular de profissionais e evitar mudança frequente de enfermagem.

Um ensaio comparativo que contemplou a família no atendimento psicológico de pacientes na UTI, no qual se analisaram 170 pacientes, verificou que 54 (77%) dos pacientes do grupo controle apresentaram *delirium*, enquanto 23 (29%) dos pacientes

do grupo de intervenção apresentaram o fenômeno, apontando a relevância da presença de um familiar como método de prevenção dos fatores de risco (BARROS *et al.*, 2015).

Por seu lado, os pacientes que enfrentam o isolamento familiar estão mais propensos a sofrer *delirium*, o que comprova que a participação da família durante a hospitalização do idoso pode proporcionar redução dos estressores que existem nesse meio (BARROS *et al.*, 2015; FAUSTINO *et al.*, 2016).

A privação do sono também é um aspecto notável, visto que, diante desse fenômeno, os idosos exibem sintomas semelhantes à disfunção neurocognitiva, como a desatenção e a flutuação do estado mental. Desse modo, é crucial preparar nos espaços hospitalares, durante a noite, um ambiente calmo, com luzes reduzidas, para impedir a interrupção do sono, e, durante o dia, um ambiente com luzes acesas, mantendo o idoso o mais próximo de uma janela, para que ele consiga diferenciar noite e dia e permanecer acordado a maior parte deste último (BARROS *et al.*, 2015; GORSKI *et al.*, 2017).

Outra estratégia de prevenção substancial é um modelo de previsão e de rastreio da ocorrência de *delirium*. Isso porque a identificação precoce facilita o uso de medidas preventivas, nomeadamente as não farmacológicas, que podem ser utilizadas por todos os profissionais, a exemplo de mobilização precoce, de musicoterapia e de estimulação cognitiva (BARROS *et al.*, 2015; PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Nesse sentido, delinear parâmetros para prevenir o *delirium* por meio da apuração dos fatores de risco predisponentes e precipitantes e da observação do ambiente hospitalar é elementar para a terapêutica ofertada ao paciente idoso. Isso posto, a equipe de enfermagem tem papel capital nesse processo, pois passa o maior tempo com o paciente, e conseguem observar e detectar alterações do estado mental de forma mais fidedigna e apurada.

2.1.6 Tratamento

Sabe-se que o tratamento preferível para o *delirium* é a prevenção pautada em intervenções não farmacológicas que levem em conta os fatores de risco para o seu desencadeamento, porém, muitas vezes, essas intervenções não são suficientes para

amenizar os sintomas da síndrome, acima de tudo quando o paciente está com *delirium* hiperativo.

A gestão inicial do tratamento focaliza três prioridades simultâneas: (1) manter a segurança do paciente, solicitando a presença de familiares, mantendo grades elevadas, realizando vigilância constante para o risco de queda e de lesões de pele e para a retirada de dispositivos invasivos; (2) descobrir a causa, posto que, quando ela é encontrada, o tratamento é dirigido a ela, porquanto é sabido que apenas tratando a causa há melhora do prognóstico, tanto do quadro orgânico como do quadro psíquico; e, concomitantemente, (3) controlar os sintomas do *delirium*, com manejo não farmacológico e, quando necessário, com tratamento medicamentoso (INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; ANDRADE, 2020).

O tratamento farmacológico com uso de antipsicóticos deve ser implementado quando o paciente está em uma fase de agitação grave e isso possa expô-lo a riscos de queda, de remoção de dispositivos, de lesões de pele e de interrupção de terapias médicas essenciais, bem como quando as medidas não farmacológicas já tiverem sido esgotadas. Nesse caso, estabelece-se a chamada contenção química, que será a medida de primeira linha nos idosos com *delirium* hiperativo, com o propósito de se manter um controle dos sintomas e assim otimizar as intervenções não farmacológicas (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; ARANTES, 2020).

Os ensaios clínicos atuais para o tratamento do *delirium* têm se dedicado sobretudo aos medicamentos antipsicóticos. Embora estes possam conter a agitação e os sintomas comportamentais vinculados ao *delirium*, não há vestígios de que sejam eficazes para refinar seus resultados. Dadas as limitações dos instrumentos de medição, uma possibilidade distinta é que esses tratamentos possam converter *delirium* hiperativo em hipoativo (INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; BARROS *et al.*, 2015).

Se a causa é secundária à descompensação clínica, o tratamento é sintomático. Em vista disso, os mais notáveis sintomas de *delirium* que podem exigir tratamento farmacológico são: psicose, agitação psicomotora grave e insônia. Quer dizer, só se trata o *delirium* hiperativo, não o hipoativo (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; ANDRADE, 2020; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016).

Para manter a segurança do paciente nesse período de agitação psicomotora e de psicose, durante o tratamento farmacológico, os esforços devem voltar-se à proteção das vias aéreas e à prevenção da aspiração; à manutenção de hidratação e de nutrição adequadas; à prevenção de lesões de pele; ao estímulo e ao auxílio na mobilidade segura, poupando quedas; e, nomeadamente, à evitação da contenção mecânica (INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; ALAKKASSERY; FLAHERTY, 2012).

Os fármacos normalmente usados para o controle do *delirium* hiperativo são os neurolépticos, como o haloperidol, por ter mais indícios clínicos de melhora de sintomas de agitação e por possuir o menor efeito sedativo, podendo ser administrados por via oral, endovenosa e intramuscular. A dosagem depende da idade, do peso e da condição física do indivíduo, mas a dose inicial deve ser única, de 1 a 2,5mg, por via intramuscular ou endovenosa. Seu efeito começa a ser notado de 30 a 60 minutos. A medicação deverá ser repetida em 1 hora se o paciente continuar agitado. Em virtude da associação do haloperidol ao prolongamento do intervalo da onda QT, é preciso atentar-se para uma avaliação inicial de um eletrocardiograma do paciente, particularmente em idosos e em pacientes cardíacos (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; ANDRADE, 2020).

Logo, apesar de o haloperidol ainda ser a primeira escolha para o controle da agitação psicomotora na maioria das vezes, os pacientes em tratamento devem ser avaliados regularmente, pois seu uso por um período prolongado, em alguns casos, pode perdurar o *delirium* ou converter um estado hiperativo em um estado hipoativo (BARROS *et al.*, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016; BOTEGA, 2012).

O uso dos antipsicóticos atípicos, como a olanzapina, a clozapina, a quetiapina ou a risperidona, está aumentando, haja vista seu perfil mais seguro, com menos efeitos secundários, e sua eficácia, que se compara à do haloperidol. Para os pacientes portadores de parkinson, esses medicamentos são preferíveis, em vez de haloperidol (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016; BOTEGA, 2012; ANDRADE, 2020; PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Nos últimos anos, os benzodiazepínicos também têm sido amplamente receitados para o tratamento padrão nos casos de *delirium tremens*, causado pela abstinência de álcool, ou de sedativos/hipnóticos, ou de benzodiazepínicos de uso contínuo. Seu consumo deve ser restrito somente a essas ocasiões, pois pode intensificar o quadro confusional e acarretar agitação paradoxal e/ou sedação

excessiva. Nesses casos, o uso de lorazepam de 0,5 a 3mg até cada 4 horas, conforme a necessidade do paciente, deve ser cogitado. Nos pacientes que fazem uso contínuo de benzodiazepínicos, sua prescrição deve ser mantida, para precaver casos de abstinência e, em algumas situações, averiguar a possibilidade de se reduzir a dose pela metade do habitual. Já para os casos de insônia, utilizam-se benzodiazepínicos com meias-vidas curtas ou intermediárias com mais efeitos sedativos, como a quetiapina e a olanzapina. Não se deve usar benzodiazepínicos de meia-vida longa, como o diazepam e o lorazepam, pois eles têm potencial de agravar o quadro de confusão mental e de rebaixar o nível de consciência (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016; BOTEGA, 2012; ANDRADE, 2020).

Em que pese a aplicação de medicamentos psicoativos para a sedação de idosos quando necessário, estes podem interferir na neurotransmissão cerebral e induzir os sintomas do *delirium*, devendo ser a sedação, se exigida, bastante criteriosa, maiormente para aqueles pacientes que dependem de benzodiazepínicos de uso crônico, visto que também correm o risco de manifestar *delirium* por conta da retirada abrupta. Um estudo de revisão mostrou que, em quatro pesquisas conduzidas, houve uma conexão entre o aumento da duração do *delirium* e o uso de benzodiazepínicos e de opióides para sedação em UTI (BARROS *et al.*, 2015).

Como alternativa para eleger uma droga para a sedação de pacientes críticos com risco de *delirium*, opta-se pela dexmedetomidina, pois pesquisas que compararam o uso dessa medicação na sedação de pacientes sépticos com um benzodiazepínico constataram que seu uso colaborou para a diminuição na incidência, na prevalência e na mortalidade de *delirium* (BARROS *et al.*, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016). A dexmedetomidina tem propriedades sedativas, ansiolíticas e analgésicas, e pacientes assim sedados expressam mínima depressão respiratória, interagem mais e são despertados com maior facilidade, de maneira que tal agente igualmente pode ser utilizado em pacientes não intubados (ANDRADE, 2020).

Conquanto o uso preferencial da dexmedetomidina esteja bem acertado em pacientes com alto risco de *delirium* que precisam de sedação, sua prescrição no tratamento da síndrome em pacientes que não teriam indicação de sedação ainda é controversa. Em uma revisão sistemática recente, concluiu-se que não há evidência suficiente para o uso da dexmedetomidina como agente de primeira escolha no tratamento do *delirium*, porém, em casos em que o paciente não exiba resposta aos antipsicóticos, sugere-se que o uso da dexmedetomidina seja apreciado. Uma dose

de 1 mcg/kg deve ser administrada em 10 minutos, e a infusão de manutenção deve variar de 2 a 0,7 mcg/kg por hora, por via endovenosa (ANDRADE, 2020; FLÜKIGER *et al.*, 2018).

No caso do *delirium* hipoativo, o indício científico para o tratamento sintomático é escasso, o que pode gerar agravamento do quadro. Alguns trabalhos preconizam que o efeito dos antipsicóticos é idêntico e não dependente do subtipo de *delirium*, outros aludem que o uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato, poderá ser benéfico no *delirium* hipoativo (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; ANDRADE, 2020; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016; BARROS *et al.*, 2015).

Por fim, menciona-se que o tratamento farmacológico deve ser utilizado com elevado critério, no intuito de controlar o *delirium* hiperativo no paciente. É imperioso enfatizar, todavia, que o tratamento não farmacológico não precisa ser desestimulado quando principiado o medicamentoso, e, sim, caminhar junto à ação. Isso porque uma investigação comandada em um hospital geriátrico na Polônia com 130 idosos sinalizou que os medicamentos antipsicóticos foram iniciados com menor frequência nos pacientes que foram submetidos a intervenções não farmacológicas (16,9% contra 32,3% no grupo controle $p = 0,040$) (GORSKI *et al.*, 2017).

2.1.7 Sistematizando a Assistência de Enfermagem ao Idoso com Delirium

No processo de trabalho da enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método essencial para direcionar o raciocínio clínico e para designar termos e ações padronizadas, aprimorando o cuidado de enfermagem prestado individualmente. No mais, é com a SAE que o trabalho é organizado e encaminhado na identificação das necessidades do paciente (DANTAS; SILVA; NÓBREGA, 2018).

As práticas de enfermagem são efetivadas pela SAE e executadas pelo Processo de Enfermagem (PE), sendo constituídas por cinco etapas que se inter-relacionam: coleta de dados, Diagnósticos de Enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação. No Brasil, tais ações são regulamentadas pela Resolução do COFEN n°358/2009 (COFEN, 2009; PIRES, 2013).

Aplicar a SAE no paciente idoso com *delirium* propicia traçar o planejamento de enfermagem, determinando quais intervenções serão idealizadas e prescritas a esse paciente, de forma individualizada. Para auxiliar na etapa do diagnóstico de

enfermagem, é preciso utilizar as Taxonomias de Enfermagem, procurando subsidiar os resultados e as intervenções de enfermagem. Neste estudo, tomaremos a *NANDA Internacional Inc.* (NANDA-I) como parâmetro para distinguir os DE, sendo estes efetuados com julgamento clínico almejando a redução de complicações e de riscos, com evidências científicas (HERDMAN; KAMITSURU; 2017).

Desse modo, a assistência de enfermagem ao paciente com *delirium* deve voltar-se ao reconhecimento e ao atendimento de suas demandas, fornecendo uma assistência firmada no PE. Discernir os DE seguindo as etapas da SAE nesses pacientes torna-se indispensável para nortear a seleção de intervenções adequadas para atender às suas necessidades (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Diante do exposto, depreende-se que o *delirium* no idoso hospitalizado é um problema que se inicia com a prevenção, com o diagnóstico precoce, e que reflete em toda a sua assistência, podendo ocasionar complicações durante a hospitalização e em toda sua qualidade de vida pós-alta.

Ressalta-se, ainda, a pertinência de os profissionais de enfermagem terem conhecimento científico sobre o *delirium*, para assim perceber precocemente o idoso com a síndrome e desempenhar o PE com capacidade teórica-científica, instituindo as intervenções individualizadas.

2.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO – A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)

O referencial metodológico empregado nesta pesquisa foi a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), a qual foi originada a partir concepção dos docentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina nos anos de 1980 a 1990. A primeira publicação com o uso da PCA como proposta metodológica aconteceu em 1999, com o livro intitulado *Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente Assistencial*, já com sua terceira edição (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A publicação mais recente das precursoras do PCA é de 2017, a obra *Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento Provocador de Mudanças nas Práticas de Saúde*, na qual se reuniram produções recorrentes do método PCA utilizado e compartilhado por diferentes pesquisadores (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017a).

Segundo as mentoras da metodologia, a PCA surgiu da pesquisa-ação de Kurt Lewin envolvendo as práticas e os processos de enfermagem. Embora ao sugerir a

PCA elas tenham pensado na enfermagem, essa modalidade de pesquisa pode ser aproveitada em outras profissões, notadamente naquelas que abrangem a prática profissional e nas quais o pesquisador esteja comprometido com essa realidade (TRENTINI; PAIM, 2004).

Desde sua criação, a metodologia PCA é usufruída em numerosas pesquisas em enfermagem abarcando profissionais de saúde, comunidades e outras populações e tem influenciado no crescimento das pesquisas, principalmente em enfermagem.

A PCA expressa-se no escopo de encontrar alternativas de soluções, de propor e de realizar mudanças e inovações com vistas a solucionar ou a minimizar problemas decorrentes das práticas em saúde. Há uma participação ativa do pesquisador e dos sujeitos atuantes no cenário estudado e ambos estão inseridos dinamicamente no processo da pesquisa (PAIM; TETRINI; SILVA, 2016). Trata-se de um diferencial e de uma característica medular da PCA ter pesquisado e pesquisador atuando juntos no campo de pesquisa, como um meio de oportunizar a aproximação do pesquisador e da pesquisa da realidade, bem como de inserir o pesquisado no processo de construção de uma mudança da prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017a).

Trentini, Paim e Silva (2014, p. 21) definem que a PCA

Caracteriza-se como um delineamento dual: por um lado, se diferencia dos outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento do conhecimento técnico/tecnológico para minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro, de requerer a imersão do pesquisador na assistência.

A PCA permite a concretização de uma variedade de fórmulas de investigação, desde que não seja apenas para coletar informações, mas para integrar, simultaneamente, os envolvidos ao processo de composição da pesquisa, as atividades profissionais do pesquisador e dos atores sociais englobados nesse campo pesquisado, com o fito de reconstruir a prática assistencial no contexto em que ocorre a investigação (ALVIM, 2017).

Nessa proposta metodológica, o pesquisador, além de obter dados, deve incorporar ativamente os sujeitos pesquisados no processo da pesquisa, intencionando a articulação da prática profissional com o conhecimento teórico. O pesquisador ressalta o “aprender a pensar o fazer” para o profissional, explorando

implicações teóricas e práticas do seu fazer habitual, percorrendo uma sequência de ordem crescente que vai “do que fazer” para o “como fazer” e deste para o “por que fazer” e para o “saber fazer” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA tem o compromisso de beneficiar a conjuntura assistencial durante o procedimento investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso às informações procedentes desse ambiente. Para esse método, o campo da prática assistencial é assimilado como um âmbito rico em fenômenos a serem desvelados, qualificado não só pelo fazer, mas também pelo pensar. O profissional de saúde é visto como um potencial pesquisador das questões com as quais trabalha em seu dia a dia, o que lhe viabiliza uma atitude crítico-reflexiva diante do trabalho cumprido (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Pesquisa e assistência convivem durante toda a concretização do método, sempre cada qual mantendo sua identidade própria, movendo-se, ora distanciando-se, ora aproximando-se, criando espaços de superposição de ações da pesquisa com ações da prática nos quais sucedem momentos de convergência entre uma e outra. Dessa forma, vão despontando as potencialidades que colaborarão para o assentamento de soluções aos problemas que desabrocham na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017b; ALVIM, 2017).

O método reúne um conjunto de atributos que precisam ser rigorosamente seguidos ao longo do processo de pesquisa. O entorno dos melhoramentos e das inovações é fabricado por informações fidedignas obtidas nesse decurso. A convergência das ações da prática assistencial e das ações da pesquisa ocorre por simultaneidade, em virtude de um processo de alternância de passagens de aproximação e de passagens de afastamento entre as ações da prática assistencial e as ações da pesquisa, ambas intencionalmente dispostas no ambiente assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Ainda, a metodologia é entendida como sendo o entrecruzamento de ações de assistência com as ações de pesquisa, o qual proporciona possibilidades de leitura e de descoberta de novos fenômenos, com a finalidade de suscitar mudanças e/ou inovações na esfera de estudo. Os conceitos regidos por essa convergência têm características individualizadas e concordância pela regência do construto. Nesse panorama, correspondem aos atributos basilares da PCA: dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), os quais discorridos a seguir.

2.2.1 Princípios da PCA

2.2.1.1 Dialogicidade

Reconhece a existência de duas instâncias acerca de um fenômeno – a da assistência e a da pesquisa –, respeitando os traços individuais de cada uma delas. Por seu turno, a dialogicidade torna compreensível a existência da unidualidade (assistência e pesquisa), isto é, as relações das duas instâncias em torno de um fenômeno, sem descaracterizar a unidade em cada uma delas. A troca de ideia é uma maneira de se chegar ao conhecimento, às mudanças e às inovações e é gerada pela interlocução (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O exercício da dialogicidade é crucial para a convergência e a real mudança na prática assistencial de saúde, uma vez que o conhecimento irrompe da comunicação e do compartilhamento de ideias entre os pares, fazendo do diálogo entre o pesquisador e o participante um mediador da consciência crítica e um transformador da realidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017b).

2.2.1.2 Expansibilidade

É uma propriedade que confere à PCA o poder de ampliar o propósito inicial do pesquisador para além de reconstruir o contexto da prática assistencial em si, chegando à possibilidade de descobrir novos conhecimentos para a confecção de novas teorias. O escopo da pesquisa vai sendo estendido durante o processo dialógico do progresso do trabalho, o que se dá pela imersão do pesquisador no campo pesquisado, assim ele poderá deparar-se com temas emergentes que certamente deverão ser considerados para a mudança da prática proposta (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017a).

A PCA admite essa flexibilização de comportar a introdução de temas emergentes levantados no transcorrer investigativo assistencial que serão extremamente necessários no esquema de mudança da prática, ou seja, “o propósito inicial do pesquisador vai sendo ampliado durante o processo dialógico” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 25).

2.2.1.3 Imersibilidade

Caracteriza-se pela inserção do pesquisador na prática assistencial no seguimento da investigação com o intento de despertar mudanças em conjunto com a equipe. A imersibilidade representa a “imersão” do pesquisador nas ações de pesquisa e nas ações de prática assistencial no mesmo espaço físico e temporal do contexto do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017a).

2.2.1.4 Simultaneidade

Visa unir as atividades de investigação e as de assistência durante todo o percurso, sendo este o maior desafio da PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Na PCA, não há dominância de um processo sobre o outro (investigação e assistência), mas cada um tem sua peculiaridade, de forma que a ligação entre os dois dá-se mediante a participação profissional do pesquisador no campo de pesquisa e como profissional da área de atuação prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017a).

2.2.2 Fases Para o Desenvolvimento da PCA

A PCA conta com quatro fases, ou procedimentos, a serem seguidas durante o andamento metodológico, sendo que todas elas inter-relacionam-se e não são lineares, quais sejam: de concepção, de instrumentação, de perscrutação e de análise (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

2.2.2.1 Fase de concepção

Equivale à fase inicial da pesquisa, etapa de definição do problema, o qual deve surgir da prática profissional vivenciada pelo pesquisador e ser objeto de discussão para mudanças com a equipe assistencial envolta no ambiente de estudo. Questiona-se, aqui, quais modificações seriam necessárias para aperfeiçoar a prática, sempre tendo o apoio e a participação da equipe nas tomadas de decisões. Durante a montagem do projeto, fazem parte dessa fase a escolha do tema, o direcionamento da questão guia, a estipulação dos objetivos da pesquisa, a revisão de literatura sobre

o tema escolhido, a elaboração de conceitos e de pressupostos, quer dizer, o marco teórico (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nesse estágio metodológico, os passos precisam ser interligados de modo a formar o “todo”. Para tanto, alguns questionamentos tornam-se vitais para a decisão do problema de pesquisa, tais como: O que pesquisar? Qual conhecimento pretende-se construir? Que mudanças precisam ser empreendidas para influenciar positivamente na assistência? (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Reflexões acerca dos problemas e das fragilidades encontrados no cotidiano profissional circunscrevendo a prática assistencial fazem com que o pesquisador inicie um processo de alteração dessa realidade elegendo um tema de trabalho, traçando questões norteadoras que abracem o problema de pesquisa, nomeando os objetivos do estudo e tecendo estratégias que convirjam a prática assistencial e a investigação científica, em que os profissionais que agem nessa realidade sejam atores operantes no transcurso de sua transformação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

2.2.2.2 Fase de instrumentação

Descreve-se pela continuidade do processo investigativo. Nesse momento, o pesquisador fixa os critérios para delimitar do tipo de estudo, o local a ser desenrolada a pesquisa, a escolha dos participantes e a técnica para a coleta de dados. Vale lembrar que, na PCA, o pesquisador deve ser integrante e estar imerso no campo de pesquisa e no conhecimento da prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na PCA, os participantes do estudo precisam ser parte componente do estudo, ocupando lugar na realidade estudada, exercendo participação ativa durante todo o processo, contribuindo em todas as etapas do curso da pesquisa, atuando com sugestões, com propostas e com intervenções e divulgando os resultados alcançados. No que concerne à amostra, esta deve abarcar os sujeitos mais engajados no problema, contemplando aqueles que têm mais condições para colaborar e valorizando a representatividade em relação à profundidade e à diversidade das informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

2.2.2.3 Fase de perscrutação

Esta etapa é explicitada como uma busca por condições para a mudança, incorporando todos os aspectos: físico, técnico, científico e cultural do contexto estudado. Incluem-se, aqui: revisão da literatura, sistematização das evidências, coleta e registro dos dados, os quais se destinam à obtenção de informações com dupla intencionalidade: produzir obras científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o aprimoramento do cuidado prestado pela enfermagem (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nessa fase, acentua-se como os instrumentos para a aquisição dos dados foram empregados, elucidando sua realização e suas particularidades. Como dissertam Trentini e Paim (2004), as estratégias nascem da criatividade do pesquisador e devem ter total aderência ao método de pesquisa. Ademais, o que garante que as estratégias recomendadas serão bem aproveitadas é o caráter de convivência e de intimidade, ou melhor, de familiaridade com os participantes e os dados.

Nesse ponto, a coleta de dados acontece pela triangulação de métodos e de técnicas, em que o pesquisador pode utilizar mais de um instrumento para pesquisar o fenômeno, desde que sejam compatíveis e adequados ao método, destacando, na PCA, a entrevista conversação, a observação e a discussão em grupo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na fase de perscrutação, a coleta e o registro dos dados reservam-se à conquista de informações, com o desígnio de fomentar a produção científica nas atividades de pesquisa e de oportunizar o aperfeiçoamento da prática assistencial. Essa etapa está entrelaçada às fases de instrumentação e de análise e caracteriza-se como uma procura detalhada e profunda por estratégias para mudanças em toda a conjuntura da investigação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

2.2.2.4 Fase de análise

Esta fase permeia todo o processo de progressão da pesquisa, culminando na concepção de alternativas de soluções, de modificações e de inovações para solucionar ou para minimizar o problema de pesquisa. Nas pesquisas qualitativa e quantitativa, a análise dos dados deve acompanhar o método escolhido pelo autor,

porém, na pesquisa qualitativa, o método da PCA oferece um modelo de análise que pode ser articulado ou isolado dos outros métodos, o qual contém quatro estágios: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A estratégia de negociação para que o processo de mudança ocorra no local do estudo requer que todos os envolvidos estejam comprometidos com os planejamentos trazidos pelo pesquisador, e, para isso, é fundamental que exista negociação da hipótese de pesquisa com os participantes. Tal negociação demanda que o pesquisador disponibilize uma proposição bem formulada e viável, para que os participantes possam comprometer-se e dar continuidade às ações de melhoria da assistência instauradas durante a pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

2.2.2.4.1 O processo de apreensão

Inicia-se com a coleta de informações, com o envolvimento do pesquisador com o espaço da prática assistencial, sendo pesquisa e assistência complementares na PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Aqui, o pesquisador precisa catalogar as informações ao mesmo tempo em que são colhidas, para evitar a perda de conteúdo para a pesquisa. É primordial, também, manter um registro, em ordem cronológica, dos participantes. Na PCA, autoriza-se voltar à fonte de informação para uma melhor investigação caso haja dúvidas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Trentini, Paim e Silva (2014) aconselham, ainda, que os pesquisadores avancem nesse processo, de forma que cheguem à saturação das categorias. Com isso, terão condições de concretizar mudanças na prática assistencial e de fornecer uma estrutura teórica concatenada com a ciência.

2.2.2.4.2 O processo de síntese

A síntese deve expor elementos necessários para desvelar o fenômeno pesquisado, reunindo os diferentes resultados encontrados durante a realização da pesquisa de maneira compreensível e lógica (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

2.2.2.4.3 O processo de teorização

Consiste em descobrir valores contidos nos resultados atingidos durante o processo de síntese, interligando a fundamentação teórica adotada no estudo ao fito de auxiliar na criação de questionamentos, de pressupostos e de novos conceitos. No processo de teorização, também é possível inferir e interpretar os dados obtidos, ambicionando delinear previsões do fenômeno investigado e denominando uma teoria (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para Morse (2005), teorizar intenta explicar os fenômenos reais da vida diária, englobando os processos de construção, de desconstrução e de reconstrução de noções teórico-conceituais.

2.2.2.4.4 O processo de transferência

Diz respeito à possibilidade de transmitir o conhecimento adquirido e de contextualizá-lo em cenários semelhantes, com a intenção de socializá-lo. Esse procedimento de transferência trilha dois sentidos na PCA: um ligado ao panorama atual assistencial em que se atua, respondendo ao problema de pesquisa, e outro abrangendo a divulgação dos resultados de modo a gerar modificações em novas práticas de saúde, a fim de chegar à qualidade da assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

2.3 REFERENCIAL TEÓRICO – PAULO FREIRE

Na reflexão pela escolha do referencial teórico, desejou-se um pensador que falasse sobre o processo de constituição do conhecimento pautado nas vivências do ser humano, um sujeito que fosse capaz de entender e de repensar o meio em que vive, a fim de alterar sua realidade. Aspirou-se um teorista que compartilhasse de princípios semelhantes aos da PCA, em que teoria e prática justapõem-se em um movimento de interposições, seguindo os constructos da dialogicidade, da imersibilidade e da expansibilidade, com o propósito de acarretar mudanças e, assim, concorrer para a melhoria da assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017a).

A partir dessa busca, o educador e filósofo Paulo Freire foi a opção mais acertada. Para Freire, a educação é um processo de edificação do homem e faz com

que ele reconheça o seu papel dentro de sua própria história, então, quando descobre que sua prática supõe um saber, ele começa a entender que seu conhecimento pode trazer intervenções transformadoras da realidade, percebendo-se como um sujeito da história (FREIRE, 2016).

Considerado o pensador brasileiro cujas obras são as mais utilizadas em trabalhos acadêmicos no mundo, foi o filósofo que mais vezes recebeu o título *Honoris Causano* e muitos outros em vários países (TEDESCO; LACERDA, 2020). Freire defendia o direito à educação para todos, nomeadamente para a população menos favorecida, pois, segundo ele, a educação era a única maneira de o oprimido deixar de sê-lo, sendo esta a libertação dos homens (FREIRE, 2005).

Mesmo um século depois, suas obras, seus pensamentos, suas ideias e seus valores continuam sendo aproveitados por muitos pesquisadores, haja vista que são temas atemporais e discutidos até hoje no mundo educacional: suas obras versam sobre educação como transformadora do indivíduo e capaz de mudar a sociedade.

Freire dizia que, para os homens conscientizarem-se, é necessário passar pela sequência ação-reflexão-ação, sendo que essa reflexão cumpre-se quando pensamos criticamente na prática vigente, para assim podermos acurar a prática futura. É preciso aprender uma prática de ensinar que permita aprender, ensinar e (re)pensar a própria ação, em um movimento que abarca a consolidação entre teoria e prática, no qual o homem torna-se criticamente habilitado a converter uma realidade (TEDESCO; LACERDA, 2020).

O educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de estar *sendo* com as liberdades e não *contra* elas. Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 2005, p. 79).

O educador menciona que, em seu processo de aprendizagem, quando os sujeitos conseguem forjar uma conexão crítica entre a teoria e a prática a partir da premissa do diálogo, levando em conta as experiências de todos os envolvidos, aproximando-os e promovendo relações de afetividade e de respeito entre eles, há uma maior chance de se conseguir alcançar soluções e de melhorar o meio em que

se vive (TEDESCO; LACERDA, 2020). Consoante com Freire (2018b, p. 18), “sem o diálogo não há comunicação, e sem a comunicação não acontece a educação”.

Contudo, o pensador frisa que o diálogo deve ser apreendido como algo que faz parte dos seres humanos, de sua própria natureza, e não como uma simples técnica utilizada para alcançar e/ou manipular resultados, sendo esta uma educação como prática da liberdade, que os torna sujeitos aptos a modificar sua realidade e cada vez mais criticamente comunicativos (SHOR; FREIRE, 1987).

O homem, para compreender e assumir sua condição ontológica, para fazer parte e colaborar com a transformação da sociedade, precisa ser capaz de substituir a captação do conhecimento alicerçada em uma realidade de ensino vertical, em que o educador é detentor do conhecimento, por uma educação cada vez mais dialógica, horizontalizada e criativa (FREIRE, 2016).

Na perspectiva de prática da liberdade para Freire,

Através do diálogo, refletindo juntos sobre o que sabemos e não sabemos, podemos, a seguir, atuar criticamente para transformar a realidade. Ao nos comunicarmos, no processo de conhecimento da realidade que transformamos, comunicamos e sabemos socialmente, apesar de o processo de comunicação, de conhecimento, de mudança, ter uma dimensão individual. Mas o aspecto individual não é suficiente para explicar o processo. Conhecer é um evento social, ainda que com dimensões individuais. O que é o diálogo, neste momento de comunicação, de conhecimento e de transformação social? O diálogo sela o relacionamento entre os sujeitos cognitivos, podendo, a seguir, atuar criticamente para transformar a realidade (SHOR; FREIRE, 1987, p. 65).

Nesta pesquisa, ao aplicar-se a proposta metodológica da PCA unida ao referencial teórico de Paulo Freire, reforça-se o anseio por caminhos para transformar nossa realidade, tracejando, por exemplo, um plano de cuidados para o idoso hospitalizado com *delirium*. Havia a carência por um teorista e por um referencial metodológico que pudessem refletir e efetivar a metamorfose do homem em sua realidade vivida. Acredita-se que o plano de cuidados somente pode ser auferido/ implementado em sua totalidade por meio do diálogo entre pesquisador e pesquisado, estando o pesquisador inserto no ambiente sujeito a mudança e com um referencial que una a teoria e a prática, desenvolvendo, pois, o raciocínio crítico dos profissionais de enfermagem.

Ao prosseguir com os planos metodológicos e teóricos desta pesquisa, serão encontrados profissionais mais estimulados a entender o processo e colaborativos para sua confecção, sempre concatenando o conhecimento científico à realidade do ambiente de trabalho. Dessa forma, sairão conscientes para atuar na prática assistencial, adquirindo a percepção crítica de que o local de trabalho precisa ser repensado e reformado para requintar a assistência aos idosos.

Freire sustenta que, se os homens possuem uma consciência ingênua da realidade, eles não são habilitados a ter um compromisso verdadeiro. Em outros termos, o homem não pode declarar-se como consciente de uma sociedade enquanto algo dado, estático e imutável, sem possibilidades de mudanças, sendo conformados com ela; ao contrário, ele precisa ver sua realidade na totalidade, com suas partes em constante interação, pois somente desse modo, com o compromisso profissional genuíno, estará preparado para transformar a realidade, mas em sua completude (FREIRE, 2011).

Ao falar do compromisso do profissional com a sociedade, Freire (2011, p. 7) pondera que,

em primeiro lugar, a expressão “o compromisso do profissional com a sociedade” nos apresenta o conceito do compromisso definido pelo complemento “do profissional”, ao qual segue o termo “com a sociedade”. Somente a presença do complemento na frase indica que não se trata do compromisso de qualquer um, mas do profissional. De fato, ao nos aproximarmos da natureza do ser que é capaz de se comprometer, estaremos nos aproximando da essência do ato comprometido. A primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir.

Todas as convicções de Freire vão ao encontro da metodologia da PCA, que viabiliza uma relação horizontal entre pesquisador e pesquisado, reunindo teoria e prática, posicionando o pesquisador como sujeito introduzido no ambiente de estudo e encorajando o pesquisado a (re)pensar sua prática e a engendrar um conhecimento capaz de alterar a realidade, sendo esse sujeito consciente e protagonista de toda essa mudança (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Acredita-se que a inter-relação entre a teoria e a prática, obtida nesta pesquisa por meio do uso da PCA e do referencial teórico de Paulo Freire, poderá auxiliar pesquisas em saúde, como exemplo de que aproximar os atores implicados na pesquisa, em um processo de construção de ensino e aprendizagem com

reflexão crítica, causa mudanças e inovações significativas no decurso de trabalho, propiciando a autonomia do sujeito pesquisado e tornando-o o principal agente transformador.

Muitos estudos na área da enfermagem e da saúde em geral aludem às propostas pedagógicas de Paulo Freire, visando incitar a educação reflexiva e o compromisso profissional, o que faz dos pesquisadores capazes de modificar a realidade, não simplesmente se adaptando a ela, consequência que almejamos nesta pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Revelar os saberes, as experiências e as contribuições da equipe de enfermagem na produção de um plano assistencial para prevenção e controle de *delirium* no idoso hospitalizado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a incidência de *delirium* em idosos hospitalizados na instituição em estudo, correlacionando às características sociodemográficas, clínicas e de saúde;
2. Compreender a percepção da equipe de enfermagem na montagem do plano assistencial para prevenção e controle de *delirium* no idoso hospitalizado;
3. Avaliar a implementação do plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado na visão da equipe de enfermagem;
4. Compreender o papel da família/cuidador no contexto da prevenção e do controle do *delirium* no idoso hospitalizado segundo a percepção da equipe de enfermagem.

4 MÉTODO

Esta investigação corresponde a um projeto de pesquisa de um grupo de estudos denominado Grupo de Estudos Sobre Envelhecimento (GESENF), portanto parte de seus dados foi explorada na escrita de outros estudos concernentes à temática e todo o financiamento do trabalho foi custeado pela pesquisadora.

O caminho metodológico foi planejado a partir dos preceitos da PCA, método cuja característica predominante é manter uma estreita ligação entre o pesquisador e o campo de pesquisa, intencionando encontrar soluções para o problema detectado e realizar e implantar mudanças na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Uma das especificidades-chave da PCA é a mudança da prática assistencial de enfermagem, com a inclusão de soluções fundadas por meio do concepção de um projeto de pesquisa a ser executado na realidade da prática a ser mudada (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017b).

É vista como um método investigativo inovador, que proporciona a interligação entre a teoria e a prática, aproximando os distintos saberes científicos dos saberes e das experiências dos arrolados na pesquisa de uma forma dinâmica, justaposta e totalmente integrada à assistência, com o único interesse em mudar uma prática assistencial de enfermagem, qualificando-a (ALVIM, 2017).

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 30 de novembro de 2019, sob o processo nº 3.145.82/2019 (Anexo B). Todas as suas fases foram apoiadas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), cumprindo com os princípios éticos da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça. O presente estudo respeitou os princípios fundamentais do código de ética dos profissionais de enfermagem, por meio da resolução COFEN nº 564/2017 (COFEN, 2017). Quanto aos aspectos éticos, foram percorridos os seguintes passos: o estudo foi começado após a autorização dos responsáveis pela instituição; os objetivos da pesquisa foram comunicados a todos os profissionais e a todos os pacientes, assim como aos seus responsáveis legais; os testes-piloto

empreendidos, as observações de campo, as entrevistas, o acompanhamento dos pacientes, a formação do grupo de estudo e as reuniões no campo da pesquisa somente foram começados após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética da UEL e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A, Apêndice B) pelos pacientes, pelos profissionais e pelos acompanhantes, sem qualquer tipo de coação; o respeito ao direito de participar ou não da pesquisa foi garantido, bem como a desistência, independentemente da etapa em que se encontrava o estudo; o anonimato foi assegurado, preservando sempre os valores éticos e morais dos participantes; em todas as fases do andamento da pesquisa, o pesquisador esteve disponível para sanar dúvidas e acatar sugestões.

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, a proposta de estudo foi apresentada, em uma reunião, para a Diretora de Enfermagem e para a Chefe da Divisão das Unidades de Internação. Por fim, marcou-se um encontro com as chefias dos setores para anunciar o cronograma das etapas de progressão da pesquisa. Neste, abordaram-se a pertinência do tema da pesquisa, os objetivos, a seleção dos participantes, os passos a serem obedecidos para a obtenção dos dados, salientando-se as questões éticas, e, acima de tudo, o valor da participação ativa dos profissionais componentes da pesquisa.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O estudo sucedeu no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL), o qual tem 50 anos, possui uma capacidade de 288 leitos e atende pacientes com nível terciário de complexidade da 17ª Regional de Saúde, sendo referência para diversas especialidades de alta complexidade. O HUL é o maior órgão suplementar da UEL. Ativado em 1º de agosto de 1971, a instituição atende pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná e de mais de 100 cidades de outros estados (UEL, 2021).

Em 2019, o HUL prestou 6.513 atendimentos a pessoas acima de 60 anos, gerando 3.329 internações, das quais 1.746 requereram um procedimento cirúrgico. O pronto-socorro dispõe de uma estrutura com 45 leitos, sendo que, em 2019, foram realizados 27.904 atendimentos, com média de 14,5 por dia; já no que tange aos idosos acima de 60 anos, a média de permanência foi de 1,9 dias, proveniente de 5.295 atendimentos.

A unidade na qual este estudo foi consumado é composta de 50 leitos para internação de pacientes adultos masculinos e femininos em múltiplas clínicas. Em 2019, essa unidade realizou 3.113 internamentos, dos quais 1.218 foram de pacientes com 60 anos ou mais; a média de permanência foi de 5,3 dias, mas, para a população idosa, foi de 9,7. A unidade é constituída por 8 enfermarias com 4 leitos e por 3 com 6 leitos. Ademais, possui equipamento de refrigeração e janelas amplas, que permitem a todos os pacientes apreciar a luz do dia e o escurecer. Cada técnico de enfermagem é responsável por 4 a 6 pacientes, dependendo do grau de dependência, e acompanha 2 enfermeiras em cada turno de trabalho.

4.3 PRIMEIRA ETAPA – CONDUÇÃO METODOLÓGICA SEGUINDO A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Diante do problema de pesquisa e da questão norteadora aqui suscitada, após o exame da prática profissional da pesquisadora e por meio de um estudo teórico que trouxe dados epidemiológicos demonstrando o quanto o problema *delirium* prejudica a saúde do idoso hospitalizado, insuflou-se a necessidade de exercitar ações de mudanças significativas nas práticas assistenciais do local em análise, o que foi exposto na revisão de literatura e na sustentação científica do processo investigativo.

4.3.1 Diagnóstico Situacional da Instituição de Estudo

Os detalhamentos e a articulação da fase de concepção foram cruciais para denominar o problema de pesquisa. Neste estudo, utilizou-se o diagnóstico situacional para distinguir o perfil dos idosos que são atendidos na instituição pesquisada e a prevalência de *delirium*. Dessa maneira, este foi ancorado na literatura científica e na real situação do local.

4.3.1.1 Participantes

Idosos acima de 60 anos atendidos na unidade de pronto-socorro e nas unidades clínica e cirúrgica da divisão de internamento.

Critérios de inclusão

- Idosos com até 24h de internação nas unidades clínica e cirúrgica da divisão de internamento e do pronto-socorro;
- Idosos internados, transferidos de outros serviços, com menos de 24h de internação na instituição anterior;
- Idosos eletivos cirúrgicos avaliados antes do procedimento cirúrgico e dentro das primeiras 24h de internação;
- Idosos avaliados pelo instrumento *The Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) que não apresentem déficit cognitivo, ou que apresentem apenas déficit cognitivo leve, ou que apresentem déficit cognitivo moderado e severo somente com a presença de acompanhante (Anexo C).

Critérios de exclusão

- Idosos em crise de abstinência, com relato em prontuário, pelo uso de tabaco e/ou pela ingestão de álcool;
- Idosos internados para clínica neuroclínica ou para neurocirurgia;
- Idosos em isolamento por alguma doença infectocontagiosa;
- Idosos entubados.

4.3.1.2 Local de estudo

A etapa do diagnóstico situacional com os idosos admitidos transcorreu na unidade de pronto-socorro e nas unidades da divisão de internamento do hospital (unidade clínica e cirúrgica).

O fluxo de atendimento dos pacientes na instituição ocorre das seguintes formas: encaminhamentos via SAMU, via SIATE e via Central de regulação, com entrada pelo pronto-socorro; encaminhamentos via ambulatorial ou via agendamentos cirúrgicos pelo Núcleo Interno de Regulação, de modo que o paciente entra pelo internamento e dirige-se ao setor de internação. Também há pacientes que procuram atendimento direto, sem encaminhamento ou regulação de algum serviço primário ou secundário de saúde, pela chamada procura direta. Nesse caso, é feita a classificação

de risco do paciente, na qual ele é avaliado por um profissional de saúde e categorizado, de acordo com sua gravidade, em: vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato; amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível; verde: prioridade 2 – não urgente; azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento conforme o horário de chegada.

4.3.1.3 Estratégia de coleta de dados

Conduziu-se um acompanhamento por 5 meses (junho a outubro de 2019), totalizando 247 idosos com 60 anos ou mais, dentro dos critérios de inclusão, admitidos no pronto-socorro e nas unidades da divisão de internamento do hospital em estudo. Para a coleta, empregou-se um instrumento informatizado no aplicativo *Open Data Kit* (ODK) (Apêndice C). Foram excluídos 431 idosos, que não se enquadravam nos critérios de inclusão.

A definição da amostra deu-se pelo tempo de coleta de dados. Diariamente, retirava-se do sistema informatizado a lista de pacientes atendidos e internados nas últimas 24 horas, com isso cada estagiário analisava a ficha de atendimento e internação do paciente para verificar os critérios de inclusão. Caso o paciente estivesse dentro dos critérios de inclusão, dava-se início à coleta de dados.

Nessa fase, a coleta foi feita pela pesquisadora e mais 4 estagiários habilitados. Realizou-se um pré-teste, com 15 pacientes. Neste momento alguns ajustes foram realizados no instrumento. Os dados foram coletados com o auxílio de um *tablet* e, após a finalização do acompanhamento de cada idoso, armazenados em uma planilha no *google drive*.

A primeira avaliação foi efetuada nas primeiras 24 horas da chegada do paciente na instituição, com levantamento da caracterização dos idosos (idade, sexo, escolaridade), das condições de saúde (comorbidades, uso de próteses, de órteses e de medicamentos, tabagismo, consumo de bebidas alcólicas e história de internação nos últimos 6 meses) e do histórico de internação atual (diagnóstico de internação, tipo de entrada (encaminhado, procura direta, via central de leitos, via ambulatorial), clínica de internação, presença de infecção na internação) e aplicação das escalas SPMSQ (Anexo C) e CAM completa (Anexo B).

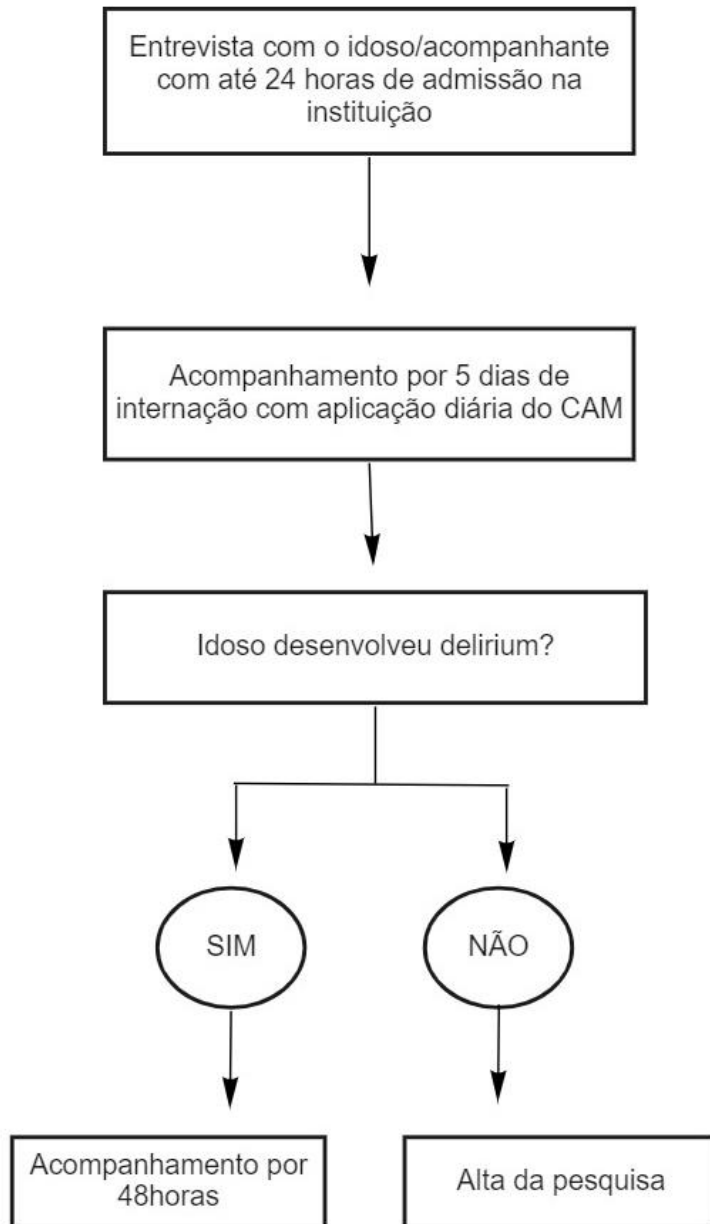
Os idosos eram assistidos por 5 dias, com a aplicação diária do CAM, e as avaliações aconteciam sempre 24 horas após a anterior. Sendo assim, organizou-se

uma escala entre os estagiários dos períodos da manhã e da tarde, para que se amparasse o maior número de idosos no prazo estipulado para a coleta de dados e que sempre se mantivesse o rigor da avaliação a cada 24h a partir da anterior, tornando viável a constatação de qualquer alteração de estado mental no idoso o mais breve possível.

Se o paciente não mostrasse alteração de estado mental durante os cinco dias de avaliação, ele recebia alta da pesquisa, mesmo se permanecesse internado. Se ele manifestasse *delirium* nesse intervalo, o acompanhamento com a aplicação do CAM era encerrado e o prontuário do idoso era inspecionado por 48 horas após o reconhecimento do quadro, no intento de aferir quais orientações, condutas e tratamento eram exercidos.

Nessa fase, utilizou-se um instrumento impresso (Apêndice D) para ser preenchido após 24 e 48 horas do diagnóstico do *delirium*, com questões atinentes às condutas tomadas pela equipe assistencial com o idoso e com seu acompanhante acerca da síndrome.

Figura 1 – Fluxograma de acompanhamento dos idosos internados na instituição de estudo durante o diagnóstico situacional



Fonte: Elaborada pela autora

4.3.2 Entrevista Com os Participantes – Fase de Diagnóstico

4.3.2.1 Participantes

Para a classe dos participantes, foram designados os profissionais de enfermagem que estavam atuantes na unidade clínica da divisão de internamento do hospital. Nesse sentido, delineou-se uma entrevista semiestruturada (Apêndice E), no

intuito de desvendar o conhecimento prévio que os profissionais tinham sobre o tema *delirium*, de julho a setembro de 2019.

Na fase de coleta de dados, a equipe de enfermagem contava com 50 integrantes. Por essa razão, experienciou-se um teste piloto com 5 profissionais de enfermagem, sendo 4 técnicos e 1 enfermeiro, para mensurar o entendimento das perguntas por parte destes e proceder os ajustes necessários.

Por intenção, todos os profissionais foram convidados, porém, segundo o critério de saturação dos dados, chegou-se aos números de 24 entrevistas na etapa de pré-intervenção e de 28 entrevistas na etapa de pós-implantação do plano assistencial, totalizando 5 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem dos diferentes turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno). A saturação da coleta de dados ocorre quando o pesquisador percebe que nenhum elemento novo é encontrado e que as informações estão repetindo-se entre os entrevistados, então conclui-se que a continuação das entrevistas não acrescentaria material novo ao estudo, não alterando, entretanto, a compreensão do fenômeno que se pretende desvelar (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Dos profissionais enfermeiros, 1 recusou-se a participar; já dos técnicos de enfermagem, 3 recusaram-se a participar e 4 estavam de férias. Como critério de suspensão das entrevistas, o pesquisador, ao transcrevê-las, anotou as repetições em cada pergunta e notou que nenhuma informação ou tema novo estava sendo registrado, elucidando, assim, o ponto de saturação.

Critério de inclusão

- Estar na assistência direta ao paciente da unidade por no mínimo seis meses;

Critério de exclusão

- Profissionais de enfermagem afastados por licença-prêmio ou por licença médica, em período de experiência ou de férias.

4.3.2.2 Local de estudo

Unidade clínica da divisão de internamento, que atende pacientes de todas as especificidades clínicas do hospital.

4.3.2.3 Estratégia de coleta de dados

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade de cada profissional durante o horário de trabalho e prosseguidas de modo individual, em local reservado na própria unidade.

A opção pela realização da entrevista no horário e no ambiente de trabalho foi sugestão dos próprios funcionários, para facilitar sua participação. No momento de seu acontecimento, afixou-se um cartaz informativo na porta da sala com o dizer “não entre, estamos realizando uma entrevista gravada”.

As entrevistas foram divididas em 2 aspectos: o primeiro foi um levantamento dos perfis sociodemográfico (idade, gênero e formação escolar) e ocupacional (turno de trabalho e tempo de serviço) e da formação profissional/acadêmica (tempo de formação e maior titulação); e o segundo foi, de fato, a execução da entrevista semiestruturada, com 4 questões norteadoras e 7 questões complementares. Sua duração média foi de 30 minutos.

Todos os dados foram obtidos pela própria pesquisadora e registrados com gravador manual marca Sony ICD-PX470, atrelado a um telefone móvel, com posterior transcrição na íntegra, também manual, no programa *Word*, sendo analisados sem identificações. Os participantes receberam apenas as iniciais da categoria, seguidas de um número aleatório que equivale à sequência do discurso, como em “Enf01” ou em “Téc01”.

Após o término de cada entrevista, a pesquisadora interpelou os profissionais aprofundando mais as outras fases da pesquisa, aspirando sensibilizá-los e de incentivá-los a participar de todas as etapas.

4.4 SEGUNDA ETAPA – CONDUÇÃO METODOLÓGICA SEGUINDO A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

4.4.1 Participantes

Profissionais de enfermagem que estavam atuando na assistência direta da unidade clínica por no mínimo 6 meses, totalizando 6 enfermeiros e 44 técnicos de enfermagem. Os profissionais foram orientados sobre a pesquisa e aceitaram participar após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

4.4.2 Local de Estudo

Unidade de internação clínica da divisão de internamento de um hospital universitário público.

4.4.3 Estratégia Para a Construção do Protocolo

Para esta etapa, criou-se um grupo de estudo que foi cadastrado com o formato de curso de extensão, intitulado “*Delirium* no idoso: como podemos ajudar”, na Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da universidade à qual o hospital é vinculado. Dessa maneira, foi possível fornecer aos participantes um certificado de 60h de curso, distribuídas em cargas horárias teórica e prática.

4.4.3.1 Conscientização sobre o tema e estruturação do grupo de estudo

Primeiramente, a pesquisadora aproximou-se da equipe de enfermagem da unidade em estudo para conscientizá-la sobre o tema de pesquisa. Durante o mês de outubro de 2019, preparou-se um folder informativo a respeito do *delirium* (Apêndice F), o qual foi entregue aos colaboradores entre os dias 14 e 16, nos 4 turnos existentes na instituição (matutino, vespertino, noturno par e noturno ímpar). Nos dias 21, 22, 23 e 24, em sessões com no máximo 3 profissionais, apresentou-se, na sala de reuniões do setor, o tema *delirium* no idoso hospitalizado. Para tanto, utilizou-se como recurso audiovisual um *notebook*.

Os assuntos debatidos foram: apresentação da pesquisa, razão da escolha do tema, exibição de dados epidemiológicos acerca do *delirium* e do envelhecimento populacional, uma breve acepção do *delirium* e, por fim, toda a proposta de trabalho para os períodos pré, inter e pós-intervenção. Posteriormente, entregou-se um convite impresso para cada colaborador, chamando-os a participar do grupo de estudos sobre o *delirium*, deixando-os à vontade para tomar a decisão.

Nesse período, 19 colaboradores retornaram o convite aceitando participar do grupo de estudo, por isso criou-se um grupo de *WhatsApp*, almejando organizar os encontros.

4.4.3.2 Construindo um plano assistencial ao idoso com delirium

Foram sugeridos 12 encontros, divididos em 2 turnos para facilitar a presença de todos os colaboradores. Estes ocorreram, semanalmente, todas as terças-feiras, em uma sala de aula localizada no Centro de Ciências da Saúde, fora do horário de trabalho dos participantes, da segunda quinzena de novembro de 2019 até a primeira quinzena de janeiro de 2020.

4.4.3.3 Sensibilização e construção do plano de cuidados

1º Encontro

26/11/2019

Tema: “*Delirium*: como posso ajudar?”

Utilizou-se como suporte para os encontros um *notebook*, com uma aula teórica dialogada em tópicos para direcionar a discussão do grupo. Iniciou-se o encontro com a introdução do projeto, dos objetivos, da justificativa e da metodologia, tal como com a explicitação do papel do grupo na pesquisa e do cronograma das reuniões.

Separou-se o grupo e propôs-se uma atividade, na qual comentaram o que, na concepção deles, era necessário para prevenir e tratar o *delirium*. Depois, houve uma conversa, com a contribuição de cada um dos grupos, sobre prevenção e controle do *delirium* e, com base no que foi germinado, complementou-se com uma aula expositiva acerca do envelhecimento e uma exploração da temática *delirium*, citando-

se: definição, epidemiologia, fisiopatologia, fatores predisponentes e precipitantes, tipos, sinais e sintomas.

Os colaboradores saíram com uma atividade a ser cumprida para o próximo encontro, na qual se delegou que eles observassem, no ambiente de trabalho, um paciente idoso com *delirium* e a conduta tomada na sua assistência.

2º Encontro

03/12/2019

Tema: “Desvendando o *delirium*”

Nesse encontro, discorreu-se a vivência do atendimento ao paciente idoso hospitalizado com *delirium*. Sendo assim, os participantes compartilharam como foi o atendimento prestado ao idoso que desenvolveu o *delirium* e principiou-se uma reflexão a respeito desses atendimentos, elencando-se seus pontos positivos e negativos. Nesse momento, o grupo foi estimulado a pontuar hipóteses de como poderia ter sido o suporte ao idoso. Dessa maneira, encetou-se a construção de um quadro com as dificuldades assinaladas por eles e as possíveis intervenções a serem desempenhadas na unidade.

O segundo encontro foi finalizado com uma aula expositiva dialogada sobre os fatores precipitantes e predisponentes para a manifestação do *delirium* e sobre a problemática do idoso hospitalizado sem a presença de um familiar ou de um cuidador responsável.

Entregou-se aos membros do curso um folder explicativo (Apêndice F) acerca do *delirium*, e eles tiveram como atividade repassar esse material a um integrante da equipe de trabalho e incitá-lo a reflexionar sobre o tema, informando sobre o projeto de pesquisa que estava sucedendo na unidade.

3º Encontro

10/12/2020

Tema: “O diagnóstico e o tratamento do *delirium*”

Nesse encontro, tratou-se do diagnóstico e do tratamento do *delirium*, focando-se em mostrar o CAM (Anexo A), como ele é usado e quem pode efetuar-lo. Além disso, foram trabalhados dois estudos de caso de atendimento ao idoso, com *delirium*

hipoativo e com *delirium* hiperativo e o preenchimento do instrumento CAM com os colaboradores do grupo. Em seguida, ponderou-se acerca da possibilidade de os profissionais capacitados usarem o instrumento CAM em suas práticas diárias.

A cada encontro, retornava-se ao quadro de dificuldades e de intervenções e este era preenchido de acordo com as sugestões do grupo. Como atividade do dia, os profissionais levaram um impresso do instrumento CAM para aplicarem com algum paciente durante a semana de trabalho.

4º Encontro

17/12/2020

Tema: “Sistematizando a assistência de enfermagem ao idoso com *delirium*”

Esse encontro começou com um momento de reflexão atinente à aplicação do instrumento CAM. Nesse ensejo, retornaram-se as orientações quanto ao seu uso, exemplificando situações práticas; também foram recordadas as orientações concernentes aos tipos de *delirium*. Versou-se sobre o Manual de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) e sobre suas informações relativas à “confusão aguda” e ao “risco para confusão aguda” (HERDMAN; KAMITSURU, 2017).

Leram-se todos os itens de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) atinentes à Confusão Aguda (BULECHEK; BUTCHEN; DOCHTERMAM, 2020) e suscitaram-se possíveis elementos de prescrição de enfermagem, visando reforçar a atenção com os cuidados de prevenção e de controle do quadro de *delirium*.

Produziu-se um tutorial de prescrição de enfermagem com o grupo, o qual foi apresentado na comissão da SAE da instituição, tendo sido feitas algumas alterações. Após aprovação pela comissão, o tutorial foi implementado no sistema informatizado e utilizado na instituição, passando a chamar-se Medview (Apêndice G).

5º Encontro

07/01/2020

Tema: “Prevenindo e controlando o *delirium*”

Iniciou-se o encontro com uma aula expositiva dialogada sobre o que a literatura científica traz no tocante às condutas efetivas para prevenção e controle do *delirium* para os profissionais de saúde exercitarem no ambiente hospitalar. Como

referência, foram utilizados estudos que se ocupassem das práticas com maiores evidências científicas acerca da efetividade das ações, dentre elas as diretrizes da NICE, o SIGN, o protocolo da AGS CoCare: HELP e demais artigos científicos (YUE *et al.*, 2014; DAVIS; SEARLE; TSUI, 2019; HSHIEH *et al.*, 2018; O'MAHONY, 2011; SOIZA; MYINT, 2019).

Retomou-se o quadro de dificuldades concebido pelos profissionais e listaram-se as condutas que poderiam ser praticadas na realidade estudada, em concordância com a literatura e com o grupo participante da pesquisa.

Entregou-se um material impresso (Apêndice H) contendo todas as adversidades enfrentadas no setor e, ao lado, os prováveis itens de mudança sugeridos e traçados com o grupo no momento das reflexões.

6º Encontro

14/01/2020

Tema: “Definindo as estratégias para ação”

No último encontro, as atividades foram encerradas com a releitura de todas as intervenções e seus ajustes (Apêndice I). Também se estipulou um período para a pesquisadora empreender uma capacitação com os demais profissionais que atuavam na unidade em estudo e não puderam participar do grupo de pesquisa, com o propósito de sensibilizar a equipe como um todo e de capacitá-los a encabeçar as intervenções.

O grupo solicitou que as intervenções decididas fossem impressas em papel A4, para serem entregues pessoalmente, e em tamanho maior, para anexar na copa dos colaboradores; os itens de prescrição também foram impressos para disponibilização aos enfermeiros. Elaboraram-se uma placa instrutiva para a utilização de aparelhos sonoros nas enfermarias pelos acompanhantes, pelos pacientes e pelos profissionais (Apêndices J) e um folder informativo para os acompanhantes (Apêndice K).

4.4.3.4 Transferência do conhecimento construído no período de 15/01/2020 a 29/01/2020

Por duas semanas, transcorreu uma capacitação *in loco*, com o auxílio de recurso audiovisual, com os profissionais de enfermagem que atuavam na unidade pesquisada e não estiveram presentes no grupo de estudo. A intenção foi aproximá-los ainda mais da temática e instigá-los a envolver-se na pesquisa, colhendo o que eles conseguiram captar com os demais profissionais participantes e o que eles sabiam sobre o *delirium*. Os encontros deram-se com pequenos grupos, de no máximo três participantes, no próprio setor da pesquisa.

Juntamente da sensibilização dos outros profissionais, procederam-se pequenos ajustes necessários e sinalizados pelos profissionais na montagem do plano assistencial na unidade, por exemplo: colocação de calendário mensal, de relógios nas paredes das enfermarias e de avisos de diminuição de ruídos pelo uso de aparelhos sonoros como celulares, *tablets*, entre outros.

4.4.3.5 Implantação do plano de cuidados

Durante o mês de fevereiro de 2020, principiou-se a implantação do plano assistencial, e todos os profissionais estavam aptos e motivados para colocar em prática o plano de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado.

Nessa etapa, assumiu-se como estratégia para avaliar o processo de implantação um diário de campo, contendo os seguintes objetivos:

- Distinguir as dificuldades e as facilidades com os planos de cuidado para prevenção e controle de *delirium*;
- Verificar se o tutorial de prevenção e controle de *delirium* estava sendo prescrito corretamente;
- Averiguar quais condutas estavam sendo adotadas com os pacientes que desenvolveram *delirium*;
- Reforçar as atribuições com todos os profissionais;
- Questionar a efetividade do calendário, do relógio e do aviso de ruídos sonoros nas enfermarias;
- Registrar todas as informações reunidas;

- Colaborar com a implementação do instrumento CAM na unidade;
- Desvendar o sentimento dos profissionais em relação ao estabelecimento do plano de cuidados.

A pesquisadora realizava visitas periódicas na unidade, ao menos duas vezes por semana por turno de trabalho, nas quais apurava as dúvidas, ouvia as opiniões dos profissionais e fazia ajustes nas condutas aderidas.

Toda a dinâmica e o desenrolar do plano assistencial de prevenção e controle de *delirium* eram anotados em um diário de campo pela pesquisadora. Também se examinavam as prescrições de enfermagem seguindo o tutorial “*Delirium*”: a pesquisadora conversava com alguns idosos e com os acompanhantes, indagando se as orientações dispostas no plano assistencial estavam sendo transmitidas a eles. Os profissionais ainda eram questionados a respeito de como estava sendo continuado o plano de cuidados.

4.4.3.6 Distanciamento da pesquisadora

Como toda pesquisa de intervenção, há a necessidade de um período de afastamento do pesquisador no campo de estudo, com o objetivo, por exemplo, de desvendar o quanto o conteúdo foi apreendido e estava realmente enraizado nas práticas assistenciais e sendo perpetuado mesmo após a ausência da investigadora. Esse período de afastamento intercorreu de março a abril de 2020.

4.4.3.7 Avaliação da implementação do plano de cuidados pela metodologia da PCA – Entrevista com os participantes – Fase pós-intervenção

Após o distanciamento da pesquisadora do campo de estudo, retornou-se ao setor e conduziu-se uma entrevista semiestruturada (Apêndice L) com os profissionais de enfermagem, a fim de compreender se o plano de cuidados para prevenção e controle do *delirium* consumado com a proposta metodológica da PCA realmente mudou a conduta e o comportamento dos profissionais de enfermagem, refletindo na melhoria da assistência ao idoso.

Por intencionalidade, todos os profissionais foram convidados, porém, segundo o critério de saturação dos dados, chegou-se ao número de 24 entrevistas, totalizando

4 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem dos diferentes turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno A e noturno B).

As entrevistas foram agendadas consoante a disponibilidade de cada profissional durante o horário de trabalho e prosseguidas de forma individual, em local reservado na própria unidade. Ademais, foram divididas em 2 aspectos: o primeiro foi um levantamento dos perfis sociodemográfico (idade, gênero e formação escolar) e ocupacional (turno de trabalho e tempo de serviço) e da formação profissional/acadêmica (tempo de formação e maior titulação); e o segundo foi, de fato, a execução da entrevista semiestruturada, com 3 questões norteadoras, que foram repetidas da entrevista da primeira etapa, e 2 questões complementares, que falavam do uso da metodologia PCA na preparação do plano assistencial. Sua duração média foi de 30 minutos.

Todos os dados foram obtidos pela própria pesquisadora e registrados com gravador manual marca Sony ICD-PX470, atrelado a um telefone móvel, com posterior transcrição na íntegra, também manual, no programa *Word*, sendo analisados sem identificações. Os participantes receberam apenas as iniciais da categoria, seguidas de um número aleatório que equivale à sequência do discurso, como em “Enf01” ou em “Téc01”.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados alusivos ao diagnóstico situacional foram alcançados por meio de variáveis-chave para o estudo, sendo elas: dados sociodemográficos (sexo, faixa etária e escolaridade), condições de saúde (comorbidades, uso de próteses e de órteses, uso de medicamentos, tabagismo, alcoolismo e história de internação anterior e presença de infecção na admissão) e histórico de internação atual (clínica de internação, escala de SPMSQ e CAM). Os dados foram tabulados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20) e expressados em frequências absolutas (n) e relativas (%). Para aferir possíveis associações entre as variáveis, aplicou-se o teste de qui-quadrado, de verossimilhança e por continuidade, tendo por nível de significância $p < 0,05$.

Por seu lado, os dados respectivos às entrevistas das fases de diagnóstico e de pós-intervenção do plano assistencial foram analisados de acordo com os preceitos da análise de conteúdo de Bardin, cujo escopo é mostrar uma apreciação crítica dos

conteúdos como uma forma de tratamento em pesquisas qualitativas (BARDIN, 2016). É considerada uma técnica de análise das comunicações, ao analisar o material busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam no entendimento do que está nas entrelinhas, o discurso, essa interpretação deve transitar com rigor entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade (BARDIN, 2016).

Na análise de conteúdo, utilizou-se da inferência, procurando desvelar as causas dos relatos ou as consequências que elas podem acarretar. Afinal, como postula o autor, uma análise de conteúdo é uma análise de significados, ocupando-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo retirado da comunicação entre pesquisador e pesquisado (BARDIN, 2016).

Para a concretização da análise da pesquisa, Bardin (2016) preconiza etapas, ou técnicas de análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

1. Pré-análise: tem como função sistematizar as ideias iniciais. Nela, organiza-se o material, formulam-se hipóteses e indicadores que norteiam a interpretação final e transcrevem-se as entrevistas com a leitura flutuante do texto. Nessa etapa, é importante esgotar todo o conteúdo e procurar amostras que simbolizem o universo. Após a leitura flutuante, recomenda-se a organização da leitura por índices ordenados em indicadores (BARDIN, 2016).

2. Exploração do material: os dados são codificados em unidades de registro e de contexto, podendo estas ser um tema, uma palavra ou uma frase, configurando este como o momento de recorte das falas dos entrevistados. Nessa fase, é primordial considerar a frequência com que aparecem as unidades de registro ou a ausência de algumas delas, a intensidade com que as falas ocorrem e a direção na qual o pesquisado orienta seu dizer, sendo ele favorável, desfavorável ou neutro ao assunto pesquisado. Para Bardin (2016), a codificação é a transformação por meio de recortes, de agregação e de enumeração, aproveitando-se de regras precisas acerca das informações textuais representativas das características do conteúdo (BARDIN, 2016).

3. Tratamento dos resultados: fase em que são realçadas as informações para as avaliações, resultando nas interpretações. Nesse estágio, faz-se uso da intuição e da análise reflexiva e crítica, permitindo a categorização, bem como retoma-se o referencial teórico, pretendendo embasar as análises e conferir sentido à interpretação, e opera-se uma análise comparativa, mediante a justaposição das

diversas categorias existentes em cada análise, agrupando os conteúdos semelhantes e os que foram reputados como diferentes (BARDIN, 2016).

Por fim, para preservar as normas gramaticais da língua portuguesa do Brasil, o texto das falas foi revisado, mas assegurando a essência dos relatos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão expostos no formato de relatório, e, os estudos, no formato de artigos. O relatório reporta à primeira fase da pesquisa, como a análise descritiva da caracterização dos idosos, as condições de saúde, a incidência e a vinculação das variáveis ao desenvolvimento do *delirium*. Na sequência, estão especificados os dados respeitantes às condutas dos profissionais de enfermagem acerca das diretivas para os acompanhantes e aos relatos em prontuário referentes aos pacientes que manifestaram *delirium* na fase de diagnóstico. Por último, nesta seção, estão detalhados os perfis dos profissionais abarcados nas fases da entrevista semiestruturada.

Seguindo a exibição dos resultados, assentiu-se a composição de três estudos, tocantes à segunda etapa da pesquisa.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS

Para a confecção do diagnóstico situacional da instituição, foram acompanhados 247 idosos acima de 60 anos, que deram entrada no hospital dos meses de junho a outubro de 2019.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos hospitalizados. Londrina, PR, BR, 2019

Variáveis	Com <i>delirium</i> n (%)	Sem <i>delirium</i> n (%)	<i>p</i> *
Idade (em anos)			0,669
≤70	10 (8,1)	113 (91,9)	
≥71	12 (9,7)	112 (90,3)	
Sexo			0,737
Feminino	9 (8,3)	100 (91,7)	
Masculino	14 (10,1)	124 (90,5)	
Escolaridade			0,867
Analfabeto	7 (11,9)	52 (88,1)	
Ensino fundamental incompleto	12 (8,2)	134 (91,8)	
Ensino fundamental completo	4 (9,5)	38 (90,5)	

Com acompanhante			0,158
Sim	20 (10,3)	176 (90,3)	
Não	2 (3,9)	49 (96,1)	

Fonte: Elaborada pela autora

*Teste de chi-quadrado

A Tabela 1 explicita a distribuição das características sociodemográficas dos pacientes acima de 60 anos observados por 5 dias de internação nas unidades em estudo. Foram incluídos 247 idosos, sendo que a média de idade foi de 72,5 anos, com mínimo de 60 e máximo de 100 anos, havendo semelhança entre os grupos com ou sem *delirium* ($p=0,669$). Quanto ao sexo, 55% (n.135) dos idosos eram homens, sem diferenças significativas entre o grupo que desenvolveu *delirium* nessa variável. No que tange à escolaridade, 59% (n. 146) dos idosos possuíam ensino médio incompleto e somente 17% (n.42) possuíam ensino fundamental completo. Do total de idosos que adquiriram *delirium* 100% (n=22), contavam com acompanhante durante o período de avaliação. Não houve associações relevantes entre as características sociodemográficas e o desencadeamento do *delirium*.

Tabela 2 – O uso de órtese e de prótese no ambiente hospitalar pelo idoso e sua relação com o *delirium*. Londrina, PR, BR, 2019

Variáveis	Com <i>delirium</i> n (%)	Sem <i>delirium</i> n (%)	p^a
Utiliza aparelho auditivo			0,139 ^b
Sim	3 (25,0)	9 (75,0)	
Não	19 (8,1)	215 (91,9)	
Utiliza aparelho auditivo durante a internação			-
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não	3 (25,0)	9 (75,0)	
Utiliza aparelho visual			0,952
Sim	14 (8,9)	144 (91,1)	
Não	8 (9,1)	80 (90,9)	
Utiliza aparelho visual durante a internação			0,105 ^b
Sim	1 (2,1)	43 (97,9)	
Não	13 (11,4)	101 (88,6)	

Utiliza prótese dentária			0,778
Sim	16 (8,6)	169 (91,4)	
Não	6 (9,8)	55 (90,2)	
Utiliza prótese dentária durante a internação			0,106 ^b
Sim	11 (6,9)	147 (93,1)	
Não	5 (18,5)	22 (81,5)	

Fonte: Elaborada pela autora

Do total de pacientes que faziam uso de aparelho auditivo, 100% (n. 12) não o mantiveram durante a hospitalização. Em contrapartida, 88,6% (n.101) dos pacientes que faziam uso de aparelho visual não o conservaram. Já dos 91,4% (n. 169) que utilizavam prótese dentária, 93,1% (n. 147) permaneceram no uso.

Tabela 3 – Condições de saúde prévias à internação dos idosos hospitalizados. Londrina, PR, BR, 2019

Variáveis	Com <i>delirium</i> n (%)	Sem <i>delirium</i> n (%)	p ^a
Número de comorbidades			0,956
≤1	9 (8,8)	93 (91,2)	
≥2	13 (9,0)	131 (91,0)	
Número de medicamentos em uso			0,192 ^c
0	5 (9,3)	49 (90,7)	
1-4	17 (9,7)	159 (90,3)	
≥5	0 (0,0)	17 (100,0)	
Tabagista			0,568 ^c
Sim	5 (13,9)	31 (86,1)	
Não	11 (8,1)	124 (91,9)	
Ex-tabagista	6 (8,0)	69 (92,0)	
Bebidas alcoólicas			0,674 ^c
Não consome	17 (8,5)	184 (91,5)	
Consome 1 vez por semana ou menos	2 (7,1)	26 (92,9)	
Consome de 2 a 6 vezes por semana	1 (14,3)	6 (85,7)	
Consome diariamente	2 (20,0)	8 (80,0)	

Histórico de internação nos últimos 6 meses		1,000 ^b
Sim	8 (9,0)	81 (91,0)
Não	14 (8,9)	144 (91,1)

Fonte: Elaborada pela autora

^a Teste de chi-quadrado; ^b Teste de chi-quadrado com correção de continuidade; ^c p-valor por razão de verossimilhança

A Tabela 3 ilustra as condições prévias de saúde dos idosos com e sem *delirium*, cujas variáveis clínicas analisadas não indicaram ligação com o surgimento da síndrome na população estudada.

O emprego de restrição física deu-se em 28,5% (n=6) dos idosos, dos quais 6,5% (n=1) estavam com acompanhante. Na avaliação com 48 horas do aparecimento do *delirium*, 25% (n=4) deles já estavam medicados e sem restrição física. Os idosos que permaneceram restritos 12,5% (n=2) assim foram deliberados por terem mantido o quadro de *delirium* hiperativo, colocando em risco sua integridade física e tornando necessário o ajuste de medicação para controle.

Tabela 4 – Características das condições de saúde dos idosos hospitalizados no momento da internação. Londrina, PR, BR, 2019

Variáveis, n (%)	Com <i>delirium</i>	Sem <i>delirium</i>	p-valor
SPMSQ			0,006 ^a
Sem alteração	5 (4,0)	120 (96,0)	
Déficit cognitivo leve	7 (9,2)	69 (90,8)	
Déficit cognitivo moderado	8 (22,2)	28 (77,8)	
Déficit cognitivo grave	2 (28,6)	5 (71,4)	
Clínica de internação			0,005 ^b
Ortopedia	9 (25,7)	26 (74,3)	
Cardiologia	5 (5,2)	91 (94,8)	
Outros	8 (7,5)	98 (92,5)	
Infeção			0,921 ^c
Sim	4 (9,3)	39 (90,7)	
Não	18 (8,8)	186 (91,2)	

Fonte: Elaborada pela autora

SPMSQ – *Short Portable Mental Staus Questionnaire*

^{a-b} p-valor por razão de verossimilhança; ^c por continuidade

Na mensuração do estado cognitivo dos idosos, entre aqueles que apresentaram alterações cognitivas de moderada a grave, a assistência aconteceu apenas se presente um acompanhante. Nesse caso, 18% (n.43) do total de idosos analisados tiveram resultado moderado a grave na avaliação do SPMSQ e continuaram no estudo, pois estavam com acompanhantes e/ou familiares durante o internamento. Dentre os pacientes que não tiveram alteração no SPMSQ, 4% (n.5) desenvolveram *delirium*; já em comparação àqueles que foram exprimindo um certo grau de déficit cognitivo, foi perceptivo um aumento da prevalência da síndrome, evidenciando um crescimento escalonado, ou seja, quanto maior o déficit cognitivo, maior a frequência de *delirium*. À vista disso, a existência de déficit cognitivo teve conexão com a afloração do *delirium*. Outra notável variável atrelada ao quadro foi a internação na clínica ortopédica, com um $p= 0,005$.

A identificação dos fatores de risco, sejam eles modificáveis ou não, para a manifestação do *delirium* no idoso hospitalizado deve ocorrer na admissão do paciente, com o fito de reduzir o impacto da disfunção cerebral aguda e de direcionar estratégias de intervenção precoce (BARROS *et al.*, 2015; KOTFIS *et al.*, 2018).

O déficit cognitivo foi mencionado como fator de risco para o desenvolvimento do *delirium* em três estudos (LAHUE *et al.*, 2019; PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; STANSLAW *et al.*, 2017). Nesta investigação, seu surgimento está inserto em uma relação de proporcionalidade: quanto maior o *déficit* cognitivo do idoso, maior sua associação à aparição do *delirium*. Corroborando esses dados, o ensaio de Reynish *et al.* (2017) apuraram o predomínio do *delirium* e o comprometimento cognitivo na população acima de 65 anos em um hospital e a aquisição do *delirium*, tendo como resultado o comprometimento cognitivo em 38,5% dos pacientes acima de 65 anos e em mais da metade daqueles acima de 85 anos. No geral, tiveram *delirium* 16,7% dos idosos admitidos e 45,8% dos idosos com comprometimento cognitivo. Percebe-se, assim, que as disfunções cognitivas são comuns nos idosos, mas ainda subnotificadas, razão pela qual as instituições de saúde precisam atentar-se aos cuidados dessa ordem desde a admissão dos idosos (REYNISH *et al.*, 2017),

Não foram localizados estudos que correlacionassem o paciente ser da especialidade ortopédica ao desencadeamento do *delirium*, no entanto, na literatura, há numerosas pesquisas que descrevem tal vinculação, frisando uma vasta preocupação dos pesquisadores com essa população (ARSHI *et al.*, 2018; BROWN

et al., 2016; JONG *et al.*, 2019; JANSSEN *et al.*, 2019; RADINOVIC, 2015; ELSAMADICY *et al.*, 2017).

Na população em análise, a incidência de *delirium* foi de 8,9% todavia outros estudos apontam que esta varia amplamente na literatura, devido aos distintos métodos de pesquisa e aos critérios de inclusão e de exclusão dos participantes. Uma revisão sistemática sobre *delirium* em pacientes em unidades clínicas de internação teve como resultado a predominância de *delirium* de 10 a 31%, bem como sua incidência por admissão entre 3 e 29% (REYNISH *et al.*, 2017). Ademais, publicações esclarecem que a prevalência na admissão pode variar de 18 a 50% e que a incidência durante a hospitalização pode ser de 11 a 82%. Essas taxas sugerem que o *delirium* afeta milhões de pacientes idosos hospitalizados todos os anos e pode surgir antes da admissão no hospital (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; ELSAMADICY *et al.*, 2017).

Gráfico 1 – Incidência de *delirium* por dias de internação. Londrina, PR, BR, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

Os pacientes foram avaliados com a aplicação do instrumento CAM diariamente por até cinco dias, sendo que a alteração mostrada de acordo com a ferramenta denotava o diagnóstico de *delirium*. Do total de idosos que manifestaram a síndrome, 41% (n=9) expressaram-no no terceiro dia após a internação.

A não associação dos variados fatores de risco ao aparecimento do *delirium* justifica-se pelo pequeno número de idosos que o adquiriram durante o período da

coleta de dados. Sendo um dos desígnios ter um diagnóstico situacional da efetivação dos cuidados de enfermagem com essa população quando desenvolviam *delirium* na instituição em estudo, obteve-se esse resultado na avaliação dos 22 idosos, conforme visto na Tabela 4.

Ao longo dessa etapa de coleta de dados, caso apresentasse *delirium*, o idoso era acompanhado pela pesquisadora por até dois dias, para que fossem apreciadas as condutas a ele destinadas.

Tabela 5 – Orientações realizadas pela equipe de enfermagem aos acompanhantes após o desenvolvimento do *delirium* no idoso hospitalizado. Londrina, PR, BR, 2019

Tema das orientações dirigidas aos acompanhantes	Período de avaliação	
	24 horas (n=16)*	48 horas (n=13)*
Sobre o <i>delirium</i>	3 (19%)	4 (31%)
Para manter o acompanhante	8 (50%)	8 (61%)
Importância de situar o idoso no tempo e no espaço	3 (19%)	3 (23%)
Manutenção do uso de órteses e de próteses	0	0
Evitar restrição do paciente	2 (13%)	2 (16%)
Trazer objetos pessoais e fotos de família	0	0
Orientado uso de relógio e de calendário	0	0
Necessidade das grades elevadas	15 (94%)	13 (100%)
Manutenção de ingesta hídrica e de alimentação adequada	0	0
Realização de mobilização precoce	1 (6,5)	1 (8%)

Fonte: Elaborada pela autora

* Número de pacientes com acompanhante

Nesse ponto, os cuidadores e/ou familiares foram questionados a respeito das orientações que foram comunicadas a eles pelos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, manter as grades elevadas foi a orientação mais fornecida pela equipe, com 94% (n=15) dos acompanhantes aconselhados com 24h e 100% (n=13) aconselhados com 48h. Acredita-se que essa instrução tenha sido bem advertida pela equipe por já ser instituído o protocolo de risco de queda.

Manter o acompanhante como uma prescrição da equipe de enfermagem cumprida em 50% dos casos (n=8) nas 24h e em 61% (n=8) dos casos nas 48h de avaliação pós-*delirium* comprova que a equipe entendia a presença do acompanhante

como algo positivo para o idoso, muitas vezes sem interligar esse acompanhamento ao quadro de *delirium*.

O familiar cuidador é reconhecido pelos profissionais de saúde como uma peça fundamental para o restabelecimento de saúde do paciente, dado o vínculo afetivo e social que eles possuem, auxiliando no processo de reabilitação, dando suporte emocional e colaborando com a continuidade dos cuidados com seu familiar (SILVA *et al.*, 2020).

As orientações atinentes ao *delirium*, como situar o idoso no tempo e no espaço, esclarecer o acompanhante acerca da síndrome e instruir mobilização precoce, externalizaram porcentagens entre 6,5 e 31%.

Dos 22 pacientes que tiveram *delirium*, nas primeiras 24h de avaliação, 6 estavam sem acompanhantes, então, por meio do apontamento em prontuário, notou-se que foi solicitado acompanhante para 67% (n=4) deles. Já na avaliação das 48h, um total de 13 pacientes foi avaliado, pois 1 deles foram entubados e 2 receberam alta antes das 48h do episódio de *delirium*.

Do total de pacientes avaliados, 16 deles que estavam com acompanhantes, não foi necessário o uso de restrição física, já os que estavam sem acompanhantes 67% (n=4) houve a necessidade de restrição física por *delirium* hiperativo.

Constata-se que um dos propósitos dessa prática é prevenir a retirada de dispositivos invasivos e a queda do paciente, porém ela deve ser evitada e, quando exigida, utilizada com muita precaução (BARROS *et al.*, 2015).

Ao averiguar o registro das informações em prontuários, reparou-se que, dos 22 pacientes acometidos por *delirium*, 33% (n=7) foram noticiados pelos técnicos de enfermagem e apenas 14% (n=3) foram noticiados pelos enfermeiros. Os demais pacientes, 53% (n=11), foram detectados por outros integrantes da equipe de saúde (médicos e fisioterapeutas).

A rede escocesa *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), em suas diretrizes, ressalta a indispensabilidade de se fazer o diagnóstico do *delirium*, para isso, os profissionais de saúde devem documentar em prontuário a ocorrência clínica do quadro, e, na necessidade de transferências, este deve ser um ponto crucial a ser notificado ao profissional que recebe o paciente. As mesmas informações devem ser passadas aos familiares (SOIZA; MYINT, 2019).

Validar a demanda de intervenção concernente a determinado assunto no ambiente hospitalar principia-se com o processo de entender como tem sido a

assistência prestada, seja pela visão do paciente ou do acompanhante ou pela prática da equipe estudada. Desse modo, respalda-se na situação vivenciada no cuidado direto prestado ao paciente para guiar as decisões e as necessidades educativas, buscando melhorar a prática do cuidado (LARA *et al.*, 2018).

Para mais, destaca-se que, nessa primeira avaliação referente aos cuidados e às orientações exercidos pelos profissionais de enfermagem aos familiares, há um conhecimento fragilizado sobre o *delirium*. Seu quadro agudo deve ser considerado uma urgência clínica, de maneira que a competência da equipe é imprescindível para uma boa repercussão na conduta com os pacientes e com os familiares e mesmo em mudanças no ambiente e no ser profissional (RIBEIRO *et al.*, 2015).

É substancial valorizar o processo educativo, com a finalidade de expandir e de incrementar o domínio sobre dado conteúdo pelo profissional, tornando-o apto a atuar com competência e com reflexão crítica para orientar, para agir e para cuidar com qualidade, provendo uma assistência resolutiva para o paciente e para o seu familiar/cuidador (PÜSCHEL *et al.*, 2017). Na perspectiva da Teoria Dialógica freiriana, a educação torna-se afetiva quando é capaz de provocar transformações, em uma relação de práxis com a realidade (FREIRE, 2016).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E SEU CONHECIMENTO SOBRE O DELIRIUM

Os profissionais que participaram das entrevistas nas fases de diagnóstico e de pós-intervenção foram selecionados por intencionalidade, e não há identificação se eles participaram das duas modalidades. Uma vez que todos foram capacitados e auxiliaram na produção do plano de cuidados, uma comparação entre a aquisição do conhecimento e a avaliação sobre tal produção pôde ser feita. Na Tabela 5, está discriminada a caracterização dos participantes das entrevistas nas fase de diagnóstico e de pós-intervenção.

Tabela 6 – Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes das entrevistas. Londrina, PR, BR, 2019-2020

VARIÁVEIS	FASE DE DIAGNÓSTICO		FASE PÓS INTERVENÇÃO		
	N	%	N	%	
SEXO	F	18	64,3	15	62,5
	M	10	35,7	9	37,5

FORMAÇÃO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	23	82,1	18	75,0
	ENFERMEIRO	5	17,9	6	25,0
IDADE	21 A 30 ANOS	3	10,7	2	8,3
	31 A 40 ANOS	8	28,6	5	20,8
	41 A 50 ANOS	10	35,7	11	45,8
	51 A 60 ANOS	5	17,9	5	20,8
	MAIS 60 ANOS	2	7,1	1	4,2
	TURNO	MANHÃ	5	17,9	6
TARDE		11	39,3	5	20,8
NOITE		12	42,9	13	54,2
CONTRATAÇÃO	CONCURSADO	12	42,9	11	45,8
	PRESTADOR DE SERVIÇO	16	57,1	13	54,2
TEMPO DE FORMAÇÃO	MENOS 1 ANO	0	0,0	1	4,2
	1 ANO A 5 ANOS	7	25,0	12	50,0
	6 A 10 ANOS	6	21,4	5	20,8
	11 A 20 ANOS	7	25,0	4	16,7
	21 30 ANOS	7	25,0	1	4,2
	31 ANOS ACIMA	1	3,6	1	4,2
	TEMPO DE TRABALHO NESSE HOSPITAL	MENOS 1 ANO	5	17,9	1
1 ANO A 5 ANOS		11	39,3	4	16,7
6 A 10 ANOS		5	17,9	3	12,5
11 A 20 ANOS		3	10,7	13	54,2
21 A 30 ANOS		2	7,1	2	8,3
31 ANOS ACIMA		2	7,1	1	4,2

Fonte: Elaborada pela autora

A maioria dos profissionais que participaram da pesquisa foi mulher, tanto na fase de diagnóstico, 64,3% (n= 18), como na fase de pós-intervenção, 62,5% (n=15). A faixa de idade mais representativa foi de 41 a 50 anos, com 35,7% (n=10) na fase de diagnóstico e 45,8% (n=11) na fase de pós-intervenção; o vínculo de contratação manteve uma média entre servidores públicos estaduais e contrato na modalidade de chamamento público.

Isso posto, a seguir, divulgam-se alguns resultados, na forma de três estudos, que narram as intervenções e seus efeitos no conhecimento dos profissionais e na assistência de enfermagem implantada para prevenção e diagnóstico do *delirium* no idoso internado.

5.3 ESTUDO 1

CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM PLANO ASSISTÊNCIAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DELIRIUM EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL**COLLECTIVE CONSTRUCTION OF A CARE PLAN FOR DELIRIUM PREVENTION AND CONTROL IN HOSPITALIZED ELDERLY: CONVERGENT CARE RESEARCH****Resumo**

Objetivo: Compreender o processo de construção de um plano de assistência para prevenção e controle do *delirium* ao idoso hospitalizado utilizando a Pesquisa Convergente Assistencial.

Método: Estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, realizado em uma unidade clínica de um hospital público do norte do Paraná. Utilizou-se da descrição de um processo metodológico de acordo com os preceitos da pesquisa convergente assistencial (PCA). Participaram das oficinas 50 profissionais de enfermagem, e por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizagem realizou-se a construção de um plano de prevenção e controle de *delirium* ao idoso hospitalizado durante os meses de novembro de 2019 a abril de 2021.

Resultados: Realizou-se uma descrição das etapas de uma pesquisa qualitativa, tendo como referencial metodológico a PCA, da qual se resultaram em 31 ações para serem conduzidas na unidade em estudo, bem como elaborou-se um tutorial de prevenção e controle de *delirium* para direcionar a prescrição de enfermagem.

Conclusão: A descrição metodológica detalhada com o uso da PCA pode direcionar outros pesquisadores a respeito da utilização de um referencial metodológico tão amplo e completo nas pesquisas. No mais, verificou-se que a proposta concedeu uma aprendizagem mais significativa e um maior envolvimento dos profissionais, que se sentiram responsáveis pela implantação do plano na unidade. A percepção da melhora na qualidade da assistência no período de desenvolvimento do estudo foi unânime entre os participantes.

Descritores: *Delirium*; Idoso; Aprendizagem; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado.

Abstract

Objective: To understand the construction process of a care plan for delirium prevention and control in hospitalized elderly by using the convergent care research.

Method: Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, carried out in a clinical unit of a public hospital in northern Paraná. The Convergent Care Research (CCR) was used. Fifty nursing professionals participated, and through active teaching and learning methodologies, a plan for delirium prevention and control for the hospitalized elderly was carried out from November 2019 to April 2021.

Results: A description of the qualitative research steps was carried out, having the CCR as a methodological framework, which resulted in 31 actions to be accomplished

in the analyzed unit, as well as a tutorial for delirium prevention and control for direct nursing prescription was created. **Conclusion:** The detailed methodological description with the CCR use may guide other researchers regarding the use of such a vast and complete methodological framework in research. Furthermore, it was found that the proposal provided more significant learning and greater involvement of professionals, who felt responsible for implementing the plan in the unit. The perception of the quality of care improvement during the study development period was unanimous among the participants.

Descriptors: Delirium; Elderly; Learning; Nursing Care for the Hospitalized Elderly.

INTRODUÇÃO

A proporção de idosos no mundo será, até 2050, de 1 para cada 10 pessoas. No Brasil, 8,46% da população está acima de 65 anos, e a projeção para 2030 é de 13,44%¹. Uma das consequências desse fenômeno é a maior necessidade de serviços de saúde, incluindo situações de internação hospitalar.

Esse cenário requer alerta, pois os idosos hospitalizados estão predispostos a desenvolver alterações cognitivas, dentre as quais o *delirium* notabiliza-se como a mais incidente nessa população quando a internação é necessária². A ocorrência da síndrome é de 29 a 64% nos idosos internados, porém sublinha-se que de 30 a 40% dos casos são evitáveis³⁻⁵.

Diante desses dados, julga-se elementar a implantação de estratégias de cuidado relacionadas ao *delirium* que melhorem a qualidade da assistência aos idosos hospitalizados⁶. Revisões sistemáticas e diretrizes clínicas recomendam planos de intervenção com múltiplos componentes para a prevenção do *delirium*^{5,7-8}.

Observa-se, nesse sentido, que os cuidados são mais efetivos se implantados com metodologias ativas, em que o profissional possa ressignificar sua atuação prática e ser um instrumento de proposição das mudanças⁶. Assim, a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) surge como uma opção de metodologia ativa de ensino e aprendizagem.

A PCA tem como principal característica aproximar o pesquisador do campo de pesquisa, integrando os envolvidos ao processo de reconstrução da prática social⁹. Cabe ao pesquisador ou ao profissional responsável pelo comando da mudança abranger a equipe de saúde ativamente no andamento da pesquisa, buscando a articulação da prática ao conhecimento teórico. O profissional é visto como

protagonista das ações desejadas, estimulando a tomada de decisão compartilhada⁹⁻¹⁰.

Desse modo, almeja-se, com este estudo, compreender o processo de construção de um plano assistencial para prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado, com o uso do referencial metodológico da pesquisa convergente assistencial.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo exploratório, conduzida em uma unidade clínica de um hospital público do Norte do Paraná.

O caminho metodológico foi traçado a partir dos princípios da PCA, um método investigativo inovador, que propicia a interligação entre a teoria e a prática, aproximando os diversos saberes científicos do conhecimento e das experiências dos envolvidos na pesquisa de uma forma dinâmica, justaposta e integrada totalmente à assistência, com o único interesse em mudar uma prática assistencial de enfermagem¹⁰.

Esta investigação foi realizada com a equipe de enfermagem de uma unidade clínica de um hospital terciário, no período de junho de 2019 a maio de 2020, da qual participaram 6 enfermeiros e 44 técnicos. Adotou-se como critério de inclusão os profissionais estarem na assistência direta com o paciente, e, como critério de exclusão, estarem afastados por licença, por férias ou por atestado. Após a introdução do tema pela pesquisadora, 19 profissionais aceitaram participar das oficinas de elaboração, e os demais foram capacitados *in loco*, com atividades coordenadas pela pesquisadora e pelos profissionais que fizeram parte das oficinas.

O plano assistencial para prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado foi delineado após a conclusão de 6 oficinas com os profissionais. Posteriormente, por um período de 3 meses, transcorreu a fase de implantação na unidade de estudo, englobando o ajuste das informações, o distanciamento da pesquisadora e a avaliação da implementação por meio de uma entrevista semiestruturada.

Por intencionalidade, todos os profissionais foram convidados a participar da entrevista, contudo, de acordo com o critério de saturação dos dados, chegou-se ao

número de 24 profissionais, sendo 6 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem. No mais, 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem recusaram-se a participar e 4 funcionários estavam de férias. Os participantes foram identificados com as siglas “Enf” ou “Tec”, acompanhadas de uma sequência numérica.

As entrevistas eram constituídas por duas questões, quais sejam: 1) Você poderia comentar como foi participar do processo de construção do plano de assistência de prevenção e controle do *delirium* ao idoso hospitalizado? 2) Você poderia comentar quais resultados o plano instituído trouxe para a assistência de enfermagem durante sua utilização na unidade em estudo? As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração média de 30 minutos.

Para a análise das entrevistas, seguiram-se os critérios de análise de conteúdo de Bardin¹¹, com três etapas: pré-análise, exploração e inferência; já os resultados foram discutidos com amparo nos preceitos teóricos de Paulo Freire.

Respeitaram-se as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer nº 05507218.7.0000.5231. Todos os profissionais foram orientados sobre a pesquisa e, após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Finalizada a instauração do plano de assistência, procedeu-se uma entrevista semiestruturada, em junho de 2020, com os profissionais de enfermagem na unidade em estudo. Dos profissionais entrevistados, 62,5% eram do sexo feminino, 45,8% tinham idade entre 41 e 50 anos e 50% tinham entre 1 e 5 anos de formação.

RESULTADOS

Pretende-se, aqui, realçar as etapas da montagem de um plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado, tomando como caminho metodológico os princípios da PCA, método que tem como predicado preponderante manter uma estreita relação entre o pesquisador e o campo de pesquisa, com o intento de encontrar soluções para o problema sinalizado, de empreender e de incorporar mudanças na prática assistencial⁹.

Etapa 1 – A construção do plano assistencial de prevenção e controle de *delirium* no idoso hospitalizado

Inicialmente, a pesquisadora guiou uma contextualização com os profissionais da unidade, na qual o tema foi exposto utilizando-se a estratégia de apresentações *in loco*, conforme a disponibilidade dos participantes. No geral, formaram-se grupos de 3 a 4 profissionais, em uma sala reservada, no próprio ambiente de trabalho. Ainda, foram divulgados um diagnóstico situacional acerca da incidência do *delirium* no idoso hospitalizado daquela instituição, o qual foi previamente apurado pela pesquisadora, e toda a proposta metodológica do estudo, reforçando a importância do assunto e da participação dos profissionais na busca pela melhoria da qualidade da assistência.

Após a contextualização, entregou-se para cada profissional um convite para a formação de um grupo de estudos sobre o *delirium*, com o intuito de elaborar o plano assistencial. Para incentivar a participação dos profissionais, a proposta foi cadastrada como projeto de extensão na pró-reitora de extensão da universidade vinculada à instituição hospitalar, oportunizando ao profissional a liberação de um certificado de participação. Em vista disso, 19 deles retornaram o convite aceitando participar da oficina de estudos.

Foram efetuados seis encontros, uma vez por semana, nos períodos matutino e vespertino. Como estratégia, empregou-se um roteiro preliminarmente estabelecido, a fim de alcançar o objetivo de construção do plano assistencial de prevenção e controle do *delirium*. Sendo assim, foram promovidos rodas de conversas, dinâmicas de grupo, relatos de experiência e aulas expositivas dialogadas, sempre procurando aproximar a teoria da prática e encorajando os profissionais a repensar seu modo de trabalho, encontrando juntos soluções para a mudança assistencial.

Depois de cada encontro, os profissionais saíam com uma atividade a ser cumprida ou observada na prática assistencial, algumas com artifícios de motivação aos demais profissionais, que não participaram das oficinas, outras voltadas à interação com os idosos e/ou com os acompanhantes, outras solicitando apenas a observação de campo. Dessa forma, todos os participantes eram contemplados e instigados, bem como exerciam uma participação ativa na concretização da pesquisa.

1º Encontro – Principiou-se a abordagem incitando a equipe a conversar sobre o preconceito referente ao paciente com *delirium* e sobre as atitudes tomadas diante desses pacientes. Foram feitas leituras acerca do tema discutido e preparada uma

apresentação a respeito de cada tópico relativo ao *delirium*, os quais foram distribuídos entre os grupos. O encerramento do encontro sucedeu com uma aula expositiva dialogada, para contextualizar todo conhecimento já adquirido por meio do debate entre a pesquisadora e a equipe.

2º Encontro – Nesse encontro, os participantes compartilharam como foi o atendimento prestado, na prática assistencial, ao idoso que manifestou *delirium*, então se iniciou uma reflexão sobre tais atendimentos, elencando pontos positivos e negativos. O grupo foi estimulado a apontar hipóteses de como poderia ter sido o suporte ao idoso, dessa forma iniciou-se a formulação de um quadro com as dificuldades indicadas e as possíveis intervenções a serem desempenhadas na unidade de internação com base no estudo. Finalizou-se com uma aula expositiva dialogada, para esclarecer dúvidas quanto à temática.

3º Encontro – Discorreu-se sobre o diagnóstico e o tratamento do *delirium*, focando-se na demonstração do *Confusion Assessment Method (CAM)* e de dois estudos de caso de atendimento ao idoso, com *delirium* hipoativo e com *delirium* hiperativo. A cada encontro, retornava-se ao quadro de dificuldades e de intervenções, que era complementado segundo as sugestões do grupo.

4º Encontro – Versou-se sobre o Manual de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) e sobre tudo o que ele tem de informações acerca de “confusão aguda” e de “risco para confusão aguda”¹². Realizou-se a leitura de todos os itens de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) concernentes à Confusão Aguda¹³, então os participantes criaram um tutorial de prescrição de enfermagem atinente à prevenção e ao controle de *delirium*. O tutorial foi mostrado para a comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem da instituição e, após sua aprovação, inserido em seu sistema informatizado de prescrição de enfermagem.

5º Encontro – Retomou-se o quadro de dificuldades, tecendo-se uma comparação com o que a literatura científica traz sobre as condutas eficazes para prevenção e controle do *delirium*. Para tanto, foram usadas como embasamento as evidências científicas ancoradas nas recomendações e nas estratégias do programa *American Geriatric Society CoCare (AGS CoCare)*: HELP; do *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*; e da rede *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*. Cumpre salientar que todos estes citam intervenções multicomponentes para a prevenção de *delirium* no idoso^{4,14-18}.

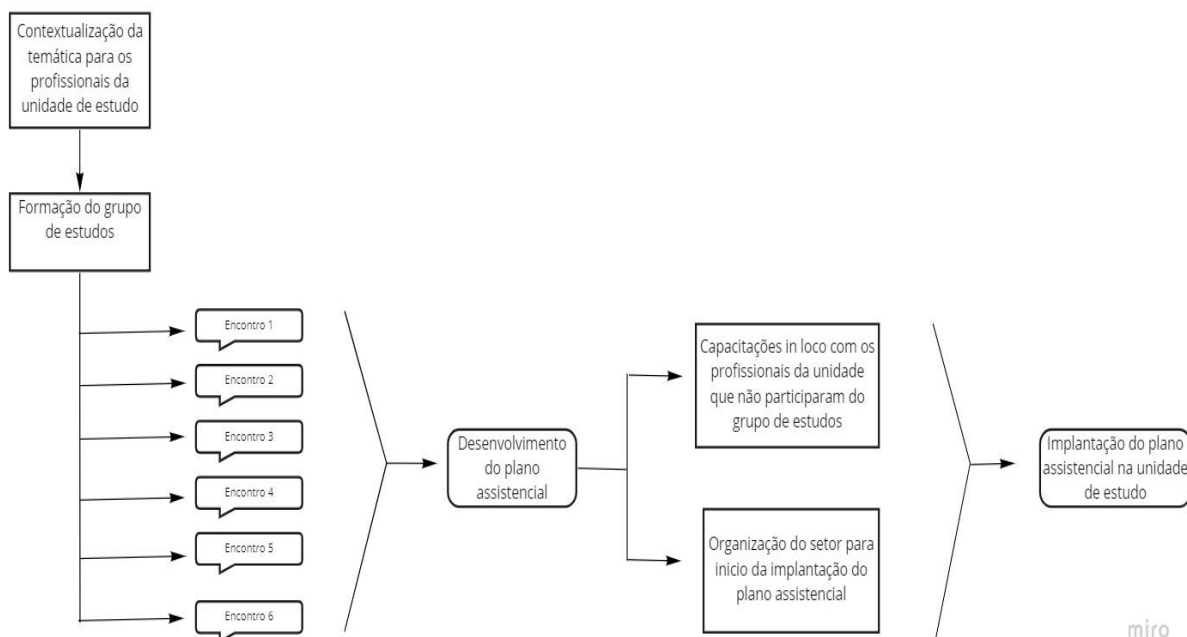
6º Encontro – No último encontro, as atividades foram encerradas com a releitura do plano assistencial para prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado e os ajustes necessários foram arrematados.

Na sequência dos encontros, por duas semanas, transcorreu uma capacitação *in loco* com os integrantes da equipe de enfermagem que não participaram das oficinas, com o desígnio de aproximá-los ainda mais da temática e de incentivá-los na participação da pesquisa e das ações a serem implementadas na unidade. Juntamente da sensibilização desses profissionais, procedeu-se a organização do setor para o assentamento do plano assistencial, com a colocação de calendário mensal, de relógios nas paredes das enfermarias, de avisos de diminuição de ruídos, de cartazes, em pontos estratégicos, contendo o plano assistencial e uso de folders educativos.

Na fase de implantação do plano assistencial, os profissionais, em sua rotina de trabalho, executavam as ações tracejadas nas oficinas. O acompanhamento aconteceu por visitas periódicas na unidade pela pesquisadora, nas quais se sanavam dúvidas, ouvia-se a opinião dos profissionais, retocavam-se as atitudes assumidas e conversava-se com pacientes e com familiares, visando averiguar se as orientações estavam sendo consumadas. Houve um período de afastamento temporário do campo de pesquisa, para verificar o quanto o conteúdo apreendido nas oficinas estava enraizado nas práticas assistenciais.

Após dois meses, a pesquisadora regressou ao setor e conduziu uma entrevista semiestruturada com os profissionais de enfermagem, com a finalidade de compreender se o plano de cuidados para prevenção e controle do *delirium* de fato mudou o comportamento dos profissionais de enfermagem, ecoando, dessa forma, no aprimoramento da assistência ao idoso.

Figura 2 – Fluxograma com as etapas de desenvolvimento do plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado



Fonte: Elaborada pela autora

Etapa 2 – Percepção dos profissionais quanto à participação na construção do plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado

Os profissionais, na condição de participantes no progresso do plano, trouxeram suas percepções sobre todo o processo de condução, frisando que, ao participarem da pesquisa, conquistaram um conhecimento pouco entendido entre eles anteriormente:

[...] saímos de um conhecimento comum, o que achávamos que era certo, para um conhecimento mais aprofundado, com referência científica (Enf4).

Eu acho que refletiu de forma positiva, porque nós agora entendemos do assunto e quando sabemos, vemos que aquilo deve ser feito porque melhora para o idoso (Tec9).

O processo foi de muita aprendizagem e construímos o protocolo de acordo com nossa realidade e tudo que seria possível ser realizado (Tec3).

[...] nós demos mais importância, porque foi a gente que construiu junto (Tec23).

Em algumas falas, os profissionais expressam que a participação da equipe na confecção do plano assistencial viabilizou uma mudança de comportamento:

[...] começamos a prestar atenção na nossa maneira de lidar com o delirium, ou saber que de alguma forma podíamos intervir (Tec2).

[...] percebemos que estávamos mais atentos com os idosos, o pessoal começou a conversar mais, falar com os familiares, e isso deixava o idoso mais orientado (Tec6).

Eu passei a ter um olhar mais diferenciado com estes pacientes, tentando sempre trabalhar com a prevenção para que ele não desenvolva o delirium (Tec4).

O momento permitiu ao grupo reflexionar sobre o trabalho em equipe propiciado pela estratégia utilizada durante a construção do plano.

[...] todos nós profissionais estávamos engajados, e isso ajudou ao protocolo ser realizado por completo e nós vimos que melhorou para o idoso, e isso vamos levar para a vida toda, em qualquer setor que formos trabalhar (Tec7).

[...] a equipe ficou empenhada nos cuidados com esses idosos, intervíamos de forma correta e isso continuava nos outros períodos porque os profissionais sabiam que havia um protocolo que seria o melhor para o idoso (Tec8).

[...] Deveríamos ter mais momentos como este, se reunir e pensar junto, acho que isso faz a gente trabalhar em equipe e depois vir para o setor com o mesmo pensamento todos querendo melhorar para o idoso (Enf4).

[...] os funcionários se sentiram incluídos, percebi que eles ajudaram a identificar as situações no dia a dia, e a controlar o ambiente, controlar nível de ruído (Tec1).

Ao avaliarem o processo instaurado, os profissionais declararam que o modo como a concepção do plano assistencial foi encaminhada repercutiu positivamente na melhoria da assistência aos idosos, revelando êxito nos propósitos iniciais.

Quem participou e aderiu todo o processo com certeza observou que melhorou para o idoso, acredito que nós conseguimos melhorar a assistência para o idoso (Enf3).

O protocolo que foi instituído, foi de grande valia, melhorou bastante a assistência para o idoso, estabelecer este protocolo passar por todo esse processo foi muito bom para os idosos (Tec2).

Entendemos o que era preciso fazer para prevenir e controlar o delirium no idoso, e isso colaborou muito para cuidarmos desse idoso (Tec21).

Os profissionais também narraram a percepção de relevância do modelo de cuidado designado, pois sentiram-se participantes ativos do processamento de mudança da prática.

[...] nós dávamos sugestões e foi assim, aos poucos, nós fomos percebendo que nossa participação foi importante, nós também opinávamos e dávamos as sugestões (Tec15).

Nós participamos nos sentimos mais envolvidos, o processo fazia a gente se envolver (Enf1).

Neste processo, onde você compartilhava tudo que era construído no grupo de estudo e emitia nossa opinião, nossa colaboração, do que poderia dar certo, sempre procurando saber o que gente vivia na realidade para nós isso foi fundamental (Tec8).

[...] quando você se envolve para pensar o problema, as possibilidades de tratar esse problema, existe um engajamento muito maior, por que você se sente responsável pelo resultado, você quer que dê certo seu nível de envolvimento é muito maior (Tec7).

DISCUSSÃO

Por conseguinte, pesquisador e pesquisados tornam-se protagonistas dos decursos “saber-fazer” e “saber-pensar”, aspirando alcançar uma ponderação sobre os problemas levantados e a solução para tais, operando mudanças e/ou inovações no contexto em que vivem⁹.

Idealizar um processo de ensino e aprendizagem que procure unir o conhecimento e a prática vividos pelo profissional e o conhecimento e as experiências do educador, sendo esse educador inserto no ambiente da pesquisa, perfaz o preceito da dialogicidade, fazendo com que o profissional reflita com o pesquisador a respeito de sua realidade de trabalho, colaborando para o aperfeiçoamento da autonomia e da criatividade e para o comprometimento na resolução dos problemas encontrados na prática social¹⁸.

Trilhar um caminho de pesquisa percorrendo as determinações da PCA pode nortear outros profissionais de saúde que também desejam aplicar esse referencial metodológico em seus trabalhos. A PCA dispõe de atributos essenciais para

investigações na área da saúde, sobretudo no âmbito da enfermagem, sendo eles: dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade⁹.

Além disso, menciona-se que a modificação da realidade antes vivenciada só é conseguida com a conscientização do indivíduo como produto da prática dialógica, com um processo de ensino-aprendizagem mais ativo. Igualmente, no trajeto educacional, acreditar no educando como membro atuante do movimento, mantendo-se uma ligação de educador-educando com educando-educador, possibilita a problematização dos homens em suas relações com o mundo. Essa relação torna os educandos sujeitos ativos, conscientes e desafiados a mudar o meio, e, quanto mais problematizados, como seres no mundo e com o mundo, mais os educandos sentir-se-ão desafiados e dispostos a alterações¹⁹.

Na performance de composição do plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado utilizando-se do arcabouço da PCA aliado às metodologias ativas de aprendizagem, foi possível obter uma aprendizagem significativa, que reverberasse em melhores práticas assistenciais, bem como na incorporação do tutorial de prescrição de enfermagem ao sistema informatizado do hospital analisado.

Ao trazerem suas percepções tocantes à participação na estruturação do plano de prevenção e controle do *delirium*, os profissionais externalizaram o sentimento de satisfação pela técnica utilizada e consideraram que esta contribuiu para os excelentes resultados na implementação do plano. Eles argumentaram que, ao participarem ativamente do processo de construção do conhecimento, adquiriram um embasamento teórico compreensível e duradouro, capaz de ocasionar mudanças de comportamentos. Ademais, relataram que o trabalho em equipe favoreceu os resultados ideais na assistência ao idoso, pois todos entendiam a pertinência de se exercitar o plano delineado e sentiam-se parte disso.

O desenrolamento das práticas educativas não pode basear-se somente na transmissão do conhecimento, mas elas precisam de um método contínuo, pautado no ensino, na ação vivenciada e na pesquisa das atividades de enfermagem, o qual seja apto a suscitar mudanças de comportamento do indivíduo, a partir da dinâmica ação-reflexão-ação²⁰.

O trabalho em equipe e a mudança de comportamento reportados pelos profissionais podem refletir de maneira positiva na implantação e no seguimento no plano assistencial para prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado.

Toma-se a definição de trabalho em equipe como um ato colaborativo e articulado entre os profissionais centrado no paciente, caracterizado pela interação, pela comunicação, pela cooperação, pelos objetivos comuns e pelas ações focadas na saúde, sendo impreterível para a qualidade da assistência e da segurança do paciente²¹.

As táticas de ensino que englobam os profissionais, acarretando o aprimoramento de uma comunicação interpessoal eficiente, o raciocínio crítico e o trabalho em equipe para a tomada de decisões, promove a desenvolvimento de ações possíveis de ressoar diretamente na assistência à saúde²².

Para Freire, os métodos de educação devem propor uma relação de parceria entre os atores envolvidos, sendo esta uma práxis dialógica que proporciona vínculos de afetividade, de humildade, de respeito e de amor pelos pares, possibilitando a análise das situações vividas, o reconhecimento dos problemas e a procura por soluções sempre com conexões humanas horizontalizadas, em que todos são integrantes conscientes do diálogo. O homem precisa assimilar a realidade e transformar as dificuldades em ação, sendo capaz de reinventar o mundo, e não só de reproduzi-lo^{19,23}.

A satisfação, a motivação e o empenho surtidos nos profissionais abrangidos na pesquisa e exteriorizados nas falas transpareceram diretamente no refinamento da qualidade da assistência, e isso somente foi viável mediante o uso da metodologia da PCA, com a qual se percebeu a valorização e a responsabilização desses profissionais como atores de renovação.

Como postula Freire, essa tomada da consciência crítica tem origem no relacionamento do homem com o mundo e na elucubração acerca desse mesmo ato. Quando o homem entende sua realidade, pode aventar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e fornecer soluções aptas a transformá-la¹⁹.

Conquanto a PCA abone a utilização de diferentes métodos de pesquisa, desde que sejam obedecidas suas propriedades elementares (dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade), este estudo limitou-se a descrever apenas uma das exequíveis rotas para o emprego desse referencial metodológico que abrange os mais distintos procedimentos de análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Explicita-se, na atualidade, que o uso de estratégias de ensino e aprendizagem com metodologias ativas no ambiente de trabalho faz-se imperioso para despertar mudanças de comportamento dos profissionais. Isso porque propicia que eles sejam participantes ativos no processo de modificação, permitindo seu engajamento e sua responsabilização no processo de trabalho e trazendo resultados mais benéficos para a prática vivenciada.

A feitura do plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado só foi possível e findou em resultados profícuos na percepção dos profissionais porque a metodologia PCA adotada e sua administração pela pesquisadora garantiram a participação de todos os profissionais da unidade em estudo, com empenho e colaboração ativa. Portanto, essa constituição ocorreu de acordo com a realidade da unidade, tal como as experiências e as práticas vivenciadas pelos seus protagonistas.

Destaca-se que a problemática do *delirium* no idoso hospitalizado, na visão dos profissionais, pode ser minimizada com a implementação do plano assistencial de prevenção e controle, na medida em que este somente foi consubstanciado pela utilização de uma metodologia que privilegiasse a aproximação da teoria e da prática, o trabalho em equipe e a valorização do profissional, com uma postura ética, crítica e consciente quanto à necessidade de transformação da realidade.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060 [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 17]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>
2. Chagas NM, Borges DG, Chagas MH. Delirium como fator de risco para demência em idosos: uma atualização. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2016 [citado 2021 Jun 24];65(1):94-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000109>
3. LaHue SC, Douglas VC, Kuo T, Conell CA, Liu VX, Josephson SA, et al. Association between inpatient delirium and hospital readmission in patients \geq 65 years of age: a retrospective cohort study. J Hosp Med [Internet]. 2019 [citado 2021 Mar 20];14(4):201-206. Disponível em: <https://doi.org/10.12788/jhm.3130>
4. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2018 [citado 2021 Mar 10];26(10):1015-1033. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.06.007>

5. Davis DH, Muniz-Terrera G, Keage HA, Stephan BC, Fleming J, Ince PG, et al. Association of delirium with cognitive decline in late life: a neuropathologic study of 3 population-based cohort studies. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 2021 Mar 10];74(3):244-251. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2598162>
6. Silva MA, Camacho AC, Leite BS, Silva T, Menezes HF, Santos KLD, et al. Identification of delirium in the elderly hospitalized in intensive care units: integrative review. *Research, Society and Development* [Internet]. 2020 [citado 2021 Mar 20];9(5):e51953090. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3090>
7. Ludolph P, Stoffers-Winterling J, Kunzler AM, Rösch R, Geschke K, Vahl CF, et al. Non-pharmacologic multicomponent interventions preventing delirium in hospitalized people. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020 [citado 2021 Jun 10];68(8):1864-1871. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16565>
8. Prayce R, Quaresma F, Galriça Neto I. Delirium: o 7º parâmetro vital? *Acta Med Port* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 12];31(1):51-58. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp9670>
9. Trentini M, Paim L, Silva DM. A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da pesquisa convergente assistencial. 1a ed. Porto Alegre: Moriá; 2017.
10. Alvim NA. Pesquisa convergente assistencial enfermagem: possibilidades para inovações tecnológicas. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2021 Mar 20];21(2):e20170041. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170041>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
12. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA I: definições e classificação 2018-2020. 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2020.
14. Davis D, Searle SD, Tsui A. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network: risk reduction and management of delirium. *Age Ageing* [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 17];48(4):485-488. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz036>
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Risk reduction and management of delirium [Internet]. Edinburgh: SIGN; 2019 [citado 2021 Jan 17]. Disponível em: <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>
16. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: diagnosis, prevention, and management [Internet]. London: NICE; 2019 [citado 2021 Mar 20].

Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-pdf-35109327290821>

17. Yue J, Tabloski P, Dowal SL, Puelle MR, Nandan R, Inouye SK. NICE to HELP: operationalizing National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines to improve clinical practice. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [citado 2021 Jan 10];62(4):754-761. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.12768>
18. Soares LS, Silva NC, Moncaio AC. Methodologies in higher education: opinions, knowledge and teaching attitudes. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 12];13(3):783-795. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a236317p783-795-2019>
19. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo: Cortez; 2018.
20. Oliveira MC. *Saberes e experiências de clientes sobre o exame de tomografia computadorizada desvelados no diálogo com a enfermeira [dissertação]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem Fundamental; 2016. 142 p.
21. Souza GC, Peduzzi M, Silva JA, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado 2021 Jun 10];50(4):640-647. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
22. Freitas CA, Santos AC. Uso de metodologias ativas no ensino de práticas de Enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado 2021 Mar 20];13:e241524. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241524>
23. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 42a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.

5.4 ESTUDO 2

CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM SOBRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO

THE NURSING TEAM KNOWLEDGE ABOUT MEASURES TO DELIRIUM PREVENT AND CONTROL IN THE HOSPITALIZED ELDERLY

Resumo

Tem-se por objetivo revelar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o *delirium* em idosos hospitalizados, após a realização de um processo de construção e implementação de um plano assistencial de prevenção e controle do *delirium*, com o uso da metodologia da pesquisa convergente assistencial com abordagem qualitativa. Realizou-se uma entrevista semiestruturada com 28 profissionais de enfermagem na fase de diagnóstico e 24 profissionais na fase pós-intervenção na unidade em estudo, realizada em junho 2019 e maio de 2021. Analisou-se o desenvolvimento do conhecimento da equipe referente ao tema com auxílio dos constructos teóricos do educador Paulo Freire, e qual o reflexo da aquisição deste conhecimento na assistência a população idosa hospitalizada. Destaca-se que com o uso de uma estratégia metodológica ativa de aprendizagem, os profissionais adquiriram propriedade científica sobre *delirium* no idoso, sendo capazes de correlacionar com suas práticas assistenciais, tornando-os aptos a gerar mudanças na realidade.

Palavras-chave: *Delirium*; Idoso; Aprendizagem; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado.

Abstract

This article aims to reveal the nursing team knowledge about delirium in hospitalized elderly after carrying out a process of construction and implementation of a care plan for delirium prevention and control by using the convergent care research methodology with a qualitative approach. In the analyzed unit, a semi-structured interview was applied with 28 nursing professionals in the diagnosis phase and with 24 professionals in the post-intervention phase, carried out in June 2019 and May 2021. The team's knowledge development regarding the subject was analyzed with the support of the theoretical constructs of the pedagogue Paulo Freire, as well as the reflection of this knowledge acquisition in the hospitalized elderly assistance. It is emphasized that, with an active methodological learning strategy use, professionals acquired scientific knowledge about delirium in the elderly, being able to establish relationships with their care practices and becoming able to generate changes in reality.

Keywords: Delirium; Elderly; Learning; Nursing Care for the Hospitalized Elderly.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem crescido mundialmente, de maneira que, em 2050, 1 a cada 6 pessoas terá mais de 65 anos (16%). Para se ter uma comparação, em 2019, essa quantia era 1 para cada 11 pessoas. No Brasil, até 2017, a população de idosos já superava 30,2 milhões, e a expectativa para 2060 é que esses indivíduos passem dos 73 milhões de pessoas¹⁻².

Nota-se que os idosos são mais propensos a desenvolver diversos problemas de saúde, acarretando uma maior necessidade de assistência hospitalar, e, quando são internados, estão sujeitos a manifestar alterações cognitivas e fisiopatológicas, que podem comprometer seu estado de saúde³.

Dentre essas alterações cognitivas, ressalta-se o *delirium*, um distúrbio que afeta até 50% dos idosos internado, podendo essa taxa ser ainda maior entre idosos em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI)⁴⁻⁵. Estudos comprovam que o surgimento do *delirium* no idoso hospitalizado aumenta o tempo de internação e provoca readmissões, maior mortalidade e encarecimento dos custos hospitalares⁵⁻⁸.

O *delirium* é conceituado como um distúrbio neurocomportamental, uma alteração aguda e flutuante da consciência e da cognição, com alterações do ciclo sono-vigília e da psicomotricidade, podendo variar bruscamente de hiperatividade para hipoatividade em seu curso. Dentre seus sinais, estão: diminuição da atenção, da percepção, da memória, da orientação e do raciocínio, frequente troca da noite pelo dia, além de transtornos emocionais, como depressão, ansiedade, medo, irritabilidade, euforia e apatia⁹⁻¹¹.

Os profissionais de saúde subestimam o *delirium*, por desconhecimento e por acreditarem ser uma síndrome inevitável e transitória. Muitas vezes, esse distúrbio não é diagnosticado, sendo constantemente subnotificado e mal administrado, mesmo estando associado a um importante episódio para o paciente e para o seu cuidador, e, nomeadamente, a um mau prognóstico¹²⁻¹⁴.

Dada a relevância do *delirium*, em virtude de sua prevalência e, acima de tudo, das consequências para os pacientes idosos, justifica-se a necessidade de os profissionais de saúde entenderem esse quadro e saberem quais condutas tomar para sua prevenção e controle.

Viabilizar um aprendizado em que se reflita acerca do processo de trabalho e no qual evidências científicas e vivência da prática profissional integram-se possibilita

melhores entendimento e adesão da equipe, pois o profissional sente-se parte da transformação da realidade^{10,15}. A educação dos profissionais de saúde com a concepção de estratégias que permitam a prevenção, a identificação precoce do *delirium* e a implementação de intervenções adequadas propicia uma assistência mais adequada aos idosos¹⁶.

Tendo em mente que a equipe de enfermagem é a que permanece 24 horas conferindo assistência direta aos idosos internados, é indispensável capacitá-la e avaliar o quanto o conhecimento absorvido sobre esse tema foi valioso para se alcançar uma mudança da realidade da assistência e uma redução dos impactos negativos sobre a saúde do idoso.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo desvelar o conhecimento da equipe de enfermagem após o desfecho de um processo de construção e de implementação de um plano de assistência de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, o qual utilizou como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Hoje, no campo da pesquisa, particularmente na área da enfermagem, a PCA é uma metodologia que integra o escopo da educação continuada ao foco no aprimoramento da realidade assistencial nos serviços de saúde, tendo sido amplamente usada como recurso para qualificação, embasada em evidências científicas das práticas em enfermagem¹⁷.

A investigação foi conduzida em um hospital terciário universitário do Paraná, em uma unidade clínica mista composta de 50 leitos, cuja população foi constituída pela equipe de enfermagem, que totalizou 6 enfermeiros e 44 técnicos de enfermagem.

Na fase de diagnóstico, realizou-se uma entrevista semiestruturada, e, na fase de pós-intervenção, elaborou-se um plano assistencial para prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado, com intermédio do referencial metodológico da PCA.

Por intencionalidade, todos os profissionais foram convidados pessoalmente, aderindo-se como critério de inclusão estar na assistência direta ao paciente na unidade em que transcorreu a pesquisa por no mínimo 6 meses. Em contrapartida,

excluíram-se todos os profissionais que estavam afastados por licença-prêmio, licença médica e férias.

Consoante o critério de saturação dos dados, no período da fase de diagnóstico, a entrevista deu-se com 28 profissionais, sendo 5 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem, em diferentes turnos, e, na fase de pós-intervenção, com 24 profissionais, sendo 4 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem. Enfatiza-se que 1 enfermeiro e 3 técnicos recusaram-se a participar e 4 estavam de em férias. Mantendo a confidencialidade, eles foram identificados com as siglas “Enf”, para enfermeiros, e “Tec”, para técnicos de enfermagem, acrescidas de uma numeração.

A coleta dos dados ocorreu em outubro de 2019, na fase de diagnóstico, e em junho de 2020, na fase de pós-intervenção, tendo como instrumento as seguintes questões abertas: Você consegue me dizer quais medidas podem ser realizadas para prevenir o *delirium* no idoso hospitalizado?; Você consegue me dizer quais medidas podem ser realizadas para tratar ou controlar o *delirium* no idoso hospitalizado?; Fale para mim quais seriam as consequências do *delirium* no idoso hospitalizado.

As entrevistas sucederam em uma sala reservada, na unidade de trabalho, conforme a disponibilidade dos participantes, com a duração média de 30 minutos. Todos os dados foram obtidos pela própria pesquisadora e gravados com aparelho manual marca Sony ICD-PX470, com posterior transcrição na íntegra, também manual, no programa *Word*, sendo analisados sem identificações.

A organização das entrevistas contemplou os critérios de análise de conteúdo de Bardin¹⁸, com três etapas: pré-análise, exploração e inferência; já os resultados foram discutidos com o referencial teórico de Paulo Freire. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer nº 05507218.7.0000.5231¹⁹.

RESULTADOS

Após análise detalhada das falas dos participantes, despontaram duas categorias temáticas:

1) O conhecimento da equipe de enfermagem sobre as medidas de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado antes e após uma intervenção educativa

Na fase de pré-intervenção, muitos dos profissionais de enfermagem, ao serem questionados a respeito das medidas de prevenção e controle, responderam com base no senso comum e com saber limitado sobre o tema:

É complicado, porque eles ficam agressivos, mais a gente tem que entender que não é com a gente é a situação dele ali (Tec19).

Não tem explicação e nem o que fazer, todo idoso que interna ele fica confuso, ele interna hoje passa bonzinho, mas amanhã você já percebe que ele começa a delirar (Téc8).

Vários profissionais não conheciam o processo de prevenção e controle do *delirium* ou não sabiam dizer quais medidas eles poderiam executar:

No meu ponto de vista, não tem como minimizar, porque é um quadro que vem dele, como você prevê, como você evitar. Eu acredito que seja do próprio organismo dele mesmo que desenvolve (Tec24).

Eu acredito que não tem, nós profissionais não tem como. Porque, no meu ponto de vista, não é científico, acredito que sair de sua zona de conforto, estar no hospital, seu diagnóstico pra mim é um conjunto (Enf4).

Outro ponto levantado foi em relação ao dimensionamento de recursos humanos para a assistência ao paciente idoso, referindo uma sobrecarga de trabalho em razão do quantitativo de pacientes que precisam atender, o que ocasiona menor atenção e dificuldades na qualidade do serviço. Entretanto, os profissionais defenderam que, se cuidassem de um número menor de pacientes, conseguiriam prestar um cuidado de mais qualidade aos idosos.

[...] como tem muitos pacientes, eu não consigo ir trabalhar com prevenção e controle, é muito trabalho para fazer, não tenho tempo (Enf3).

Quanto menos paciente para cuidar conseguimos ter uma melhor assistência, agora, do jeito que está, focamos no mais importante, que é medicação, curativo e tem coisas que acabamos não dando muita atenção (Tec21).

Mais funcionários para trabalhar, porque não conseguimos dar a assistência que gostaria (Tec10).

Quando interrogados sobre como o familiar ou o cuidador poderiam auxiliar na prevenção e no controle do *delirium*, os profissionais, na fase de diagnóstico, relataram apenas que a presença desse acompanhante já diminui as chances de os idosos manifestarem a síndrome, exemplificando que, quando o paciente fica agitado, o familiar ajuda a poupar uma restrição física.

Quando tem acompanhante, conversamos com ele para ajudarmos a não deixar o paciente restrito (Tec2).

Família estar sempre junto, estar sempre presente conversando, puxando memórias atuais o que era, o que não era, o que está acontecendo, o que está passando pela cabeça do idoso (Enf2).

Na fase de pós-intervenção, por seu turno, a totalidade dos profissionais entrevistados frisou ser fundamental a presença de familiar e/ou de cuidador para assessorar nas instruções mais específicas com o idoso e para manter o contato com familiares e o apoio nas pequenas tarefas do dia a dia nesse período de internação, haja vista que, por ser uma pessoa conhecida, transmite mais segurança ao paciente.

[...] pedimos para o familiar ficar com o idoso, orientando-o no tempo e espaço, se o idoso desenvolvesse delirium, conseguiríamos ir atrás de medicação antes de restringir, porque o familiar estava ali próximo, colaborando para manter o idoso seguro (Tec10).

Eu penso que orientar o idoso e seu acompanhante, orientamos e eles ajudam, orientamos a manter o idoso orientado, esclarecido sobre seu estado, e colaboram nos pequenos cuidados, isso já faz a diferença para o idoso e previne o delirium (Enf4).

Eu lembro que entregávamos o panfleto de orientações para os familiares e falávamos para o acompanhante conversar com o paciente o dia e o horário, falávamos para trazer coisas que ele gostava de fazer em casa e fazer aqui com a gente, joguinho, crochê etc. Perguntava horário, dia, se está de tarde ou de noite, sempre orientando o idoso (Tec11).

Outras notáveis medidas de prevenção e controle do *delirium* citadas pelos profissionais foram: orientar o idoso no tempo e no espaço diariamente, não estimular as ideias delirantes, exercitar a memória, informar o idoso sobre seu estado de saúde. Posteriormente à instauração do plano assistencial, os profissionais apontaram como pontos positivos o uso de relógios e de calendários dentro das enfermarias, assim como a distribuição do folder educativo para os acompanhantes, incentivando a

orientação e outros cuidados com o idoso e sinalizando o quanto é primordial mantê-lo norteado no tempo e no espaço.

Eu acho que o mais efetivo aqui na unidade é manter o paciente orientado no tempo e no espaço, conversando com ele em todas as oportunidades, dizendo que dia é hoje, que período estamos (Tec7).

Sempre orientar o idoso diariamente, dizendo que dia é hoje, o horário, o porquê ele está no hospital...também evitar reforçar ideias delirantes (Enf3).

O calendário ajudou bastante, sempre estimulávamos os idosos, tinha idoso mais ativo que olhava para o calendário e orientava os idosos acamados, sempre apontávamos para o calendário quando o idoso queria saber o dia e isso estimulava ele (Tec14).

Já na fase de diagnóstico, somente três profissionais relataram sobre a necessidade de orientação do idoso no tempo e espaço.

Orientar o idoso, onde ele está, explicar a situação de internação, o que está acontecendo ao seu redor (Tec8).

O emprego da restrição foi aludido nas duas fases. Dessa forma, na fase de diagnóstico, os profissionais afirmaram fazer uso da restrição como primeira opção quando o idoso está em *delirium* hiperativo, alegando não poder colocar o paciente em risco de queda. Destes, alguns disseram evitar a conduta na presença do familiar, uma vez que contavam com a ajuda do acompanhante.

[...] e ter paciência e tentar explicar, se você conseguir conversar fazer com que ele entenda, não vai chegar restringindo, se ele não entender, tem que restringir pelo bem dele (Enf4).

Não tenho muito ideia não, sinceramente, se a gente não restringir, a gente não consegue cuidar, cair da cama é pior (Tec19).

O meu papel é tomar os cuidados para evitar quedas, que nem falei para você, por isso faço restrição, eu restrinjo mesmo, muitas vezes a família fala que não quer que restrinja, eu falo que eles têm que deixar, porque o familiar não vai ficar 24 horas acordado (Tec6).

Já na fase de pós-intervenção, os profissionais asseveraram que a restrição física deveria ser poupada, pois piorava o quadro de *delirium* no idoso. Conforme narraram, a prática só era consumada quando o paciente em *delirium* hiperativo

estava sem a presença do acompanhante e a medicação não era ministrada rapidamente, por falta de profissional médico para receitar.

No momento em que ele estivesse bem agitado, desconectado com o ambiente, a gente teria que medicar, neste caso, se ele não tiver acompanhante, a gente teria que restringir também até ele se acalmar, mas a restrição tem que ser evitada, porque é uma agressão para o paciente (Tec14).

Primeiramente, eu comunicaria a supervisora do setor, eu iria ver se ele está muito agitado e confuso, se sim, teria que deixar as grades elevadas, e, se ele estivesse bem agitado, bem agitado mesmo, eu teria que restringir, não teria jeito, é para segurança dele (Tec12).

Sempre evitar restringir, restringir só em último caso mesmo, quando estiver muito agitado e sem acompanhante (Tec13).

Ainda no tocante aos medicamentos, na fase de diagnóstico, os profissionais expressaram que, para o tratamento e o controle do *delirium*, sua prescrição seria a primeira escolha:

[...] na maioria das vezes, o médico acaba dando um remedinho para acalmar, mas tem que tomar cuidado, porque dependendo do idoso ele rebaixa demais (Tec21).

Ai já é caso médico, o médico teria que fazer uma avaliação para medicar, porque as vezes eles não são medicados (Tec6).

Na fase de pós-intervenção, eles mencionaram o uso do medicamento como controle em uma fase mais aguda de *delirium* hiperativo:

[...] e também na fase aguda é necessário o uso de medicamento, quando ele está bem agitado (Tec3).

[...] chamar o médico para medicar, isso quando ele está agitado, tem que tirar o paciente dessa fase de agitação, depois temos que tentar descobrir por que ele desenvolveu o delirium (Enf4).

Ter rapidez, do médico vir avaliar e medicar, se for necessário, porque é uma coisa que prejudica muito o idoso, é a espera por um medicamento que acalme ele (Tec15).

A utilização de tecnologias para estimular o cognitivo do idoso e mantê-lo situado no tempo e no espaço, como celulares, relógios, computadores e rádios, foi indicada como fator vital para o período de internação. O ambiente e a manutenção

das rotinas do idoso também apareceram como estratégias de prevenção e controle do *delirium*. A maioria dos profissionais salientou a pertinência de o idoso saber se é dia ou noite e de ficar posicionado próximo de janelas, de o ambiente ser calmo, sem muitas interferências sonoras de aparelhos e de monitores, e de se evitar remanejar o idoso de leito.

O fomento aos hábitos usuais do paciente dentro do ambiente hospitalar também foi muito reportado, sugerindo que o profissional deve procurar manter as rotinas do idoso, como banho, alimentação, costumes do tipo leitura, crochê, música, entre outras atividades possíveis de serem desempenhadas nesse ambiente. Além disso, preconiza-se manter o uso de órteses e de próteses nos idosos, como óculos, prótese dentária e aparelhos auditivos.

Falas da fase pós intervenção ilustram esse discernimento:

Precisamos pedir para a família trazer óculos, dentadura, aparelho de audição, porque muitas vezes eles levam com medo de perder, mas isso prejudica o idoso, então precisa deixar (Tec23).

O uso do aparelho celular quando ele tem costume de usar, para ele se manter informado, até um relógio, para saber as notícias do dia, o que está acontecendo, estimulando o idoso (Tec3).

[...] a prevenção se dá em um ambiente confortável, o ambiente confortável seria calmo, sem muito barulho, com luzes acesas durante o dia e apagadas à noite, trazer conforto do ambiente mesmo, com relação à luminosidade e ruídos (Tec2).

Manter o que ele está acostumado a fazer em casa, o mais próximo da realidade dele, tipo sono, alimentação, se ele ouve um radinho, idoso gosta disso, então o mais próximo do cotidiano do dia dele, melhor (Tec6).

2) O conhecimento da equipe de enfermagem sobre as consequências do *delirium* no idoso hospitalizado

Na fase de diagnóstico, ao serem indagados acerca das consequências do *delirium* no idoso hospitalizado, os profissionais trouxeram questões atinentes aos atos que o idoso comete por estar nesse quadro, como perda de dispositivos, risco de lesão de pele, por necessidade de restrição, e maior perigo de queda. Ademais, os profissionais assinalaram como consequências não atribuídas às ações do idoso: maior tempo de hospitalização, risco de agravamento do quadro clínico e maior

probabilidade de infecções oportunistas, como pneumonia, em virtude da necessidade de restrição, como se vê nas falas abaixo.

Excertos da fase de diagnóstico:

Ele pode cair da cama, tentar levantar, agora, em questão de sequelas, essas coisas, só o médico, posso falar pela minha área, risco de queda, machucar, perder uma punção, retirar uma SVD, uma sonda enteral, é o que vai de consequências maiores para ele (Tec4).

A pior coisa que pode acontecer, que já aconteceu aqui no hospital, foi a queda, e ter que restringir os idosos, eles não gostam (Tec17).

Retirar um dispositivo, isso pode prolongar o internamento do idoso, se ele retira o acesso e tem que correr um antibiótico naquele horário, pode ser que a infecção não melhore, então isso pode ocasionar mais tempo de internação (Enf1).

[...] em primeiro, a restrição, que vai diminuir os movimentos dele, o risco de ele ter uma pneumonia, risco de ele vomitar e broncoaspirar. Tem também todas as consequências de um idoso restrito, pode machucar (Tec11).

Excertos da fase de pós-intervenção:

Também pelo fato de ter que ficar mais restrito no leito, o idoso pode desenvolver pneumonia, que pode prolongar ainda mais essa internação, o paciente pode evoluir para sepse, pelas suas condições clínicas, e pode até levar a morte (Tec2).

[...] eu vejo que aumenta o tempo de internação do idoso, muitas vezes precisa investigar a causa, o paciente desenvolve uma infecção, e isso só prejudica o estado de saúde do idoso (Enf3).

O idoso tem mais chance de morrer, risco de piorar o quadro que ele entrou no hospital, por ficar mais tempo internado, porque o médico vai ter que investigar a causa e tentar resolver esta causa (Tec24).

DISCUSSÃO

Por meio das falas extraídas na fase de diagnóstico, observou-se que os profissionais de enfermagem apresentavam uma dificuldade de compreensão dos efeitos do *delirium* em médio e em longo prazo. Dessa maneira, boa parte deles concentrava-se somente nas ações efetuadas pelos idosos com a síndrome. Contudo, ao mesmo tempo, constata-se uma evolução dos profissionais quanto ao conhecimento científico e à capacidade técnica concernente à prevenção e ao

controle do *delirium* nos idosos hospitalizados após a realização do processo de capacitação, de construção e de implementação de um plano assistencial. Reparou-se a aquisição de um conhecimento mais profundo para os profissionais, possibilitando otimizar sua prática assistencial relativa ao tema.

As melhorias nas práticas assistenciais são vinculadas à experiência profissional e à aquisição de conhecimento científico, uma vez que o processo educativo pretende desencadear no profissional seu domínio sobre o assunto versado, transformando-o em um ser capaz de ampliar sua reflexão crítica para intervir na mudança necessária²⁰. A análise do trabalho, sendo ele concretizado pela integração dos saberes formais (evidências científicas) e informais (a realidade vivida e trabalhada), pode dar uma visibilidade do problema aos profissionais inseridos no processo, incentivando-os a agir na busca por resolução¹⁰.

Freire, com suas teorias, elucida que o profissional desenvolve uma visão crítica habilitada a gerar mudanças em sua realidade, despertando para uma consciência verdadeira, por meio da apreensão do conhecimento sobre o problema nomeado e do conhecimento de sua prática²¹. No estudo em questão, os profissionais sensibilizados são aptos para empreender uma assistência de qualidade para prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado, pois a metodologia de ensino utilizada propiciou o desenrolar do conhecimento científico de forma interligada à prática assistencial, instigando os profissionais a repensarem suas atitudes em face do *delirium*.

Ao depreender a demanda por mudança de uma realidade, é preciso que o profissional capacite-se cada vez mais, sendo essa capacitação auferida com mais êxito mediante a aplicação de metodologias ativas. Assim, os protagonistas dessa realidade de ensino podem apropriar-se do conhecimento de forma a transformarem-se em sujeitos conscientes, críticos e reflexivos.

O profissional consciente e capacitado expande e potencializa suas habilidades e seus deveres com uma ponderação/ação social crítica, criando uma postura construtivista pelo conhecimento. Desse modo, torna-se protagonista de modificações da prática e do meio em que vive, fornecendo uma assistência mais resolutiva para seus pacientes²². Quando o homem compreende sua realidade e entende quais são as exigências de mudanças, pode planejar soluções renovadoras e efetivas, em uma dinâmica que Freire remete à tomada da consciência crítica. Tais mudanças iniciam-se nas relações do homem com o mundo, produzindo alterações em si e no globo²³.

O debate de conhecimentos técnico-científicos com a equipe de enfermagem é crucial para direcionar e fundamentar decisões das práticas cumpridas na assistência à saúde. Nessa perspectiva, percebe-se que, quando o profissional assimila o tema discorrido, ele entende as consequências da aparição do *delirium* no idoso hospitalizado, sensibiliza-se, capacita-se e compromete-se com a premência de mudança.

Reduzir a morbidade e a mortalidade atreladas ao *delirium* no idoso é possível com a obtenção de conhecimento a respeito do tópico, levando em conta a identificação, a prevenção, o tratamento e as complicações ligadas a essa síndrome. Por conseguinte, os profissionais de saúde poderão pensar estratégias para conter esse problema amparados em evidências científicas²⁴⁻²⁵.

Reconhecer que os profissionais de enfermagem são aqueles que prestam cuidados em tempo integral aos pacientes hospitalizados denota o papel basilar dessa classe na formulação de estratégias para evitar e controlar o *delirium*¹⁰. Fica nítido que, no processo de mudança da prática assistencial, o conhecimento científico, somado à objetividade do saber prático, torna-se um notório subsídio para uma atuação clínica de excelência e com a complexidade devida, levando o profissional a exercer a autonomia do saber e garantindo um cuidado de enfermagem satisfatório²⁶. O compromisso do profissional é conseguido por meio da conscientização, pois é ela que o qualifica para a reflexão e a ação de maneira correta, para transformar uma realidade²¹.

É preciso motivar os profissionais na busca pelo conhecimento acerca da temática *delirium*, com um alicerce científico que exiba ações profícuas, que atenuem as chances de o idoso hospitalizado manifestar o *delirium* e disponham de táticas eficientes de controle.

Somente com a educação o profissional modifica sua realidade e consolida um acordo com a sociedade e com o mundo. Freire, em seus pensamentos sobre a mudança da realidade, disserta que apenas a conscientização profissional habilita para a desenvolvimento de um olhar crítico de mundo: conhecendo e comprometendo-se, para assim transformar o ambiente ao seu redor²¹.

No mais, a limitação deste estudo refere-se à necessidade de difundir toda essa metodologia utilizada para amplificar o conhecimento dos demais profissionais da área da saúde, almejando proporcionar um cuidado multidisciplinar, no qual toda a

equipe esteja instruída com as medidas de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado.

CONCLUSÃO

Na análise dos relatos, verificou-se que os profissionais de enfermagem tinham um conhecimento acerca do tema investigado ancorado no senso comum, porém, após a intervenção educativa com o uso da estratégia de aprendizagem ativa, eles adquiriram um conhecimento científico, sendo capazes de correlacioná-lo a suas práticas assistenciais e de gerar mudanças na realidade. Quando se adotam metodologias ativas na aprendizagem, os profissionais são participativos em seu processo de apreensão de conhecimento e o conteúdo é captado provocando um movimento de reflexão sobre a realidade vivida.

Para prevenção e controle do *delirium*, requer-se não só o conhecimento científico, mas ações estruturais nos ambientes hospitalares, assim como alterações no agir do profissional, de acordo com medidas comprovadamente eficazes para a diminuição de eventos adversos associados a essa síndrome. Tais condutas são alcançadas com a conscientização dos profissionais da equipe de saúde, como os de enfermagem, que atuam mais próximos e passam mais tempo com os pacientes, sendo, portanto, a categoria mais propícia para traçar ações de prevenção e para detectar pequenas alterações de sinais e de sintomas de *delirium* nos idosos, podendo agir o mais precocemente possível para o manejo do quadro.

Por fim, acredita-se que sensibilizar os profissionais para que sejam agentes participativos e conscientes do decurso de mudança contribui para o incremento da qualidade da assistência aos idosos que necessitam de cuidados relacionados à prevenção e ao controle de delirium.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. World population prospects 2019: highlights [Internet]. New York; 2019. [citado 2021 Jun 20]. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060 [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 17]. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>

3. Barros MA, Figueiredo DS, Fernandes MG, Ramalho Neto JM, Macêdo-Costa KN. Delirium in the elderly in intensive care units: an integrative literature review. *Rev Pesqu Cuid Fund Online* [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 14];7(3):2738-2748. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2738-2748>
4. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Trivison T, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 14];175(4):512-520. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2107611>
5. Avelino-Silva TJ, Campora F, Curiati JA, Jacob-Filho W. Prognostic effects of delirium motor subtypes in hospitalized older adults: a prospective cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jul 1];13(1):e0191092. Disponível: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191092>
6. Bosmak FS, Gibim PT, Guimarães S, Ammirati AL. Incidence of delirium in postoperative patients treated with total knee and hip arthroplasty. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jun 20]; 63(3):248-251. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.03.248>
7. Janssen TL, Hosseinzoi E, Vos DI, Veen EJ, Mulder PGH, Van der Holst AM, et al. The importance of increased awareness for delirium in elderly patients with rib fractures after blunt chest wall trauma: a retrospective cohort study on risk factors and outcomes. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 14];19(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0248-z>
8. LaHue SC, Douglas VC, Kuo T, Conell CA, Liu VX, Josephson SA, et al. Association between inpatient delirium and hospital readmission in patients ≥ 65 years of age: a retrospective cohort study. *J Hosp Med* [Internet]. 2019 [citado 2021 Mar 20];14(4):201-206. Disponível em: <https://doi.org/10.12788/jhm.3130>
9. American Psychiatric Association. *DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais*. 5a ed. Artmed: Porto Alegre; 2014.
10. Faustino TN, Pedreira LC, Freitas YS, Silva RMO, Amaral JB. Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2021 Mar 20];69(4):725-732. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i>
11. Ribeiro SC, Nascimento ER, Lazzari DD, Jung W, Boes AA, Bertoncetto KC. Knowledge of nurses about delirium in critical patients: collective subject discourse. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 5]; 24(2):513-520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001702014>
12. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry*

- [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 16];26(10):1015-1033. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.06.007>
13. Soiza RL, Myint PK. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: guidelines on risk reduction and management of delirium. *Medicina* [Internet]. 2019 [citado 2021 Mar 10];55(8). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina55080491>
 14. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jun 5]; 377(15):1456-1466. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmcp1605501>
 15. Stanslaw G, Piotrowicz K, Rewiuk K, Halicka M, Kalwak W, Rybak P, et al. Non-pharmacological interventions aimed at risk factors for delirium, carried out by trained volunteers (medical and psychology students), reduced need for antipsychotic medications and length of stay in elderly patients admitted to an acute internal medicine ward: pilot study. *Biomed Res Int* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jun 15]; 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2017/1297164>
 16. Prayce R, Quaresma F, Galriça Neto, I. Delirium: o 7º parâmetro vital? *Acta Med Port* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 12];31(1):51-58. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp9670>
 17. Trentini M, Paim L, Silva DM. A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da pesquisa convergente assistencial. 1a ed. Porto Alegre: Moriá; 2017.
 18. Bardin L. Análise de conteúdo. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 20. Püschel VA, Costa D, Reis PP, Oliveira LB, Carbogim FC. O enfermeiro no mercado de trabalho: inserção, competências e habilidades. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jun 5];70(6):1220-1226. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0061>
 21. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação. São Paulo: Cortez; 2018.
 22. Lara MO, Chaves FP, Braga EV, Martins DA, Glória JC, Wichr P. Percepção da equipe de enfermagem quanto à assistência provida em uma unidade de internação. *Rev Bras Ciên Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 17]; 22(3):195-202. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-914450>
 23. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
 24. Kotfis K, Szylińska A, Listewnik M, Strzelbicka M, Brykczyński M, Rotter I, et al. Early delirium after cardiac surgery: an analysis of incidence and risk factors in

elderly (≥ 65 years) and very elderly (≥ 80 years) patients. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 12];13:1061-1070. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S166909>

25. Salluh JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 17];350:h2538. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.h2538>
26. Oliveira AI, Wernet M, Facio BC, Dias PL, Fabbro MR. Motivation for vocational training: significance to nurses in neonatal intensive care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [citado 2021 Mar 23];74(1):e20190793. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0793>

5.5 ESTUDO 3

COMPREENSÃO DA ENFERMAGEM SOBRE O PAPEL DA FAMÍLIA/CUIDADOR NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DO DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO**NURSING UNDERSTANDING ABOUT THE FAMILY/CAREGIVER ROLE IN DELIRIUM PREVENTION AND CONTROL IN THE HOSPITALIZED ELDERLY****Resumo**

Objetivo: Compreender o papel do familiar/cuidador no contexto da prevenção e do controle do *delirium* no idoso hospitalizado na percepção da equipe de enfermagem. **Método:** Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Realizou-se uma entrevista semiestruturada com 24 profissionais de uma unidade de internação de um hospital terciário no Norte do Paraná. A entrevista aconteceu após a concepção de um plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado, que foi idealizado coletivamente de maio a junho de 2021. **Resultados:** Os profissionais de enfermagem trouxeram relatos positivos sobre a participação e o apoio do familiar/cuidador, pois estes colaboram com a orientação do idoso no tempo e no espaço, mantendo-o informado sobre os familiares, trazendo objetos pessoais, estimulando o uso de órteses e de próteses e evitando a restrição física. **Conclusão:** Entender o papel do familiar/cuidador e estabelecer com ele uma comunicação efetiva propiciam melhora na qualidade da assistência ao idoso hospitalizado, possibilitando o uso de medidas não farmacológicas para prevenção e controle do *delirium*.

Descritores: Família; Idoso; *Delirium*; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado.

Abstract

Objective: To understand the nursing team perception about the family member/caregiver role in the context of delirium prevention and control in the hospitalized elderly. **Method:** Descriptive exploratory study with a qualitative approach. A semi-structured interview was carried out with 24 professionals from an inpatient care unit of a tertiary hospital in Northern Paraná. The interview took place after the construction of a care plan for delirium prevention and control in the hospitalized elderly, which was collectively conceived from May to June 2021. **Results:** The nursing practitioners brought positive reports about the family member/caregiver participation and support, as they collaborate with the elderly orientation in space and time, keeping them informed about family members, bringing personal objects, stimulating the use of orthoses and prostheses, and avoiding physical restraint. **Conclusion:** Understanding the family member/caregiver role and establishing effective communication with them improve the quality of care for the hospitalized elderly, enabling the use of non-pharmacological measures to prevent and control delirium.

Keywords: Family; Elderly; Delirium; Nursing Care for the Hospitalized Elderly.

INTRODUÇÃO

Com o crescimento da expectativa de vida, observa-se o aumento dos problemas de saúde da população idosa, fazendo com que a demanda por assistência e por hospitalizações seja uma realidade cada vez mais abundante nos serviços de saúde. Um idoso hospitalizado, além de sair de seu ambiente habitual, enfrenta mudanças de rotina e de costumes, ficando mais propenso a desenvolver alterações cognitivas e fisiopatológicas, o que prejudica seu estado de saúde e intensifica o risco de morbimortalidade¹⁻². Dentre estas, o *delirium* é muito prevalente, podendo variar de 18 a 50% das ocorrências e com incidência de 11 a 82% após a hospitalização, sugerindo que, todo ano, afeta milhões de idosos³.

O *delirium* é uma alteração neurocomportamental, ocasionada pelo declínio agudo no funcionamento cognitivo e manifestado por um comprometimento da consciência, da cognição, da atenção, da orientação e da memória e por distúrbios da linguagem, da emoção, do ciclo sono-vigília e da área psicomotora⁴.

Com uma etiologia complexa e multifatorial, o quadro surge devido à interação entre os fatores de risco predisponentes, que não são passíveis de intervenções preventivas, pois abarcam uma condição preexistente do paciente, e os fatores de risco precipitantes, relativos ao ambiente, a uma condição aguda ou até mesmo a uma falha na assistência, sendo estes passíveis de prevenção⁵. Na medida em que estes últimos são suscetíveis a medidas preventivas, considera-se o desencadeamento do *delirium* no ambiente hospitalar algo evitável em 30 a 40% dos casos, em média⁶⁻⁷.

A prevenção do *delirium* no meio hospitalar dá-se com procedimentos simples, como reorientar o paciente, situá-lo no tempo e no espaço, estimular o uso de objetos pessoais significativos, mobilizá-lo precocemente, ajudar a manter um ciclo sono-vigília fisiológico, evitar dispositivos invasivos, contar com o auxílio de calendários e de relógios de paredes visíveis e com a presença de familiares/acompanhantes, entre outras⁵.

As intervenções podem ser mais frutíferas com o envolvimento dos familiares, haja vista que eles podem colaborar com as orientações diárias e fornecer suporte psicológico e emocional para o ente idoso. Algumas diretrizes internacionais incentivam essa participação dos familiares como acompanhantes e como auxiliares em alguns cuidados, visando a melhora funcional do paciente⁸⁻⁹.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é compreender o papel do familiar/cuidador no contexto da prevenção e do controle do *delirium* no idoso hospitalizado na percepção da equipe de enfermagem

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, denominado como um conjunto de práticas interpretativas que busca entender fenômenos e compreender e interpretar experiências, comportamentos, interações e contextos sociais¹⁰.

O estudo foi empreendido em um hospital terciário universitário do Norte do Paraná, em uma unidade clínica mista constituída por 50 leitos, cuja população foi composta da equipe de enfermagem, totalizando 6 enfermeiros e 44 técnicos de enfermagem, distribuídos em 3 períodos de trabalho: manhã, tarde e noite.

A entrevista semiestruturada foi conduzida após a realização de uma intervenção educativa com a estratégia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), na qual se procurou confeccionar um plano de assistência de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado. Por intencionalidade, a entrevista sucedeu com 24 profissionais, sendo 4 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem, respectivamente identificados com as siglas “Enf”, para enfermeiros, e “Tec”, para técnicos de enfermagem, acompanhadas de uma numeração. Do total de profissionais convidados, 1 enfermeiro e 3 técnicos recusaram-se a participar da pesquisa.

Com o número de 24 entrevistados, chegou-se ao critério de saturação, que se verifica quando o pesquisador percebe que nenhum elemento novo é encontrado e que as informações estão repetindo-se entre os entrevistados, então se infere que a continuação das entrevistas não acrescentaria informações novas para o estudo, sem alterar, todavia, a compreensão do fenômeno que se almeja desvelar¹¹.

Designou-se como critério de inclusão estar na assistência direta ao paciente na referida unidade por no mínimo 6 meses. Em contrapartida, excluíram-se os profissionais que estavam em período de experiência ou afastados por licença-prêmio, por licença médica e por férias.

As coletas de dados transcorrem em junho de 2020, contando com um instrumento composto de informações sobre os perfis sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores da unidade (sexo, idade, formação, maior titulação, turno e tempo

de trabalho). Para tanto, as seguintes questões foram formuladas: No contexto do seu setor/unidade, com quem você contaria para ajudá-lo no controle do *delirium*? Fale para mim como poderia ser o envolvimento da família e como ela poderia te ajudar. As entrevistas cumpriram-se em uma sala reservada, na própria unidade de trabalho, conforme a disponibilidade dos participantes, com a duração média de 30 minutos. Todos os dados foram obtidos pela própria pesquisadora e registrados em gravador manual marca Sony ICD-PX470, atrelado a um telefone móvel, com posterior transcrição na íntegra, também manual, no programa *Word*, sendo analisados sem identificações.

A organização das entrevistas contemplou os critérios de análise de conteúdo de Bardin¹², com três etapas: pré-análise, exploração e inferência; já os resultados foram discutidos com o referencial teórico de Paulo Freire.

O estudo respeitou as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer nº 05507218.7.0000.5231. Todos os profissionais foram instruídos sobre a pesquisa e aceitaram participar após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹³.

RESULTADOS

Ao longo das entrevistas, os profissionais de enfermagem expuseram muitos relatos concernentes à participação e ao apoio dos familiares/acompanhantes na prevenção e no controle de *delirium*, posto que, no delineamento do plano de cuidados, durante a intervenção educativa, vários itens sinalaram a atuação dos familiares como ponto elementar nas medidas.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes das entrevistas. Londrina, PR, 2020

VARIÁVEIS		FASE DE DIAGNÓSTICO		FASE DE PÓS-INTERVENÇÃO	
		N	%	N	%
SEXO	F	18	64,3	15	62,5
	M	10	35,7	9	37,5
FORMAÇÃO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	23	82,1	18	75,0
	ENFERMEIRO	5	17,9	6	25,0
IDADE	21 A 30 ANOS	3	10,7	2	8,3
	31 A 40 ANOS	8	28,6	5	20,8
	41 A 50 ANOS	10	35,7	11	45,8
	51 A 60 ANOS	5	17,9	5	20,8
	MAIS 60 ANOS	2	7,1	1	4,2
TURNO	MANHÃ	5	17,9	6	25,0
	TARDE	11	39,3	5	20,8
	NOITE	12	42,9	13	54,2
CONTRATAÇÃO	CONCURSADO	12	42,9	11	45,8
	PRESTADOR DE SERVIÇO	16	57,1	13	54,2
TEMPO DE FORMAÇÃO	MENOS 1 ANO	0	0,0	1	4,2
	1 ANO A 5 ANOS	7	25,0	8	33,3
	6 A 10 ANOS	6	21,4	5	20,8
	11 A 20 ANOS	7	25,0	8	33,3
	21 30 ANOS	7	25,0	1	4,2
	31 ANOS ACIMA	1	3,6	1	4,2
TEMPO DE TRABALHO NESSE HOSPITAL	MENOS 1 ANO	5	17,9	1	4,2
	1 ANO A 5 ANOS	11	39,3	4	16,7
	6 A 10 ANOS	5	17,9	3	12,5
	11 A 20 ANOS	3	10,7	13	54,2
	21 A 30 ANOS	2	7,1	2	8,3
	31 ANOS ACIMA	2	7,1	1	4,2

Fonte: Elaborada pela autora

A avaliação das respostas dos entrevistados resultou na criação de quatro categorias temáticas, como se vê na sequência.

O familiar/cuidador como agente de orientação para o idoso

Entre os profissionais entrevistados pós-intervenção, foram unânimes as falas em que pontuavam a importância do familiar/acompanhante como sendo um colaborador para reforçar as orientações do idoso no tempo e no espaço.

A família pode ajudar na orientação com o idoso, só de ter alguém conhecido com ele, orientando, falando das pessoas que estão em casa, já deixa o idoso mais tranquilo, e isso ajuda a prevenir o delirium (Tec6).

Orientando, falando sobre os familiares, falando sobre o dia a dia, o familiar pode ajudar a fazer o idoso entender que ele está temporariamente ali, que logo ele estará na casa dele. Pode ajudar nos cuidados mínimos também com o idoso (Tec11).

Prevenção também é a presença do familiar ou cuidador próximo, eles ajudam muito, a gente orienta, fala o que é preciso fazer, o que tem que orientar (Tec18).

O envolvimento da família ajuda, a maioria ajuda, o idoso se sente mais seguro com o acompanhante familiar... se a gente orientar certinho o familiar, o que ele tem que fazer, conversar com o idoso, o familiar torna-se um aliado (Enf 6).

Eu acho que a família pode ajudar nas orientações diárias, em manter o idoso atualizado das coisas que estão acontecendo fora do ambiente hospitalar com sua família, isso ajuda a prevenir o delirium, e o familiar é fundamental para isso (Tec4).

[...] pensando no delirium, ter alguém da família ajudando o idoso é diferente, orientamos o familiar sobre como agir com o idoso, orientando sempre no tempo e espaço, até quando ele fica agitado e não restringimos e vai atrás de medicação, e o familiar neste tempo ajuda a cuidar para o idoso não cair, retirar acesso, essas coisas (Tec17).

A empatia entre o familiar/cuidador e o idoso na prevenção e no controle do delirium

Alguns profissionais frisaram a relevância de o cuidador/acompanhante ser um familiar próximo, alegando que, durante a prática profissional, já presenciaram cuidadores contratados que não se preocupavam com o idoso, no sentido de ajudar na orientação e nos pequenos cuidados.

Muitas vezes, eles pedem para amarrar, o que um acompanhante familiar mais próximo não deixa e fica atento (Tec 9).

É diferente quando o idoso tem mais afinidade, a preocupação do acompanhante é diferente quando ele é mais próximo. Quando é um cuidador contratado ou um familiar com pouco contato, esses não dão muita atenção (Tec13).

Para controlar o delirium no idoso, o ideal é manter um familiar de preferência pelo idoso, que tenha empatia por ele, pois muitas vezes

é um acompanhante sem vínculo ou um familiar não muito próximo (Enf1).

Eu acho que um familiar próximo traz segurança para o paciente e diminui o risco do idoso apresentar delirium (Enf6).

Familiar/cuidador sendo fundamental para evitar a contenção do idoso

A presença do familiar ajudando a evitar a contenção física quando o idoso está em período de confusão e de agitação foi relatada pelos profissionais como uma atitude que de fato deve ser fomentada, pois, quando há a necessidade de restringir o paciente, é visível a piora do quadro de *delirium*. Alguns profissionais revelaram que, muitas vezes, quando não há a presença do familiar, esse procedimento é exercido, uma vez que a administração de medicamento para acalmar o idoso não é feita rapidamente, em razão da não permanência de médico no setor para prescrição.

Para prevenção do delirium, a última coisa que você pensa é a restrição, com a família perto, se o idoso desenvolve delirium, ele pode acalmar o idoso. A gente explica que não pode restringir e pede a ajuda do familiar para cuidar um pouco enquanto vamos providenciar medicação para acalmar o idoso (Enf5).

A presença do acompanhante ajuda bastante, principalmente porque evita as medidas de contenção mecânica [...] então, se tiver um acompanhante que possa ajudar, seja orientando, seja cuidando para não restringir, no período do delirium, ajuda muito (Tec7).

Nós temos que evitar restringir o idoso, e nessas horas o acompanhante é fundamental, [...] o acompanhante junto ajuda a diminuir a ansiedade do idoso (Tec9).

Familiar/cuidador auxiliando nos cuidados com o idoso

Os profissionais de enfermagem expressaram falas que apontam a participação dos familiares/acompanhantes como parte do processo dos cuidados com os idosos, não os cuidados técnicos específicos da profissão, mas aqueles cuidados com alimentação, com higiene pessoal, auxiliando o idoso a sentar fora do leito e em atividades que ele gostava de realizar em casa. Ainda, mencionaram que a presença do familiar/acompanhante nesse momento agrega na prevenção e no controle de *delirium*.

Com o cuidador também, nós aprendemos a colocar ele para ajudar, em todos os sentidos, assim como na prevenção do delirium, como nos cuidados (Tec12).

Além da prevenção do delirium, o familiar nos ajuda nas pequenas atividades do dia, como na alimentação, na higiene, quando é possível, leva o idoso ao banheiro, já ajuda o idoso a sair da cama (Enf4).

Ajudar o idoso nas atividades, tipo alimentação, higiene oral, só de ser um familiar ali com ele, tudo dá certo, é uma pessoa conhecida junto do paciente, traz segurança, apoio psicológico, e pode ajudar muito (Tec13).

[...] e a família ajuda também nos cuidados simples com o idoso, as vezes sentar ele fora do leito, com a alimentação, entre outras coisas, que podem prevenir o delirium, como a orientação (Tec10).

A família, quando quer ajudar, nos ajuda muito, tanto nos cuidados como prevenir o delirium (Tec12).

Os familiares poderiam ajudar nas tarefas cotidianas, como sair para tomar banho de sol, ajudar a deambular, conversar diariamente com o paciente, orientar no tempo e espaço (Enf3).

A gente pede pra eles trazerem alguma coisa de casa. Teve um familiar que trouxe palavra cruzada (Tec18).

Podemos solicitar para o familiar trazer objetos, trazer algo que o paciente tem hábito de fazer, como ler um livro, revista, entre outros (Tec1).

Trazer pertences do paciente, óculos, a dentadura, algo que o idoso goste de fazer em casa, mostrar fotos do celular, estar estimulando a memória e raciocínio dele (Tec2).

[...] se a família tiver celular, ele pode mostrar fotos da família, fazer uma ligação para alguém, ou trazer um crochê, caça palavras, alguma leitura, se o idoso tiver costume (Tec 14).

DISCUSSÃO

A família é estimada como o espaço natural de atenção e de cuidado aos seus indivíduos, especialmente para os idosos, sendo essa rede de apoio familiar reconhecida como a que proporciona melhor qualidade de vida e saúde aos longevos em seus domicílios¹⁴. A presença da família nos diferentes meios em que o idoso encontra-se é o mais desejado por essa população, visto que ele se sente confortável e mais seguro com um ente conhecido¹⁵.

Não obstante, há que se preocupar quando é incumbida a um familiar a obrigação de cuidar do idoso e esse familiar não tem uma relação positiva com ele¹⁶, o que se configura uma circunstância reportada por vários profissionais neste estudo. Nesse sentido, eles citam que, quando o familiar/cuidador não possui afinidade com o idoso, também não demonstra muita disposição para cooperar nos cuidados simples, por exemplo na orientação de tempo e espaço. Por outro lado, quando o familiar é mais próximo do idoso, por conhecê-lo e/ou por saber de seus costumes e de suas preferências, acaba colaborando mais nos cuidados gerais e conseguindo trazer o paciente para a realidade com mais facilidade¹⁷.

Informar o familiar acerca do estado de saúde do idoso e esclarecê-lo sobre como ele pode contribuir para uma assistência mais humanizada e confortadora é função precípua da enfermagem. Quando os profissionais valorizam e priorizam essa comunicação, aproximam esse familiar dos cuidados com o idoso, pelo entendimento dos procedimentos, das condutas e das regras da instituição. Além disso, o profissional assimila e respeita a decisão, as crenças, os valores, a identidade e a privacidade dos envolvidos¹⁸⁻¹⁹.

Atribuições valiosas que o familiar/cuidador pode desempenhar nos cuidados com o idoso são orientá-lo no tempo e no espaço, diariamente conversar a respeito dos familiares, trazer fotos, objetos da vida cotidiana que exercitem a memória, estimular o uso de órteses e de próteses, que geralmente os familiares não deixam com o idoso quando estão sem acompanhante¹⁹⁻²⁰. Os profissionais de enfermagem devem entender o imprescindível papel da família no contexto hospitalar e consolidar com ela uma comunicação efetiva acerca da temática *delirium*.

Confirmando esse acepção, um estudo coordenado na China, cujo intento era mensurar a eficácia do Programa de Vida para Idosos em Hospital Personalizado e Envolvido pela Família (t-HELP), constatou que o envolvimento da família e sua presença no ambiente hospitalar como cuidador do idoso foi competente na redução do *delirium* pós-operatório, diminuindo o tempo de permanência ($p < 0,001$) e preservando as funções físicas ($p < 0,001$) e cognitivas do paciente ($p = 0,009$)⁸.

Outro ponto de destaque foi a indicação da presença dos familiares como um apoio para prevenir a restrição do paciente, isso porque, quando o idoso desenvolve um *delirium* hiperativo que coloque sua integridade física em risco, o familiar pode ajudar a mantê-lo calmo até que medidas sejam tomadas pela equipe. Uma investigação conduzida com enfermeiros de uma Unidade de Tratamento Intensivo

(UTI) mostrou que, ao serem questionados sobre quais medidas para prevenção e controle do *delirium* eram passíveis de ser efetuadas com a presença do familiar/cuidador, uma das principais foi relacionada à prevenção de restrição mecânica, pois, como o familiar estava exclusivamente à disposição do idoso, podia ajudar com uma comunicação adequada e profícua, no seu conforto e na sua reorientação, além de ser um esteio emocional²⁰.

A família, mais do que ser uma ponte entre a equipe de enfermagem e o paciente idoso, por conhecer suas fragilidades e suas potencialidades, é um amparo que alenta o idoso nesse período de hospitalização e auxilia no cenário diário do cuidado para prevenção e controle do *delirium*. Acredita-se, ainda, que os benefícios estendam-se aos membros das famílias, pois eles se sentem parte dos cuidados e emocionalmente mais confortáveis, por estarem próximos do ente, tal como percebem maior respeito, suporte e colaboração da equipe de enfermagem¹⁷.

Essa parceria entre profissionais e familiares intencionando o bem comum do idoso seria discernida por Paulo Freire como a construção de um novo saber, que une o conhecimento técnico da equipe à afetividade e ao autoconhecimento familiar para a transformação da realidade de risco de *delirium* na hospitalização, por um prognóstico positivo e favorável a todos.

Pesquisas também sinalizam que, junto de medidas não farmacológicas, a simples ampliação de um horário de visita em UTIs já exhibe resultados positivos na prevenção e no controle de *delirium*²¹⁻²³. Ademais, um estudo que avaliou os fatores de risco para o surgimento do *delirium* averiguou que pacientes internados em UTI que não receberam visitas apresentaram 3,7 vezes mais chances para a incidência dessa síndrome²¹.

Os profissionais de enfermagem, ao partilharem diversos relatos sobre a participação dos familiares e incluí-los no plano de cuidados para prevenção e controle de *delirium*, concordam com o que vem sendo disseminado em vários trabalhos e corrobora o quanto o cuidador familiar pode contribuir com o idoso em um momento em que ele manifesta uma fragilidade física e emocional.

Por fim, neste estudo, a percepção do papel do familiar na prevenção e no controle do *delirium* no idoso hospitalizado deu-se na perspectiva dos profissionais de enfermagem. Os dados podem diferenciar-se quanto a outros profissionais que compõem a gestão do cuidado hospitalar, o que impede a generalização dos resultados e requer apurações específicas.

CONCLUSÃO

A presença do familiar/cuidador no ambiente hospitalar como acompanhante do idoso é vista pela maioria dos profissionais de enfermagem como fator essencial no auxílio às medidas não farmacológicas para prevenção e controle de *delirium*, sendo comprovadamente eficaz na redução dessa síndrome.

Viabilizar a aproximação da tríade equipe de saúde, paciente e familiares acarreta benefícios para todos os abrangidos na assistência, a qual, por seu turno, é alcançada com a capacitação do profissional de enfermagem acerca do tema, de modo a fazê-lo refletir sobre sua função na atuação junto aos longevos hospitalizados com riscos para o desencadeamento do *delirium*, associando sua prática profissional ao conhecimento teórico e aprimorando a competência técnica e a capacidade de estabelecer uma comunicação profícua com o familiar e com o idoso.

REFERÊNCIAS

1. Melo LA, Braga LC, Leite FP, Bitar BF, Oséas JM, Lima KC. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2019 [citado 2021 Abr 10];22(1): e180154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>
2. Sousa CM, Sousa AA, Gurgel LC, Brito EA, Sousa FR, Vieira WJ, et al. Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: uma revisão integrativa. Id on Line Rev Mult Psic [Internet]. 2019 [citado 2022 Jan 15];13(47):320-326. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1988/0>
3. Rubin FH, Bellon J, Bilderback A, Urda K, Inouye SK. Effect of the Hospital Elder Life Program on risk of 30-day readmission. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 10];66(1):145-149. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15132>
4. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Trivison T, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. JAMA Intern Med [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 14];175(4):512-520. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2107611>
5. Prayce R, Quaresma F, Galriça Neto I. Delirium: o 7º parâmetro vital? Acta Med Port [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 12];31(1):51-58. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp9670>
6. Davis DH, Muniz-Terrera G, Keage HA, Stephan BC, Fleming J, Ince PG, et al. Association of delirium with cognitive decline in late life: a neuropathologic study

- of 3 population-based cohort studies. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 2021 Mar 10];74(3):244-251. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2598162>
7. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 2021 Mar 10];26(10):1015-1033. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.06.007>
 8. Wang YY, Yue JR, Xie DM, Carter P, Li QL, Gartaganis SL, et al. Effect of the tailored, family-involved Hospital Elder Life Program on postoperative delirium and function in older adults: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 [citado 2021 Jul 30];180(1):17-25. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2753259>
 9. Soiza RL, Myint PK. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: guidelines on risk reduction and management of delirium. *Medicina* [Internet]. 2019 [citado 2021 Mar 10];55(8). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina55080491>
 10. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
 11. Nascimento LC, Souza TV, Oliveira IC, Moraes JR, Aguiar RC, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 10];71(1):228-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
 12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 14. Rigo II, Bós ÂJ. Disfunção familiar em nonagenários e centenários: importância das condições de saúde e suporte social. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021 [citado 2021 Abr 10];26(6):2355-2364. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.15082019>
 15. Minayo MC. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [citado 2021 Jul 30];26(1):7-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>
 16. Estevam EA, Francisco PM, Silva RA. Privatização da velhice: sofrimento, adoecimento e violência na relação entre cuidadores e idosos. *Saúde Soc* [Internet]. 2021 [citado 2021 Jun 12];30(3):e200928. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200928>

17. Mitchell ML, Kean S, Rattray JE, Hull AM, Davis C, Murfield JE, et al. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: a feasibility randomised controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jun 12];40:77-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.001>
18. Cardoso RB, Pacheco ST, Caldas CP, Souza PA, Peres PL, Nunes MD. Prática confortadora ao idoso hospitalizado à luz da bioética. *Rev Bioét* [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 15];27(4):595-599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274342>
19. Faustino TN, Pedreira CL, Rosana MO, Freitas SY. Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2021 Jul 30];30(3):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.15794>
20. Eberle CC, Santos AA, Macedo Junior LJ, Martins JB. O manejo não farmacológico do delirium sob a ótica de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 20];11(5):1242-1249. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
21. Rosa RG, Tonietto TF, Silva DB, Gutierrez FA, Ascoli AM, Madeira LC, et al. Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. *Crit Care Med* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 30];45(10):1660-1667. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2017/10000/Effectiveness_and_Safety_of_an_Extended_ICU.9.aspx
22. Van Rompaey B, Sabbe K, Dilles T, Van den Boogaard M. Delirium, introduction to a confused mind. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 10];47:1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.06.003>
23. Morandi A, Pliva S, Ely EW, Myatra SN, Salluh JI, Amare D, et al. Worldwide survey of the “assessing pain, both spontaneous awakening and breathing trials choice of drugs, delirium monitoring/management, early exercise/mobility, and family empowerment” (ABCDEF) bundle. *Crit Care Med*. [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 30];45(11):e1111-e1122. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002640>

6 CONCLUSÃO

Prevenir e controlar o *delirium* é um desafio que exige muito do comprometimento dos profissionais de saúde, e desenvolver esse comprometimento só é possível quando esses profissionais participam ativamente do processo de mudança do ambiente em que atuam e são estimulados a repensar suas práticas assistenciais, propagando medidas comprovadamente efetivas.

O plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* no idoso hospitalizado deve ocorrer com embasamento científico, sempre se correlacionando à realidade, às experiências e às práticas vivenciadas por seus protagonistas, favorecendo a aproximação entre a teoria e prática, o trabalho em equipe e a valorização do profissional nesse decurso.

A problemática do *delirium* no idoso hospitalizado, na percepção dos profissionais de enfermagem que atuaram na sua construção e na implementação do plano assistencial, pode ser minimizada, pois o plano apresentou medidas não farmacológicas passíveis de serem desempenhadas por todos os profissionais de saúde. Além disso, quando praticadas em equipe e com a presença de um familiar/cuidador, tais medidas resultaram em uma melhor qualidade da assistência prestada à referida população. Inúmeras ações do plano de cuidado só são executáveis quando o idoso pode dispor da presença de um familiar como acompanhante, sendo esse familiar considerado pelos profissionais de saúde primordial para a consumação da implementação do plano de cuidados.

Com o uso da proposta metodológica da pesquisa convergente assistencial, observou-se que, no que tange ao tema estudado, os profissionais de enfermagem saíram de um conhecimento baseado no senso comum e adquiriram um conhecimento científico com mais propriedade, tornando-se capazes de concatenar com suas práticas assistenciais e aptos a gerar mudanças na realidade.

Acredita-se que a criação e a implementação de um plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* nos idosos hospitalizados sensibilizou os profissionais para o assunto, colaborando, assim, para um cuidado com mais propriedade e engajamento, ambicionando abrandar as chances de o idoso desenvolver o quadro.

Recomenda-se a realização de estudos posteriores, nos quais seja possível identificar a incidência de *delirium* antes e após a instauração de um plano assistencial

de prevenção e controle. Dessa maneira, além da visão do profissional concernente ao êxito do plano assistencial, pode-se avaliar, estatisticamente, se as medidas são eficientes e impactam nos cuidados dos idosos hospitalizados. Não se pôde, porém, mensurar esse dado nesta pesquisa, devido à descaracterização da unidade e ao remanejamento dos profissionais durante o momento da pandemia pelo Covid-19.

REFERÊNCIAS

ABRAHA, Losief *et al.* Efficacy of non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older patients: a systematic overview. The SENATOR project ONTOP Series. **PLoS One (Online)**, San Francisco, v. 10, n. 6, p. e0123090, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123090>. Acesso em: 12 ago. 2019.

AGS. American Geriatrics Society CoCare® HELP. **About AGS CoCare®: HELP**. 2020. Disponível em: https://help.agscocare.org/About_AGS_CoCare_program_help. Acesso em: 10 maio 2020.

AHMED, Suman; LEURENT, Baptiste; SAMPSON, Elizabeth L. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. **Age Ageing**, London, v. 43, n. 3, p. 326-333, maio 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu022https://academic.oup.com/ageing/article/43/3/326/17725?login=true>. Acesso em: 14 mar. 2020.

ALAKKASSERY, Suraj; FLAHERTY, Joseph H. Delirium in the elderly. **Journal Médical Libanais**, Beirut, v. 60, n. 4, p. 214-219, oct./dec. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23461087/>. Acesso em: 22 maio 2021.

ALVAREZ, Evelyn *et al.* Early and intensive occupational therapy in prevention of delirium in older adults admitted to critical patient unit. Randomized clinical trial: preliminary results. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, v. 12, n. 1, p. 44-59, ago. 2012. Disponível em: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/22051>. Acesso em: 12 abr. 2021.

ALVES, Vanessa Cristina *et al.* Ações do protocolo prevenção de quedas: mapeamento com a classificação de intervenções de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2986, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rmnKBsnV8kkQgL4vwWyMKNM/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2021.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Pesquisa convergente assistencial enfermagem: possibilidades para inovações tecnológicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. e20170041, 2017. Editorial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/fYbcwhQSjzFd6RKFGNLR3Xg/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2019.

APA. American Psychiatric Association. **DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais**. 5. ed. Artmed: Porto Alegre, 2014.

ARSHI, Armin *et al.* Predictors and sequelae of postoperative delirium in geriatric hip fracture patients. **Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation**, v. 9, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2151459318814823>. Acesso em: 17 mar. 2020.

AVELINO-SILVA, Thiago Junqueira *et al.* Prognostic effects of delirium motor subtypes in hospitalized older adults: a prospective cohort study. **Plos One (Online)**, San Francisco, v. 13, n. 1, p. e0191092, 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191092>. Acesso em: 17 abr. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARROS, Marcia Abath Aires de *et al.* Delírio em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2738-2748, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750947033>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BEISIEGEL, Celso de Rui. Relações entre a qualidade no ensino comum. *In*: BEISIEGEL, Celso de Rui. **A qualidade do ensino na escola pública**. Brasília: Liber Livro, 2006. p.111-122.

BOSMAK, Felipe de Santana *et al.* Incidência de delirium em pacientes pós-operatórios tratados com artroplastia total de joelho e quadril. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 248-251, 2017.

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRACHINE, Juliana Dane Pereira; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 200-210, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/30901>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Agência IBGE notícias. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019**. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Agência IBGE notícias. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. 2018a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 25 mar. 2020

BRASIL. Agência IBGE notícias. **Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. 2018b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 19, série A, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013b.

BROWN, Charles H. *et al.* Delirium after spine surgery in older adults: incidence, risk factors, and outcomes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 10, p. 2101-2108, 2016. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14434>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Tradução de Soraya Imon de Oliveira. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

CASTRO, Vivian Carla; CARREIRA, Lígia. Atividades de lazer e atitude de idosos institucionalizados: subsídios para a prática de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 307-314, fev./abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 maio 2021.

CHAGAS, Natália Mota S.; BORGES, Daniel G. Suzuki; CHAGAS, Marcos Hortes N. Delirium como fator de risco para demência em idosos: uma atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 94-98, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/QMsD9jdx4h8RnYHck9YPLQC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2021.

CHANG, Hui-Wen *et al.* Evidence-based clinical practice guidelines: delirium management in hospitalized older patients. **Hu Li Za Zhi**, Taipei, v. 66, n. 3, p. 72-82, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31134602/>. Acesso em: 10 set. 2019.

CHRISTENSEN, Martin. An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: an Asian perspective. **Intensive and Critical Care Nursing**, Edinburgh, v. 30, n. 1, p. 54-60, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24042089/>. Acesso em: 22 jul. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 23 set. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564, de 06 de dezembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html#:~:text=1%C2%BA%20Aprovar%20o%20novo%20C%C3%B3digo,cofen.gov.br. Acesso em: 23 set. 2019.

COYLE, Miriam Anne; BURNS, Pippa; TRAYNOR, Victoria. Is it my job? The role of RNs in the assessment and identification of delirium in hospitalized older adults: an exploratory qualitative study. **Journal of Gerontological Nursing**, New Jersey, v. 43, n. 4, p. 29-37, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28095583/>. Acesso em: 5 maio 2020.

DANI, Melanie *et al.* Delirium, frailty, and mortality: interactions in a prospective study of hospitalized older people. **The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences Medicine Sciences**, Washington, v. 73, n. 3, p. 415-418, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29099916/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

DANTAS, Ana Márcia Nóbrega; SILVA, Kenya de Lima; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da clínica pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SXf5RYKMQ6Mn3bNPw6DMJnL/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2019.

DAVIS, Daniel H. J. *et al.* Association of delirium with cognitive decline in late life: a neuropathologic study of 3 population-based cohort studies. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 74, n. 3, p. 244-225, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28114436/>. Acesso em: 10 set. 2019.

DAVIS, Daniel; SEARLE, Samuel D.; TSUI, Alex. Scottish Intercollegiate Guidelines Network: risk reduction and management of delirium. **Age Ageing**, v. 48, n. 4, p. 485-488, jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30927352/>. Acesso em: 17 mar. 2020.

ELSAMADICY, Aladine A. *et al.* Postoperative delirium is an independent predictor of 30-day hospital readmission after spine surgery in the elderly (≥ 65 years old): a study of 453 consecutive elderly spine surgery. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 41, p. 128-131, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.02.040>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FABBRI, Renato Moraes Alves *et al.* Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 59, n. 2-A, p. 175-179, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11400020/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

FALSINI, Giovanni *et al.* Long-term prognostic value of delirium in elderly patients with acute cardiac diseases admitted to two cardiac intensive care units: a prospective study (DELIRIUM CORDIS). **European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care (Online)**, London, v. 7, n. 7, p. 661-670, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064263/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

FAUSTINO, Tássia Nery *et al.* Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 4, p. 725-732, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bzjBrHwHKJzZQPR3WS8HyvJ/abstract/?lang=PT>. Acesso em: 16 ago. 2019.

FLÜKIGER, Julian *et al.* Dexmedetomidine in prevention and treatment of postoperative and intensive care unit delirium: a systematic review and meta-analysis. **Annals of Intensive Care**, Amsterdam, v. 8, n. 1, sep. 2018. Disponível em: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-018-0437-z>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. São Paulo: Cortez, 2016.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Cortez, 2018a.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018b.

FREIRE, Paulo. **Educação e atualidade brasileira**. 1959. Tese (Concurso para a cadeira de História e Filosofia da Educação) – Escola de Belas Artes de Pernambuco, Recife, 1959.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação**. São Paulo: Paz e terra, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GADOTTI, Moacir (org.). **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996.

GARCEZ, Flavia Barreto *et al.* Delirium in older adults. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, p. e0210032, 2021. Disponível em: <https://ggaging.com/details/1692/en-US/delirium-em-idosos>. Acesso em: 15 jan. 2022.

GORSKI, Stanislaw *et al.* Non-pharmacological interventions targeted at delirium risk factors, delivered by trained volunteers (medical and psychology students), reduced need for antipsychotic medications and the length of hospital stay in aged patients admitted to an acute internal medicine ward: pilot study. **BioMed Research International**, Hindawi, v. 2017, p.1297164, jan. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28164113/>. Acesso em: 12 maio 2021.

HAN, Jin H. *et al.* Delirium in older emergency department patients: recognition, riskfactors, and psychomotor subtypes. **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 16, n. 3, p. 193-200, mar. 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1553-2712.2008.00339.x>. Acesso em: 10 ago. 2019.

HEMPENIUS, Liesbeth *et al.* Outcomes of a geriatric liaison intervention to prevent the development of postoperative delirium in frail elderly cancer patients: report on a multicentre, randomized, controlled trial. **PLoS One**, v. 8, n. 6, p. e64834, 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0064834>. Acesso em: 5 maio 2021.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2017.

HOU, I-Ching; CHEN, Meng-Jun. The pilot evaluation of using the International Classification for Nursing Practice. **Studies in Health Technology Informatics**, Amsterdam, n. 225, p. 437-441, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27332238/>. Acesso em: 14 mar. 2020.

HSHIEH, Tammy T. *et al.* Hospital Elder Life Program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, DC, v. 26, n. 10, p. 1015-1033, jun. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30076080/>. Acesso em: 13 abr. 2020.

HSHIEH, Tammy T. *et al.* Effectiveness of multicomponent non-pharmacological delirium interventions: a meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 175, n. 4, p. 512-520, apr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388802/pdf/nihms669894.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

HUAI, Jiaping; YE, Xiaohua. A meta-analysis of critically ill patients reveals several potential risk factors for delirium. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 36, n. 5, p. 488-496, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24950918/>. Acesso em: 12 set. 2019.

IBDFAM. Instituto Brasileiro de Direitos da Família. **Projeto muda de 60 para 65 anos idade para pessoa ser considerada idosa**. 2020. Disponível em: <https://www.ibdfam.org.br/noticias/namidia/18368/Projeto+muda+de+60+para+65+anos+idade+para+pessoa+ser+considerada+idosa>. Acesso em: 5 abr. 2021.

INOUE, Sharon K. *et al.* A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 340, n. 9, p. 669-676, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10053175/>. Acesso em: 15 set. 2019.

INOUE, Sharon K. *et al.* The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 48, n. 12, p. 1697-1706, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11129764/>. Acesso em: 14 maio 2020.

INOUE, Sharon K.; CHARPENTIER, Peter A. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 275, n. 11, p. 852-857, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8596223/>. Acesso em: 12 set. 2019.

INOUE, Sharon K.; WESTENDORP, Rudi G. J.; SACZYNSKI, Jane S. Delirium in elderly people. **Lancet**, London, v. 383, n. 9920, p. 911-922, mar. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23992774/>. Acesso em: 5 jul. 2019.

JANSSEN, Ties L. *et al.* The importance of increased awareness for delirium in elderly patients with rib fractures after blunt chest wall trauma: a retrospective cohort study on risk factors and outcomes. **BMC Emergence Medicine**, London, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <https://bmcmemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-019-0248-z>. Acesso em: 20 jun. 2020.

JONG, Louis de *et al.* Delirium after hip hemiarthroplasty for proximal femoral fractures in elderly patients: risk factors and clinical outcomes. **Clinical Interventions in Aging**, v. 14, p. 427-435, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S189760>. Acesso em: 14 abr. 2021.

KOTFIS, Katarzyna *et al.* Early delirium after cardiac surgery: an analysis of incidence and risk factors in elderly (≥ 65 years) and very elderly (≥ 80 years) patients. **Clinical Interventions in Aging**, Auckland, v. 13, p. 1061-1070, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29881262/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

LAHUE, Sara C. *et al.* Association between inpatient delirium and hospital readmission in patients ≥ 65 years of age: a retrospective cohort study. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 14, n. 4, p. 201-206, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30933669/>. Acesso em: 20 mar 2020.

LARA, Maristela Oliveira *et al.* Percepção da equipe de enfermagem quanto à assistência provida em uma Unidade de Internação. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**, v. 22, n. 3, p. 195-202, 2018.

LUDOLPH, Paul *et al.* Non-pharmacologic multicomponent interventions preventing delirium in hospitalized people. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 68, n. 8, p. 1864-1871, jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32531089/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MARCANTONIO, Edward R. Delírio em idosos hospitalizados. **The New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 15, p. 1456-1466, 2017. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1605501>. Acesso em: 7 nov. 2021.

MARTINEZ, Felipe; TOBAR, Catalina; HILL, Nathan. Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. **Age and Ageing**, London, v. 44, n. 2, p. 196-204, 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/44/2/196/93749>. Acesso em: 12 maio 2020.

MORSE, Janice M. La investigacion cualitativa: realidad o fantasia? *In*: MORSE, Janice M. (coord). **Assuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Alicante: Universidad de Alicante, 2005. p. 25-36.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 228-233, jan./fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Acesso em: 12 maio 2021.

NCGC. National Clinical Guideline Centre. **Delirium: diagnosis, prevention, and management of delirium**. London: NICE, 2010. Disponível em:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/evidence/full-guideline-pdf-134653069>. Acesso em: 12 set. 2019.

NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Delirium in adults**. Quality standard (QS63). London: NICE, 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs63/resources/delirium-in-adults-pdf-2098785962437>. Acesso em: 12 set. 2019.

OLIVEIRA, Danielle Martins do Nascimento *et al.* Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem ao paciente prostatectomizado. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4455-4462, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23493/24738>. Acesso em: 15 maio 2020.

O'MAHONY, Rachel *et al.* Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 154, n. 11, p. 146-751, 2011. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-154-11-201106070-00006?journalCode=aim>. Acesso em: 15 maio 2020.

PAIM, Ligia; TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise Guerreiro Viera. Pesquisa convergente assistencial. *In*: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (orgs.). **Metodologias da pesquisa em enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

PAREJO, Lucinéia Stach. **Delirium como foco de atenção para os enfermeiros de terapia intensiva**. 2014. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/110494>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PIRES, Denise Elvira Pires de. Transformações necessárias para o avanço da enfermagem como ciência do cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, p. 39-44, 2013. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/q7pBQH4CBJRWDCxgGZGXtzS/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PRAYCE, Rita; QUARESMA, Filipa; GALRIÇA NETO, Isabel. Delirium: the 7th vital sign? **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 51-58, 2018. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9670>. Acesso em: 13 set. 2019.

PÜSCHEL, Vilanice Alves de Araújo *et al.* O enfermeiro no mercado de trabalho: inserção, competências e habilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1288-1295, nov./dez. 2017.

RADINOVIC, Kristina *et al.* Estimating the effect of incident delirium on short-term outcomes in aged hip fracture patients through propensity score analysis. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 15, n. 7, p. 848-855, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.12358>. Acesso em: 14 abr. 2021.

REYNISH, Emma L. *et al.* Epidemiology and outcomes of people with dementia, delirium, and unspecified cognitive impairment in the general hospital: prospective cohort study of 10,014 admissions. **BMC Medicine**, v. 15, n. 1, 2017. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0899-0>. Acesso em: 17 mar. 2020.

RIBEIRO, Simone Cidade Lima *et al.* conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 513-520, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VWJCyLP4vpbcgt7G6hX9pfj/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2020.

RUBIN, Fred H. *et al.* Effect of the hospital elder life program on risk of 30-day readmission. **Journal of the American Geriatric Society**, New York, v. 66, n. 1, p. 145-149, 2018. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15132>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SALLUH, Jorge I. F. *et al.* Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal (Online)**, London, v. 350, p. h2538, 2015. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h2538.full.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2021.

SHOR, Ira; FREIRE, Paulo. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Risk reduction and management of delirium**. 2019. Disponível em: <https://www.sign.ac.uk/sign-157-delirium.html>. Acesso em: 7 nov. 2021.

SILVA, Rosangela Aparecida Elerati *et al.* Gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200474, 2020. Supl. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0474>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SOIZA, Roy L.; MYINT, Phyo K. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: guidelines on risk reduction and management of delirium. **Medicina (Kaunas)**, v. 55, n. 8, p. 491, aug. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6722546/>. Acesso em: 15 ago. 2019.

SOUSA, Carmelita Maria Silva *et al.* Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: uma revisão integrativa. **ID on line. Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 47, p. 320-326, out. 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1988/0>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SOUSA-MUÑOZ, Rilva Lopes de *et al.* Prevalência e fatores associados com ocorrência de delirium em adultos e idosos internados. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 285-290, jul./ago. 2012.

SOYSAL, Pinar; KAYA, Derya; ISIK, Ahmet Turan. Current concepts in the diagnosis, pathophysiology, and treatment of delirium: a European perspective. **Current Geriatrics Reports**, New York, v. 4, p. 284-289, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13670-015-0142-9>. Acesso em: 5 jul. 2021.

STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Caçado. Assistência de enfermagem à pessoa com manifestações de comportamento. *In*: STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Caçado (orgs.). **Enfermagem psiquiátrica e suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008. p. 489-506.

SVENNINGSSEN, Helle; TØNNESEN, Else. Delirium incidents in three Danish intensive care units. **Nursing in Critical Care**, London, v. 16, n. 4, p. 186-192, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2011.00421.x>. Acesso em: 20 mar. 2020.

TEDESCO, Anderson Luiz; LACERDA, Tiago E. (orgs.). **Paulo Freire 100 anos: o centenário de um pensamento intempestivo**. Curitiba: Bagai, 2020.

TEIGÃO, Fernanda Cury Martins; MOSER, Auristela Duarte de Lima; JEREZ-ROIG, Javier. Tradução e adaptação transcultural do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer para pessoas idosas brasileiras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, p. e200128, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200128>. Acesso em: 15 jan. 2022.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. da. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da pesquisa convergente assistencial**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017a.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. da. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e1450017, 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/X9TWwnJNhhq95tgVqMF8sG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2019.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. da. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. **Hospital Universitário UEL -Londrina**. 2021. Disponível em: <http://www.uel.br/hu/portal/>. Acesso em: 5 maio 2021.

VAN DEN BOOGAARD, Mark *et al.* Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of delirium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. **British Medical Journal**, London, v. 344, p. e420, 2012. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e420.full.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

VAN ROMPAEY, Bart; ELSEVIERS, Monique M.; BOSSAERT, Leo. Risk factors for intensive care delirium. **Critical Care (Online)**, London, v. 13, p. 410, 2009. Supl. 1. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/cc7574.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

WASSENAAR, Annelies *et al.* Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. **Intensive Care Medicine**, New York, v. 41, p. 1048-1056, 2015. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-015-3777-2.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

WHO. World Health Organization. **ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision**. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>. Acesso em: 7 nov. 2021.

YUE, Jirong *et al.* The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) to Hospital Elder Life Program (HELP): operationalizing nice guidelines to improve clinical practice. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 62, n. 4, p. 754-761, apr. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020349/>. Acesso em: 10 abr. 2020

YUE, Peng *et al.* A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: barriers, burdens and decision making dilemmas. **International Journal of Nursing Sciences**, Oxford, v. 2, n. 1, p. 2-8, mar. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000150>. Acesso em: 10 abr. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para o Idoso

“CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO COM DELIRIUM: A ESTRATÉGIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Construção coletiva da assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado com delirium: a estratégia da pesquisa convergente assistencial”**, a ser realizada no **“Hospital Universitário Regional Norte do Paraná”**. O objetivo da pesquisa é **“Construir com a equipe de enfermagem um plano de assistência para o idoso hospitalizado com delirium”**. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: entrevista semi estruturada e com a aplicação do instrumento CAM (Confusion Assessment Method), que é um instrumento que faz o diagnóstico de delirium agudo, por um período de 7 dias.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao idoso hospitalizado com delirium.

A sua participação na pesquisa não haverá riscos a sua saúde, nem a qualidade da assistência prestada pelos profissionais. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar, **Suellen Karina de Oliveira Giroti**. **Endereço: Alexander Graham Bell, 679, apto 202, bloco D. celular: 43 - 988029171** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG:: _____

Eu _____
(NOME POR EXTENSO DO PESQUISADO OU RESPONSÁVEL), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para os Profissionais

“CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO COM DELIRIUM: A ESTRÁTEGIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Construção coletiva da assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado com delirium: a estratégia da pesquisa convergente assistencial”**, a ser realizada no **“Hospital Universitário Regional Norte do Paraná”**. O objetivo da pesquisa é **“Construir com a equipe de enfermagem um plano de assistência para o idoso hospitalizado com delirium”**. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: com a realização de entrevista semi estruturada e participação nas praticas educativas que serão realizadas durante e pesquisa.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao idoso hospitalizado com delirium.

A sua participação na pesquisa não trará riscos para sua vida profissional. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar, **Suellen Karina de Oliveira Giroti. Endereço: Alexander Graham Bell, 679, apto 202, bloco D. celular: 43 -988029171** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, ___ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG: _____

Eu _____
(NOME POR EXTENSO DO PESQUISADO OU RESPONSÁVEL), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE C

Instrumento Para Coleta de Dados e Acompanhamento do Idoso Hospitalizado

DADOS DE INTERNAÇÃO DO IDOSO

Informar ao acompanhante para responder apenas quando solicitado pelo entrevistado

Data de internação: _____ Data da entrevista: _____

Nome: _____

Número do prontuário: _____ Setor: _____ Leito: _____

BLOCO 2. THE SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNARIE-SPMSQ Ver escala em anexo C

Presença de acompanhante? () sim () não

Obs. Sé a classificação do SPMSQ ser 3 ou 4 continuar a pesquisa somente se houver a presença de acompanhante

1. Tipo de entrada: 1. () Eletivo 2. () Procura espontânea 3. () Encaminhado de outro serviço 4. () atendimento pré hospitalar

2. Se encaminhado de outro serviço, qual: 1. () Hospital 2. () UPA 3. () UBS 4. () Instituição de apoio 5. () Ambulatório 6. () SAMU-SIATE 7. () Não se aplica

3. Diagnóstico de internação: _____

4. Clínica de internação: () Ortopedia () Cardiologia () Pneumologia () Gastroenterologia () PSC () MI () Endócrino () Neuroclínica () CAD () Reumato () Cir Torácica () Cir Geral () Bucomaxilo () Urologia () Dermato () Otorrino () Nefrologia () GO () Cir. Vascular () Neurocirurgia

5. Data de nasc: _____ 6. Idade: _____ (anos) 7. Sexo: 1. M () 2. F ()

8. Escolaridade: 1. () Analfabeto 2. () 1ª a 4ª série incompleta do EF 3. () 1ª a 4ª série completa do EF 4. () 5ª a 8ª série incompleto do EF 5. () 5ª a 8ª série completo do EF 6. () Ensino médio incompleto 7. () Ensino médio completo 8. () Ensino superior incompleto 9. () Ensino superior completo

9. Faz uso de aparelho auditivo 1. () sim 2. () não

10. Está fazendo uso 1. () sim 2. () não 3. () não se aplica

11. Faz uso de aparelho visual 1. () sim 2. () não

12. Está fazendo uso 1. () sim 2. () não 3. () não se aplica

13. Faz uso de prótese dentária 1. () sim 2. () não

14. Está fazendo uso 1. () sim 2. () não 3. () não se aplica

15. Tabagismo: 1. () sim 2. () não 3. () parou

16. Se sim há quanto tempo fuma: 1. () menos de 10 anos 2. () de 10 há 20 anos 3. () de 20 há 30 anos 4. () mais de 30 anos
17. Se parou há quanto tempo: 1. () menos de 10 anos 2. () de 10 há 20 anos 3. () de 20 há 30 anos 4. () mais de 30 anos
18. Você consome bebida alcóolica
- 1.() Não consome bebida alcóolica
2.() Consome bebida alcóolica 1 vez por semana ou menos
3.() Consome bebida alcóolica 2 a 6 vezes por semana
4.() Consome bebida alcóolica diariamente
19. Apresenta alguma comorbidade: 1. ()sim 2. ()não
20. Se sim quais: 1. ()DM 2. ()HA 3. ()cardiovascular 4.()respiratória
5. ()neurológica 6. () infecciosa 7. () ortopédica 8. () renal 9. () hepática 10. () digestivas 11. () Urinária 12. () Vascular
21. Faz uso de medicamentos contínuo: 1. () sim 2. () não
22. Quais: 1.() Antihipertensivo 2. () Antipsicóticos 3. () Antiácido 4. () Antiglicêmico 5. () Antialérgicos 6. () corticóides 7. () Anticoagulante 8. () Multivitamínicos 9. () Insulina 10. () Antidepressivo 11. () Broncodilatador 12. () Anticolesterolemia 13. () Analgésicos 14. () Antiarritmico

DADOS DO INTERNAMENTO:

24. Esteve internado em outro hospital no último ano? 1. () sim 2. () não
25. Se sim, por que _____
26. Apresentou episódio de confusão mental repentino em algum momento na internação anterior? 1. () sim 2. () não
27. Algum médico ou profissional da saúde já te falou que vc tem algum problema de memória ou comportamento? 1. () sim 2. () não

Citar para o paciente e/ou acompanhante : pensamento fora de ordem, desorientado, mudança de assunto sem lógica, perdido no tempo e espaço, agitação, desatenção, inquietação, hiperalerta, sonolento ou insônia noturna

28. Durante o momento da internação houve registro de sinais e sintomas de delirium:
1. () Sim 2. () Não

+++++

ACOMPANHAMENTO SUBSEQUENTE D1 AO D5 – realizar esta parte do formulário até o quinto dia de internação do paciente, interromper antes se o paciente receber alta ou iniciar com quadro de delirium.

29. Dia de avaliação: ()D1 ()D2 ()D3 ()D4 ()D5
30. Setor e leito em que o paciente está _____
- Data da avaliação: _____
31. Perguntas específicas
1. Poderia me dizer seu nome completo? ()correto ()incorreto
2. Poderia me dizer a data do seu nascimento e idade? ()correto ()incorreto

3. Poderia me dizer o nome deste hospital? ()correto ()incorreto
 4. Poderia me dizer o motivo pelo qual está internado? ()correto ()incorreto
 5. Poderia me dizer o que é este objeto e qual a cor dele? ()correto ()incorreto
 6. Para que serve este objeto? ()correto ()incorreto
-

Neste momento iniciar a aplicação do CAM com a complementação (Anexo B)

32. Apresenta algum dispositivo invasivo no momento da entrevista: 1. () sim 2. () não
- () Acesso periférico () Acesso central () CNE ou CNG () Drenos abdominais () Dreno de tórax () CVD
33. Passou por procedimento cirúrgico? () Sim () Não
 34. Paciente em uso de restrição física no momento da entrevista?
1. () sim 2. () não
 35. Prescrição médica contém algum medicamento antipsicótico? 1. () sim 2. () não
 36. Quais?
 1. () Haloperidol
 2. () Olanzapina
 3. () Quetiapina
 4. () Não
 5. () Outros
 37. Data de alta da pesquisa _____ () D1 () D2 () D3 () D4 () D5

APÊNDICE D

Instrumento de Acompanhamento do Paciente que Desenvolveu Delirium

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO					
Número de codificação:				Dia de avaliação: 1. () 24h 2. () 48h	Data da entrevista:
Nome completo:					Entrevistador:

AVALIAÇÃO COM 24H e 48H				
	24HORAS	RESP	48HORAS	RESP
Dia do diagnóstico do CAM após internação:	1.D1 2.D2 3.D3 4.D4 5.D5		1.D1 2.D2 3.D3 4.D4 5.D5	
Houve registro pela equipe de enfermagem em prontuário?	1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não	
Profissional que fez o registro	1 – Enfermeiros 2 – Técnico de enfermagem 3 - Outros			
o que foi registrado? descreva (24h)	1. Não se aplica			
o que foi registrado? Descreva (48h)	1. Não se aplica			
Houve alteração na prescrição de Enfermagem relacionada ao quadro de <i>delírium</i> ?	1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não	

BLOCO 3. PRESENÇA DE ACOMPANHANTE				
	24HORAS	RESP	48HORA S	RESP
Paciente com acompanhante no momento da entrevista?	1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não	

Se não, foi solicitado a presença de um acompanhante?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
Houve orientações ao acompanhante sobre os cuidados para o delírium?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
Foi orientado a importância de o paciente manter-se com acompanhante?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
Foi orientado situar o paciente no tempo e no espaço?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
Foi orientado o uso de aparelhos auditivos, e visuais?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
Foi orientado manter as grades elevadas?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
Foi orientado evitar restringir o paciente?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
Foi orientado para trazer objetos pessoais e fotos de família?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
Foi orientado o uso de relógio e calendário?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
não estiver contraindicado, foi orientado a oferta livre de líquidos?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	

Se não contraindicado, foi orientado a mobilização precoce?	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
---	--------------------------------------	--	--------------------------------------	--

APÊNDICE E**Entrevista Semiestruturada Com os Profissionais da Equipe de Enfermagem da
Unidade de Estudo****ENTREVISTADO 1**

Nome: _____ Idade: _____

Data da entrevista: _____

Classe profissional: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem

Tempo de formação _____

Tempo de trabalho nesta instituição _____(meses)

Maiores titulações: () Ensino superior () Especialização () Mestrado ()
Doutorado

Período de trabalho: () Manhã () Tarde () Noturno

Pergunta 1 – Fale o que vem à sua mente quando pensa em um idoso com quadro de delirium.

Pergunta 2 – Você, como integrante da equipe de enfermagem, diante de um idoso em delirium, como percebe seu papel?

Pergunta 3 – No contexto do seu setor ou unidade, com quem você contaria para ajudá-lo(a) no controle do delirium?

Pergunta 4 – Fale-me sobre sua percepção quanto à sua capacidade técnica de cuidar de um idoso com quadro de delirium.

Questões complementares / auxiliares:

1. Fale o que você pensa que está relacionado para o desenvolvimento do delirium.
2. Você consegue me dizer quais medidas podem ser realizadas para minimizar o delirium no idoso? Descreva as estratégias que podem ser utilizadas para minimizar...
3. Fale para mim como poderia ser o envolvimento da família e como ela poderia te ajudar?
4. Fale para mim como seriam as possíveis consequências do delirium no idoso?
5. Que sugestões você daria para melhorar os cuidados ao idoso com delirium ou até minimizar o quadro em sua unidade?

APÊNDICE F

Folder Informativo Para a Equipe de Enfermagem

gravemente enfermos, com *delirium* após 1 ano.

OS PRINCIPAIS SINTOMAS QUE INDICAM DELIRIUM SÃO:

- Desatenção e agitação;
- Sonolência ou apatia;
- Incapacidade de obedecer a comandos;
- Inversão do ciclo sono-vigília, em que se permanece acordado durante a noite e sonolento durante o dia;
- Desorientação no tempo e espaço;
- Não reconhecer familiares ou pessoas conhecidas;
- Alterações da memória, mesmo para relembrar palavras;
- Irritabilidade e raiva frequente;
- Mudanças repentinas de humor;
- Alucinações e ilusões;
- Ansiedade.

Uma importante característica do *delirium* é a sua instalação aguda, de uma hora para outra, e, além disso, tem um curso flutuante, ou seja, varia entre momentos de normalidade, agitação ou sonolência ao longo de um mesmo dia.

QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO:

- Idade maior que 60 anos;
- Ter algum tipo de demência;
- Déficit sensorial;
- Infecção;
- Distúrbios metabólicos e ou eletrolíticos;

- Desregulação térmica;
- Retenção urinária e ou obstipação intestinal;
- Dispositivos invasivos;
- Uso de certos medicamentos como: sedativos, AINE, corticóides, relaxantes musculares, agentes gastrointestinais, opióides, agentes anticolinérgicos e benzodiazepínicos, anti-histamínicos ou alguns antibióticos;
- Estar hospitalizado;
- Ter passado por um procedimento cirúrgico;
- Desnutrição;
- Desidratação;
- Abuso de álcool ou drogas;
- Tabagismo;
- Restrição física, como estar acamado ou restringir o paciente no leito;
- Uso de polifármacos;
- Privação do sono;
- Mudança de ambiente;

O DELIRIUM É CLASSIFICADO EM 3 SUBTIPOS:

Delirium hiperativo: caracterizado por oscilação do humor, agitação, hiperalerta, alucinações, recusa em cooperar com os cuidados de saúde.

Delirium hipoativo: caracterizado por lentidão, letargia, estupor e hipoatividade motora.

Delirium misto: situação na qual os dois tipos de delirium estão presentes

DIANTE DE TODAS ESSAS INFORMAÇÕES, COMO VOCÊS PROFISSIONAIS DE

ENFERMAGEM PODEM AGIR PARA AJUDAR O PACIENTE.

O profissional de enfermagem é o que passa a maior parte do tempo com o paciente e seus familiares, este profissional é peça fundamental nas ações de prevenção e na percepção precoce da alteração cognitiva dos pacientes.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Acompanhante 24h, orientar os familiares a importância do paciente ter acompanhante;
- Orientar diariamente o paciente no tempo e espaço; diga a ele que dia é hoje, o nome do hospital, a cidade em que ele está;
- Manter, nas enfermarias e ambientes comum a todos, com calendários e relógios com um tamanho adequado para que todos na enfermaria possam visualizar;
- Mantenha um ambiente claro durante o dia, e durante à noite acenda as luzes somente se necessário. O paciente precisa entender e diferenciar dia de noite no ambiente hospitalar;
- Como o *delirium* é mais frequente com os idosos, procurar mantê-los em quartos onde é possível visualizar a luz do dia e o anoitecer;
- Orientar os familiares para que, sempre que possível, manter os pacientes com seus

óculos, aparelhos de audição e ou próteses dentárias;

- Sempre verificar a necessidade do paciente manter com dispositivos invasivos, retirar o mais precocemente possível;
- Estimular a deambulação sempre que possível;
- Estimular ingestão hídrica e a alimentação sempre que possível;
- Reduzir os ruídos nas unidades: evitar conversas durante à noite, monitores com sons desnecessários, por defeito ou uso incorreto;
- Manter hábitos fisiológicos dentro da normalidade.

GESENF – GRUPO DE ESTUDO SOBRE O ENVELHECIMENTO.

PROJETO DE PESQUISA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NÍVEL DOUTORADO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
Título “ A **construção coletiva da assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado com delirium: a estratégia da pesquisa convergente assistencial**”

Discente: Prof. Dra. Mara Solange Gomes Dellaroza
Discente. Ms. Suellen Karina de Oliveira Giroti
Contato: (43) 988029171
E-MAIL:
suellengirotti@gmail.com

O *DELIRIUM* TEM PREVENÇÃO.
NÃO ACHE QUE UM PACIENTE COM *DELIRIUM* É NORMAL DO AMBIENTE HOSPITALAR.
AO VERIFICAR UM PACIENTE COM POSSÍVEL QUADRO DE *DELIRIUM*, COMUNIQUE A CLÍNICA RESPONSÁVEL, RELATE NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.
APOIE E CONTE COM A AJUDA DOS FAMILIARES E

DELIRIUM

VOCÊ SABE O QUE É ?

O *delirium* é um estado de confusão mental que surge abruptamente, e causa alterações da consciência, da atenção, do comportamento, da memória, do pensamento e da orientação, provocando um comportamento que costuma oscilar entre agitação-agressividade com períodos de letargia-torpor, sendo acompanhado por alterações no ciclo sono-vigília.

É uma síndrome grave, que resulta da disfunção metabólica de múltiplos subsistemas cerebrais, afetando a neurotransmissão, principalmente da acetilcolina e serotonina.

O *delirium* está associado a maior morbidade e mortalidade no prazo de 6 a 12 meses, devido a necessidade de maior tempo de internação

hospitalar e pior recuperação funcional. Entre as alterações cognitivas apresentadas nos idosos, destacamos o *delirium* como sendo a mais incidente nesta população quando estão hospitalizados. Apresenta uma taxa de mortalidade de 50% em idosos.

APÊNDICE G

Prescrição de Enfermagem – Tutorial de Delirium Para Inclusão no Medview

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DEFINIDOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

CONFUSÃO AGUDA - Definição – Início repentino de um conjunto de alterações e distúrbios globais, transitórios, na atenção, na cognição, na atividade psicomotora, no nível de consciência e ou no ciclo sono-vigília

1. Orientar diariamente o paciente no tempo e espaço e não reforçar as ideias delirantes.
2. Orientar o autocuidado.
3. Orientar os familiares a situarem o idoso no tempo e espaço diariamente.
4. Estimular os familiares para orientar o paciente no tempo e espaço, e estimular a memória do idoso.
5. Orientar o familiar no cuidado com o paciente
6. Realizar contenção física com atadura e algodão ortopédico, avaliar a pele abaixo da contenção
7. Realizar contenção física com algodão ortopédico e atadura, avaliar a cada período a necessidade de manter e restrição
8. Realizar contenção do paciente em quadro de delirium somente se agitação psicomotora intensa
9. Orientar a importância de os familiares permanecerem com o paciente e envolver o familiar no cuidado

APÊNDICE H

Proposta de Intervenção Para Prevenção e Controle de Delirium nos Idosos Hospitalizados

	PROBLEMA DETECTADO	INTERVENÇÃO – PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS
1	Falta de sensibilização ou desconhecimento da equipe em relação ao cuidado ao idoso em risco para <i>delirium</i> ou que curse com o quadro.	<p>Pesquisadora - Promover seminário sobre a temática; Divulgar os dados da pesquisa para a equipe de enfermagem.</p> <p>Pesquisadora - Elaborar um cartaz informativo sobre <i>delirium</i>: o que é; o que causa; como identificar; como prevenir</p> <p>Pesquisadora e equipe de enfermagem capacitada - Sensibilizar a equipe frente ao delirium</p>
2	Orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais	<p>Pesquisadora - Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância da orientação periódica do paciente.</p> <p>Enfermeira - Incluir na prescrição de enfermagem os cuidados referentes a orientação periódica/estímulo a memória do paciente.</p> <p>Equipe de enfermagem capacitada – realizar orientações diárias aos pacientes sobre dia, horas, motivo de internação, tempo de internação, reorientação temporo-espacial</p>
3	Comunicação insuficiente entre profissionais e familiares.	<p>Pesquisadora: Informar/sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a importância da instrução da família sobre a prevenção do delirium.</p> <p>Pesquisadora: criar cartilha “Orientações para visitantes” informações sobre <i>delirium</i>: o que é e como prevenir; Elaborar um cartaz informativo.</p> <p>Equipe de enfermagem: orientar familiares sobre a importância de orientação diária com o idoso, principalmente no tempo e espaço.</p> <p>Enfermeira – prescrever para os idosos com fatores de risco para o desenvolvimento do delirium – orientar familiares para situarem o idoso no tempo e espaço diariamente, dicas de memórias fotos, relatos de familiares.</p> <p>Inserir a família nos cuidados, orientar a importância de estimulá-lo mesmo que sonolento</p>

4	Falta de acompanhante para os idosos nas enfermarias	<p>Equipe de enfermagem – quando o paciente internar – e ter acompanhante presente orientar a importância de sua presença para o idoso, quando não possível em todos os períodos, ver a possibilidade de pelo menos um período.</p> <p>Quando o paciente recebe alta da UTI, o profissional de enfermagem deverá comunicar o setor administrativo para informar aos familiares que o paciente tem direito a um acompanhante.</p>
5	Restrição física antes da restrição química	<p>Equipe de enfermagem – se paciente com acompanhante, orientar para a importância da não restrição e orientar sobre a restrição química o mais breve possível</p> <p>Enfermeira – priorizar o contato com a clínica responsável para a realização da contenção química.</p> <p>Se necessário a restrição física, a mesma foi retirada o mais breve possível.</p>
6	Ausência de rotinas para o uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária	<p>Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de evitar privação sensorial: seminário; Instituir, como rotina, a flexibilização do uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária, conforme condição clínica;</p> <p>A estimulação visual, auditiva e tátil potencia as funções cognitivas e o processo de percepção do meio envolvente, contribuindo para a melhoria do comportamento e orientação do doente.</p>
7	Ruídos excessivos na unidade.	<p>Enfermeira - Elaborar cartaz informativo para informar/sensibilizar a equipe sobre a importância da redução dos ruídos.</p> <p>Equipe de enfermagem - instituir a rotina de manter os celulares no modo vibratório durante o plantão.</p> <p>Equipamentos com defeitos que emitem ruídos sem necessidade, encaminharem para a manutenção.</p>
8	Idosos alocados longe das janelas, impossibilitando observar a luz do dia e o anoitecer	
9	Não oferta de estímulos mental que o paciente gosta de fazer	<p>Equipe de enfermagem – oferecer livros, jornal, música ou atividade de desejo do paciente, comunicar familiares para trazerem atividades que o idoso costumava realizar em sua casa e trazer para o hospital. E disponha de ajudas visuais que auxiliem a orientação como: relógio, calendário</p>

10	Demora na retirada de dispositivos invasivos – principalmente CVD	Equipe de enfermagem – questionar a clínica em relação a necessidade de manter os dispositivos invasivos - Acessos venosos – idoso tem possibilidade de receber medicamentos VO -CNE – Idoso está se alimentando VO adequadamente, não há riscos de broncoaspiração - CVD – Pós-operatório há mais de 24h, é possível realizar o controle de diurese por jontex, ou no próprio papagaio e ou comadre.
12	Manutenção do relógio das enfermarias funcionantes.	Equipe de enfermagem – manter observação constante do funcionamento dos relógios de parede, a fim de evitar que o mesmo fique sem funcionamento. Substituir os relógios que estão com defeito. Manter o idoso em leito que possibilite o mesmo a visualizar o relógio e que disponha de ajudas visuais que auxiliem a orientação como: relógio, calendário
13	Falta de calendário nas enfermarias	Pesquisadora - Confeccionar calendários de tamanho adequado para manter nas paredes das enfermarias, que possibilite a visibilidade de todos os pacientes. Técnico administrativo – realizar a troca mensal dos calendários Equipe de enfermagem – garantir que o calendário está sendo trocado mensalmente.
14	Luminosidade excessiva durante o período noturno	Equipe de enfermagem – após as 22h utilizar a luz da entrada da enfermaria para realizar os cuidados, ou acender apenas a luz que fica próximo ao leito do paciente. Identificar os interruptores com o leito do quarto. garantir um espaço calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília,
15	Interrupção do sono dos pacientes no período noturno.	Evitar procedimentos durante a noite
16	Não utilização de escalas para detecção do <i>delirium</i> .	Equipe de enfermagem - estabelecer, como rotina, a descrição de alterações no estado mental do paciente na evolução/anotação de enfermagem. Treinar as enfermeiras <i>in loco</i> para aplicação da escala CAM-ICU; Estabelecer rotina de aplicação da CAM-ICU 1x por períodos e sempre que o paciente apresentar alterações agudas do estado mental.
17	Pacientes obstipados	Manter hábitos fisiológicos dentro da normalidade, anotar e comunicar o funcionamento intestinal
18	Pacientes com retenção urinária	Manter hábitos fisiológicos dentro da normalidade

1 9	Estímulo a mobilização deficiente	Sempre que possível encaminhar o paciente para o banho de aspersão. Estimular a deambulação
	.	Em casos de <i>delirium</i> , familiares foram orientados quanto aos riscos da doença e a importância do acompanhamento durante a internação
		Familiares orientados quanto ao protocolo de queda
		Cuidados com risco de queda
		Estimular paciente durante o dia
		Realizar cuidados como banho, curativos logo pela manhã
		Devem ainda ser asseguradas uma hidratação e alimentação adequadas
		otimizar as medidas de prevenção de úlceras cutâneas
		estimular a mobilização precoce com prevenção adequada de quedas
		Evitar mudar o paciente de leito/enfermaria

APÊNDICE I

Intervenções de Enfermagem Construídas Com a Equipe de Enfermagem

INTERVENÇÃO – PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS
<p>A- PESQUISADORA - Promover seminário sobre a temática; divulgar os dados da pesquisa para a equipe de enfermagem; elaborar um cartaz informativo sobre <i>delirium</i>: o que é, o que causa, como identificar, como prevenir.</p> <p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM CAPACITADA - Sensibilizar a equipe frente ao <i>delirium</i>; Conversa in loco com os colegas, entrega de um informe individual com os cuidados definidos entre a equipe para os profissionais que não participaram da capacitação</p> <p>C – ENFERMEIROS DO SETOR – Quando o paciente apresentar sinais de delirium o enfermeiro deverá aplicar o instrumento CAM, se episódio ocorrer durante à noite e apenas relatado pelo acompanhante o profissional deverá preencher o instrumento CAM com os relatos do acompanhante</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – realizar reorientação temporo-espacial diárias aos pacientes, motivo de internação, tempo de internação.</p>
<p>A- PESQUISADORA: Informar/sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a importância da instrução da família sobre a prevenção do delirium.</p> <p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM: orientar familiares sobre a importância de orientação diária com o idoso, principalmente temporo-espacial.</p> <p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - em casos de <i>delirium</i>, orientar os familiares quanto aos riscos da doença e a importância do acompanhamento durante a internação.</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – quando o paciente internar – e ter acompanhante presente orientar a importância de sua presença para o idoso, quando não possível em todos os períodos, ver a possibilidade de pelo menos um período (preferência no período do dia).</p> <p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - quando o paciente recebe alta da UTI, o profissional de enfermagem deverá comunicar o setor administrativo para informar aos familiares que o paciente tem direito a um acompanhante.</p>

B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – em casos de delirium se paciente estiver com acompanhante, orientar para a importância da não restrição e orientar sobre a restrição química o mais breve possível.

A EQUIPE ACORDOU QUE VAMOS OBSERVAR CADA CASO E VERIFICAR SE HOUVE RESTRIÇÃO QUÍMICA, FOI PEDIDO DO ACOMPANHANTE, SE O PACIENTE PIOROU APÓS A CONTENÇÃO, COMO FOI A REAÇÃO DO ACOMPANHANTE,

C- ENFERMEIRA – priorizar o contato com a clínica responsável para a realização da contenção química.

B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - se necessário a restrição física, a mesma deve ser retirada o mais breve possível.

A – PESQUISADORA - Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de evitar privação sensorial.

C- EQUIPE DE ENFERMAGEM - Instituir como rotina, a flexibilização do uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária, conforme condição clínica. Estimular o uso e orientar familiares sobre a importância

B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - instituir a rotina de manter os celulares no modo vibratório durante o plantão,

Não utilizar som nas enfermarias e nem vídeos dentro das enfermarias, muitos familiares e acompanhantes se incomodam com os ruídos

Equipamentos com defeitos que emitem ruídos sem necessidade, encaminharem para a manutenção

Idosos conscientes retirar das enfermarias 4 e 5

B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - Orientar todos os familiares que ao utilizar aparelhos sonoros deve-se usar fone de ouvido, se o paciente trouxer TV quando estiver atrapalhando os demais pacientes e familiares o mesmo deverá ser desligado.

Informar pacientes que se quiserem trazer TV o mesmo deverá ser desligado às 22h e se incomodar outros pacientes deverá ser desligado também.

A - PESQUISADORA - Placa informativa sobre aparelhos sonoros utilizar fones de ouvidos

B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - comunicar familiares para trazerem atividades que o idoso costumava realizar em sua casa e que possa ser realizado no hospital. Exemplos - livros, revistas, tricô, crochê, palavra cruzada, bordado, dominó, baralho

B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – questionar a clínica em relação a necessidade de manter o dispositivos invasivos

- Acessos venosos – idoso tem possibilidade de receber medicamentos VO

- CNE – Idoso está se alimentando VO adequadamente, não há riscos de broncoaspiração

- CVD – Pós-operatório há mais de 24h, paciente anúrico, em hemodiálise, é possível realizar o controle de diurese por jontex, ou no próprio papagaio e ou comadre.

<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – manter observação constante do funcionamento dos relógios de parede, a fim de evitar que o mesmo fique sem funcionamento. Manter o idoso em leito que possibilite o mesmo a visualizar o relógio.</p>
<p>A- PESQUISADORA – Confeccionar calendários de tamanho adequado para manter nas paredes das enfermarias, que possibilite a visibilidade de todos os pacientes. Garantir um espaço calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília, luz durante o dia e à noite luzes apagadas sempre que possível D- TÉCNICO ADM – realizar a troca mensal dos calendários</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – após as 22h utilizar a luz da entrada da enfermaria para realizar os cuidados, ou acender apenas a luz que fica próximo ao leito do paciente. D- TÉCNICO ADMINISTRATIVO - identificar os interruptores com o leito do quarto.</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – evitar realizar procedimentos após às 22h B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – entender a rotina de sono de forma individualizada, para realizar orientações condizentes com cada paciente.</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - estabelecer, como rotina, a descrição de alterações no estado mental do paciente na evolução/anotação de enfermagem.</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM – Manter-se informados dos hábitos fisiológicos do idoso e procurar manter dentro da normalidade, anotar e comunicar o funcionamento intestinal</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - Manter hábitos fisiológicos dentro da normalidade, se retenção urinária a possibilidade de encaminhar paciente para o banheiro, uso de papagaio, comadre, fralda, jontex, CVA e em último caso e somente se bem indicado CVD.</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - Sempre que possível encaminhar o paciente para o banho de aspersão. Estimular a deambulação e mobilidade</p>
<p>A- ENFERMEIRAS – manter a adesão da realização do protocolo de risco de queda. B- PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – manter orientação diária aos familiares em relação ao risco de queda.</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - Evitar mudar a localização do leito do paciente, caso necessário comunicar o paciente antecipadamente.</p>
<p>B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - Realizar contenção química antes da contenção física, buscar atendimento médico o mais breve possível. B- EQUIPE DE ENFERMAGEM - Orientar familiares e acompanhantes a importância de tentar acalmar o paciente, mantê-lo sem restrição física, e tentar primeiro o uso de medicamentos quando necessário para o controle do delirium.</p>

APÊNDICE J

Informe de Atenção Com Aparelhos Sonoros nas Enfermarias

**ATENÇÃO
PACIENTES E
ACOMPANHANTES
AO UTILIZAR
APARELHOS
SONOROS, É
OBRIGATÓRIO O
USO DE FONE DE
OUVIDO.**

APÊNDICE K

Folder de Orientação Para o Acompanhante

EI, VOCÊ ESTÁ
ACOMPANHANDO
ALGUM PACIENTE COM
MAIS DE 60 ANOS?



VAMOS CUIDAR PARA
PREVENIR **DELIRIUM**.

VOCÊ PODE AJUDAR!!!!
ESTIMULANDO A
MEMÓRIA DELE

* **Todos dos dias,**
pergunte para o idoso:

- Que dia é hoje?
- Qual é o nome deste hospital que estamos?
- Por que o senhor(a) está internado?

* **Converse com o idoso sobre os familiares,** atualizando sobre os fatos que estão ocorrendo fora do hospital;

EI, VOCÊ ESTÁ
ACOMPANHANDO
ALGUM PACIENTE COM
MAIS DE 60 ANOS?



VAMOS CUIDAR PARA
PREVENIR **DELIRIUM**.

VOCÊ PODE AJUDAR!!!!
ESTIMULANDO A
MEMÓRIA DELE

* **Todos dos dias,**
pergunte para o idoso:

- Que dia é hoje?
- Qual é o nome deste hospital que estamos?
- Por que o senhor(a) está internado?

* **Converse com o idoso sobre os familiares,** atualizando sobre os fatos que estão ocorrendo fora do hospital;

EI, VOCÊ ESTÁ
ACOMPANHANDO
ALGUM PACIENTE COM
MAIS DE 60 ANOS?



VAMOS CUIDAR PARA
PREVENIR **DELIRIUM**.

VOCÊ PODE AJUDAR!!!!
ESTIMULANDO A
MEMÓRIA DELE

* **Todos dos dias,**
pergunte para o idoso:

- Que dia é hoje?
- Qual é o nome deste hospital que estamos?
- Por que o senhor(a) está internado?

* **Converse com o idoso sobre os familiares,** atualizando sobre os fatos que estão ocorrendo fora do hospital;

* **Mostre fotos de pessoas próximas** que convivem com o idoso fora do hospital, sempre possível.

* **Estimule o uso de óculos, aparelho auditivo e/ou prótese dentária.**

* **Traga para o idoso as atividades que ele realiza em sua casa** e que sejam possíveis realizar no hospital, por exemplo: crochê, palavra cruzada, dominó, livro, bordado, etc.

* Sempre que possível, **mantenha luzes acessas durante o dia e à noite luzes apagadas.** É importante o idoso reconhecer as fases do dia.

* **Deixe o idoso realizar suas atividades de higiene pessoal, alimentação, deambulação entre outras.** Você pode auxiliá-lo de acordo com as limitações dele.

**SUA AJUDA É
FUNDAMENTAL PARA
PREVENIRMOS ESTA
COMPLICAÇÃO NO
IDOSO**

Gesenf – Grupo de estudo sobre o
envelhecimento.
Contato: Suellen Giroti 43-988029171

* **Mostre fotos de pessoas próximas** que convivem com o idoso fora do hospital, sempre possível.

* **Estimule o uso de óculos, aparelho auditivo e/ou prótese dentária.**

* **Traga para o idoso as atividades que ele realiza em sua casa** e que sejam possíveis realizar no hospital, por exemplo: crochê, palavra cruzada, dominó, livro, bordado, etc.

* Sempre que possível, **mantenha luzes acessas durante o dia e à noite luzes apagadas.** É importante o idoso reconhecer as fases do dia.

* **Deixe o idoso realizar suas atividades de higiene pessoal, alimentação, deambulação entre outras.** Você pode auxiliá-lo de acordo com as limitações dele.

**SUA AJUDA É
FUNDAMENTAL PARA
PREVENIRMOS ESTA
COMPLICAÇÃO NO
IDOSO**

Gesenf – Grupo de estudo sobre o
envelhecimento.
Contato: Suellen Giroti 43-988029171

* **Mostre fotos de pessoas próximas** que convivem com o idoso fora do hospital, sempre possível.

* **Estimule o uso de óculos, aparelho auditivo e/ou prótese dentária.**

* **Traga para o idoso as atividades que ele realiza em sua casa** e que sejam possíveis realizar no hospital, por exemplo: crochê, palavra cruzada, dominó, livro, bordado, etc.

* Sempre que possível, **mantenha luzes acessas durante o dia e à noite luzes apagadas.** É importante o idoso reconhecer as fases do dia.

* **Deixe o idoso realizar suas atividades de higiene pessoal, alimentação, deambulação entre outras.** Você pode auxiliá-lo de acordo com as limitações dele.

**SUA AJUDA É
FUNDAMENTAL PARA
PREVENIRMOS ESTA
COMPLICAÇÃO NO
IDOSO**

Gesenf – Grupo de estudo sobre o
envelhecimento.
Contato: Suellen Giroti 43-988029171

APÊNDICE L**Entrevista Semiestruturada Com os Profissionais da Equipe de Enfermagem da
Unidade de Estudo – Fase Pós-Intervenção****ENTREVISTADO 1**

Nome: _____ Idade: _____

Data da entrevista: _____

Classe profissional: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem

Tempo de formação _____

Tempo de trabalho nesta instituição _____(meses)

Maiores titulações: () Ensino superior () Especialização () Mestrado ()
Doutorado

Período de trabalho: () Manhã () Tarde () Noturno

1. Você consegue me dizer quais medidas podem ser realizadas para prevenir o delirium no idoso?
2. Você consegue me dizer quais medidas podem ser realizadas para tratar e ou controlar o delirium?
3. Fale para mim como poderia ser o envolvimento da família e como ela poderia te ajudar?
4. Fale para mim quais seriam as possíveis consequências do delirium no idoso?
5. Você poderia **comentar** como foi para você participar do processo de construção de cuidado com o idoso com delirium? **Comente.**
6. Você poderia **comentar** quais resultados o protocolo instituído de delirium no idoso hospitalizado trouxe para a assistência de enfermagem durante sua utilização na unidade em estudo.

ANEXOS

ANEXO A

Método de Avaliação de Confusão (CAM)

(Confusion Assessment Method)

MARQUE UM X NA COLUNA CORRESPONDENTE A ALTERAÇÃO APRESENTADA PELO PACIENTE	
1. Início agudo	
A evidência de uma mudança do estado mental, comportamento de base do paciente?	
2. Distúrbio da atenção	
2A) O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?	
Não, paciente normal durante toda a entrevista	
Sim, em alguns momentos da entrevista, porém de forma leve	
Sim, em alguns momentos da entrevista, porém de forma marcante	
Incerto	
2B) Se anormal, este comportamento variou durante toda a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?	
Sim	
Não	
Incerto	
Não se aplica	
2C) Se anormal, descreva o comportamento	
3. Pensamento desorganizado	
3A) O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevista de assunto?	
Não, paciente normal durante toda a entrevista	
Sim, em alguns momentos da entrevista, porém de forma leve	
Sim, em alguns momentos da entrevista, porém de forma marcante	
Incerto	
3B) Se anormal, este comportamento variou durante toda a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?	
Sim	
Não	
Incerto	

Não se aplica	
3C) Se anormal, descreva o comportamento	
4. Alteração do nível de consciência	
4A) Em geral como você classifica o nível de consciência do paciente?	
Alerta (normal)	
Vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente)	
Letárgico (sonolento, facilmente acordável)	
Estupor (dificuldade para despertar)	
Coma	
Incerto	
4B) Se anormal, este comportamento variou durante toda a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?	
Sim	
Não	
Incerto	
Não se aplica	
4C) Se anormal, descreva o comportamento	
COMPLEMENTO DO CAM	
5. Desorientação - o paciente ficou desorientado, por exemplo, pensando que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada do dia?	
6. Distúrbio (prejuízo) da memória - O paciente apresentou problemas de memória, tais como incapacidade de lembrar de eventos do hospital, ou dificuldades para se lembrar de instruções	
7. Distúrbio de percepção - o paciente apresentou sinais de distúrbio de percepção, como por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensamento que algum objeto fixo se movimentou)	
8. Agitação psicomotora - o paciente apresentou aumento anormal da atividade psicomotora, tais como agitação, beliscar cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e frequente de posição?	
9. Retardo psicomotor - o paciente apresentou aumento anormal de atividade motora, como letargia, olhar fixo e vago, permanência na mesma posição por longo período, ou lentidão exagerada de movimentos?	
10. Alteração do ciclo sono-vigília - O paciente apresentou sinais de alteração do ciclo sono vigília como sonolência excessiva ou insônia noturna?	

Fonte: Adaptado de Inouye, Westendorp e Saczynski (2014)

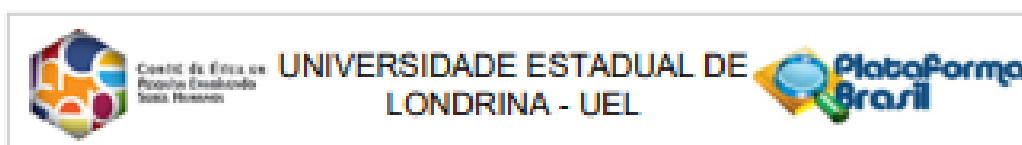
Algoritmo para o diagnóstico de Delirium

Para o diagnóstico de Delirium é necessário a presença dos critérios 1+2 mais a presença do critério 3 ou do critério 4

Formando 1+2+3 ou 1+2+4 ou 1+2+3+4

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO COM DELÍRIO: A ESTRATÉGIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Pesquisador: Suelen Giroi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05507218.7.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.145.829

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quanti-quali que terá como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial, método que tem como principal característica manter uma estreita relação entre o pesquisador e o campo de pesquisa, com o objetivo de encontrar soluções para o problemas, realizar e implantar mudanças na prática assistencial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir com a equipe de enfermagem um plano de assistência para o idoso hospitalizado com delírio.

Objetivo Secundário:

- Capacitar a equipe de enfermagem quanto a fisiopatologia do delírio, fatores de risco, diagnóstico com uso do instrumento CAM, tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Descrever as características sociodemográficas e de saúde dos idosos da unidade de estudo; Identificar a incidência de delírio na unidade de estudo aplicando o instrumento CAM;
- Avaliar a prescrição de enfermagem quanto as intervenções relacionadas ao delírio; - Identificar quais as medidas aplicadas ao idoso hospitalizado com delírio;
- Avaliar a implementação do plano de assistência ao idoso hospitalizado com delírio.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep200@uel.br



Centro de Estudo em
Psiquiatria Evolutiva
Sua Saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Projeto: 3.145.626

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora há possibilidade de risco para os idosos em relação a possíveis desconfortos relacionados ao período da coleta de dados, principalmente em relação aos dados sociodemográficos. Para os profissionais de saúde há risco de constrangimento no momento da coleta de dados, observação participante e entrevista.

Caso algum participante do estudo sofra alguns dos riscos identificados acima, para os idosos, será contactado o serviço de psicologia existente no serviço, não gerando nenhum custo ao paciente. Em relação aos profissionais, a entrevista será interrompida a qualquer momento que o pesquisado sugerir para o pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado na Unidade de Internação Clínica do Hospital Universitário de Londrina (HUL), a unidade é composta por 50 leitos que atendem pacientes adultos masculinos e femininos com patologias clínicas. O serviço conta com uma equipe multiprofissional composta por 8 enfermeiros, 28 técnicos em enfermagem, 1 assistente social, 1 psicóloga, corpo clínico e nutricionistas. A pesquisa será realizada no segundo bimestre de 2019 ao quarto bimestre de 2020. A coleta de dados ocorrerá em quatro momentos. O primeiro será a fase de identificação da pesquisa pela equipe, coleta de dados para traçar o perfil sócio-demográfico e de saúde dos idosos da Unidade, aplicação do instrumento CAM e observação participante dos casos em que forem feito o diagnóstico do delírio. A segunda etapa iniciará com reuniões para sensibilização e capacitação da equipe para a construção do plano de cuidado aos idosos hospitalizados com delírio, por meio de metodologias ativas. A terceira etapa será criação e aplicação do plano de assistência proposto pela equipe. Por fim a quarta etapa será composta pela avaliação do plano de cuidado e sua aplicabilidade na prática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta folha de rosto devidamente assinada pela coordenação do institucional proponente.
- Apresenta TCLE em forma de convite e adequado para os possíveis profissionais participantes.
- Apresenta TCLE em forma de convite para os idosos também adequado.
- Apresenta financiamento próprio e orçamento detalhado.
- Apresentou cronograma detalhado.
- Apresenta autorização da instituição co-participante.
- Apresenta instrumentos de coleta de dados.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

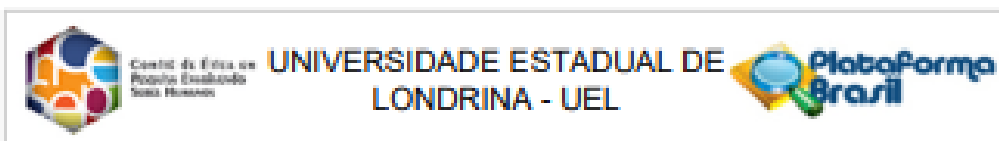
UF: PR

Telefone: (43)3271-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-670

E-mail: cex258@uel.br



Continuação do Parecer: 3.145.829

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora antecedeu as pendências apontadas, recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezada pesquisadora seu projeto foi aprovado pelo colegiado do CEP-UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1246817.pdf	11/02/2019 23:09:42		Aceito
Parecer Anterior	parecer.pdf	16/12/2018 20:18:12	Suelen Giroti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleprofissional.doc	16/12/2018 20:17:51	Suelen Giroti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_idoso.doc	16/12/2018 20:17:20	Suelen Giroti	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/11/2018 13:50:06	Suelen Giroti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	20/10/2018 08:21:10	Suelen Giroti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 13 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Gláucia M. Carneira
 (Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455
 CEP: 86.057-970
 E-mail: cep268@uel.br

ANEXO C

The Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

BREVE ESCALA DE CAPACIDADE COGNITIVA

Tradução Brasileira do *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* de Pfeiffer

Data: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: Masculino FemininoAnos de estudo: Não alfabetizado 1-4 anos 5-8 anos 9-11 anos Ensino superior**ORIENTAÇÕES PARA O AVALIADOR**

- Faça as perguntas de 1 a 10 da escala abaixo.
- Realize a pergunta 4^b somente se o avaliado não possuir um telefone.
- Registre o número total de ERROS com base nas respostas às 10 perguntas.
- Todas as respostas devem ser dadas sem o auxílio de calendário, jornal, documentos ou outros recursos para a memória.

QUESTÕES	INSTRUÇÕES	+	-
1. Qual é a data de hoje? R: ____/____/____	Correto somente quando dia, mês e ano estiverem certos.		
2. Que dia da semana é hoje? R: _____	Correto apenas se o dia da semana estiver certo.		
3. Em que lugar estamos agora? R: _____	Correto se qualquer descrição da localização ou local for fornecida. (Minha casa, a cidade, nome do hospital / instituição em que está)		
4 ^a . Qual é o seu número de telefone? R: _____ - _____ / _____ - _____	Correto quando o número puder ser verificado ou o paciente puder repetir o mesmo número mais tarde na entrevista.		
4 ^b . Qual é o seu endereço? R: _____	Pergunte somente se o paciente não possuir um telefone.		
5. Qual é a data de seu nascimento? R: ____/____/____	Correto somente quando dia, mês e ano estiverem certos.		
6. Quantos anos você tem? R: _____ anos	Correto quando a idade informada corresponder à data de nascimento.		
7. Quem é o presidente do Brasil atualmente? R: _____	Pode ser nome completo ou não.		
8. Quem foi o presidente antes dele? R: _____	Pode ser nome completo ou não.		
9. Qual era o nome de solteira da sua mãe? R: _____	Não é necessária verificação, somente se requer um nome próprio feminino seguido de um sobrenome diferente do paciente.		
10. De 20, diminua de 3 em 3 até o 0. R: (17 – 14 – 11 – 8 – 5 – 2)	Toda a série deve ser realizada; qualquer erro na série ou falta de vontade de tentar é classificado como incorreto.		
NÚMERO TOTAL DE ERROS			

0-2 erros – Capacidade cognitiva preservada
 3-4 erros – Incapacidade cognitiva leve
 5-7 erros – Incapacidade cognitiva moderada
 8-10 erros – Incapacidade cognitiva grave

- Para idosos não alfabetizados – permitir um erro a mais*
- Para idosos com ensino superior – permitir um erro a menos*

PONTUAÇÃO CORRETA*Referência:**

Teigão FCM, Moser ADL, Roig JJ. Tradução e adaptação transcultural do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer para pessoas idosas brasileiras. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2020;23(4):e200128. Arquivo complementar, Breve escala de capacidade cognitiva: tradução brasileira do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer; p.10.

Fonte: Teigão, Moser e Jerez-Roig (2020)