



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL de LONDRINA

---

FABIANA AMARAL LONGHI

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE  
AO *DELIRIUM* NO IDOSO HOSPITALIZADO**

---

LONDRINA  
2021

FABIANA AMARAL LONGHI

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE  
AO *DELIRIUM* NO IDOSO HOSPITALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Solange Gomes Dellarozza

Londrina  
2021

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

**L854 Longhi, Fabiana.**

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO / Fabiana Longhi. - Londrina, 2021.  
101 f. : il.**

**Orientador: Mara Solange Gomes Dellarozza.**

**Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.**

**Inclui bibliografia.**

**1. Delirium. - Tese. 2. Idoso. - Tese. 3. Equipe de enfermagem. - Tese. 4. Conhecimento. - Tese. I. Gomes Dellarozza, Mara Solange. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.**

FABIANA AMARAL LONGHI

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE  
AO *DELIRIUM* NO IDOSO HOSPITALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Solange Gomes  
Dellaroza  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo F. L. Haddad  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 19 de fevereiro de 2021.

## DEDICATÓRIA

À minha amada **avó Neuza Gomes do Amaral** (*in memoriam*),  
minha inspiração para o desenvolvimento desta pesquisa,  
minha força, minha luz: obrigada por todo carinho,  
cuidado e dedicação... esquecendo sua própria vida para viver  
a minha, fazendo com que eu me tornasse quem sou hoje.

À minha **mãe, Doralice Gomes do Amaral**,  
mulher com muita sabedoria, muita fibra, guerreira,  
de fé admirável, que nunca mediu esforços para meu  
crescimento profissional e sempre me mostrou o  
melhor caminho a seguir na vida pessoal e profissional  
e que, para vencer, tenho de lutar.

Ao meu **companheiro de jornada, Diego Pontes Rodrigues**,  
que, mesmo entre obstáculos e desencontros, esteve ao  
meu lado demonstrando compreensão, companheirismo  
e um desejo imenso de me ver vencer: esta vitória só foi  
possível porque você acreditou no meu sonho.

Amo Você

À minha querida **irmã Claudia Vanessa**, sempre ao meu  
lado me apoiando em tudo e também nesta caminhada.

Ao meu **irmão José Eduardo** (*in memoriam*),  
que hoje vive com o dono da vida, Jesus,  
ao lado da nossa princesa, nossa avó:  
tenho certeza que, de alguma forma, esteve ao meu  
lado nesta trajetória, guiando-me com sua luz.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**,  
minha luz durante esta jornada, que me ajudou  
a não desistir dos meus alvos, fortalecendo minha fé  
e me fazendo acreditar que o sonho é possível.  
Gratidão, Senhor!

Agradeço à minha **Mãezinha Nossa Senhora  
Três Vezes Admirável de Schoenstatt**,  
que muitas vezes me acolheu em sua capelinha  
com seu olhar de paz, amor e afeto,  
ajudando-me a seguir firme neste sonho.

Agradeço à minha orientadora,  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Solange G. Dellarozza**,  
por me conduzir nesta jornada entendendo  
minhas limitações, mas acreditando no meu potencial,  
oferecendo-me sua calma, paciência, dedicação  
e atenção para cada detalhe.  
Você foi minha inspiração diária e sempre o  
será na luta pelos nossos idosos.  
Caminhar ao seu lado foi uma honra!

Agradeço também à Banca Examinadora,  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia Carreira** e  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo F. L. Haddad**,  
pelas brilhantes considerações que guiaram  
a confecção final deste trabalho.

**Agradeço:**  
Aos meus **familiares, amigos e colegas de trabalho**,

que me apoiaram e souberam compreender  
minhas ausências, sempre dispostos a ouvir  
as alegrias e angústias de cada etapa.

A todos os colegas do Grupo de Estudos sobre o  
Envelhecimento da UEL – **GESEN**,  
com quem aprendi e aprendo não só teorias,  
mas sobre gente, cuidado e amor.

À **equipe de Enfermagem**,  
em especial a seção masculina, que aceitou  
participar desta pesquisa, permitindo-me entender  
a realidade de trabalho e presenciar as  
lutas diárias no cuidado com o doente.

À **Coordenação** do Mestrado em Enfermagem da UEL,  
pelo comprometimento na formação de qualidade.

Aos **professores** do Programa de Mestrado em  
Enfermagem da UEL,  
pela competência e oportunidade de nos fazer crescer  
a cada encontro com muita dedicação e amor.

À Seção de **Pós-Graduação**,  
por todo auxílio prestado  
ao longo desta jornada.

Aos **colegas** da turma de Mestrado  
que participaram do meu crescimento pessoal e  
profissional com suas experiências, muitas vezes  
compartilhando angústias, alegrias e vitórias,  
em especial Adriana Bragantine, Cinthia Dantas, Laila Ruiz, Sônia Hutul.

À minha **doutoranda** Suellen Giroti,  
exemplo de determinação, força e fé,  
presente nesta trajetória.

À **Universidade Estadual de Londrina**,  
por possibilitar a conquista de crescimento com qualidade.

A todos aqueles que colaboraram para a realização desta dissertação.

LONGHI, Fabiana Amaral. **Conhecimento da equipe de enfermagem frente ao delirium no idoso hospitalizado**. 2021. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

## RESUMO

Tem-se por objetivo verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o delirium em idoso hospitalizado. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado com 28 profissionais de enfermagem de uma unidade clínica de um Hospital Universitário situado na região sul do Brasil. Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturada contendo quatro questões que nortearam a pesquisa, após atingir o objetivo da pesquisa, encerrou-se as entrevistas. Os dados foram analisados segundo análise de conteúdo, com suporte do software NVivo, embasados na teoria de Paulo Freire e reflexão teórica sobre delirium fundamentada na literatura científica. Dos discursos emergiram cinco categorias: conhecimentos expressos pela equipe sobre o delirium; limitações no reconhecimento do delirium e intervenções/ações de cuidado da equipe de enfermagem; atuação junto com a interdisciplinaridade; o contexto da família relacionado ao cuidado do idoso com delirium e limitação estrutural do processo de trabalho da equipe de enfermagem no manejo do delirium. Evidenciou-se que o delirium pode ser identificado pela ocorrência da confusão mental e por meio de manifestações observadas no idoso, como agitação, agressividade e desorientação. Apresentou por parte da equipe falha na identificação correta do delirium e ausência do uso de escalas validadas. A sobrecarga de trabalho foi mencionada pelos participantes como fator que dificulta a assistência ao idoso com quadro de delirium. Muitos deles citaram a importância de outros profissionais participarem nesse cuidado bem como a atuação da família para auxiliar na prevenção e controle do delirium. Os resultados deste estudo confirmam a necessidade de educação permanente para os profissionais de saúde, com abordagem teórica e prática, para que saibam identificar as formas de prevenção bem como a aplicação de escalas validadas para detecção do delirium em idosos.

**Palavras-chave:** delirium; idoso; equipe de enfermagem; percepção; conhecimento.

LONGHI, Fabiana Amaral. **Knowledge of the nursing team before delirium in hospitalized elder**. 2021. 99 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

### **ABSTRACT**

The objective is to verify the knowledge of the nursing team about delirium in hospitalized elder. This is a qualitative, exploratory and descriptive study, carried out with 28 nursing professionals from a clinical unit of a University Hospital located in the Southern Region of Brazil. The data were collected from August to October 2019, through semi-structured interviews containing four questions that guided the research. After meeting the research objective, the interviews were finished. The data were analyzed according to content analysis, supported by the NVivo software, based on Paulo Freire's theory and on the theoretical reflection on delirium grounded on scientific literature. From the speeches, five categories emerged: knowledge expressed by the team about delirium; limitations in the recognition of delirium and nursing team care interventions/actions; acting along with interdisciplinarity; the family context related to the care of the elder with delirium and structural limitation of the nursing team's performance process in delirium attendance. It was emphasized that delirium can be identified by the occurrence of mental confusion and through manifestations observed in the elder, such as agitation, aggressiveness and disorientation. The team presented failure to correctly identify the delirium and absence of using validated scales. The overload performance was mentioned by the participants as a factor that makes it difficult to assist the elder with delirium. Many of them related the importance of other professionals participating in this care as well as the family's role in help preventing and controlling delirium. The results of this study confirm the need for permanent education for health professionals, with theoretical and practical approach, so that they know how to identify ways to preventing and the application of validated scales for detecting delirium in elder.

**Keywords:** delirium; aged; nursing team; perception; knowledge.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Print de tela do NVivo apresentando a organização das categorias e seus códigos-filhos com o número de arquivos e de referências para cada uma delas .....45

## LISTA DE TABELAS

### ESTUDO 1

<b>Tabela 1</b>	Distribuição das categorias em função do gênero e tipo de formação dos entrevistados (n=28).....	46
-----------------	--	----

### ESTUDO 2

<b>Tabela 1</b>	Distribuição das categorias relacionadas ao tratamento do delirium em função da formação e do tempo de serviço dos entrevistados (n=28) .....	68
-----------------	---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Distribuição das categorias em função do gênero e tipo de formação dos entrevistados (n=28).....	73
-----------------	--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

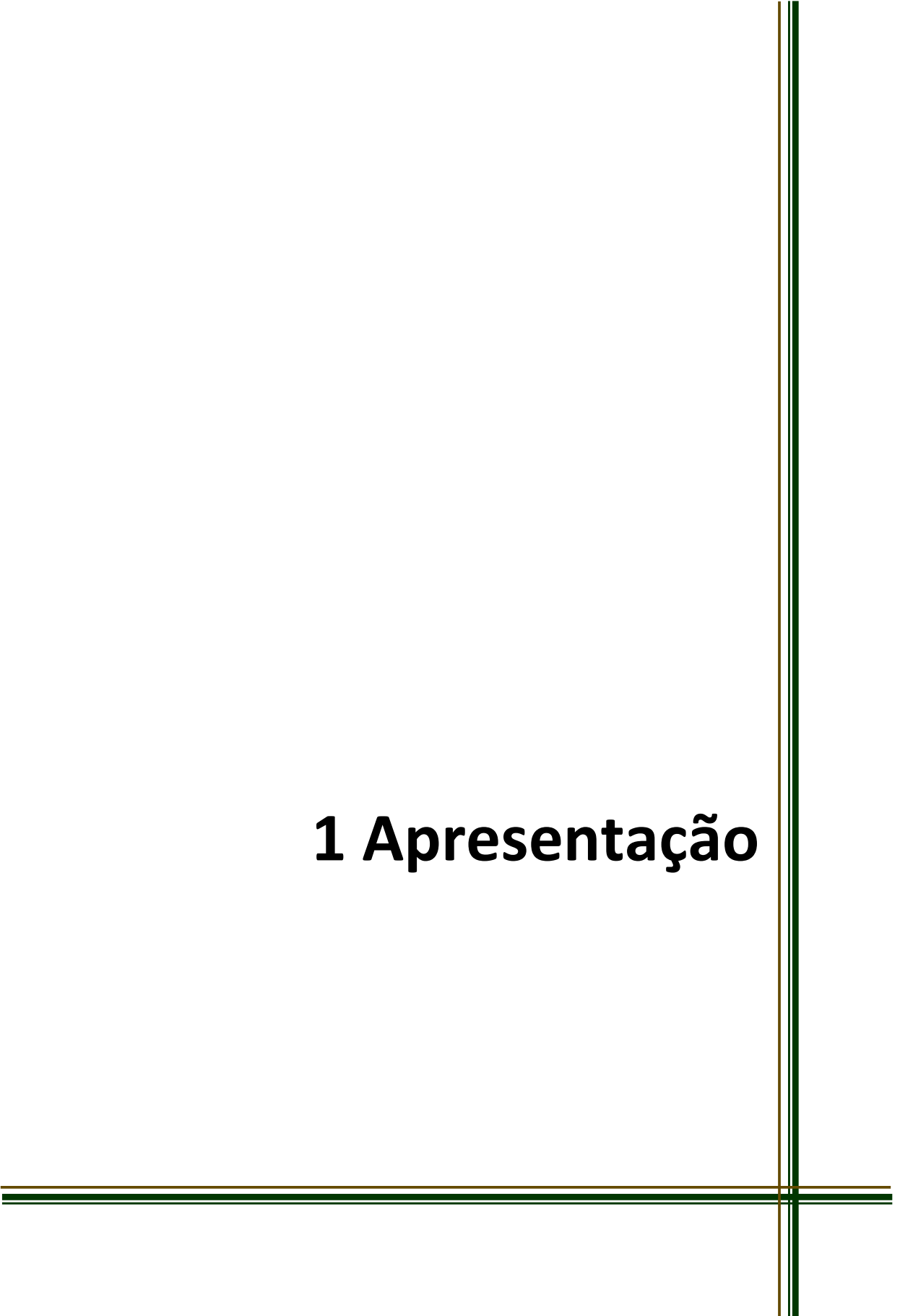
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAM	Confusion Assessment Method - Método de Avaliação de Confusão
CAQDAS	Software de análise de dados qualitativos assistido por computador
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística
ENF	Enfermeiro(a)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PDF	Formato de Documento Portátil
SPSS	Pacote Estatístico para Ciências Sociais
TÉC	Técnico(a)
UEL	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	23
3.1	OBJETIVO GERAL.....	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO - A PEDAGOGIA PROBLEMATIZADORA DE PAULO FREIRE</b> .....	25
4.1	PAULO FREIRE.....	26
4.2	EDUCAÇÃO E MUDANÇA.....	28
4.3	CONSCIENTIZAÇÃO: TEORIA E PRÁTICA DA LIBERTAÇÃO.....	30
<b>5</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	31
5.1	NATUREZA DO ESTUDO .....	32
5.2	LOCAL DE ESTUDO .....	32
5.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	32
5.4	PROCEDIMENTO DE COLETA.....	33
5.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	34
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	36
6.1	ESTUDO 1: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO.....	37
6.2	ESTUDO 2: O ATUAR DA EQUIPE DE SAÚDE E FAMILIARES NO MANEJO DO DELIRIUM EM IDOSOS: ANÁLISE SEGUNDO PAULO FREIRE .....	37
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82

<b>APÊNDICES</b> .....	86
APÊNDICE A Carta-convite.....	87
APÊNDICE B Termo de consentimento livre e esclarecido .....	89
APÊNDICE C Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e sobre trabalho da equipe de enfermagem .....	91
APÊNDICE D Entrevista semiestruturada .....	92
<b>ANEXOS</b> .....	93
ANEXO A Confusion assessment method (CAM) .....	94
ANEXO B Parecer consubstanciado do CEP .....	96

# 1 Apresentação



Trabalhar com idosos na sua integralidade sempre me despertou interesse. O ser idoso, tenho-o como muito frágil e, ao mesmo tempo, portador de uma força incrível, que nos inspira e contribui para nosso crescimento perante a vida. Quantas histórias vivenciadas, quanto eles têm a nos ensinar de toda sua trajetória na vida! Digo isso porque, durante minha infância, adorava escutar histórias contadas pela minha amada avó a respeito de casos antigos, experiências vividas.

Desde muito antes da minha vida profissional, sempre tive um olhar de muito cuidado e amor para o processo de envelhecimento. Fui criada pela minha avó materna, a qual me deu todo amor e carinho — penso que meu amor por essa área de atuação já havia me encontrado na infância.

Meu sonho, desde a graduação, era entrar no Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e me aprofundar nos cuidados com a pessoa idosa. Há dois anos fui aprovada no processo seletivo, o que me trouxe essa imensa felicidade.

Nesse crescente interesse em adquirir e aprimorar habilidades no cuidado ao idoso, comecei a participar do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento, o GESEN, onde o convívio com pessoas de muito valor acadêmico me permitiu, a cada encontro, compreender melhor o processo de envelhecimento e a importância do cuidado.

Em uma das reuniões com minha orientadora, algumas propostas de pesquisa me foram apresentadas, de onde surgiu o tema *delirium*. Trabalhando há 11 anos como enfermeira assistencial em unidade de internação clínica e cirúrgica, despertou-me interesse compreender as alterações de comportamento sem relação aparente com a causa de internação.

A abordagem que utilizávamos na unidade me incomodava, porém faltava o conhecimento necessário do que poderia ser feito por nós, enfermeiros, de forma preventiva e/ou terapêutica, uma vez que os pacientes que apresentam essas alterações ficam, conseqüentemente, expostos a outras complicações.

Em vista do conhecimento e experiência que fui adquirindo dentro do GESEN, sentia muito entusiasmo em compartilhar as informações com os colegas de turma. Fui, porém, tomada de espanto ao perceber que o assunto era desconhecido de todos. Por outro lado, foi crescendo a certeza de que seria este meu tema de pesquisa.

Após minha decisão, veio a motivação para explorarmos a experiência da equipe de enfermagem na assistência ao idoso com quadro de *delirium*, bem como os conhecimentos expressos pela equipe, as estratégias utilizadas na prevenção, o reconhecimento de sinais e sintomas e na terapêutica.

A dissertação que foi desenvolvida durante esses dois anos dentro do programa de Mestrado, com análise de conteúdo segundo Bardin com o apoio do *software* NVivo Release 1 - versão 1.3 para as análises, foi abordada em dois artigos. No primeiro, identificamos os conhecimentos expressos pela equipe de enfermagem e as limitações no reconhecimento do *delirium*. No segundo artigo, abordamos a atuação da equipe de saúde e de familiares e a limitação estrutural no processo de atuação da equipe, discutida sob o referencial teórico de Paulo Freire.

## 2 Introdução

Define-se envelhecimento como um evento contínuo e multifatorial ao longo de todo o curso da vida. O estado de ser velho, ou velhice, é a manifestação desse processo inexorável pelo qual passam todas as gerações dentro de seus variados contextos (DAWALIBI, 2013). Para a Organização Pan-Americana de Saúde (BRASIL, 2013, 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, 2013). O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível, mundial e vem sendo estudado em todas as áreas do conhecimento, principalmente na saúde. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e, em termos proporcionais, aumenta de maneira mais acelerada, constituindo o segmento que mais cresce nos últimos tempos. Projeções demográficas para 2020 estimavam que a população idosa ultrapassasse os 30,1 milhões, e a expectativa é que, até 2060, este número passe de 73 milhões (BRASIL, 2010; IBGE, 2018).

Com o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional traz consigo a ocorrência de diferentes problemas de saúde em um mesmo indivíduo. As hospitalizações se apresentam como uma dificuldade frequente entre os idosos, que saem de seu ambiente habitual, de suas rotinas e costumes e ficam mais propensos a desenvolver alterações cognitivas e fisiopatológicas, que poderão prejudicar seu estado de saúde, aumentando o risco de morbimortalidade (BARROS *et al.*, 2015; MELO *et al.*, 2019; MIRANDA, 2016;).

Dentre as alterações cognitivas apresentadas nos idosos, destacamos o *delirium*, definido como uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição (memória, desorientação, distúrbio da linguagem). O *delirium* é considerado o distúrbio neurocomportamental mais frequente em

idosos hospitalizados e se desenvolve num curto período de tempo (DSM-IV, 2014; FAUSTINO *et al.*, 2016).

A relevância de se estudar o *delirium* deve-se não somente à sua elevada prevalência, mas também às suas consequências. Seus fatores de risco podem variar de paciente para paciente, quando se associa à própria doença, idade avançada, demência, administração de medicamentos como sedativos e opioides, imobilidade, interrupção do sono, entre outros (RIBEIRO *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2019).

O *delirium* é uma síndrome frequentemente ocasionada na população idosa hospitalizada, descrita pela primeira vez na literatura médica por Celsus, enciclopedista romano, no século I d.C., como estados de agitação e sonolência decorridos de distúrbios mentais. Mesmo depois de mais de dois mil anos, o *delirium* permanece pouco reconhecido e gerando diversas complicações nessa população (INOUYE *et al.*, 2014; JANSSEN *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2015).

A síndrome pode ocorrer em qualquer idade, sendo de maior risco em idosos em virtude do dano aos neurônios, inflamação e estresse crônico, que podem ser gerados por doenças. A fisiopatologia do *delirium* é complexa, não sendo definida por apenas um fator. Acredita-se, porém, que haja uma desordem nos neurotransmissores, e a acetilcolina, que tem papel importante no sistema nervoso central, acaba sendo liberada pelo aumento da dopamina, contribuindo para o desenvolvimento do quadro de *delirium* (INOUYE *et al.*, 2014; LÔBO *et al.*, 2010).

Considerado uma síndrome multifatorial com declínio agudo do funcionamento cognitivo, o *delirium* é caracterizado muitas vezes pelo início repentino, com distúrbios no nível de atenção, podendo ocorrer por um tempo curto ou flutuar ao longo do dia, com presença de evidências de piores condições clínicas do paciente idoso. Muitas vezes o *delirium* não é reconhecido facilmente, necessitando observação clínica efetiva e triagem cognitiva para um manejo adequado, quando pode atingir de 10% a 15% das internações nos hospitais

(INOUYE *et al.*, 2014; LAHUE *et al.*, 2019; MORANDI *et al.*, 2017; WANG *et al.*, 2017).

Evitável em 30% a 40% dos casos, o *delirium* permanece como alvo para intervenções dentro da saúde pública pela equipe de saúde, para prevenir suas complicações e evitar seus altos custos decorrentes, ao proporcionar uma assistência adequada ao idoso (INOUYE *et al.*, 2014).

Quando associado a resultado negativo, o *delirium* tem consequências graves para o idoso hospitalizado, cujos custos totais de cuidados de saúde chegaram a ficar acima de 164 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos, fazendo-se atualização monetária dos valores em dados de 2011. Além dos elevados custos hospitalares, o *delirium* está ligado diretamente ao aumento do tempo de internações e taxas de mortalidade (BOSMAK *et al.*, 2017; INOUYE *et al.*, 2014; JANSSEN *et al.*, 2019; LAHUE *et al.*, 2019).

As causas mais comuns do *delirium* na população idosa envolvem os fatores presentes no momento da internação, que denominamos predisponentes, quando estão ligados a idade avançada — alguns estudos trazem idade média superior a 65 anos —, problemas de visão e audição, e fatores precipitantes, ligados ao paciente, como doenças prévias, restrições físicas, uso de medicamentos (BOSMAK *et al.*, 2017; INOUYE *et al.*, 2014; LAHUE *et al.*, 2019).

Os critérios para o diagnóstico do *delirium* são separados em três sintomas: os conhecidos como hiperativos, que incluem agitação e/ou recusa em cooperar com os cuidados prestados; os hipoativos, caracterizados por lentidão e letargia, que se aproxima de estupor, e misto, que é uma associação dos dois sintomas, chegando a apresentar flutuação. O *delirium* hipoativo é o mais frequente nos idosos, o mais relatado como de alta prevalência, pouco reconhecido pelos profissionais de saúde por não avaliarem de forma ativa e adequada o quadro, trazendo como complicações principais deste subtipo o risco de queda e lesão por pressão (BUETTEI *et al.*, 2017; MORANDI *et al.*, 2017; SOYSAL *et al.*, 2015).

Quanto ao tratamento inicial frente ao *delirium*, a abordagem adequada requer identificação apropriada, cujo instrumento mais utilizado mundialmente, traduzido para mais de 12 idiomas, para uma avaliação do quadro de *delirium* no paciente idoso, é o *Confusion Assessment Method* (CAM), o Método de Avaliação de Confusão, que obteve sensibilidade de 94% (BOSMAK *et al.*, 2017; INOUYE *et al.*, 2014).

O CAM preenche os quatro critérios essenciais para realização diagnóstica do quadro de *delirium*: validação específica para uso do *delirium*, acesso às múltiplas características do *delirium*, capacidade de distinguir *delirium* de demência e sua viabilidade de aplicação em pacientes com o quadro estabelecido (FABRI *et al.*, 2001).

Após o diagnóstico precoce, há estratégias farmacológicas de tratamento e as não farmacológicas. As farmacológicas geralmente causam agitação e confusão mental no idoso hospitalizado, que podem resultar em danos à sua saúde. A utilização, desde o início do tratamento, de estratégias não farmacológicas conta com cuidados preliminares que podem ser conduzidos pela equipe de enfermagem, como observar o sono do idoso hospitalizado, acolher e cuidar da sua dor, manter um ambiente seguro e calmo, claro, com janelas próximas, bem como lembrar de fornecer seus óculos e próteses auditivas. Essas ações podem contribuir na melhora da qualidade da assistência e, conseqüentemente, em seus resultados (INOUE *et al.*, 2014).

A equipe de enfermagem ainda pode atuar orientando familiares a respeito do *delirium*, fortalecendo e incentivando as visitas regulares e a identificação dos fatores de risco, principalmente os modificáveis, como formas preventivas para controlar os agravos aos idosos.

Diante desse cenário, questionou-se: Qual o conhecimento da equipe de enfermagem frente ao idoso com quadro de *delirium*? Assim, esta pesquisa teve como objetivo verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o *delirium* no idoso hospitalizado.

## 3 Objetivos



### 3.1 OBJETIVO GERAL

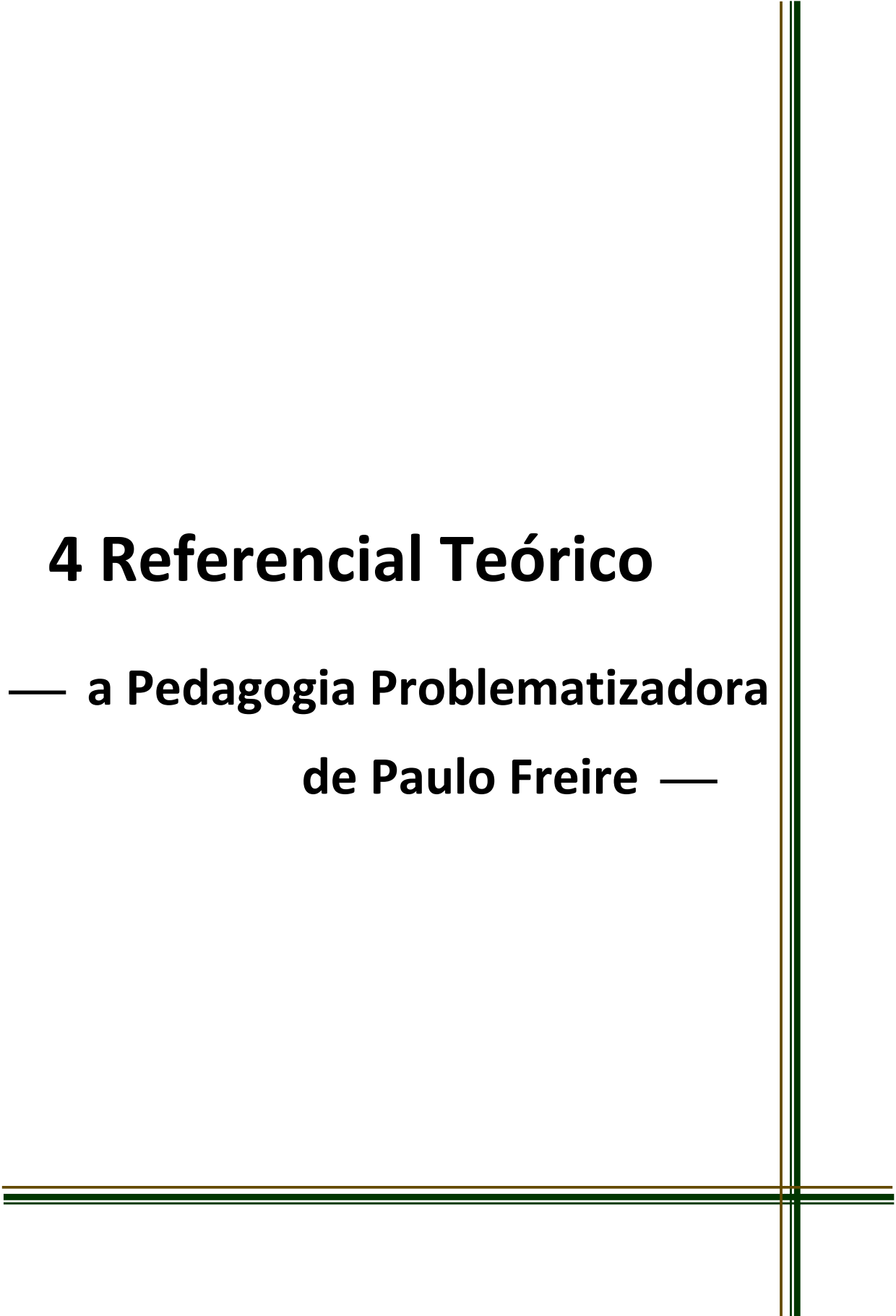
- ▶ Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade clínica sobre o *delirium* em idosos hospitalizados.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar a equipe de enfermagem quanto aos dados sociodemográficos.
- ▶ Analisar os conhecimentos expressos pela equipe quanto aos sinais e sintomas, intervenções e consequências do *delirium* no idoso.
- ▶ Desvelar o olhar da equipe de enfermagem sobre a atuação da equipe de saúde e de familiares envolvidos no manejo do *delirium* em idosos hospitalizados.

# **4 Referencial Teórico**

**— a Pedagogia Problematizadora  
de Paulo Freire —**



***“A conscientização é, neste sentido, um teste de realidade. Quanto mais conscientização, mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo.”***

(FREIRE, 1979, p. 15)

Em sua pedagogia crítica, também chamada de pedagogia crítica libertadora, Paulo Freire propõe a prática da educação transformadora, realizada no ambiente escolar com a mediação do professor.

Na prática profissional, a equipe de saúde também é educadora, através da prevenção e do cuidado, dentro da sua realidade com o paciente (PRADO; REIBNITZ, 2016).

Paulo Freire é autor de muitas obras, recebeu diversos títulos e prêmios, um dos pensadores educacionais mais importantes do século XX, com influência no movimento chamado pedagogia crítica. Utilizando seu pensamento, o referencial teórico desta dissertação foi construído em cima de suas relevantes obras “Conscientização: teoria e prática da libertação” (1980) e “Educação e mudança” (1966).

#### 4.1 PAULO FREIRE

O educador e filósofo nasceu em Recife, Pernambuco, em 1921. Licenciado em Direito, não atuou, preferindo dar aulas de língua portuguesa por alguns anos. Tomou contato com a educação de adultos no Serviço Social da Indústria (SESI), onde foi, entre 1947 e 1957, diretor e depois superintendente da instituição. Em 1959 conclui o doutorado em Filosofia e História da Educação, atuando naquele mesmo ano como professor universitário. Em 1961 realizou suas primeiras experiências de alfabetização, levando-o a constituir o depois chamado método Paulo Freire de alfabetização de adultos (GADOTTI, 2006).

Em 1964 já estava em Brasília coordenando, a convite do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Alfabetização, mas logo os

militares tomaram o poder, e seu inovador método foi considerado subversivo, por incentivar, além da leitura das palavras, a leitura do mundo, da realidade, encorajando a conscientização e o questionamento. O programa foi extinto e Paulo Freire decide exilar-se no Chile, onde também se envolveu com a educação e movimentos populares e onde vários de seus livros foram gestados. Lá escreveu “Educação como prática da liberdade”, em 1967, e a sua principal obra, “Pedagogia do oprimido”, publicada em espanhol e em inglês em 1970 — em português, apenas em 1974. Em 1969 vai para os Estados Unidos e em 1970 segue para Genebra, na Suíça, onde atuou como consultor especial de educação, e nos dez anos seguintes colaborou como consultor educacional em vários países, sobretudo africanos.

De acordo com Gadotti (2006), Paulo Freire volta ao Brasil em 1980, ao lado de Elza, sua esposa, sendo acolhido na cidade de São Paulo, onde passou a ministrar aulas na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e na Universidade de Campinas. Seis anos depois, a morte da esposa o abate profundamente. Em 1988 se casa outra vez, iniciando uma nova etapa, e aceita voltar à vida pública.

Freire faleceu no dia 2 de maio de 1997, aos 75 anos, por problemas no sistema circulatório. Seu legado na educação é notório, sobretudo o destaque ao processo dialógico, que cria possibilidades para o desenvolvimento de uma consciência crítica. Para ele, a educação deveria se dar num processo dialógico, possibilitando o desenvolvimento da consciência crítica (GADOTTI, 2006).

A Enfermagem, e profissionais da saúde em geral, vem utilizando a proposta pedagógica crítica de Paulo Freire para referenciar suas pesquisas científicas e desafiar reflexões entre seus trabalhadores, em busca de soluções para os problemas vivenciados.

## 4.2 EDUCAÇÃO E MUDANÇA

O referencial teórico de Paulo Freire pode contribuir de forma significativa para que os profissionais da Enfermagem percebam a mudança na sua realidade a partir de sua prática, por meio de uma educação reflexiva e aplicada.

O pensamento de Freire vê como compromisso com a própria realidade o educando inserir-se na sociedade de modo a transformá-la, mudando sua percepção ingênua sobre o contexto vivenciado em sua prática por uma percepção crítica dessa mesma realidade, o que nos motivou a trazer a teoria de Paulo Freire para a prática na assistência dos profissionais de enfermagem (FREIRE, 2013).

Pelo pensamento de Paulo Freire, o compromisso do profissional com a sociedade é, antes de tudo, o compromisso dele como homem dentro de um contexto histórico-social: agir no mundo com incessante busca pela humanização, com solidariedade. Ao fazer-se profissional, reúne esse atributo ao atributo original de ser homem, portanto, um homem que também é um profissional, que, quanto mais se capacita, mais compromisso tem com todos (FREIRE, 2013).

Através de uma atitude transformadora por meio da educação, a atuação de um profissional competente para o atendimento das necessidades dos indivíduos deve desenvolver a capacidade de tomar decisões mediada por uma prática libertadora, acreditando no diálogo entre as pessoas que se inter-relacionam e no compartilhamento de saberes e na troca de experiências, sem concordância cega e também sem arrogância (FREIRE, 2013).

Freire percebeu que a educação problematizadora produz conhecimento ao propor a situação como problema, e não simplesmente a aceitar como algo acabado, pronto. Deve-se refletir continuamente, através da prática do diálogo, comprometidos com a transformação daquela situação.

A pedagogia problematizadora de Freire é um método utilizado não apenas na prática educacional: apresenta vantagens para transformar a vivência dos sujeitos — neste caso, os trabalhadores da saúde —, fazendo-os mergulhar nas suas raízes, pensando no significado das suas ações, compreendendo seu modo de pensar (FREIRE, 2013).

De acordo com Freire (2013), a educação produz o caminho para a transformação e mudança, tendo o homem como protagonista dessa educação, que não se esgota e deve ser contínua.

A relação da área da saúde, em especial a Enfermagem, com os conceitos da pedagogia problematizadora freireana traz para nossa prática a oportunidade de tornar o indivíduo reflexivo, crítico, envolvendo suas percepções, formas de agir, conflitos frente ao próprio conhecimento, esclarecendo o profissional para ser capaz de interferir na prática que vem realizando, num permanente ato de desvelamento da realidade (FREIRE, 2013).

Para promover o movimento de educação e mudança, é importante conhecer o que existe no mundo em que estamos postos, e para conhecer a realidade, é preciso saber como se faz parte dela, para conseguir modificar na prática o contexto social e laboral onde se está inserido.

Desviar o olhar, ignorar o conflito em lugar de ter uma percepção crítica da realidade é o mesmo que não demonstrar seu papel diante da sociedade e da possibilidade de transformação real. A mudança de percepção é substituir uma percepção distorcida ou ingênua por uma percepção crítica da realidade, apropriando-se do contexto e nele fazendo uma inserção, favorecendo a mudança, conscientizando outros (FREIRE, 2013).

Segundo a visão de Freire (2013), há educação e mudança porque o homem é inacabado e sabe que é inacabado, por isso se educa, busca a mudança. Nesse processo de educar e mudar, há espaço para o amor, que combate o egoísmo e ama os seres inacabados. Também há espaço para a esperança, porque espera e confia na busca pela educação e mudança. O

diálogo só pode vingar numa esfera cheia de esperança: “Se os que dialogam não esperam nada de seus esforços, seu encontro é vazio, estéril, burocrático, cansativo” (FREIRE, 2018, p. 43).

#### 4.3 CONSCIENTIZAÇÃO: TEORIA E PRÁTICA DA LIBERTAÇÃO

Buscar o conhecimento é despertar a consciência para o novo e assim melhorar suas atitudes na sua prática, agindo de forma diferente. Na obra “Conscientização: teoria e prática da libertação”, Freire refere que a educação é um ato de conhecimento que aproxima o indivíduo de sua realidade (FREIRE, 2018). Para ele, a conscientização é, neste sentido, um teste de ambiente, de realidade. Quanto mais conscientização, “mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomenológica do objeto que se busca analisar (FREIRE, 2018, p. 15).

A relação da consciência com a mudança é dialética, necessária e imprescindível para transformar a realidade, uma vez que se movimenta sem repelir contradições, conflitos, na busca pela transformação. Deste modo, é preciso ter o foco nas diferentes formas de agir frente a um determinado cuidado para então se poder estabelecer o cuidado ideal através de argumentos fundamentados. A conscientização nos convida a assumir uma posição utópica perante o mundo; posição essa que transforma o conscientizado em “fator utópico” (FREIRE, 2018, p. 16).

Essa obra freiriana nos aproxima da realidade deste estudo, quando diz que o conhecimento é algo inacabado, sempre em processo de aprendizagem, ou seja, um processo permanente. De forma consciente, pretende-se realizar uma transformação real dos cuidados prestados ao idoso delirante, partindo de uma conscientização ingênua para um pensamento crítico.

## 5 Trajetória Metodológica



## 5.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo de natureza descritiva exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas interpretativas para situar o observador, buscando tentar entender fenômenos, os sentidos das pessoas, compreender e interpretar experiências, comportamentos, interações e contextos sociais (DENIZIN; LINCOLN, 2006; MINAYO, 2013).

As pesquisas descritivas descrevem comportamentos presentes e sua dinâmica com o objetivo de descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (TRIVIÑOS, 2008).

## 5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado num hospital da Região Sul, de nível terciário, vinculado à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), referência para a população de 250 cidades do estado em que está localizado e de mais 100 cidades de outros estados próximos. Em 2019 contabilizou 4.602 atendimentos a pacientes acima de 60 anos, gerando 3.329 internações, assim distribuídos nas clínicas: Cardiologia, 13,99%; Vascular, 5,85%; Ortopedia, 9,06%; Neuroclínica, 7,98%, conforme relatórios fornecidos pelo hospital.

A unidade onde foi desenvolvida esta pesquisa é composta por 50 leitos para pacientes adultos masculinos e femininos com patologias clínicas. O serviço conta com equipe de enfermagem composta por 6 enfermeiros e 44 técnicos em enfermagem.

## 5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

No período da coleta de dados, a equipe total de enfermagem contava com 50 profissionais, sendo 6 enfermeiros e 44 técnicos em enfermagem. Todos os enfermeiros foram intencionalmente convidados, e apenas 1 se recusou a participar das entrevistas. Dos técnicos de enfermagem, 3 se recusaram a

participar, 1 funcionário estava de licença e 1 na experiência, fazendo uma composição de 28 profissionais participantes da pesquisa, totalizando 5 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem dos diferentes turnos de trabalho. A pesquisa utilizou o critério de saturação dos dados, visto que as respostas começaram a se repetir para os profissionais técnicos em enfermagem.

Estabeleceu-se como critério de inclusão estar na assistência direta ao paciente na unidade onde se desenvolveu a pesquisa. Excluíram-se todos os enfermeiros que não atuavam diretamente com o cuidado ao paciente e/ou estavam afastados por licença-prêmio, licença médica, período de experiência e férias.

#### 5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

Partiu-se de um roteiro de entrevista já utilizada num pré-teste em outro setor com características similares ao local onde se daria a coleta principal. Participaram do pré-teste 5 enfermeiros e 4 técnicos em enfermagem; durante a realização da entrevista semiestruturada houve dificuldade dos participantes no entendimento das questões, tendo-se feito apenas correção de redação das perguntas.

A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2019 e foi realizada em duas etapas:

- ▶ **ETAPA 1:** Enviou-se por e-mail uma carta-convite sobre o projeto de pesquisa à coordenadora da unidade e a cada enfermeira responsável pelos diferentes turnos. Após ciência e concordância das chefes enfermeiras, informou-se às equipes de enfermagem que iniciassem o agendamento das entrevistas conforme horário apropriado aos participantes.
  
- ▶ **ETAPA 2:** Fez-se uma primeira abordagem de coleta de dados com a equipe, objetivando o levantamento do perfil sociodemográfico (idade, gênero, formação), de trabalho

(turno de trabalho, tempo de serviço) e formação (tempo de formação e maior titulação); logo após se realizou a entrevista semiestruturada de forma individual, o que ocorreu em uma sala reservada na própria unidade de trabalho, conforme a disponibilidade dos participantes, com duração média de 30 minutos.

Todos os dados foram obtidos pela própria pesquisadora, gravados digitalmente com gravador Sony ICD-PX470 associado ao telefone móvel, com posterior transcrição na íntegra de forma manual no programa Word, sendo analisados sem identificações. Os participantes receberam apenas as iniciais da categoria seguidas de um número aleatório que se referia à sequência do discurso, como em “Enf07”, “Téc01”, acompanhado das iniciais do turno de trabalho: manhã “M”, tarde “T” ou noite “N”.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados pela técnica de análise do conteúdo (BARDIN, 2016), que objetiva a descrição do conteúdo de mensagens, realizando assim as inferências. Assim ficaram organizadas as etapas para análise do conteúdo:

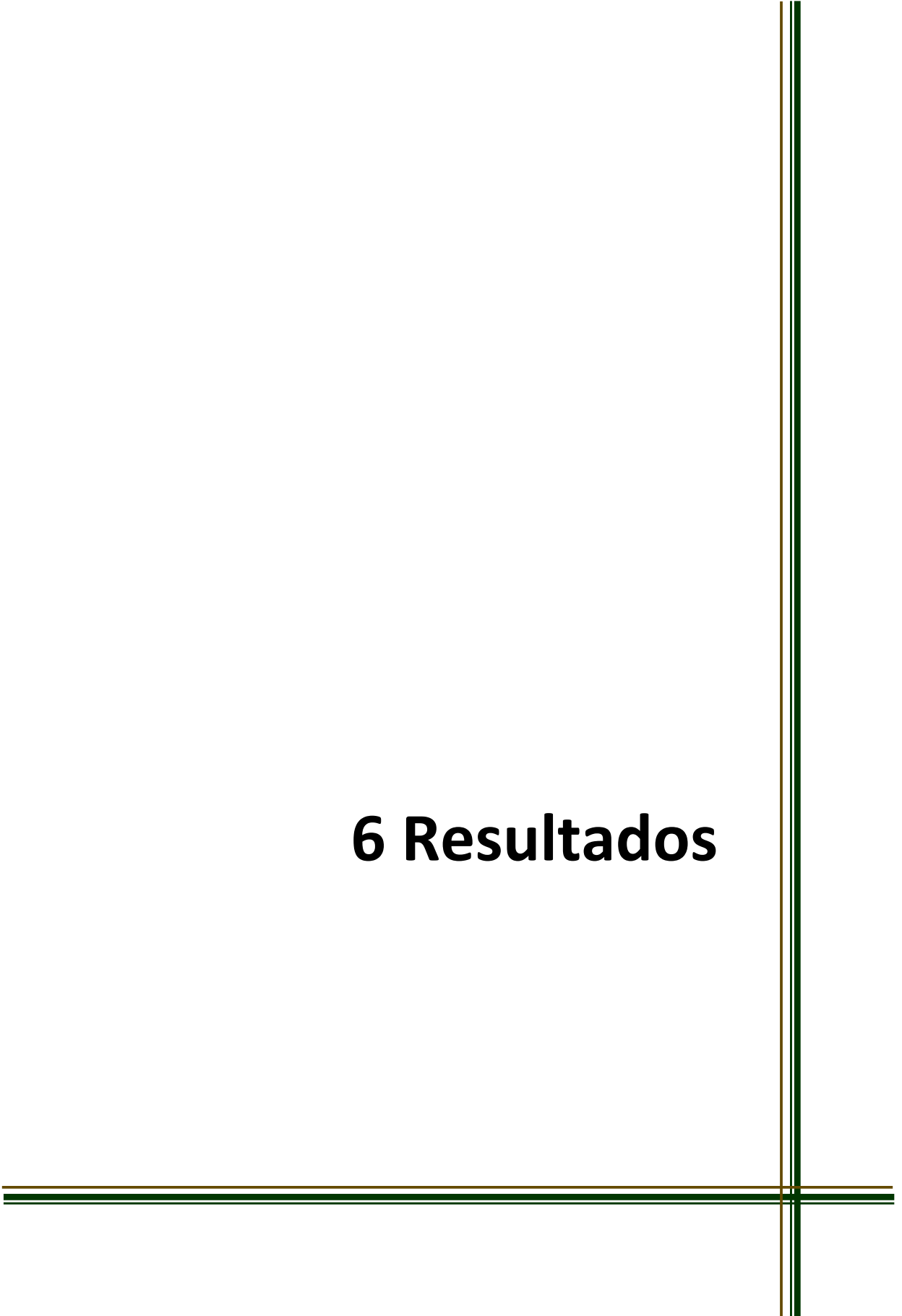
1. **PRÉ-ANÁLISE:** transcrição das entrevistas com a leitura flutuante do texto, elaborando-se os indicadores para a interpretação final.
2. **EXPLORAÇÃO DO MATERIAL:** identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos por meio de recortes das falas dos entrevistados.
3. **TRATAMENTO DOS RESULTADOS:** fase em que destacamos as informações para análises, resultando nas interpretações; nesse momento ocorre o uso da intuição, da análise reflexiva e crítica, permitindo a categorização.

Utilizou-se o *software* de Análise de Dados Qualitativos Assistida por Computador, o NVivo versão *Release 1*, no suporte à pesquisa para codificação e cruzamento das temáticas, que produziu relatórios cujos dados foram transformados em tabelas, quadros e figuras. Para discussão dos resultados aplicou-se a pedagogia de Paulo Freire apoiada em duas obras: “Educação e mudança” e “Conscientização: teoria e prática da libertação” associado a reflexão teórica sobre *delirium* fundamentada na literatura científica.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu a todas as disposições contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A presente pesquisa faz parte do estudo “Construção coletiva da assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado com delírio: a estratégia da pesquisa convergente assistencial”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 05507218.7.0000.5231 (Anexo 1). Somente participaram da pesquisa membros da equipe de enfermagem que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

# 6 Resultados



As normas do Programa de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina permitem que os resultados sejam apresentados em formato de relatório ou estudo. Nesta pesquisa serão apresentados os resultados no formatado de dois estudos:

#### 6.1 ESTUDO 1

### ***“Delirium no Idoso Hospitalizado: Conhecimento da Equipe de Enfermagem”***

O primeiro artigo objetivou verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o *delirium* em idosos hospitalizados.

#### 6.2 ESTUDO 2

### ***“O atuar da Equipe de Saúde no Manejo do Delirium em Idosos: Análise Segundo Freire”***

O segundo artigo buscou responder ao seguinte objetivo da dissertação: Identificar a opinião da equipe de enfermagem quanto à equipe de saúde e familiares envolvidos no manejo do delirium no idoso.

## **6.1 Estudo 1**

***Delirium* no idoso hospitalizado:  
Conhecimento da equipe de enfermagem**

---

## **DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

### **RESUMO**

**Objetivo:** Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o delirium em idosos hospitalizados. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Internação Clínica de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas com 28 profissionais de enfermagem, entre agosto e outubro de 2019. Os dados foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo, utilizando como suporte o software Nvivo Release 1- versão 1.3 para análise das entrevistas. **Resultados:** Emergiram duas categorias temáticas: “Conhecimentos expressos pela equipe sobre o delirium” e “Limitações no reconhecimento do delirium e intervenções/ações de cuidado da equipe de enfermagem”. **Conclusão:** Observou-se a necessidade de os profissionais de saúde participarem de educação permanente com abordagem teórica e prática sobre identificação das formas de prevenção e aplicação de escalas validadas para detecção precoce do delirium, assim como seu controle adequado.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Delirium*; Idoso; Equipe de enfermagem; Percepção; Conhecimento.

## DELIRIUM IN THE HOSPITALIZED ELDER: NURSING TEAM KNOWLEDGE

### ABSTRACT

**Objective:** To verify the nursing team knowledge about delirium in hospitalized elders. **Method:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, carried out in the Inpatient Care Unit of a university hospital in the Southern Region of Brazil, developed through semi-structured interviews with 28 nursing professionals, between August and October 2019. The data were treated by using the content analysis technique, via the Nvivo Release 1 software- version 1.3 to support the interviews analysis. **Results:** Two thematic categories emerged: “Knowledge expressed by the team about delirium” and “Limitations in the recognition of delirium and nursing team care interventions/actions”. **Conclusion:** It was highlighted a need for health professionals to participate in permanent education with theoretical and practical approach on identifying ways to preventing and applying validated scales for early detection of delirium, as well as its suitable control.

**KEYWORDS:** Delirium. Aged. Nursing team Perception. Knowledge.

## INTRODUÇÃO

O aumento significativo do número de pessoas idosas é realidade em muitos países, inclusive no Brasil, onde constitui o segmento que mais tem crescido, ultrapassando hoje 30 milhões na população geral (IBGE, 2018). É sabido que o envelhecimento pode ocorrer em simultaneidade com doenças e com a necessidade de uso frequente de serviços de saúde.

Não é incomum a hospitalização provocar a ocorrência de *delirium*, cuja prevalência em idosos pode chegar a 24% no momento da admissão hospitalar e ir a 56% no decorrer da internação (KUKREJA *et al.*, 2015). Em 2016, Bellelli e colaboradores desenvolveram um estudo multicêntrico denominado “Dia do *delirium*”, incluindo um total de 108 enfermarias na Itália, e identificou-se o *delirium* em 22% dos pacientes com idade média de 75 anos.

Na mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5 (2014), definiu-se *delirium* como um distúrbio de atenção, percepção, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoção e alterações do sono-vigília. Segundo Fong e colaboradores (2015, p. 9), investigar o *delirium* “também fornece uma janela para observar a ligação entre a fisiopatologia do cérebro e as manifestações comportamentais, que podem ter implicações mais amplas para outros distúrbios neurológicos e psiquiátricos”. Neste contexto é necessária uma abordagem detalhada para o reconhecimento precoce.

O quadro de *delirium* no idoso hospitalizado é uma combinação de muitos fatores, todavia um deles já basta para desencadear o transtorno, por isso abordagens amplas como forma de prevenção são importantes para um tratamento adequado e precoce (HSHIEH *et al.*, 2017).

O *delirium* é subestimado, ou seja, nem sempre é reconhecido, por isso deve ser avaliado de forma efetiva e precisa, para se poder distingui-lo de algumas síndromes psiquiátricas, como depressão e outras (HSHIEH *et al.*, 2017). O doente hospitalizado não desenvolve depressão rapidamente, porém os sintomas do *delirium* hipoativo, um subtipo do distúrbio, podem confundir-se com

o quadro depressivo, portanto é fundamental uma avaliação de diagnóstico inicial de forma adequada.

A ferramenta mais eficaz na identificação do *delirium* é o *Confusion Assessment Method* (CAM), o Método de Avaliação de Confusão, pois pode auxiliar a equipe de saúde desde a admissão e durante a internação do idoso; sua sensibilidade varia de 94% a 100%. Traduzido para mais de 20 idiomas, é usado em todo o mundo (HSHIEH *et al.*, 2017; KALISH *et al.*, 2014).

O CAM constitui-se de duas fases: a primeira se compõe de uma entrevista semiestruturada em que avalia nove sintomas de *delirium*: início agudo, desatenção, pensamento desorganizado, alteração do nível de consciência, desorientação, perda de memória, percepção prejudicada, agitação ou retardo psicomotor e ciclo sono-vigília perturbado. A segunda fase baseia-se num algoritmo de diagnóstico, em que são avaliados o início agudo e episódios flutuantes, desatenção, pensamento incoerente e alteração do nível de consciência (CARRERA CASTRO *et al.*, 2015).

O reconhecimento precoce dos fatores de risco associados ao *delirium* e seus sinais e sintomas ainda é a estratégia de controle mais eficaz (OLIVEIRA, 2020).

Um teste-piloto realizado por estudantes de Medicina e Psicologia em uma população idosa, na Polônia, esclarece que o tratamento de forma não farmacológica, adotado pela equipe de saúde com objetivo de prevenir os fatores de risco associados e reduzir a necessidade do uso de medicação, diminuindo o tempo de internação do idoso (GORSKI *et al.*, 2017).

A prevenção é uma ação positiva e totalmente sem custo e, uma vez que a equipe de enfermagem passa a maior parte de seu tempo próximo do paciente, pode atuar de forma significativa na identificação precoce através de instrumentos validados, reconhecendo os sinais e sintomas que podem agravar e levar ao quadro de *delirium*.

Saber identificar o *delirium* é muito importante para garantir assistência adequada e assim reduzir impactos negativos sobre a saúde do idoso.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o *delirium* no idoso hospitalizado.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa (MINAYO, 2013), do tipo descritivo e exploratório, realizado num hospital público na Região Sul, referência de atendimento para a população de 250 cidades do estado em que está localizado e de mais 100 cidades de estados próximos.

O presente estudo foi realizado com 28 profissionais de enfermagem, sendo eles enfermeiros e técnicos em enfermagem. Adotou-se como critério de inclusão exercer as funções diretamente ligadas à assistência de enfermagem por, no mínimo, seis meses; como critério de exclusão, encontrar-se em férias no período da coleta de dados, afastamento por motivo de doença e qualquer tipo de licença.

A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, partindo das seguintes perguntas abertas: 1- Fale o que lhe vem à mente quando pensa em um idoso com quadro de *delirium*. 2- Você, como integrante da equipe de enfermagem, diante de um idoso em *delirium*, como percebe seu papel? 3- No contexto do seu setor ou unidade, com quem você contaria para ajudá-lo(a) no controle do *delirium*? 4- Fale-me sobre sua percepção quanto à sua capacidade técnica de cuidar de um idoso com quadro de *delirium*. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, ocorreram durante a jornada de trabalho, em sala reservada. Os dados coletados foram transcritos manualmente, utilizando-se o Microsoft Word, corrigidos de acordo com as normas ortográficas, sem perder a essência das falas. Empregaram-se as siglas “Enf.” e “Téc.” seguidas da sequência numérica da entrevista e das iniciais do turno de trabalho, manhã “M”, tarde “T” ou noite “N”, mantendo-se o anonimato dos entrevistados.

A organização dos dados seguiu os critérios de técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2016), com três etapas: pré-análise, exploração e

inferência. Na primeira etapa, objetivou-se leitura flutuante e organização do material. Na segunda, explorou-se o material, transformando os dados brutos, após a leitura, em conteúdos representativos, formando as unidades de registros; na última etapa, ocorreu a interpretação do material, formando-se as categorias temáticas. Foi utilizado como suporte o *software* NVivo Release 1 - versão 1.3 para análise das entrevistas, porém sem substituir o pesquisador (QSR INTERNATIONAL, 2020).

O NVivo vem sendo aprimorado ao longo dos anos e já se encontra na versão *Release 1*, lançada em março de 2020. Tem capacidade de fazer análises de dados em grande escala a partir de arquivos de textos, PDF, áudio, entre outros tipos de documentos. Esse *software* apresenta, como saída de dados, relatórios do tipo textuais, numéricos e visuais (gráficos, esquemas, mapas, entre outros (JACKSON; BAZELEY, 2019) e também possibilita a organização e o gerenciamento do material analisado (MEDEIROS NETA *et al.*, 2017).

Para Franco (2018, p. 66), “As categorias vão sendo criadas à medida que surgem nas respostas, para depois serem interpretadas à luz das teorias explicativas. Em outras palavras, o conteúdo que emerge do discurso, é comparado com algum tipo de teoria”.

O estudo seguiu as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer n.º 05507218.7.0000.5231.

## **RESULTADOS**

É possível visualizar no NVivo um resumo prévio por categoria, quando é apresentado o número de arquivos analisados e o número de referências atreladas (os excertos) das categorias em forma de relatório prévio de tudo o que já foi codificado (Figura 1).

A recomposição dos dados nos possibilita ter uma visão sistematizada e pormenorizada das categorizações realizadas, ou seja, extrair o máximo de informações dos documentos analisados com suporte do *software* Nvivo. O uso de CAQDAS, ou seja, *software* de análise de dados qualitativos assistido por computador, favorece a análise em multiníveis e possibilita a reorganização de dados a fim de se obter uma compreensão mais representativa do fenômeno estudado.

**FIGURA 1** – Print de tela do NVivo apresentando a organização das categorias e seus códigos-filhos com o número de arquivos e de referências para cada uma delas. Londrina, PR, Brasil, 2019.

The screenshot shows the NVivo software interface. On the left is a navigation sidebar with options like 'Entrevistas', 'Planilhas', 'Projeto de Pesqu...', 'Classificações de ar...', 'Externas', 'ORGANIZAR', 'Codificação', 'Casos', 'Notas', and 'Conjuntos'. The main area displays a tree structure of codes under the heading 'Códigos'. A table at the bottom right summarizes the data for each code level.

Nome	Arquivos	Referências
autopercepção técnica	15	15
Delirium	28	117
Causas	27	46
não soube informar	1	1
Consequências	22	24
Não soube informar	3	3
sinais e sintomas	28	47
Tratamento do delirium	28	203
auxílio familiar	25	35
equipe de apoio	20	28
Intervenções	28	72
limitações	13	16
medidas para minimizar	25	52
não soube informar	3	4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

## Características sociodemográficas dos participantes

Dos 28 participantes entrevistados da equipe de enfermagem, a maioria era do sexo feminino (64,3%), faixa etária média de 43 anos, maior frequência de trabalhadores do turno da noite (42,9%). Em relação à contratação, destacou-se o vínculo chamamento público (57,1%), em que se contrata por hora para as atividades.

Verificou-se a frequência de codificações geradas pelo *software* NVivo em função dos atributos dos entrevistados. Na Tabela 1, optou-se por referências cruzadas, que possibilitaram verificar o caso em que, por exemplo, não se soube informar as possíveis causas do *delirium*.

**TABELA 1** – Distribuição das categorias em função do gênero e tipo de formação dos entrevistados. Londrina, PR, Brasil, 2019. (n=28)

CODIFICAÇÕES SOBRE O DELIRIUM	MASCULINO (n=10)		FEMININO (n=18)		TOTAL (n=28)
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM (8)	ENFERMEIRO (2)	TÉCNICO DE ENFERMAGEM (15)	ENFERMEIRO (3)	
Autopercepção da capacidade técnica	5	1	7	2	15
Causas	8	2	14	3	27
não soube informar causas	0	0	1	0	1
Consequências	4	2	14	2	22
Não soube informar consequências	2	0	1	0	3
Sinais e sintomas	8	2	15	3	28
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>28</b>

**Fonte:** Elaborado pela autora (via NVivo, 2019).

Os discursos dos participantes fizeram emergir duas categorias temáticas, a saber:

1. Conhecimentos expressos pela equipe de enfermagem sobre o *Delirium*;
2. Limitações no reconhecimento do *delirium* e

intervenções/ações de cuidado da equipe de enfermagem.

### **Conhecimentos expressos pela equipe sobre o *delirium***

Considerando a importância de se identificar o conhecimento da equipe de enfermagem frente ao *delirium* no idoso hospitalizado, essa categoria analisou as considerações corretas dos participantes acerca desta temática. O *delirium* pode ser identificado pela ocorrência de confusão mental e por meio de manifestações identificadas no idoso, como agitação, agressividade, desorientação.

*Um idoso confuso, agitado, que... [silêncio] Ele precisa de alguém sempre perto, para o estar auxiliando. Desorientado, é... agressivo [silêncio]. Não lembro. (Enf.02M)*

*Ele apresenta confusão, você não pode deixá-lo só; ele vai pensar coisa, vai fazer coisa, porque ele não sabe o que está fazendo [...] Ele pode até cometer suicídio... (Téc.02T)*

*Confusão, desorientação, falas tipo distorcidas do ambiente, das situações que estão acontecendo no momento... pede coisas que não são possíveis realizar no hospital. (Téc.17N)*

As causas mais comuns do *delirium* no idoso hospitalizado, apontadas pela equipe de enfermagem, são o tempo de internação e a mudança de ambiente, que podem se associar a um aumento do número de internações e possíveis quadros infecciosos e, para alguns dos participantes, ao Alzheimer futuro.

*[...] tempo de internação [...] muito tempo no mesmo lugar, não se locomover. (Enf.01M)*

*[...] durante o dia, eles falam que o paciente estava tranquilo, que não delirou, estava orientado, e eu noto que, à noite, o delírio começa. Eu não sei se é que eu noto muito... muito tempo de internação, que eles começam a perder a noção de tempo e orientação de*

*espaço. Às vezes também quando está com começo de alguma infecção [...] (Téc.17N)*

*[silêncio] Às vezes, por ele ficar sozinho, o próprio ambiente hospitalar, que é um ambiente fechado, diferente da casa dele, os costumes, alimentação, tudo muda para ele, e é difícil a aceitação. (Enf.02M)*

*[...] a dor, febre, Alzheimer, da mente da gente mesmo, que nossa mente é igual uma máquina, às vezes vai funcionando menos. (Téc.07T)*

*Delirium? Eu penso em Alzheimer. Assim... parece que eles ficam meio confuso, eles esquecem as coisas, silêncio é [...] (Téc.07T)*

Também foram identificadas nas falas da equipe de enfermagem algumas consequências no idoso hospitalizado ocasionadas pelo quadro de *delirium*, que, para muitos, levam ao aumento do número de internações, quadros infecciosos e alimentação inadequada.

*[...] pegar um foco infeccioso, mais ou menos isso, não sei explicar muito bem [risos]... A gente tem bastante [...] Pode ser que a infecção não melhore [...] (Enf.01M)*

*Muita coisa! Ele poderia ficar assim, como que fala?, a memória já não ia ser a mesma, ele ia perder a força muscular [...] Por que esse delirium é parte médica, né?, não sei [...] (Téc.06N)*

*Também a parte alimentar deles; por esses períodos confusos eles não se alimentam direito e vão enfraquecendo e cada vez mais medicações fortes e aumentando tempo de hospitalização, aumenta custo e risco de infecção. (Téc.01T)*

## **Limitações no reconhecimento do *delirium* e intervenções/ações de cuidado da equipe de enfermagem**

Ao analisar as respostas da equipe de enfermagem sobre o desenvolvimento do *delirium* no idoso hospitalizado, os entrevistados, em sua totalidade, quando questionados sobre o conhecimento do instrumento CAM para o diagnóstico do *delirium* no idoso, responderam “não” ter conhecimento, sem saber, assim, identificar o que seria o instrumento e de que forma utilizá-lo. O *delirium* é uma síndrome que requer que o paciente hospitalizado passe por constante avaliação; é importante as instituições utilizarem instrumentos de avaliação para o diagnóstico inicial.

O subdiagnóstico está ligado à falta de conhecimento, alinhado a condutas equivocadas, assim como demonstrado nas falas em que classificaram o *delirium* como quadro de depressão, falta de estrutura familiar associada ao sedentarismo.

*Depressão... envolve bastante, porque, do nada, tem paciente aqui que começa a chorar e contar tudo que aconteceu antigamente [...] (Téc.03T)*

*Eu acho que muita estrutura familiar... se teve uma vida de estresse, sedentária... Acho que tudo isso envolve um pouco e acho que quando chega na fase idosa, terceira idade, como se diz, a pessoa entra nesse quadro [...] (Téc.04N)*

Muitas vezes o idoso é internado sem *delirium*, e fatores ligados ao paciente ou à própria internação colaboram para o surgimento da síndrome. A equipe de enfermagem demonstra em algumas falas a ausência de reconhecimento dos sinais e sintomas de *delirium*.

*No começo, quando [sr. R.] internou, não havíamos percebido... Achamos que ele estava normal... Depois fomos percebendo que ele tinha seus delírios [...] Mas com o tempo foi falando coisas desconexas, falar da filha, que estava logo ali. (Enf.03N)*

Alguns dos participantes referiram o quadro de *delirium* no idoso como risco de cometer suicídio.

*Ele apresenta confusão... Você não pode deixá-lo só; ele vai pensar coisa, vai fazer coisa, porque ele não sabe o que está fazendo [...] Ele pode até cometer suicídio [...]*  
(Téc.02T)

*Ele pode até cometer suicídio! Eles fazem muita coisa, eu já vi muito isso.* (Téc.09T)

O desenvolvimento do *delirium* no idoso foi abordado como algo “do próprio organismo dele”, como relatado na fala abaixo, em que se descreve que não é possível minimizar o quadro.

*[...] No meu ponto de vista, não: não tem como minimizar, porque é um quadro que vem dele... [não tem] como você prever, como você evitar. Eu acredito que seja do próprio organismo dele mesmo que desenvolve.* (Enf.04T)

Os participantes demonstram desconhecimento sobre os sinais e sintomas do *delirium* no idoso.

*[...] Alguns pacientes acabo não percebendo: ele está aqui quietinho, não conversa... Falta tempo para ver certos tipos, coisas. Tem um paciente aqui que está [no] processo de confusão delirium; agora que ele começou a agitar mais [...]* (Enf.03N)

*De repente, [o idoso] parece que está bem, conversando, aí, mais tarde, geralmente tarde, de madrugada, ele começa apresentar confusão, começa a gritar, agitar, até agredir a gente... Aí a gente é obrigado a restringi-lo [...]* (Téc.06N)

*Igual quando falei da minha mãe: não sei se é delirium, mas já entra na parte do esquecimento mental.* (Téc.07T)

Os entrevistados associaram o quadro de *delirium* no idoso hospitalizado ao *delirium tremens*, ocasionado pela abstinência alcoólica, demonstrando falta de atualização profissional em relação ao *delirium* no idoso, a causas precipitantes ou predisponentes.

*[...] a maioria já tem um quadro de alcoolismo... porque psiquiatria, assim, tenho pouco conhecimento.*  
(Téc.06N)

Muitos relatam a falta de experiência com idosos e possível quadro de *delirium*; possuem dificuldade de reconhecimento e acabam desenvolvendo um modo de tratamento sem o conhecimento adequado.

*Assim... Da experiência de quando entrei aqui: eu vim da unidade básica, né? Então são outros tipos de cuidados... Eu observava os colegas, eu pedia ajuda a eles, aí você vai desenvolvendo um modo de tratar. Eu não acho que seja a maneira ideal de tratamento, entendeu?* (Téc.17N)

Esses profissionais vêm realizando os cuidados de modo superficial e em momentos pontuais. Observa-se que ainda predomina o uso das restrições mecânicas, e, como identificado na fala de um participante, a equipe considera complicado o cuidado para esse idoso:

*Tinha vezes de ele ficar restringido, mas eram poucas vezes, mais por conta de riscos mesmo. Ver esse paciente como ser humano, conversar... Nesses casos é mais difícil a comunicação.* (Enf.03N)

*O meu papel, que pertence a mim, é, assim, tomar os cuidados para evitar quedas... como já falei para você, por isso faço restrição; eu restrinjo mesmo! Muitas vezes a família fala: 'Eu não quero que restrinja!', porque o familiar estando junto, ele [o idoso] não quer [...]* (Téc.06N)

*[...] Você acaba logo restringindo já, para não ter problema com ele e para facilitar seu trabalho também [...]* (Téc.17N)

*O cuidado do idoso é complicado: da mesma forma que ele dá muito trabalho, às vezes também não, então fica relativo... cada caso é um caso. A experiência ajuda bastante [...]* (Téc.14M)

As falas revelam a necessidade de atualização da equipe sobre cuidados com o idoso delirante, embora a equipe relate que acaba tendo cuidado de forma geral com esse idoso.

*Eu só [faço] administração de remédios e cuidados como técnica, porque a maior parte são os médicos com medicação, e a família com a presença.* (Téc.11N)

*Acho que seria necessário algum treinamento a mais, sobre o delirium mesmo. Assim, acaba que há um cuidado geral com o idoso [...]* (Enf.02M)

*[...] eu penso que poderia ser melhor através de atualização, cursos, treinamentos... Ainda ontem comentei com a chefe em ter cursos, tipo treinamento... De vez em quando aparece, mais reciclagem. Porque eu já busquei fora e, às vezes, você não acha, né?* (Téc.10T)

*Eu tenho capacidade sim, mas eu não fui preparada para trabalhar em clínica psiquiátrica: quando eu deparo com paciente confuso na minha enfermaria, eu tenho blecaute, sabe? Eu fico toda assim... eu presto mais atenção nele que nos outros [...]* (Téc.11N)

A equipe acredita que não há cuidado preventivo para o *delirium*, relacionando o desenvolvimento da síndrome ao próprio organismo do idoso.

*Eu acredito que não tem. Nós, profissionais... não tem como. Porque, no meu ponto de vista, não é científico [...]* (Enf.04T)

*[...] No meu ponto de vista não, não tem como minimizar, porque é um quadro que vem dele... Como você prever? Como você evitar? Eu acredito que seja do*

*próprio organismo dele mesmo que desenvolve.*  
(Enf.04T)

*No caso, assim, é mais a medicação; não tem muito o que a gente fazer: só conversa com eles não acalma... Hoje mesmo teve um paciente que chegou aqui no quarto 2, superagitado; foi terrível na madrugada.*  
(Téc.12M)

*Não tem uma explicação: todo idoso que interna fica confuso... ele fica confuso... Ele internou, hoje ele passa bonzinho, mas amanhã você já percebe que ele já não está como no dia anterior em que ele internou... É a idade [...]* (Téc.09T)

Os resultados demonstram dúvidas sobre o quadro de *delirium* no idoso hospitalizado e o manejo da síndrome, assim como desconhecimento sobre escalas de avaliação do *delirium* e necessidade de atualização a respeito da temática.

## **DISCUSSÃO**

O estudo evidencia a forma como a equipe de enfermagem identifica o idoso hospitalizado com quadro de *delirium*. Nota-se a dificuldade da equipe em expressar como seria um idoso com sintomas do distúrbio, o que pode ocasionar falha na sua identificação, dificultando a atuação de forma preventiva a fim de evitar um desfecho negativo ao idoso hospitalizado.

Verificou-se pelo conteúdo das falas que a equipe associa os sintomas de agitação e confusão mental descritos por eles como sendo quadro de *delirium*. Panitchote e colaboradores (2015) relatam alta incidência de *delirium* em pacientes idosos hospitalizados, cujo diagnóstico é sempre insatisfatório por parte da equipe de enfermagem.

Ressalta-se a importância da inclusão de uma avaliação sistemática do idoso pela equipe de enfermagem que saiba identificar precocemente sintomas flutuantes ao longo do dia, comprometimento do nível de atenção e alteração da fala. Muitos estudos demonstram ineficiente reconhecimento do *delirium* por parte da equipe de enfermagem. O conhecimento

individualizado do idoso no momento da internação ajudará o diferencial no diagnóstico (OH *et al.*, 2017).

É possível realizar a identificação do *delirium* através de uma pequena avaliação clínica feita no leito do idoso hospitalizado (OH *et al.*, 2017). Porém quase nunca é identificado de forma adequada, ainda que requeira apenas uma breve triagem e observação quanto à cognição do idoso hospitalizado. Grande parte dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente consideram o *delirium* uma ocorrência comum. Sabe-se que essa síndrome pode gerar sérios riscos para o idoso e que frequentemente é possível evitá-la.

Já no início da internação, alguns sintomas da linha de base do estado mental do idoso podem ajudar a diferenciar de outras condições clínicas, como, por exemplo, a desatenção: muito comum no *delirium*, mas só ocorre em estágios mais avançados de demência. Também a alteração repentina no nível de consciência é fortemente relacionada ao quadro de *delirium*, sendo incomum na demência e sintomas de depressão (OH *et al.*, 2017).

Nos serviços de saúde, o *delirium* pode demandar altos custos, por requerer maior tempo de enfermagem e de internação, por isso a importância de uma avaliação precisa por meio de uma identificação correta, para não relacionar sintomas de *delirium* com possíveis demências existentes na admissão do idoso. O DSM-5 (2014) difere demência de *delirium*, definindo aquela como declínio progressivo da memória interferindo nas atividades do dia a dia do idoso. Para Fong e colaboradores (2015), o nível de atenção de forma flutuante acompanha o quadro de *delirium*.

A equipe apresenta insegurança quanto à identificação precoce dos fatores de risco. Esses fatores são de dois tipos: os predisponentes, relacionados ao próprio paciente, e os precipitantes, relacionados à internação do paciente, os quais desencadeiam o quadro de *delirium* (KALISH *et al.*, 2014).

Os fatores predisponentes ligam-se ao momento de internação do idoso — algo fundamental para a prevenção precoce — e podem contribuir para o desenvolvimento do *delirium*, como comorbidades graves, quadros já instalados

de depressão, histórico de acidente vascular cerebral, idade avançada, acima de 70 anos, deficiência auditiva e visual. Já os fatores associados à própria internação, definidos como precipitantes, incluem medicações, sedativos, longo tempo de internação, quadros de infecções, uso de dispositivo urinário (HSHIEH *et al.*, 2017).

A identificação precoce do *delirium* é fundamental, pois fatores predisponentes precisam de apenas um pequeno gatilho para desencadear a síndrome. O *delirium* hipoativo não apareceu nos depoimentos, o que causa preocupação, por ser de alta incidência na população idosa. Este subtipo apresenta-se na fala esparsa, movimentos lentos, olhar fixo ou apatia, o que, na maioria das vezes, passa despercebido diante da equipe, é subdiagnosticado, portanto, com pouca possibilidade de tratamento (KALISH *et al.*, 2014). Não raro o quadro é confundido, em alguns casos, com depressão ou demência, o que causa maior preocupação, porque na maioria das falas o *delirium* hipoativo não é citado pela equipe (FARIA; MORENO, 2013).

É importante a equipe estar interligada e saber identificar os fatores que podem desencadear o *delirium*, já que muitos deles são modificáveis e passíveis de tratamento eficaz (KUKREJA *et al.*, 2015), como: providenciar a iluminação do ambiente associado ao uso de óculos de grau para melhorar a deficiência visual; estimular a mobilidade quando possível, para evitar comprometimento funcional; evitar o uso das restrições físicas, que podem colaborar para a persistência do quadro de *delirium*.

A equipe de enfermagem precisa constantemente considerar suas práticas, identificar problemas reais e informar aos gestores as dificuldades encontradas no manejo do idoso com quadro de *delirium*, buscando, através da educação permanente, capacitação para conseguir alternativas de melhoria sobre a realidade vivida (FAUSTINO *et al.*, 2016).

Intervenções não farmacológicas são eficazes na prevenção do *delirium* e estão ligadas diretamente a ações preventivas da equipe de enfermagem focando nos fatores de risco, como imobilidade, deficiência visual ou

auditiva, desidratação, privação do sono (FAUSTINO *et al.*, 2016). As ações de enfermagem relativas ao ambiente hospitalar podem dificultar ou mesmo impedir o desenvolvimento do *delirium*.

A equipe envolver-se com a temática, com ações de prevenção baseadas na literatura científica, é promover a esse idoso uma assistência digna, reduzindo possíveis riscos ocasionados pela síndrome.

Para prevenir o *delirium* incidente, que surge durante a hospitalização, as diretrizes do Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE), no Reino Unido, recomendam avaliação inicial precoce e cuidados personalizados, incluindo estimulação cognitiva, prevenção da desidratação, promoção de bons padrões de sono, suporte nutricional e mobilização precoce (O'MAHONY, 2011). Também incluem abordagem multidisciplinar: além da equipe médica, recomendam atuação da fisioterapia, terapia ocupacional e serviço social no controle do *delirium*. A Sociedade Americana de Geriatria (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015) igualmente destaca a importância de as instituições promoverem a atuação de equipes de diversas áreas da saúde no manejo do paciente com quadro de *delirium* para uma redução significativa em sua incidência.

Os resultados indicam elevada taxa de contratação da equipe de enfermagem pela modalidade por hora, uma vez que se trata de hospital universitário, onde a maior parte das contratações se faz por vínculo de chamamento público. Esse regime de contrato pode causar maior rotatividade na equipe e ausência de continuidade na assistência.

Neste estudo as equipes frequentemente eram diferentes, e parte delas encontrava-se na escala noturna ou realizando horas extras em outros turnos. Muitos estavam em vários turnos durante sua jornada de trabalho para garantir a assistência em razão da falta de profissionais na instituição, fato que permite relativizar o maior número de entrevistados do período noturno no momento da entrevista.

Considera-se a necessidade de ampliar a avaliação da equipe de enfermagem frente ao *delirium* nas unidades da instituição, visto que esta pesquisa foi realizada de forma intencional em apenas em uma unidade clínica do hospital em questão, pois fazia parte de um estudo maior em andamento, que previa intervenção na realidade. A rotatividade da equipe chama a atenção, e o vínculo empregatício no formato de contratação como horista, realidade presente nos serviços de saúde hoje, afeta diretamente os processos de sistematização permanente de rotinas no cuidado.

A pesquisa possibilitou verificar o conhecimento da equipe de enfermagem e realçar a importância de uma identificação correta do *delirium*, podendo assim aprimorar ações de educação permanente em saúde para redirecionar seu processo de trabalho e garantir uma assistência de qualidade e livre de danos.

## **CONCLUSÃO**

A proposta deste estudo foi verificar o conhecimento da equipe de enfermagem e seu manejo frente ao idoso em *delirium*. Os participantes abordaram o distúrbio como sendo sintomas do próprio organismo do idoso e, pela maior parte das falas, impossível de receber prevenção, apenas cuidados farmacológicos após apresentação dos sintomas. Também nas falas se mostrou a importância da atuação da família, quase sempre ausente, sem auxiliar nos cuidados.

Ficou evidenciado que a equipe participante desta pesquisa mostrou conhecimento superficial sobre o quadro de *delirium* no idoso hospitalizado em relação ao seu manejo, prevenção, reconhecimento dos sintomas, com destaque especial para o *delirium* hipoativo, que não apareceu nas falas dos participantes. A equipe relata todo o conhecimento exposto apenas através de suas experiências de trabalho, enfatizando a necessidade de atualização para melhor aprofundamento sobre o assunto. Todos reforçam que a

demanda de trabalho associada à diminuição do quadro de funcionários na equipe concorre para um cuidado ineficaz ao idoso hospitalizado.

Os resultados deste estudo confirmam a necessidade de os profissionais de saúde participarem de educação permanente teórica e prática para um manejo adequado ao paciente com *delirium* e saber identificar as formas de prevenção não farmacológicas desta síndrome. De modo semelhante, os hospitais devem apoiar e encorajar esse profissional no atendimento seguro ao idoso. Ações assim visam reduzir desfechos negativos e o tempo de permanência do idoso no hospital, fornecendo um cuidado adequado de forma humanizada.

Como limitação do estudo, considera-se a necessidade de ampliar a avaliação da equipe de enfermagem frente ao delirium em demais unidades dentro da instituição, visto que essa pesquisa foi realizada de forma intencional em apenas em 1 unidade clínica do Hospital em questão, pois fazia parte de um estudo maior em andamento. Chama atenção para rotatividade da equipe, sendo maior parte do vínculo empregatício no formato de contratação como horista.

O presente estudo pode colaborar para que os profissionais reflitam sobre sua atuação frente ao idoso com quadro de *delirium* e sobre os cuidados necessários para este paciente. Daí deriva a relevância desta pesquisa para conhecer a percepção dos profissionais sobre o quadro de *delirium* no idoso hospitalizado e a importância de as instituições desenvolverem protocolos para uma assistência segura frente a esta síndrome.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatric Society. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 220, n. 2, p. 136-148, 2015. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.10.019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V**. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

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

BELLELLI, G. *et al.* "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. **BMC Medicine**, London, v. 14, p. 106, 2016. doi: 10.1186/s12916-016-0649-8

CARRERA CASTRO, C.; ROMERO MORENO, F. J.; GONZÁLEZ PÉREZ, A. Revisión de la utilidad y fiabilidad de la *Confusion Assessment Method* en atención especializada y primaria. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 33, n. 2, p. 261-270, 2015. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.40385>

FARIA, R. S. B.; MORENO, R. P. *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 2, n. 25, p. 137-147, 2013. doi: 10.5935/0103-507X.20130025

FAUSTINO, T. N. *et al.* Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, 678-685, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i>

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2018.

FONG, T. G. *et al.* The interface between delirium and dementia in elderly adults. **Lancet Neurology**, London, v. 14, n. 8, p. 823-832, 2015. doi: 10.1016/S1474-4422(15)00101-5

GORSKI, S. *et al.* Nonpharmacological 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**, Cairo, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/1297164>

HSHIEH, T. T.; INOUE, S. K.; OH, E. S. Delirium in the elderly. **Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 41, n. 1, p. 1-17, 2017. doi: 10.1016/j.psc.2017.10.001

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060 (projeções de 2018, atualização 06/04/2020). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 21 jun. 2020.

JACKSON, K.; BAZELEY, P. **Qualitative Data Analysis with NVivo**. 3. ed. ed. Londres: SAGE Publications Ltd, 2019.

KALISH, V. B.; GILLHAM, J. E.; UNWIN, B. K. Delirium in older persons: evaluation and management. **American Family Physician**, Kansas, v. 90, n. 3, p.

150-158, 2014. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0801/p150.html>. Acesso em: 21 jun. 2020.

KUKREJA, D.; GÜNTHER, U.; POPP J. Delirium in the elderly: current problems with increasing geriatric age. **Indian Journal of Medical Research**, Nova Delhi, v. 142, n. 6, p. 655-662, 2015. doi: 10.4103/0971-5916.174546

MEDEIROS NETA, O. M. De *et al.* A análise de conteúdo com a utilização do software Nvivo: a aplicação no campo da educação profissional. **Encontro Ibérico EDICIC**, 2017.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013.

OH, E.S. *et al.* Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 318, n. 12, p. 1161-1174, 2017. doi: 10.1001/jama.2017.12067

OLIVEIRA, K. P. *et al.* Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de *delirium* em pacientes críticos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. e2, p.1-18, 2020. doi: 10.5902/2179769238778

O'MAHONY, R. *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. 746-751, 2011. doi: 10.7326/0003-4819-154-11-201106070-00006

PANITCHOTE, A.; TANGVORAPHONKCHAI, K.; SUEBSOH, N. *et al.* Under-recognition of delirium in older adults by nurses in the intensive care unit setting. **Aging Clin Exp Res**, v. 27, n. 5, p. 735-740, 2015. doi: 10.1007/s40520-015-0323-6.

## **6.2 Estudo 2**

**O atuar da equipe de saúde  
no manejo do delirium em idosos:  
análise segundo Freire**

---

---

## **O ATUAR DA EQUIPE DE SAÚDE NO MANEJO DO DELIRIUM EM IDOSOS: ANÁLISE SEGUNDO FREIRE**

**Objetivo:** Identificar a opinião da equipe de enfermagem quanto à equipe de saúde e familiares envolvidos no manejo do delirium no idoso. **Método:** Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, utilizando formulário com dados sociodemográficos e entrevistas semiestruturadas realizada de agosto a outubro de 2019 com 28 profissionais de enfermagem de uma unidade clínica num hospital de nível terciário, na Região Sul. Os dados foram categorizados através da técnica de análise de conteúdo com apoio do software NVivo Release 1 - versão 1.3 e discutidos à luz do pensar de Paulo Freire. **Resultados:** Das falas apresentadas pela equipe de enfermagem emergiram três categorias temáticas: “Atuação junto com a interdisciplinaridade”, “O contexto da família relacionado ao cuidado do idoso com delirium” e “Limitação estrutural do processo de trabalho da equipe de enfermagem no manejo do delirium”. O conteúdo das categorias demonstrou a dificuldade da equipe de enfermagem em identificar o papel da equipe de saúde e familiares no manejo do delirium. **Considerações finais:** Há necessidade de que os profissionais de todas as áreas envolvidas no cuidado do idoso com delirium conheçam as ações específicas de cada um no controle e prevenção do distúrbio, inclusive o papel dos familiares. Essa constatação está de acordo com o pensamento de Paulo Freire, para quem o profissional precisa progredir de uma consciência ingênua sobre seu trabalho e ambiente para ter uma consciência crítica sobre sua realidade, reconhecendo seu campo de trabalho e suas ações, para assim ser possível transformar sua prática.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Delirium*; Idoso; Equipe de enfermagem; Percepção; Conhecimento.

## THE PERFORMANCE OF THE HEALTHCARE TEAM ATTENDING DELIRIUM IN ELDER: ANALYSIS ACCORDING TO FREIRE

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the opinion of the nursing team regarding the healthcare team and the family members involved in the attendance of delirium in the aged. **Method:** Exploratory and descriptive study with a qualitative approach, using a form with sociodemographic data and semi-structured interviews performed from August to October 2019 with 28 nursing professionals from a clinical unit in a tertiary-level hospital in the South Region. The data were categorized by using the content analysis supported by NVivo Release 1 - version 1.3 and discussed in the light of Paulo Freire's reasoning. **Results:** From the speeches introduced by the nursing team, three thematic categories emerged: "Acting along with interdisciplinarity", "The family context related to the care of the elder with delirium" and "Structural limitation of the nursing team's performance process in the delirium attendance". The content of the categories emphasized the difficulty of the nursing team in identifying the role of the healthcare team and of the family members in the delirium attendance. **Conclusions:** There is a need for professionals in all areas involved in the care of the elder with delirium to know the specific actions of each one in the control and in the prevention of the disorder, including the role of family members. This finding agrees with the Paulo Freire reasoning, for whom the professional needs to progress from a naive conscience about his performance and environment in order to have a critical conscience about his reality, recognizing his field of work and his actions, so that it is possible to change his practice.

**DESCRIPTORS:** Delirium. Aged. Nursing team. Perception. Knowledge.

## INTRODUÇÃO

O *delirium* em pacientes idosos hospitalizados é considerado um quadro grave (CHONG *et al.*, 2014), uma síndrome neuropsiquiátrica associada a morbimortalidades que causa aumento do tempo de internação, necessitando, portanto, de estratégias preventivas eficientes (INOUYE *et al.*, 2014; MARTINEZ *et al.*, 2015). A equipe de enfermagem atua frequentemente nas intervenções manejando adequadas estratégias não farmacológicas úteis para a prevenção (MARTINEZ *et al.*, 2015).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) define *delirium* como um distúrbio que se desenvolve num curto período de tempo, representado por uma alteração aguda da atenção e da consciência.

A incidência de *delirium* em idosos varia de 27% a 79%, dependendo das características da população pesquisada (FAUSTINO *et al.*, 2016; YOUNG *et al.*, 2010). Estudos demonstram que reduzir o tempo de internação do idoso hospitalizado pode estar relacionado a um número menor de complicações hospitalares causadas pelo *delirium* (FAUSTINO *et al.*, 2016; YOUNG *et al.*, 2010).

Pacientes que desenvolvem *delirium* quase sempre apresentam resultados negativos na evolução, requerendo mais tempo de hospitalização, com possíveis eventos adversos (MORI *et al.*, 2016), o que, por sua vez, gera mais exames complementares, altos custos hospitalares e mais carga nos serviços de saúde (PEZZULLO *et al.*, 2019).

Diante deste contexto alarmante, há necessidade de uma equipe engajada e com conhecimento a respeito dos multifatores causadores do *delirium*, das suas manifestações clínicas e sintomas mais frequentes. É essencial que a equipe aplique critérios de diagnóstico para o *delirium* hiperativo e hipoativo, possibilitando direcionar a assistência de maneira efetiva, para poder intervir rapidamente com ações que diminuam a duração do distúrbio. A complexidade do quadro e sua multicausalidade exigem intervenções multiprofissionais qualificadas.

A equipe de enfermagem, por sua característica de assistência continuada ao idoso internado, muitas vezes tem maior possibilidade e responsabilidade de realizar o diagnóstico correto do quadro do *delirium* e assim poder acionar outros profissionais a fim de que atuem em conjunto para o controle do quadro, evitando o agravamento e suas consequências.

Por isso é importante conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre este assunto, pois seu atuar eficaz impactará positivamente no prognóstico do idoso hospitalizado.

O objetivo deste estudo é identificar a opinião da equipe de enfermagem quanto à equipe de saúde e familiares envolvidos no manejo do *delirium* no idoso.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, com avaliação de dados sociodemográficos e entrevistas semiestruturadas com a equipe de enfermagem de uma unidade clínica num hospital universitário, referência de atendimento para a população de 250 cidades do estado, sendo o maior hospital de ensino na Região Sul.

A equipe total de enfermagem da unidade, na ocasião desta pesquisa, contava com 50 integrantes. A seleção dos participantes teve como critério de inclusão: estar atuando na assistência direta ao paciente da unidade onde ocorreu a pesquisa por, no mínimo, seis meses. Por intencionalidade, todos os enfermeiros foram convidados; apenas um se recusou a participar das entrevistas. Dos técnicos de enfermagem, três se recusaram a participar, um estava de licença e um estava em período de experiência. De acordo com o critério de saturação dos dados, visto que o conteúdo das respostas começou a se repetir, chegou-se ao número de 28 participantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com perguntas norteadoras abertas: 1- Fale o que lhe vem à mente quando pensa em um idoso com quadro de *delirium*. 2- Você, como integrante da equipe de enfermagem, diante de um idoso em *delirium*, como

percebe seu papel? 3- No contexto do seu setor ou unidade, com quem você contaria para ajudá-lo(a) no controle do *delirium*? 4- Fale-me sobre sua percepção quanto à sua capacidade técnica de cuidar de um idoso com quadro de *delirium*. As entrevistas ocorreram no próprio local de trabalho entre agosto e outubro de 2019, com agendamento prévio, em ambiente reservado e duração média de 30 minutos. Os dados coletados eram gravados e foram transcritos na íntegra; preservando-se o sentido das falas, foram corrigidos de acordo com as normas ortográficas. Para manter o anonimato dos entrevistados, optou-se pelo uso das siglas “Enf.” e “Téc.” seguidas de sequência numérica da entrevista e da inicial do turno de trabalho, manhã “M”, tarde “T” ou noite “N”, mantendo-se o anonimato dos entrevistados.

A organização dos dados seguiu os critérios de técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2016), ou seja, em três etapas: pré-análise, exploração do material e inferência. Fez-se inicialmente uma leitura flutuante para obter uma aproximação do material. Na segunda etapa, realizou-se a exploração do material organizando-o por temáticas, formando, desse modo, as unidades de registros; na última etapa, ocorreu a interpretação do material, de onde se originaram as categorias temáticas.

Foi utilizado como apoio o *software* NVivo Release 1 - versão 1.3 para codificação e cruzamentos das temáticas, que não afasta o rigor da pesquisa qualitativa, e sim aumenta a clareza e o detalhamento do processo das análises.

Para que tudo isso ocorra, inicialmente o pesquisador precisa elaborar a sua “base de dados”, que pode consistir em notas de campo, artigos, imagens, entrevistas, questionários, entre outras fontes de dados. Isso tudo pode ser configurado no NVivo de forma simples, por meio de pastas e subpastas, dispostas em uma área lateral de acesso rápido que está na tela inicial do NVivo.

A sistematização do processo pelo NVivo favorece a própria organização da pesquisa, de modo a auxiliar o pesquisador na localização rápida de documentos e outras fontes de dados.

O estudo seguiu as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina sob o parecer nº 05507218.7.0000.523.

## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas dos participantes**

Dos 28 participantes entrevistados, 42,9% eram funcionários públicos; 25% tinham tempo médio de formação entre 10 e 30 anos; 59,2% tinham tempo de trabalho na instituição de 1 a 5 anos; 14,3% tinham nível superior, a maior titulação.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados das codificações relacionadas ao tratamento do *delirium* em função da formação e do tempo de trabalho da equipe em enfermagem produzidos pelo NVivo.

**TABELA 1** – Distribuição das categorias relacionadas ao tratamento do delirium em função da formação e do tempo de serviço dos entrevistados. Londrina, PR, Brasil, 2019. (n=28)

EQUIPE DE ENFERMAGEM	AUXÍLIO FAMILIAR	EQUIPE DE APOIO	INTERVENÇÕES	LIMITAÇÕES	MEDIDAS PARA MINIMIZAR	NÃO SOUBE INFORMAR	TOTAL
<b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM (23)</b>							
Menos de 1 ano (3)	3	3	3	1	1	0	3
1-5 anos (8)	7	6	8	3	8	1	8
6-10 anos (5)	4	4	5	2	5	0	5
11-20 anos (3)	3	0	3	2	3	1	3
21-30 anos (2)	2	2	2	1	2	1	2
Acima de 30 anos (2)	1	2	2	1	1	0	2
<b>ENFERMEIRO (5)</b>							
Menos de 1 ano (2)	2	0	2	2	2	0	2
1-5 anos (3)	3	3	3	1	3	0	3
<b>TOTAL (28)</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	<b>28</b>

**Fonte:** Elaborado pela autora (via NVivo, 2019).

Dentre as categorias que serão abordadas na sequência, a primeira se refere à visão da atuação junto com a interdisciplinaridade; a segunda, ao contexto da família relacionado ao cuidado do idoso com *delirium*, e a terceira, à limitação estrutural do processo de trabalho da equipe de enfermagem no manejo do *delirium*.

### **Interdisciplinaridade: uma necessidade no manejo do *delirium***

A percepção da equipe de enfermagem ao avaliar a necessidade do trabalho em conjunto com os profissionais de diversas áreas da saúde para o cuidado com *delirium* no idoso.

*Meu papel é comunicar o médico que ele está com períodos de alucinação, está falando, para ver se o médico ou pede avaliação da psiquiatria para ver se realmente é o quadro [com] que ele saiu da casa para o hospital ou se é alguma coisa relacionada ao diagnóstico. (Enf.04T)*

*Quando não tem, a gente conversa com a chefe, ela conversa com o médico ou eles dão outro sedativo, para a gente não ter que restringir o paciente. (Téc.02T)*

*Se for muito agitado, os colegas de trabalho primeiro veem a prescrição, que você vai olhar o que o médico prescreveu, porque muitas vezes tem medicação de horário, e tem se necessário. [...] muitas vezes não resolve. (Téc.11N)*

*Enfermeira e equipe da enfermagem; fisioterapia ajuda na hora de uma agressividade: quando estão muito agressivos utiliza Haldol. (Téc.12M)*

*Tem um paciente aqui que está [no] processo de confusão de delirium... Agora que ele começou a agitar mais, o pessoal falou, mas nem peguei plantão dele ainda... lá tem ficado a filha. Eu acho que precisaria ter serviço social, cobrar que venha alguém e fique. Eu nunca vi nenhum processo de cobrar o familiar [para] ficar. (Enf.03N)*

*[...] Mas então eu acho que teria que ter uma assistente social para ficar à noite, uma terapeuta ocupacional... ouvir esses pacientes... a família ver o que está acontecendo pra tentar desenvolver com a equipe de enfermagem e equipe médica, uma equipe multiprofissional, o que pode ser feito para minimizar, para que possa ajudar esse paciente. (Téc.04N)*

*Autorizando um da família a ficar, um acompanhante, ter algum [deles] junto [silêncio] [...] Não sei... [Risos]. Ter acompanhamento psicológico também sempre ajudaria. (Téc.05N)*

## **O contexto da família quanto ao cuidado do idoso com delirium**

Nesta categoria a equipe expõe a importância do familiar como uma segurança para o idoso, expressando através das falas a necessidade de conversar, acalmar, para assim controlar o quadro de *delirium*.

*[...] quando tem um familiar mais próximo, que eles confiam, acho que eles ficam mais calmos. Eu converso com a família pra ficar do lado do idoso, acompanhá-lo, conversar com ele, acalmá-lo... eles ficam mais calmos [...] Eu vejo assim, a família conversando mais do lado do idoso, que já é o suficiente. (Enf.01M)*

*Importante né, importantíssimo! A família, quando acompanha, a gente consegue transmitir para o paciente uma confiança maior, e ele... Eu percebo a resposta, assim, [é] junto com a família que o paciente consegue ter uma resposta mais eficaz... (Enf.05N)*

*[...] Estar do lado, conversando com o paciente...Eu acho que se fosse um pai meu, ou uma mãe, eu ia querer estar do lado, para não estar restrito... É lógico que o que é da enfermagem é da enfermagem [...] (Téc.04N)*

*A família estando presente, não só ali do lado.... Acho que tem que conversar com o paciente, né? [...] A família tem que estar constantemente trabalhando com ele: “Olha, o senhor está internado, pai, o senhor tem que fazer isso, manter a calma”... Muitas vezes eles não falam nada. (Téc.15N)*

Um aspecto que sobressai nas falas seguintes é a lacuna deixada pelas famílias, como destacado pela equipe de enfermagem, evidenciando a ausência de relacionamento entre idoso e familiar, demonstrando carência afetiva e pouca efetividade enquanto presença.

*Ah, é muito pouco... A família colabora quase nada... O envolvimento deles, na minha opinião, não tem...Eles poderiam conversar com o paciente, acalmá-lo... (Téc.06N)*

*Ajuda, está sempre alguém acompanhando, porque às vezes tem muito paciente que não tem ninguém na vida,*

*não tem visita, família, fica à mercê do Ministério Público pra vim buscar. E a gente acaba sendo essa pessoa da família dele. Então a família é importante pra estar junto, vir nas visitas. (Téc.05N)*

*[...] a própria família termina abandonando, não tem paciência ou não tem condições até, ou não querem cuidar. Teve um paciente que ficou meses com a gente aqui. Quando ele entrou, senhor R., tadinho, foi uma história bem triste, porque parece que o filho tinha mais condições, e não queria levar de jeito nenhum. (Enf.03N)*

*[...] geralmente quando ele não tem acompanhante... A maioria dos idosos, não fica acompanhante, porque os familiares não querem saber de ficar com o idoso. (Téc.02T)*

Em relação à atuação da família, a equipe de enfermagem evidencia, nestas falas, a percepção do familiar como responsável, no hospital, pelos cuidados que seriam da equipe assistencial.

*Peço a colaboração primeiro de um acompanhante [...] ele fica mais calmo quando tem alguém conhecido, então geralmente eu convoco a família para ficar, para pousar com o idoso e ficar durante o dia [...]. (Enf.01M)*

*Geralmente quando ele não tem acompanhante... A maioria dos idosos, não fica acompanhante, porque os familiares não querem saber de ficar com o idoso. Quando tem acompanhante, a gente até conversa com o acompanhante e ele ajuda a gente, pra não deixar o paciente restrito [...] (Téc.02T)*

*[...] eu pergunto: Tem família? não dá pra ligar pra família?, porque aqui é liberado a partir de 60 e menor de 18. Nesse intervalo... nesse intervalo, se o paciente está em confusão, tem que liberar... É uma ajuda pra nós. (Téc.11N)*

*Olha, quando o idoso tem acompanhante, a gente conta com o acompanhante, mas é complicado, porque, às*

*vezes, o acompanhante não dá conta, não tem experiência [...] (Téc.16N)*

*[...] parente pra ajudar, porque não dá para ficar ali em cima do paciente e dar aquele cuidado totalmente integral... Você tem que ser muito rápida para dar conta de todo o serviço. (Téc. 13T)*

### **Limitação estrutural do processo de trabalho da equipe de enfermagem no manejo do *delirium***

A equipe de enfermagem relata por meio das falas que a sobrecarga de trabalho dificulta o cuidado ao idoso com quadro de *delirium*. É a enfermagem que permanece por maior período de tempo acompanhando o idoso, e já que as medidas utilizadas como cuidados são de baixo custo e de fácil aplicação, as falas revelam a necessidade de atividades educativas, para que essas ações sejam implementadas rotineiramente.

*[Silêncio] Ah, eu creio que precisava de mais funcionários para dar mais atenção ao idoso, ter um tempo para conversar, cuidar melhor dele, que não tem. [...] pra evitar, que é complicado... O delirium, não sei como desenvolve. (Téc.16N)*

*É difícil, bastante difícil, principalmente com nossa carga horária cansativa, trabalhosa, e ter que cuidar de muitos, mas tentamos fazer o melhor para eles...[...] Eu acho que a comunicação é tudo. (Téc.13T)*

*[...] Mas essa semana estava mapeando e vi: Nossa, só tem idoso aqui na unidade! Precisava ter esse olhar e mais recurso... Aqui estamos em uma fase que, se falar em recurso... (Enf.03T)*

*Na verdade, eu acho que a gente deveria ficar com menos paciente, um quarto dividido [...] enquanto estou no outro, um quarto fica sem cuidados. E se eu tenho um paciente com delirium, não dá para ficar sozinho... teria que ter um apoio a mais, pra ficar mais presente com ele. (Téc.07T)*

*[...] mais gente pra trabalhar, mais funcionários, porque a gente não consegue dar a assistência que gostaria... acaba deixando a desejar [...] (Téc.10T)*

[...] *aqui a gente trabalha sobrecarregado [...] então... praticamente com cinco pacientes idosos, que é bem complicado para cuidar.* (Téc.16N)

O *software* NVivo registra convenientemente os códigos e itens codificados, como podemos visualizar no Quadro 1, onde foi exportado uma lista de códigos com suas descrições e número de referências codificadas aos casos com base nos participantes das entrevistas. Nos documentos analisados foi realizado um cruzamento das informações, onde podemos visualizar a formação inicial das categorias que foram abordadas anteriormente.

**QUADRO 1** – Distribuição dos códigos e códigos-filhos usados na categorização das entrevistas. Londrina, PR, Brasil, 2019.

NOME	DESCRIÇÃO	ARQUIVOS	REFERÊNCIAS
Tratamento do <i>delirium</i>	Intervenções da equipe de enfermagem, acompanhamento familiar, limitações e possíveis medidas para amenizar.	28	203
Auxílio familiar	Prováveis intervenções juntamente com os familiares dos pacientes com <i>delirium</i> .	25	35
Equipe de apoio	Auxílio solicitado quando os pacientes apresentam <i>delirium</i> .	20	28
Intervenções	Intervenções geralmente praticadas pelos entrevistados no tratamento do <i>delirium</i> .	28	72
Limitações	Possíveis limitações nos atendimentos ao <i>delirium</i> .	13	16
Medidas para minimizar	Sugestões de medidas para minimizar as complicações do <i>delirium</i> .	25	52
não soube informar	Não soube informar possíveis medidas para minimizar as causas do <i>delirium</i> .	3	4

**Fonte:** Elaborado pela autora (via NVivo, 2019).

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que, em relação a sintomas, a equipe de enfermagem praticamente não reconhece sintomas do *delirium* hipoativo e, diante do *delirium* hiperativo, sinalizado pela agitação do idoso, a conduta é cuidado farmacológico com possível restrição. Outro fator que sobressaiu nas falas é o apoio afetivo, a relação da família com o idoso hospitalizado, chamando a atenção para a importância deste papel para uma melhor e mais rápida recuperação, porém muitas vezes confundindo deveres de acompanhante com atribuições da equipe de enfermagem; em outras vezes, atribuições da assistência social com deveres de acompanhante.

Quase sempre sobrecarregada em sua jornada de trabalho, a equipe de enfermagem vê no familiar do paciente idoso um apoio e um aliado na prestação dos cuidados, presente na fala “[é] junto com a família que o paciente consegue ter uma resposta mais eficaz”. A equipe compreende a necessidade de explicar ao acompanhante/familiar a importância da orientação no tempo e espaço para o idoso hospitalizado.

O cuidado da equipe de enfermagem não deve ser transferido para a família ou acompanhante. A técnica de enfermagem, ao comentar “[...] parente pra ajudar, porque não dá para ficar ali em cima do paciente e dar aquele cuidado totalmente integral”, evidencia nessa fala uma possível inversão de posições, já que a equipe é responsável pelos cuidados, e o acompanhante não pode ser visto como parte da equipe.

Freire, em sua pedagogia, mostra a importância do despertar para uma consciência real, através do conhecimento, em que o trabalhador procura conhecer sua prática e, a partir dela, desenvolve uma visão crítica para assumir uma posição de mudança frente à sua realidade e assim conseguir exercer uma ação autêntica sobre essa mesma realidade — neste caso em questão, realizar uma assistência humana de qualidade (FREIRE, 2018).

As falas da equipe destacam a falta de cuidados específicos em razão da situação restritiva do dimensionamento do setor de Recursos Humanos

e reforçam que os idosos com *delirium* necessitam de um olhar mais integral traduzido em ações voltadas para os cuidados e manejo adequado.

Preocupa de certa forma constatar, pelos depoimentos dos entrevistados, que os cuidados ao idoso com quadro de *delirium* estejam mais sob responsabilidade médica, em razão da prescrição farmacológica. Visto que a equipe de enfermagem passa a maior parte do tempo com o paciente, o reconhecimento de sinais e sintomas deveria, sim, ser interdisciplinar.

As falas dos entrevistados indicam que os cuidados ao idoso com *delirium* são baseados na ação farmacológica, apresentando dificuldade em relatar cuidados de prevenção, no que a equipe de enfermagem pode atuar de forma independente. Citam ainda o Haldol como escolha inicial por parte da equipe médica, o que evidencia ações apenas diante dos sintomas exacerbados, relacionados ao subtipo *delirium* hiperativo, quando os pacientes podem apresentar-se agitados, desorientados.

O homem-profissional deve sempre rever a situação em que se encontra no mundo e no seu ambiente de trabalho, alinhando pontos que precisam ser modificados e assim conseguir modificar a realidade vivenciada (FREIRE, 2018). Conseguir identificar os fatores de risco é o primeiro passo na prevenção e desenvolvimento de estratégias para prevenção do *delirium*.

Revelou-se que a atuação da equipe de enfermagem registrada nas falas precisa ser tomada por uma consciência crítica da realidade, para assim transpor os obstáculos que a impedem de realizar um manejo adequado com o idoso em quadro de *delirium* (FREIRE, 2018).

A conscientização capacita para refletir e agir de forma adequada para a transformação da realidade, tornando-se condição importantíssima para o compromisso do profissional (FREIRE, 2018). A equipe de enfermagem deve saber avaliar e identificar o idoso com quadro de *delirium* e reconhecer o que essa falta de conhecimento acarreta para o cotidiano de seu trabalho, que consequências traz para o idoso hospitalizado.

Ao serem citados os diversos profissionais de saúde, a equipe de enfermagem demonstra desamparo diante da complexidade da assistência, apresentando dificuldade em ver claramente onde os profissionais podem atuar. Mostrou-se através das falas uma consciência ingênua, quando o que se faz é uma aproximação espontânea da realidade, sem análise crítica, afetando a realidade vivida (FREIRE, 2018).

Paulo Freire (2018) ensina que, através da conscientização do profissional, é possível desenvolver um olhar mais crítico da sua realidade: conhecendo, comprometendo-se, para assim mudar e transformar sua percepção sobre o ambiente pessoal e profissional no qual atua e vive. Através da educação, o profissional firma um compromisso com a sociedade, realizando uma transformação efetiva de sua realidade (FREIRE, 2013).

Tendo a equipe de enfermagem um maior conhecimento científico sobre o tema, atrelado a uma reflexão interdisciplinar sobre o papel de cada profissional da equipe de saúde, torna-se possível levar a decisões críticas e ajustadas da realidade e pode viabilizar uma atuação conjunta dos diversos profissionais na união dos campos de saberes com vista a uma prática transformadora da realidade da assistência ao idoso com *delirium*.

Para o diálogo interdisciplinar é essencial que cada área envolvida conheça o objeto "*delirium*" e proponha como sua área de saber pode intervir na assistência ao idoso com este agravo. A partir do conhecimento aprimorado de cada profissional poderão ser construídas decisões compartilhadas que definam papéis e a sistemática de organização da assistência e suas tarefas, com ambos, papéis e tarefas, claramente definidos e eficientemente realizados. Assim o manejo do *delirium* poderá ser efetivo com a redução de suas consequências.

É necessário produzir mais estudos no ambiente hospitalar em unidades clínicas de internação que incluam diferentes realidades, bem como ampliar a pesquisa para outros setores da instituição em estudo, a fim de avaliar com maior exatidão a atuação nos cuidados ao idoso com *delirium*.

É de extrema importância a realização de educação permanente para uma revisão na forma de atuação da equipe de enfermagem frente ao idoso com quadro de *delirium* e ampliar sua visão sobre o papel real da equipe de saúde e familiares envolvidos no cuidado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O profissional de enfermagem tem papel relevante no cuidado com o paciente idoso com quadro de *delirium*, ocasião para revelar uma formação de qualidade, que aborda o conhecimento da área de gerontologia e estratégias para realizar uma melhor compreensão da velhice e suas patologias.

A educação permanente, dentro da instituição, é de suma importância para atualizar a equipe e proporcionar uma assistência efetiva; o enfermeiro que está à frente dos cuidados precisa estar especialmente atento para a qualificação de sua equipe.

Os resultados revelaram a percepção da equipe de enfermagem quanto à necessidade de um olhar para o atendimento integral à saúde do idoso hospitalizado, porém constata-se que o cuidado ocorre de modo pontual, focando apenas nos sintomas manifestados do *delirium*.

Outro aspecto que emergiu nas falas durante as entrevistas volta-se para a ausência da família da pessoa idosa, constituindo uma preocupação da equipe, que reconhece a importância de um cuidado afetivo para a melhora do quadro de *delirium*. Muitas vezes se confundiu com deveres da família a participação de uma assistência ativa como “colaborador” da equipe assistencial. Considera-se que a ausência de cuidado também foi citada muitas vezes em virtude do número reduzido de funcionários dentro da unidade em questão.

Destaca-se a atuação da equipe interdisciplinar, quando são citados vários profissionais que podem atuar no controle e manejo do *delirium*, chamando atenção o desconhecimento da equipe sobre a específica atuação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

São necessárias mais pesquisas no ambiente hospitalar em unidades clínicas e ampliar a pesquisa para outros setores e categorias dentro da instituição onde ocorreu a pesquisa a fim de avaliar com maior exatidão a atuação da interdisciplinaridade nos cuidados ao idoso em delirium.

Sugere-se realizar atividades de educação permanente e capacitações sobre o tema, para que a equipe se sinta segura na identificação precoce do distúrbio, sabendo identificar os papéis de cada um na atuação do controle e prevenção do *delirium*, conseguindo assim ter ações voltadas para um manejo adequado.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V**. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Artmed: Porto Alegre, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. São Paulo: Edições 70, 2016, 2141 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CHONG, M. S.; CHAN, M.; TAY, L.; DING, Y. Y. Outcomes of an innovative model of acute delirium care: the Geriatric Monitoring Unit (GMU). **Clinical Interventions in Aging**, p. 603-612, 2014. <https://doi.org/10.2147/CIA.S60259>

FAUSTINO, T. N.; PEDREIRA, L. C.; FREITAS, Y. S. *et al.* Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, 678-685, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i>

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

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.009>

INOUE, S. K.; WESTENDORP, R. G.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. **Lancet**, v. 383, n. 9920, p. 911-922, 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1 <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.009>

MARTINEZ, F.; TOBAR, C.; HILL, N. Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. **Age and Aging**, v. 44, n. 2, p. 196-204, 2015. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu173>

MORI, S.; TAKEDA, J. R. T.; CARRARA, F. S. A. *et al.* Incidence and factors related to *delirium* in an intensive care unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 585-591, 2016.

PEZZULLO, L.; STREATFEILD, J.; HICKSON, J. *et al.* Economic impact of delirium in Australia: a cost of illness study. **BMJ Open**, v. 9, e027514, 2019. doi: 10.1136 / bmjopen-2018-027514

QSR INTERNATIONAL. NVivo for Windows 11. Canadá; 2020. Disponível em: <http://www.qsrinternational.com/nvivo-product>. Acesso em: 20 jun. 2020.

YOUNG, J *et al.* Diagnosis, prevention and management of delirium: summary of NICE guidance. **BMJ**, v. 341, p. c3714, 2010. doi: 10.1136/bmj.c3704.

# 7 Considerações Finais

---

---

## 7 Considerações Finais

O conteúdo das falas que emergiu desta pesquisa apresentou um conhecimento incipiente por parte da equipe de enfermagem sobre a temática. Para eficaz prevenção e controle do *delirium*, ressalta-se a importância do conhecimento científico e mudanças de comportamento por parte da equipe. Os cuidados são prestados de forma empírica, e os próprios profissionais destacam a necessidade de atualização sobre a temática para prestar um melhor cuidado.

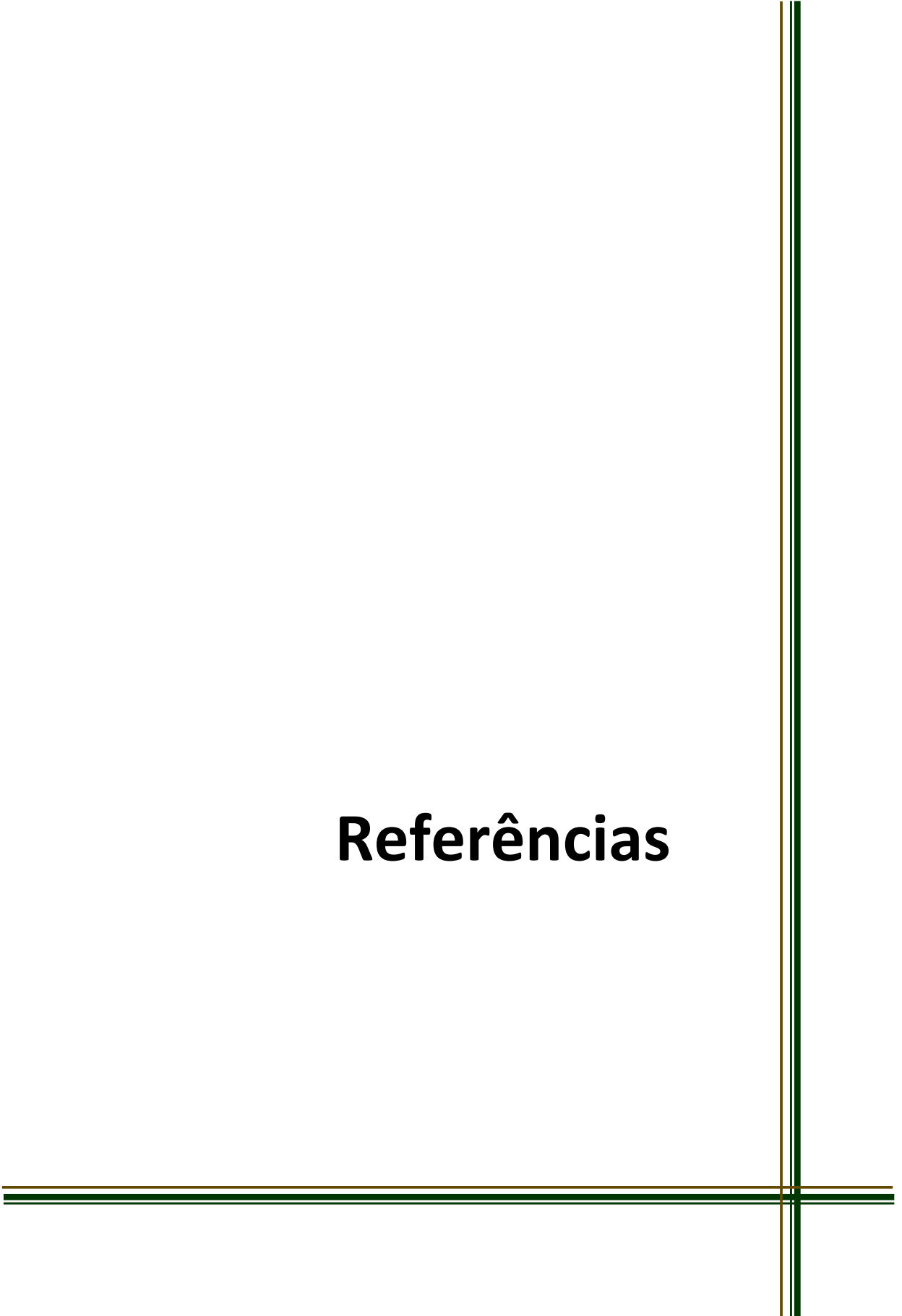
O *delirium* tem um impacto relevante na sobrevivência do paciente idoso hospitalizado, por isso a participação da equipe de diversas áreas da saúde na prevenção e cuidado é de extrema importância. Todos que atuam diretamente na assistência do idoso hospitalizado precisam ter ciência dos fatores que podem desencadear o *delirium*, sejam os predisponentes, sejam os precipitantes.

As formações sobre o tema vão contribuir para que a equipe se sinta segura na identificação precoce do distúrbio, sabendo identificar os papéis reais da família e equipe interdisciplinar na atuação do controle e prevenção do *delirium*, conseguindo assim ter ações voltadas para um manejo adequado.

A equipe de enfermagem atua 24 horas na assistência direta ao paciente e há diversas ações não farmacológicas que podem ser desenvolvidas para a prevenção, como estimular hidratação, nutrição via oral quando possível, mobilização precoce em leito, melhorar a qualidade do sono bem como a comunicação eficaz entre a equipe de saúde e familiares para minimizar o quadro de *delirium* e suas consequências. Por isso se faz tão importante o uso de escalas validadas para a identificação precoce.

Considera-se diante dos resultados expostos a recomendação de os profissionais de saúde terem um acompanhamento de educação permanente com abordagem teórica e prática para identificar as formas de prevenção bem com a aplicação de escalas validadas para detecção precoce do *delirium*.

# Referências



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V**. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

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

BARROS, M. A. A. D. *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, 2015. p. 2738-2748. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2738-2748

BOSMAK, F. de S. *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. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.03.248>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2013.

BUETTEI, A.; CLEARY, M.; BRAMBLE, B. Delirium in a residential care facility: an exploratory study of staff knowledge. **Australasian Journal on Ageing**, Melbourne, v. 36, n. 3, p. 228-233, 2017. <https://doi.org/10.1111/ajag.12452>

DAWALIBI, N. W. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009>

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Introdução**: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa: o planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FABRI, R. M. A. *et al.* Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 59, n. 2A, jun. 2001.

FAUSTINO, T. N. *et al.* Prevenção e monitorização do delírio no idoso: uma intervenção educativa. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 725-732, 2016.

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

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

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

INOUE, S. K.; WESTENDORP, R. G.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. **The Lancet**, London, v. 383, n. 9920, p. 911-922, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 21 jun. 2020.

JANSSEN, T. 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, p. 34, 2019. doi: 10.1186/s12873-019-0248-z

LaHUE, S. C. *et al.* Association between inpatient delirium and hospital readmission in patients  $\geq 65$  years of age: a retrospective cohort study. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 14, n. 4, p. 201-206, 2019. doi: 10.12788/jhm.3130

LÔBO, R. R. *et al.* Delirium. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 3, p. 249-257, 2010. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i3p249-257>

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Envelhecimento da população no Brasil: desafios e consequências sociais atuais e futuros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

MORANDI, A. *et al.* Clinical features associated with delirium motor subtypes in older Inpatients: results of a multicenter study. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, v. 25, n. 10, p. 1064-1071, 2017. doi: 10.1016/j.jagp.2017.05.003

PRADO, L. M.; REIBNITZ, K. S. (org.). **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016.

RIBEIRO, S. C. L. *et al.* Knowledge of nurses about delirium in critical patients: collective subject discourse. **Texto Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 513-520, 2015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001702014>

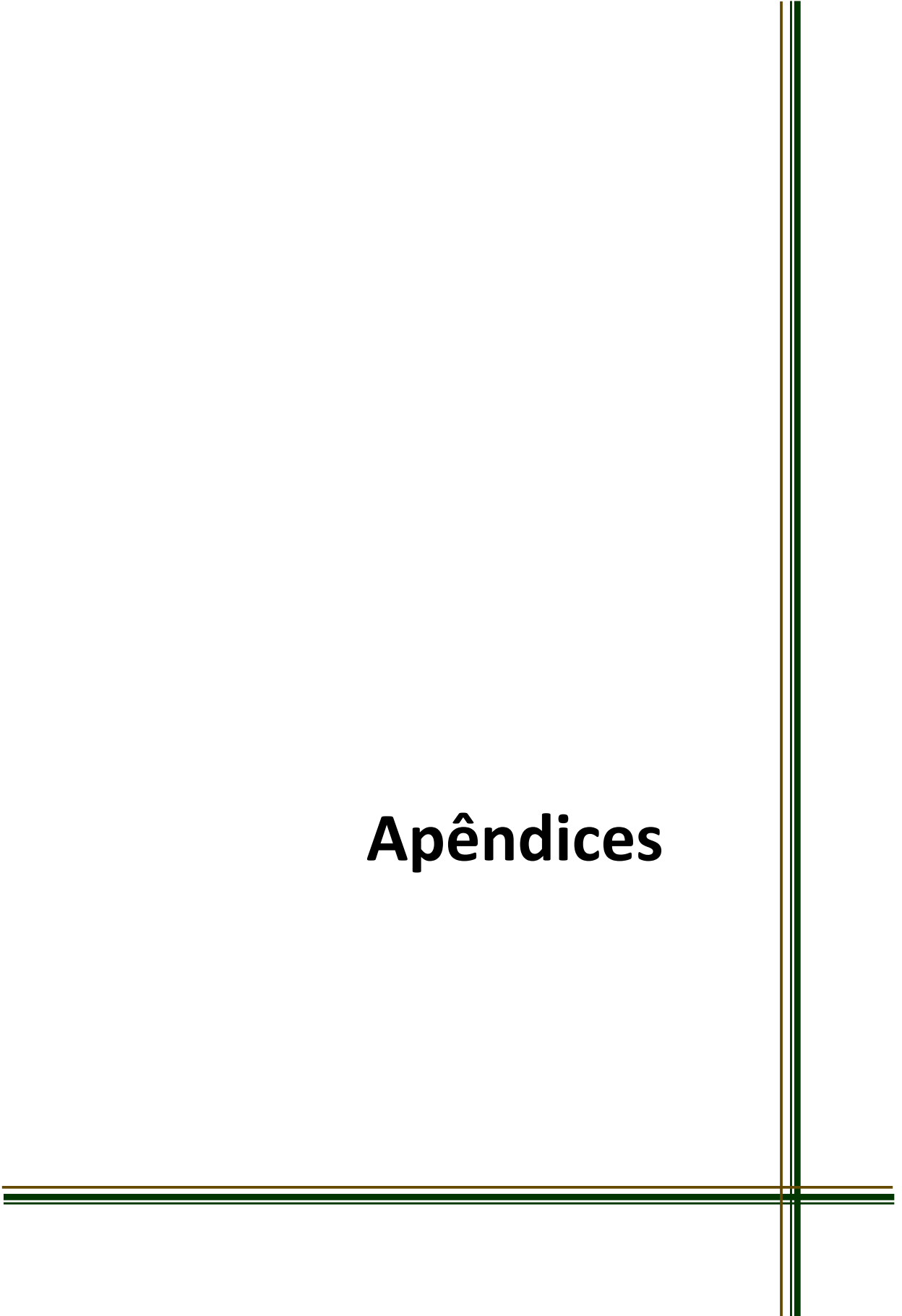
SOUZA, R. A. *et al.* Conhecimento do enfermeiro sobre delirium em Unidades de Terapia Intensiva Adulto. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2662-2676, 2019. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-038>

SOYSAL, P.; KAYA, D.; ISIK, A.T. Current concepts in the diagnosis, pathophysiology, and treatment of delirium: a European perspective. **Current Geriatrics Reports**, v. 4, p. 284-289, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

WANG, Y. Comprehensive geriatric care reduces acute perioperative delirium in elderly patients with hip fractures: a meta-analysis. **Medicine (Baltimore)**, v. 96, n. 26, p. e7361, 2017. doi: 10.1097/MD.0000000000007361.

# Apêndices



## APÊNDICE A - Carta-Convite

Londrina, de 2019.

Prezado (a)

Meu nome é Fabiana Amaral Longhi, aluna do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), turma 2019, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Solange Gomes Dellarozza.

Estamos desenvolvendo o projeto **“CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO *DELIRIUM* NO IDOSO HOSPITALIZADO”**, que tem como objetivo geral: Analisar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade clínica sobre o *delirium* em idoso hospitalizado. O enfermeiro tem papel fundamental na assistência à pessoa idosa, especialmente no que se refere ao idoso hospitalizado com *delirium*. A presente pesquisa faz parte do estudo “Construção coletiva da assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado com *delirium*: a estratégia da pesquisa convergente assistencial”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina, aprovado com o número do CAAE 05507218.7.0000.523.

Visando dar prosseguimento às etapas da pesquisa, gostaria de convidá-lo (a) a participar por meio de entrevista semiestruturada a ser realizada de forma individual em local privativo; as falas serão gravadas e, depois de transcritas, serão apagadas.

A entrevista semiestruturada é uma técnica de pesquisa em abordagem qualitativa; o tempo total estimado para a realização das atividades será de aproximadamente 60 minutos e o local será previamente agendado.

Saliento que sua participação neste processo da pesquisa é fundamental. Desde já agradeço sua atenção e, caso aceite participar da pesquisa, será realizado o agendamento prévio com data e horário e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coloco-me à disposição para maiores e eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

**FABIANA AMARAL LONGHI**

MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM - NÍVEL MISTRADO-UEL

Fone: (43) 991589230

[fabianalonghi@hotmail.com](mailto:fabianalonghi@hotmail.com)

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Conhecimento da equipe de enfermagem frente ao *delirium* no idoso hospitalizado”**, a ser realizada no **“Hospital Universitário Regional Norte do Paraná”**. O objetivo da pesquisa é: Desvelar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade clínica sobre o *delirium* em idoso hospitalizado. Sua participação é muito importante e ela se daria pela caracterização do sujeito da pesquisa, com seis questões. Posteriormente se iniciará a entrevista com perguntas semiestruturadas, em local privativo a escolher junto com o entrevistado, quando então as falas obtidas serão gravadas e, depois de transcritas, serão apagadas.

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 nada 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.

O benefício esperado é contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao idoso hospitalizado com *delirium*.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, poderá nos contatar — **Fabiana Amaral Longhi, Av: José Gabriel de Oliveira, 685, apto 106, Torre Amarilis. Celular: (43) 991.589.230** — 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](mailto:cep268@uel.br).

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

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

**FABIANA AMARAL LONGHI**

RG: 1771179-7 SSPMT

Eu \_\_\_\_\_

(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA 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 de Coleta de Dados Sociodemográficos e Sobre Trabalho da Equipe de Enfermagem

<p>A. Número do questionário: _____</p> <p>Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____</p> <p>Local da coleta: _____</p> <p>Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____</p> <p>Recusa da entrevista      <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    Justificar: _____</p> <p>_____</p>
--

<b>B</b>	<b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>	
<b>B1</b>	Iniciais:	
<b>B2</b>	Sexo                    1. F                    2. M	
<b>B3</b>	Formação:        1. Técnico de enfermagem    2. Enfermeiro	
<b>B4</b>	Data de Nascimento:	
<b>B5</b>	Turno de trabalho: 1. Manhã        2. Tarde        3. Noite	

<b>A</b>	<b>INFORMAÇÕES DO TRABALHO</b>	
<b>A1</b>	Tempo de formação:        1. 1 ano a 5 anos        2. 5 anos a 10 anos        3. 10 anos a 20 anos  4. 20 anos a 30 anos        5. 30 anos acima	
<b>A2</b>	Tempo de trabalho neste hospital:        1. 1 ano a 5 anos        2. 5 anos a 10 anos  3. 10 anos a 20 anos        4. 20 anos a 30 anos        4. 30 anos acima	
<b>A3</b>	Maior titulação acadêmica:    1. Especialização nível superior	

## APÊNDICE D - Entrevista Semiestruturada

### QUESTÕES NORTEADORAS

Pergunta 1 – Fale o que lhe vem à 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?

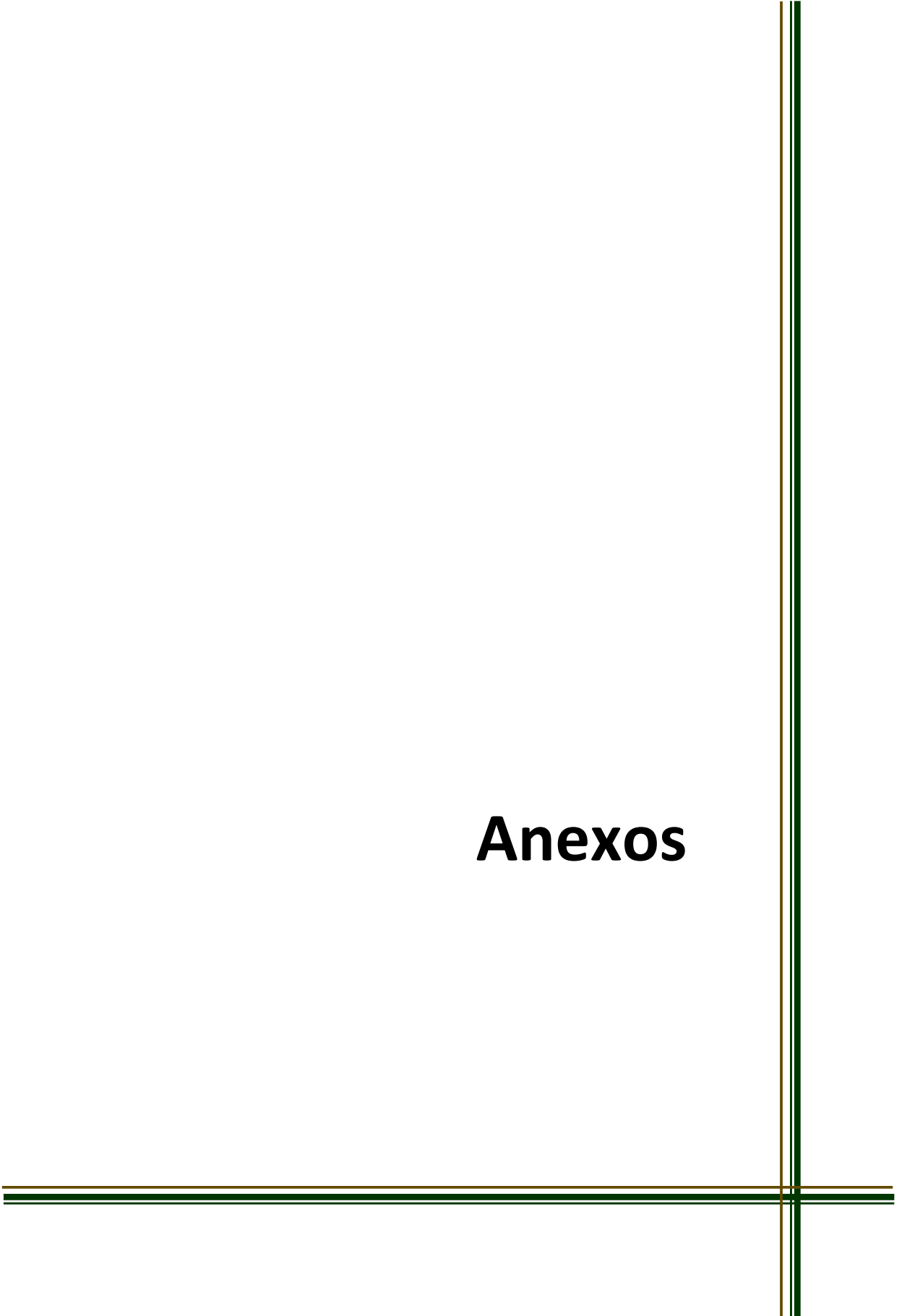
Pergunta 3 – No contexto do seu setor ou unidade, com quem você contaria para ajudá-lo(a) no controle do *delirium*?

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*. Fale sobre o que você sabe estar relacionado com o desenvolvimento do *delirium*.
2. Fale se você já presenciou um quadro de *delirium*; se você recordar, conte-me como foi. Você já presenciou um quadro de *delirium*? Fale sobre como foi.
3. Você consegue me dizer quais medidas podem ser realizadas para minimizar o *delirium* no idoso? Descreva as estratégias que podem ser utilizadas para minimizar.
4. Fale para mim como poderia ser o envolvimento da família e como ela poderia ajudar você? Fale sobre a estratégia de envolver a família do idoso com *delirium* e como isso poderia colaborar na assistência ao paciente?
5. Fale para mim como seriam as possíveis consequências do *delirium* no idoso? Fale sobre as possíveis consequências do *delirium*.
6. Você consegue me dizer sobre o instrumento CAM? Fale sobre o instrumento CAM.
7. Que sugestões você daria para melhorar os cuidados ao idoso com *delirium* ou até minimizar o quadro em sua unidade?

# Anexos



## ANEXO A

**Método de Avaliação da Confusão**  
**(Confusion Assessment Method – CAM)**  
**Adaptada de Inouye et al. traduzida e validada por Fabbri et al.**

**Parte 1. Questionário para abordagem inicial do paciente. Marque a círculo que corresponde ao estado do paciente (caso não exista opção, não marque nada).**

1) Início agudo Há evidência de uma mudança aguda do estado mental de base do paciente? -----	<input type="radio"/>
2) Distúrbio da atenção 2.A) 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 a entrevista ----- - Sim, em algum momento da entrevista, porém de forma leve ----- - Sim, em algum momento da entrevista, de forma marcante ----- - Incerto ----- 2.B) Se anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade? - Sim ----- - Não ----- - Incerto ----- - Não aplicável ----- 2.C) Se anormal, descreva o comportamento:	 <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>
3) Pensamento desorganizado 3.A) O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de idéias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto? - Não, paciente normal durante toda a a entrevista ----- - Sim, em algum momento da entrevista, porém de forma leve ----- - Sim, em algum momento da entrevista, de forma marcante ----- - Incerto ----- 3.B) Se anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade? - Sim ----- - Não ----- - Incerto ----- - Não aplicável ----- 3.C) Se anormal, descreva o comportamento:	 <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>
4) Alteração do nível de consciência 4.A) Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente? - Alerta (normal) ----- - Vigilante (hiperalerta, hipersesível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente) ----- - Letárgico (sonolento, facilmente acordável) ----- - Estupor (dificuldade para despertar) ----- - Coma ----- - Incerto ----- 4.B) Se anormal ou incerto, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade? - Sim ----- - Não ----- - Incerto ----- - Não aplicável ----- 4.C) Se anormal ou incerto, descreva o comportamento:	 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>
5) Desorientação 5.A) O paciente ficou desorientado durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia? -----	<input type="checkbox"/>

6) Distúrbio (prejuízo) da memória O paciente apresentou problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital, ou dificuldade para se lembrar de instruções? -----	△
7) Distúrbios de percepção O paciente apresentou sinais de distúrbios de percepção, como por exemplo alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava)? -----	△
8) Agitação psicomotora Parte 1 - Durante a entrevista, o paciente apresentou aumento anormal da atividade motora, tais como agitação, beliscar de cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e frequente de posição? ---- Retardo psicomotor Parte 2 - Durante a entrevista, o paciente apresentou diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo, ou lentidão exagerada de movimentos? -----	△  △
9) Alteração do ciclo sono-vigília O paciente apresentou sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna?-----	△

## Parte 2. Algoritmo diagnóstico para o delírium.

**Para o diagnóstico de delírium, é necessária a presença dos critérios A e B mais a presença do critério C ou do critério D, formando A+B+C ou A+B+D.**

<b>Critério A.</b> <u>Início agudo e curso flutuante:</u> MARQUEI O CÍRCULO NA PERGUNTA 1 OU ALGUM QUADRADO NAS PERGUNTAS 2, 3 OU 4?	Sim( ) Não( )
<b>Critério B.</b> <u>Falta de atenção:</u> MARQUEI ALGUM CÍRCULO NA PERGUNTA 2?	Sim( ) Não( )
<b>Critério C.</b> <u>Pensamento desorganizado:</u> MARQUEI ALGUM CÍRCULO NA PERGUNTA 3?	Sim( ) Não( )
<b>Critério D.</b> <u>Alteração do nível de consciência:</u> MARQUEI ALGUM CÍRCULO NA PERGUNTA 4?	Sim( ) Não( )

## ANEXO B

	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE          LONDRINA - UEL</b>									
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>											
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>											
<b>Título da Pesquisa:</b> CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO COM DELÍRIO: A ESTRATÉGIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL											
<b>Pesquisador:</b> Suelen Giroti											
<b>Área Temática:</b>											
<b>Versão:</b> 1											
<b>CAAE:</b> 05507218.7.0000.5231											
<b>Instituição Proponente:</b> CCS - Departamento de Enfermagem											
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio											
<b>DADOS DO PARECER</b>											
<b>Número do Parecer:</b> 3.141.954											
<b>Apresentação do Projeto:</b>											
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.											
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>											
<b>Objetivo Primário:</b>											
Construir com a equipe de enfermagem um plano de assistência para o idoso hospitalizado com delírio											
<b>Objetivo Secundário:</b>											
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											
<table border="0"> <tr> <td data-bbox="323 1839 571 1861"><b>Endereço:</b> LABESC - Sala 14</td> <td data-bbox="743 1861 890 1883"><b>CEP:</b> 86.057-970</td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 1861 571 1883"><b>Bairro:</b> Campus Universitário</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 1883 389 1906"><b>UF:</b> PR</td> <td data-bbox="488 1883 683 1906"><b>Município:</b> LONDRINA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 1906 533 1928"><b>Telefone:</b> (43)3371-5485</td> <td data-bbox="847 1906 1043 1928"><b>E-mail:</b> cep200@uel.br</td> </tr> </table>				<b>Endereço:</b> LABESC - Sala 14	<b>CEP:</b> 86.057-970	<b>Bairro:</b> Campus Universitário		<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> LONDRINA	<b>Telefone:</b> (43)3371-5485	<b>E-mail:</b> cep200@uel.br
<b>Endereço:</b> LABESC - Sala 14	<b>CEP:</b> 86.057-970										
<b>Bairro:</b> Campus Universitário											
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> LONDRINA										
<b>Telefone:</b> (43)3371-5485	<b>E-mail:</b> cep200@uel.br										
Página 01 de 01											



Centro de Ética em  
Pesquisas envolvendo  
Ser Humano

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.141.954

**Implementação do plano de assistência ao Idoso hospitalizado com delírio.**

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não há riscos para os Idosos e profissionais de saúde, pois envolve capacitações teóricas para os profissionais e intervenções não farmacológicas aos Idosos hospitalizados.

**Benefícios:**

Desenvolver um plano de cuidados para os Idosos com delírio a fim de diminuir os casos de delírios no Idoso hospitalizado, diminuindo tempo de Internação e gravidade por esta patologia

**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

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep208@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.141.954

Apresenta TCLE em forma de convite para os Idosos também adequado.

Apresenta financiamento próprio e orçamento detalhado.

Não apresenta cronograma detalhado.

Apresenta autorização da instituição co-participante.

Apresenta Instrumentos de coleta de dados

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apresentar cronograma detalhado no item específico do sistema Plataforma Brasil.

Readequar a possibilidade de riscos para os Idosos em relação a possíveis desconfortos e aos profissionais em relação constrangimento.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1246817.pdf	16/12/2018 20:38:57		Acelto
Parecer Anterior	parecer.pdf	16/12/2018 20:18:12	Suellen Giroti	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	teleprofissional.doc	16/12/2018 20:17:51	Suellen Giroti	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tele_idoso.doc	16/12/2018 20:17:20	Suellen Giroti	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/11/2018 13:50:06	Suellen Giroti	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	29/10/2018 08:21:10	Suellen Giroti	Acelto

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-070

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep098@uel.br



Conselho de Ética do  
Poder Judiciário do  
Brasil

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.141.954

LONDRINA, 11 de Fevereiro de 2019

---

Assinado por:  
Crista M. Carneira  
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-070

E-mail: [cep208@uel.br](mailto:cep208@uel.br)