



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TÁSSIA NERY FAUSTINO**

**PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO:  
REALIZAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM A ENFERMAGEM**

**SALVADOR**  
**2015**

**TÁSSIA NERY FAUSTINO**

**PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO:  
REALIZAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O cuidar em Enfermagem no processo de desenvolvimento humano”.

**Orientadora:** Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira.

SALVADOR  
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Departamento de Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde  
Sistema de Bibliotecas da UFBA

---

F268 Faustino, Tássia Nery.

Prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico: realização de uma intervenção educativa com a enfermagem / Tássia Nery Faustino. - Salvador, 2015. 180 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Delirium. 2. Idoso. 3. Unidades de Terapia Intensiva. 4. Equipe de enfermagem. 5. Intervenção educativa. 6. Educação permanente em saúde. 7. Pesquisa-ação. I. Pedreira, Larissa Chaves. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

---

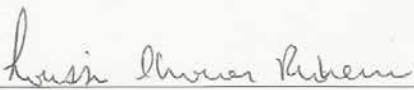
**TÁSSIA NERY FAUSTINO**

**PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO:  
REALIZAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM A ENFERMAGEM**

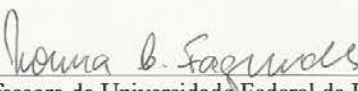
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa “O cuidar em Enfermagem no processo de desenvolvimento humano”.

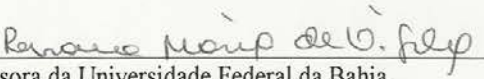
**Aprovada em 15 de dezembro de 2014.**

**BANCA EXAMINADORA**

**Larissa Chaves Pedreira**   
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

**Débora Feijó Villas Bôas Vieira**   
Doutora em Epidemiologia e professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Norma Carapiá Fagundes**   
Doutora em Educação e professora da Universidade Federal da Bahia

**Rosana Maria de Oliveira Silva**   
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIAS

À minha amada avó Joanita pelo exemplo de força, fé e caridade.

À equipe de enfermagem participante dessa pesquisa que aceitou, com coragem, empenho e comprometimento, o desafio de refletir e modificar a sua prática na busca de melhores resultados para os idosos assistidos.

## AGRADECIMENTOS

À força maior que me guia, me protege e me fortalece. Senhor, obrigada por iluminar a minha vida, fazendo das tempestades passageiras, me dando conforto nas horas difíceis e por sempre colocar espíritos de luz em meu caminho.

A Mateus, meu filho amado, coautor dessa obra, o qual carrego em meu ventre, por ter se comportado exemplarmente durante esse percurso e por já tornar a minha vida ainda mais colorida.

A Mário, por todo o amor, paciência e apoio desprendidos para concretização dos meus sonhos.

À minha mãe Betânia, aos meus irmãos Rodrigo, Henrique e Thiallan e ao meu sobrinho Guilherme, por todo o amor, carinho e confiança depositados. Por acreditarem e me apoiarem em cada passo programado.

À minha querida orientadora professora Larissa, por ter aceitado esse desafio, pelo respeito, dedicação, compreensão e por todo o aprendizado proporcionado.

À professora Norma, por todo apoio e incentivo para realização dessa pesquisa e pelas valiosas contribuições desde a concepção do projeto até a finalização desse manuscrito.

Às professoras Débora e Rosana, exemplos de enfermeiras intensivistas, pela disponibilidade em participar dessa banca e pelas valorosas contribuições.

À coordenadora de enfermagem Carolina Calixtos, por ter acreditado nessa pesquisa e disponibilizado carga horária em escala para que a equipe de enfermagem participasse das oficinas. O seu apoio foi essencial para a concretização desse estudo.

À Yasmin, minha fiel aluna e agora companheira de profissão, pela grandiosa ajuda na organização e condução das oficinas e na transcrição das falas.

À Elisa e Gabriele, por terem contribuído com a busca de artigos para construção da revisão de literatura dessa dissertação.

Às amigas enfermeiras, incentivadoras e parceiras leais, obrigada pelo acolhimento, pelas palavras de conforto e pelo carinho de sempre: Rosana, Lígia, Silvana, Suiane, Terezinha, Erenice, Márcia, Robertinha, Maria Luíza e ao querido Thadeu.

Às colegas de mestrado, em especial Sara, Mavy, Monique, Anna Gabriela, Carol, Marta e Leidiane, por todo o prazeroso convívio, pelos sorrisos e desabafos.

Aos meus alunos e alunas, pelos ensinamentos diários e pelo estímulo para o alcance de passos cada vez mais largos em minha trajetória profissional.

A todos e todas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse grande sonho, muito obrigada!

O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade se não for ajudado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade para a transformar [...] A realidade não pode ser modificada senão quando o homem descobre que é modificável e que ele o pode fazer. (FREIRE, 1977, p.48).

## RESUMO

FAUSTINO, Tássia Nery. **Prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico:** realização de uma intervenção educativa com a enfermagem. 2015. 180 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2015.

**Objetivo:** realizar uma intervenção educativa junto à equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva visando a ampliação do conhecimento e a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos. **Método:** pesquisa-ação com onze enfermeiras e uma técnica em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva de Salvador. A intervenção educativa consistiu na realização de oficinas pedagógicas em que a equipe de enfermagem, a partir da exposição das atuais evidências científicas sobre a temática *delirium* e da reflexão crítica sobre o cotidiano do seu trabalho, identificou problemas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no cenário investigado, planejou ações para a sua resolução, executando-as, e por fim avaliou as mudanças obtidas nessas práticas. Os dados foram coletados em cinco oficinas e analisados a partir de uma construção teórica sobre *delirium* e das premissas da educação permanente em saúde: a problematização das práticas e a aprendizagem significativa. **Resultados:** dez problemas foram identificados: déficit de sensibilização da equipe em relação ao cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com o quadro; dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes; material inadequado para realização da contenção física; ausência de rotinas para permissão de uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária; orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais; comunicação insuficiente entre profissionais e familiares; luminosidade excessiva durante o período noturno; interrupção do sono dos pacientes no período noturno; ruídos excessivos na unidade; e a não utilização de escalas para a detecção do *delirium*. Foram planejadas ações de caráter educativo, prático, técnico e gerencial e envolvendo a articulação intersetorial, para o equacionamento desses problemas. Algumas das ações pactuadas não foram implementadas, dentre estas a determinação de rotinas e a elaboração de cartazes/cartilhas. Associadamente, mesmo após a execução de algumas das medidas programadas, determinados problemas não foram solucionados, sendo minimizados, visto que essas ações são de alcance a médio/longo prazos, envolvendo processos licitatórios para compra de materiais e mudanças estruturais na unidade. Apesar da não resolução da maior parte desses problemas, o grupo relatou mudanças significativas em suas práticas, com a implementação de medidas não farmacológicas para prevenção e gestão do quadro, valorização do importante papel da família no processo de reorientação do idoso, avaliação criteriosa da indicação e manutenção da contenção mecânica e vigilância de atitudes que possam aumentar o risco de desenvolvimento da disfunção. Em relação às práticas de monitorização, o coletivo já reconhece a existência dos diferentes subtipos do *delirium*, contudo escalas validadas para detecção do quadro ainda não estão sendo utilizadas por quase a totalidade das enfermeiras. **Conclusão:** a intervenção educativa realizada contribuiu para a ampliação do conhecimento das participantes e para a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos na UTI pesquisada, assim como favoreceu o desenvolvimento da consciência crítica acerca da problemática levantada, possibilitando a revisão permanente do cuidado ofertado. Contudo, ressalta-se a necessidade da aplicação periódica de escalas validadas para detecção do *delirium* pelo coletivo considerado.

**Palavras-chave:** *Delirium*. Idoso. Unidade de Terapia Intensiva. Equipe de enfermagem. Intervenção educativa. Educação Permanente em Saúde. Pesquisa-ação.



## ABSTRACT

FAUSTINO, Tássia Nery. **Prevention and monitoring of *delirium* in the critically ill elderly patient:** performance of an educational intervention with the nursing staff. 2015. 180 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2015.

**Objective:** perform an educational intervention with the nursing team of an intensive care unit with the purpose of increasing knowledge and introducing improvements in the practice of prevention and monitoring of *delirium* in elderly patients. **Method:** Action research with eleven nurses and one nursing technician in an intensive care unit of Salvador. The educational intervention consisted of the execution of pedagogical workshops where the nursing teams, as of the exposal of the present scientific evidences on the subject of *delirium* and critical reflection regarding the daily routine of their work, identified issues in the practices of prevention and monitoring of *delirium* in the investigated scenario, planned actions for the resolution, executing these and, ultimately, evaluated the changes obtained in these practices. The information was collected in five workshops and analyzed using theoretical construction on *delirium* and premises from permanent education on health: to regard the practice as a problem requiring a solution and significant learning. **Results:** ten problems were identified: deficit in the raising of awareness of the team in relation to the care of elderly under risk of *delirium* or in process of such condition; difficulty in visualization of clocks by some patients; inadequate material for physical restraint; lack of routines for permitting the use of hearing aids, glasses and dentures; deficient guidance to patients by the professionals; insufficient communication among professionals and family members; excessive luminosity during the night period; sleep interruption of patients during the night; excessive noise in the unit; lack of use of scales to detect *delirium*. Actions were planned of educational, practical, technical and management natures, involving the intersectorial articulations for solving these issues. Some of the agreed on answers were not implemented, among which the determination of routines and the preparation of posters/guide sheets. At the same time, even after the execution of some of the programmed measures, certain issues were not resolved, only minimized, once these actions have medium/long range scopes, involving bidding processes for the purchase of materials and structural changes in the unit. Despite not resolving most of these problems, the group reported significant changes in their practices, with the implementation of non-pharmacological measures for the prevention and management of the state of health, valuing the important role of the family in the process for reorientation of the elderly, discerning assessment of the indication and maintenance of mechanical containment and vigilance of attitudes that could increase the risk of development of the dysfunction. In relation to the monitoring practices, the collective has already recognized the existence of the different sub-types of *delirium*; nevertheless validated scales for detection of the condition are not yet being used by almost the totality of the nurses. **Conclusion:** the educational intervention performed contributed towards the increase of knowledge of the participants and for the introduction of improvements in the prevention and monitoring practices of *delirium* in elderly patients at the researched ICUs, as well as favoring the development of critical awareness regarding the issues raised, permitting the permanent review of the healthcare offered. Nevertheless it is important to emphasize the necessity of periodically applying the validated scales for detecting *delirium* by the collective under consideration.

**Key words:** *Delirium*. Elderly. Intensive Care Unit. Nursing team. Educational intervention. Permanent health education. Action research.

## RESUMEN

FAUSTINO, Tássia Nery. **Prevención y monitoreo del *delirium* en el anciano crítico:** realización de una intervención educativa con la enfermería. 2015. 180 f. Disertación (Mestrado en Enfermería) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2015.

**Objetivo:** realizar una intervención educativa junto al equipo de enfermería de una unidad de terapia intensiva visando la ampliación del conocimiento y la introducción de mejoras en las prácticas de prevención y monitoreo del *delirium* en los pacientes ancianos. **Método:** Pesquisa-acción con once enfermeras y una técnica en enfermería de una unidad de terapia intensiva de Salvador. La intervención educativa consistió de la realización de oficinas pedagógicas en que el equipo de enfermería, a partir de la exposición de las actuales evidencias científicas sobre la temática *delirium* y de la reflexión crítica sobre el cotidiano de su trabajo, identificó problemas en las prácticas de prevención y monitoreo del *delirium* en el escenario investigado, planeo acciones para su resolución, ejecutándolas y, por fin, evaluó los cambios obtenidos en esas prácticas. Los datos fueron colectados en cinco oficinas y analizados a partir de una construcción teórica sobre *delirium* y de las premisas de la educación permanente en salud: la problematización de las prácticas y el aprendizaje significativo. **Resultados:** diez problemas fueron identificados: déficit de sensibilización del equipo en relación al cuidado al anciano en riesgo para *delirium* o que curse con el cuadro; dificultad de visualización de los relojes por algunos pacientes; material inadecuado para realización de la contención física; ausencia de rutinas para permiso del uso de aparato auditivo, óculos y prótesis dentario; orientación deficiente de los pacientes por parte de los profesionales; comunicación insuficiente entre profesionales y familiares; luminosidad excesiva durante el período nocturno; interrupción del sueño de los pacientes no período nocturno; ruidos excesivos en la unidad; y la no utilización de escalas para la detección del *delirium*. Fueron planeadas acciones de carácter educativo, práctico, técnico y gerencial, involucrando la articulación intersectorial para la resolución de estos problemas. Algunas de las acciones pactadas no fueron implementadas, entre las cuales la determinación de rutinas y la elaboración de carteles/cartillas. Asociadamente, mismo después de la ejecución de algunas de las medidas programadas, determinados problemas no fueron solucionados, siendo minimizados, visto que esas acciones son de alcance a mediano/largo plazos, involucrando procesos licitatorios para compra de materiales y cambios estructurales en la unidad. Aparte de la no resolución de la mayor parte de estos problemas, el grupo relató cambios significativos en sus prácticas con la implementación de medidas no farmacológicas para prevención y gestión del cuadro, valorización del importante rol de la familia en el proceso de reorientación del anciano, evaluación detenida de la indicación y mantención de la contención mecánica y vigilancia de actitudes que puedan aumentar el riesgo de desarrollo de la disfunción. En relación a las prácticas de monitoreo, el colectivo ya reconoce la existencia de los diferentes subtipos del *delirium*, sin embargo escalas validadas para detección del cuadro aún no está siendo utilizadas por casi la totalidad de las enfermeras. **Conclusión:** la intervención educativa realizada contribuyó para la ampliación del conocimiento de las participantes y para la introducción de mejoras en las practicas e prevención y monitoreo del *delirium* en los pacientes ancianos en la UTI pesquisada, así como favorecen el desarrollo de la conciencia crítica acerca de la problemática levantada, posibilitando la revisión permanente del cuidado ofertado. No obstante, se resalta la necesidad de la aplicación periódica de escalas validadas para la detección del *delirium* por el colectivo considerado.

**Palabras-clave:** *Delirium*. Anciano. Unidad de Terapia Intensiva. Equipo de enfermería. Intervención educativa. Educación Permanente en Salud. Pesquisa-acción.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDEF	Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
ICDSC	<i>Intensive Care Delirium Screening Checklist</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pesquisa-ação
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC	Transtorno neurocognitivo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Cuidado da enfermagem ao idoso no ambiente da terapia intensiva</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2 Delirium na unidade de terapia intensiva</b> .....	<b>28</b>
<b>2.2.1 Histórico, definição e manifestações clínicas</b> .....	<b>28</b>
<b>2.2.2 Fisiopatologia</b> .....	<b>30</b>
<b>2.2.3 Fatores de risco</b> .....	<b>31</b>
<b>2.2.4 Magnitude e impacto</b> .....	<b>34</b>
<b>2.2.5 Medidas preventivas e para redução da duração do quadro</b> .....	<b>36</b>
<b>2.2.6 Detecção</b> .....	<b>39</b>
<b>2.2.7 Tratamento farmacológico</b> .....	<b>42</b>
<b>2.3 Educação permanente como estratégia para transformação das práticas no cotidiano do trabalho em saúde</b> .....	<b>42</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>50</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>50</b>
<b>3.2 Locus do estudo e participantes</b> .....	<b>52</b>
<b>3.3 Coleta dos dados</b> .....	<b>56</b>
<b>3.3.1 Primeira oficina pedagógica</b> .....	<b>58</b>
<b>3.3.2 Segunda oficina pedagógica</b> .....	<b>60</b>
<b>3.3.3 Terceira oficina pedagógica</b> .....	<b>62</b>
<b>3.3.4 Quarta oficina pedagógica</b> .....	<b>63</b>
<b>3.3.5 Quinta oficina pedagógica</b> .....	<b>64</b>
<b>3.4 Etapas da pesquisa-ação</b> .....	<b>65</b>
<b>3.4.1 Diagnóstico</b> .....	<b>65</b>
<b>3.4.2 Planejamento das ações</b> .....	<b>67</b>
<b>3.4.3 Execução das ações</b> .....	<b>68</b>
<b>3.4.4 Avaliação</b> .....	<b>69</b>
<b>3.5 Análise dos dados</b> .....	<b>70</b>
<b>3.6 Aspectos éticos</b> .....	<b>71</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>73</b>
<b>4.1 Artigo 1</b> .....	<b>73</b>
<b>4.2 Artigo 2</b> .....	<b>91</b>

<b>4.3 Artigo 3 .....</b>	<b>110</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>130</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE A – Carta-convite para a equipe de enfermagem da UTI <i>locus</i>.....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro para avaliação imediata da oficina pedagógica.....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro para condução da primeira oficina pedagógica .....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE E – Questionário para caracterização das participantes do estudo .....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE F – Folder da primeira oficina pedagógica.....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICE G – Roteiro do grupo de discussão da primeira oficina pedagógica .....</b>	<b>156</b>
<b>APÊNDICE H – Folder da segunda oficina pedagógica .....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE I – Roteiro para condução da segunda oficina pedagógica .....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICE J – Roteiro para condução da terceira oficina pedagógica .....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICE K – Folder da terceira oficina pedagógica.....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICE L – Roteiro para acompanhamento da execução das ações.....</b>	<b>165</b>
<b>APÊNDICE M – Folder da quarta oficina pedagógica.....</b>	<b>166</b>
<b>APÊNDICE N – Roteiro para condução da quarta oficina pedagógica .....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICE O – Folder da quinta oficina pedagógica.....</b>	<b>170</b>
<b>APÊNDICE P – Roteiro para condução da quinta oficina pedagógica.....</b>	<b>172</b>
<b>APÊNDICE Q – Roteiro para avaliação dos resultados .....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICE R – Roteiro para observação <i>in loco</i> .....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>175</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Definido como uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição, o *delirium*<sup>1</sup> é considerado o distúrbio neurocomportamental mais frequente em idosos hospitalizados, podendo acometer de 56% a 72% daqueles internados na unidade de terapia intensiva (UTI) (PETERSON, 2006; PISANI et al., 2010).

A maior preocupação dos pesquisadores e profissionais de saúde em relação à ocorrência desse distúrbio, resulta da sua comprovada associação com o aumento da morbidade, mortalidade, custos hospitalares, tempo de internamento na UTI e no hospital e comprometimento neurocognitivo pós-alta da unidade crítica. Tais evidências levaram ao seu reconhecimento como um problema de saúde pública, demandando gastos de 4 a 16 milhões de dólares ao ano, apenas nos Estados Unidos (BARR et al., 2013).

Frente à elevada frequência de *delirium* na faixa etária avançada e às negativas implicações para o indivíduo, família e serviços de saúde, o cuidado ofertado pela equipe de enfermagem é essencial para a prevenção e monitorização desse quadro.

A equipe de enfermagem, ao cuidar da pessoa idosa em estado crítico, precisa estar atenta às alterações biológicas e cognitivas peculiares da faixa etária e às decorrentes do processo de hospitalização, visto que ambas são fatores de risco para a ocorrência de *delirium* nessa população, o que requer uma assistência diferenciada.

Consistindo em uma condição multifatorial, o *delirium* é resultante de fatores predisponentes e precipitantes e, dentre estes últimos, encontra-se o próprio ambiente da terapia intensiva (VAN ROMPAEY et al., 2009a). Estima-se que pacientes críticos apresentem em média 10 fatores de risco para o distúrbio (ELY; SIEGEL; INOUE, 2001), por conseguinte, a equipe de enfermagem deve ter ciência dos mesmos para adoção precoce de ações preventivas, o que pode ser atestado por Pitrowsky e colaboradores (2010, p. 277) ao citarem que “o *delirium* é passível de prevenção e, possivelmente, nunca deveria ocorrer”. Além disso, o conhecimento acerca dos prováveis elementos causais permitirá a execução de medidas buscando a redução da duração do quadro.

Em complementação, devido à ausência de evidências científicas fortes sobre as medidas farmacológicas que deverão ser instituídas para o tratamento da disfunção (BARR et al., 2013), a prevenção se torna a melhor opção no momento.

---

<sup>1</sup>No corpo da dissertação, serão utilizados como sinônimos do termo *delirium*: disfunção, distúrbio, estado confusional agudo, quadro e síndrome.

Nesse sentido, o *The National Institute for Health and Clinical Excellence* (O'MAHONY et al., 2011) apresentou, no ano de 2010, recomendações simples, de baixo custo e de fácil aplicabilidade, comprovadamente efetivas na redução da ocorrência do *delirium*, que podem ser executadas no contexto hospitalar, incluindo a UTI, e que estão relacionadas, diretamente, ao cuidado efetuado pela equipe de enfermagem, envolvendo a assistência clínica, o gerenciamento do ambiente e a comunicação, ratificando o importante papel dessas profissionais nesse cenário.

Partindo-se da ideia de que não se pode evitar o que não é reconhecido, outro ponto que necessita ser priorizado no cuidado ao idoso grave é a detecção do *delirium* através da utilização de escalas validadas.

As atuais diretrizes para a prática clínica da gestão da dor, agitação e *delirium* em pacientes adultos na UTI (BARR et al., 2013) recomendam a monitorização rotineira do quadro através das ferramentas *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM - ICU) e *The Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC). Ressalta-se que a versão traduzida dessas escalas para o português já foi comprovada como instrumento confiável para a detecção da síndrome (GUSMAO-FLÔRES et al., 2011), podendo ser aplicada por qualquer profissional de saúde capacitado em poucos minutos.

Pitrowsky e colaboradores (2010) apontam que a utilização desses instrumentos é fundamental, dado que a forma de apresentação frequentemente encontrada é a hipoativa, e uma avaliação clínica usual pode não identificá-la em pacientes tranquilos e sonolentos, confundindo-a com quadro de depressão e apatia, muitas vezes vistos como normais ao envelhecimento, ocasionando o não diagnóstico.

Associado ao exposto, a monitorização do *delirium* na UTI evita a ocorrência de eventos adversos. Estudos comprovaram a associação da síndrome com elevados índices de queda, remoção de dispositivos (tubos e cateteres) e surgimento de lesões, como as autoprovocadas e úlceras por pressão (BOOGAARD et al., 2012a; BROOKS, 2012; GIRARD, PANDHARIPANDE; ELY, 2008; INOUYE et al., 1990; LAKATOS et al., 2009). Conseqüentemente, identificando precocemente que o idoso encontra-se em *delirium*, haverá uma vigilância ainda maior por parte da equipe, e ações para redução da duração do quadro serão implementadas.

Além de acarretar resultados clínicos desfavoráveis e comprometer a segurança do idoso grave, o *delirium* constitui-se em importante fonte de estresse para o paciente, a família e os profissionais de saúde.

Bélanger e Ducharme (2011) revelam que indivíduos que apresentaram a síndrome durante o internamento referiram sensações de desconforto e muitos recorreram ao isolamento social, após o evento. Em relação às famílias, estas ficam assustadas e temerosas quando, ao visitarem o seu parente, verificam que o mesmo encontra-se sedado, agressivo ou com discurso incoerente, sendo corriqueiro ouvir as frases “Ele(a) não estava assim na última vez em que o(a) vi” e “Por que ele(a) está amarrado?”. Já para a equipe de enfermagem, a ocorrência da disfunção exige uma maior vigilância, visto a possibilidade da ocorrência de danos aos pacientes, aumentando consideravelmente a sua carga de trabalho e gerando estresse ocupacional.

Constata-se, então, que a equipe de enfermagem ocupa um papel ímpar no cuidado ao idoso grave, sendo a categoria profissional que permanece por mais tempo próxima ao paciente e que executa grande parcela das ações assistenciais. Encontra-se, portanto, em posição privilegiada para instituir medidas preventivas, identificar precocemente sinais de *delirium*, aplicando as escalas recomendadas para a sua detecção, além de acompanhar a evolução do quadro, efetuando ações para reduzir a sua duração e evitar eventos adversos.

Por conseguinte, a prevenção e a monitorização dessa disfunção devem ser incorporadas como uma das metas no atendimento da enfermagem na UTI. Reiterando esse posicionamento, Salluh e Pandharipande (2012) pontuam que estratégias preventivas e a redução da incidência do distúrbio devem ser introduzidas e utilizadas como indicadores de qualidade no ambiente de cuidados críticos, enquanto Barr e colaboradores (2013) discorrem que a monitorização do *delirium* poderá ser utilizada como parte da rotina de uma assistência de excelência nesse setor.

Contudo, apesar do reconhecimento do *delirium* pela comunidade científica como uma importante causa de complicações a curto, médio e longo prazo no idoso crítico, e do relevante papel da enfermagem nesse cenário, ainda persiste a lacuna entre as evidências científicas disponíveis e a sua implementação na prática clínica.

Em cinco anos de experiência (2007-2012) como enfermeira assistencial intensivista de hospitais privados e filantrópicos e em três anos (2011-2014) como docente de um componente curricular do curso de graduação em Enfermagem que desenvolve as atividades práticas em UTIs do município de Salvador, vivenciei e observei a ocorrência frequente de *delirium*, principalmente na pessoa idosa.

Na maioria das ocasiões o quadro foi identificado pela enfermagem, visto que esta encontra-se em contato mais frequente com o paciente, o que também foi ratificado por



Wacker, Nunes e Forlenza (2005) ao exporem que essa categoria é responsável pela documentação em prontuário de 60 a 90% dos sinais decorrentes do *delirium*.

Ainda sobre a detecção do quadro, esta foi realizada no momento em que o paciente tentava sair do leito ou quando removeu os dispositivos em uso, não sendo efetuada a monitorização rotineira através de instrumentos validados, o que possivelmente impediria a ocorrência das referidas situações. Em complementação, observa-se que a equipe de enfermagem geralmente não reconhece o *delirium* na sua forma hipoativa, sendo o quadro então não identificado, expondo o idoso a um prognóstico desfavorável.

Nas pontuais UTIs soteropolitanas que realizam a monitorização periódica através de escalas apropriadas, essa ação é efetuada exclusivamente por médicos e/ou psicólogos, geralmente uma a duas vezes ao dia. Porém, devido ao curso flutuante do quadro (BARR et al., 2013), o *delirium* pode não ser identificado em um único momento e, sendo a equipe de enfermagem a que permanece por mais tempo à beira do leito do paciente, torna-se fundamental que a mesma esteja capacitada para o reconhecimento de sinais clínicos e detecção da disfunção.

Associado a essas considerações, essas unidades não apresentam protocolos de prevenção do *delirium* e as intervenções acontecem apenas quando a síndrome já está instalada, através de medidas farmacológicas e com restrição física.

Confrontando com a experiência vivida, ao realizar pesquisa eletrônica no mês de novembro de 2013 no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, assim como na Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), utilizando o cruzamento dos descritores “idoso”, “unidades de terapia intensiva”, “enfermagem” e a palavra-chave “*delirium*”, não foram encontradas produções brasileiras sobre a temática. O mesmo resultado foi obtido através do cruzamento dos descritores “unidades de terapia intensiva”, “enfermagem” e a palavra-chave “*delirium*”. Ao realizar busca eletrônica na Revista Brasileira de Terapia Intensiva, único periódico especializado da área no país, utilizando apenas a palavra-chave “*delirium*” foram encontradas apenas duas publicações de autoria de enfermeiras brasileiras, sendo um artigo de revisão e um artigo original. Ao efetuar nova pesquisa eletrônica, em agosto de 2014, no mesmo Portal, Base de Dados e periódico citados, os mesmos resultados foram encontrados.

Verifica-se então que, apesar do aumento exponencial do número de publicações sobre o *delirium* nos últimos anos em todo o mundo (MORANDI et al., 2008), a enfermagem nacional, apesar do seu importantíssimo papel, ao que tudo indica, permanece afastada das discussões, e ainda não tem ciência dos fatores de risco, magnitude e repercussões para a

pessoa idosa em estado crítico, assim como das estratégias preventivas, para detecção e acompanhamento do quadro.

Tal fato pode ser atribuído ao distúrbio não ser geralmente a causa primária da admissão dos pacientes na unidade crítica (PESSOA; NÁCUL, 2006), não recebendo a devida valorização pela equipe de enfermagem intensivista. Associado a isso, por vezes, a presença da disfunção é frequentemente relacionada, erroneamente, a uma alteração característica e esperada da faixa etária idosa, não sendo atribuída a uma condição médico-cirúrgica e ao processo de internamento na UTL.

Nota-se então que é necessário garantir a cientificidade do cuidado da enfermagem através da execução de práticas balizadas nas evidências científicas, garantindo a segurança e a qualidade do atendimento oferecido. Este pensamento é corroborado por Cullum e colaboradores (2010) ao referir que faz-se imprescindível a tomada de decisão pela enfermagem com base em informações validadas através de pesquisas, reduzindo o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial. Nesse contexto, Vargas e Luz (2010, p.23) complementam:

[...] a necessidade da enfermagem de se capacitar cientificamente e se comprometer eticamente com ações sistêmicas de avaliação e prevenção, tentando viabilizar a redução de desfechos indesejados, bem como a de analisar o impacto sobre a qualidade do cuidado.

Face à pertinência deste assunto, acredita-se que para promover a transformação efetiva nas práticas da equipe de enfermagem, para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico, é necessário mais do que uma pontual e isolada capacitação sobre a temática. Para tanto, é imprescindível uma intervenção que utilize estratégias de ensino-aprendizagem que estejam além de “propostas educativas prescritivas, normalizadoras e tecnicistas” (CECCIM; CABALLERO, 2013, p.11). Nesse sentido, enfermeiras e técnicas de enfermagem devem ser estimuladas a repensar o seu fazer, identificando problemas reais e buscando alternativas para melhoria do cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com esse quadro.

Nessa perspectiva, a educação permanente (EP), enquanto ferramenta pedagógica, se mostra como alternativa para o alcance desse objetivo, pois está integrada ao cotidiano das organizações e do trabalho, de modo que o profissional é visto como o protagonista dessas mudanças (DAVINI, 2009). Por conseguinte, é considerada uma estratégia educativa diferenciada, em que o aprender e o ensinar se incorporam à realidade do trabalho, estando para além da atualização de conhecimentos. Na EP, a prática é vista como *locus* de

conhecimento e ao mesmo tempo de problemas, sendo estes detectados pelos profissionais implicados no contexto e a partir de situações reais, o que resulta na determinação de soluções viáveis (SARRETA, 2009).

Sendo assim, considera-se que a realização de uma intervenção educativa com a equipe de enfermagem, fundamentada nos princípios da EP, buscando a problematização das práticas de prevenção e monitorização do *delirium*, a partir do cenário real em que o cuidado é efetuado, com base nas evidências científicas relevantes sobre a temática e nos seus conhecimentos prévios/saberes/experiência profissional, será capaz de promover efetivos avanços no âmbito do processo de trabalho/práticas dessas profissionais.

Frente ao exposto, o desejo de associar a pesquisa à transformação direta de uma realidade, levou-me a escolher como objeto do presente estudo “O cuidado efetuado pela enfermagem para a prevenção e a monitorização do *delirium* no idoso crítico”.

Por reconhecer a necessidade premente de estender a discussão sobre a temática às enfermeiras e técnicas de enfermagem, e por considerá-las importantes sujeitos desencadeadores de mudanças a partir da reflexão sobre as suas ações, propondo e implementando estratégias para a melhoria da sua prática profissional, essa pesquisa apresentou como questão norteadora: A intervenção educativa realizada contribuiu para ampliar o conhecimento da equipe de enfermagem e introduzir melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos idosos críticos na UTI pesquisada?

Almejando respondê-la, traçou-se como objetivo geral: realizar uma intervenção educativa junto à equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva visando a ampliação do conhecimento e a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos. E determinaram-se como objetivos específicos:

- Realizar oficinas pedagógicas com a equipe de enfermagem para:
  - Verificar os conhecimentos e as práticas executadas acerca do cuidado ao idoso para prevenção e monitorização do *delirium*.
  - Identificar os problemas existentes nessas práticas na UTI do estudo.
  - Planejar ações para resolução/minimização dos problemas detectados.
  - Avaliar as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus*, após a implementação das medidas programadas.

A relevância do estudo detém-se na possibilidade de gerar mudança no cuidado ofertado ao idoso crítico, de uma unidade de terapia intensiva pública, através da prestação de uma assistência de enfermagem baseada nas evidências científicas relevantes, reduzindo os desfechos clínicos negativos relacionados ao *delirium* e garantindo melhores resultados para esses indivíduos.

Ressalta-se também que o desenvolvimento de uma ação de educação permanente com as profissionais, através de um processo reflexivo, participativo e colaborativo, favorecerá o reconhecimento de novas alternativas de compreender e atuar sobre a realidade, contribuindo para a aprendizagem e a produção de novos saberes. Associadamente, ao realizar uma pesquisa com a equipe de enfermagem no seu contexto de trabalho e não apenas sobre ela, pretende-se colaborar para a sua sensibilização sobre a importância da análise crítica e reflexão individual/coletiva acerca do cuidado oferecido, assim como para o empoderamento do grupo através da resolução dos problemas identificados no cotidiano do trabalho, compreendido como espaço de aprender e produzir coletiva e significativamente (CECCIM, 2005a), almejando a transformação da realidade vivenciada e o atendimento das reais necessidades dos idosos internados na UTI.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Cuidado da enfermagem ao idoso no ambiente da terapia intensiva

O fenômeno do envelhecimento torna-se cada vez mais evidente na população brasileira. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), o número de idosos no país aumentou de 15,5 milhões para 23,5 milhões de pessoas entre os anos de 2001 e 2011, com elevação paralela de 9% para 12,1% de participação desses indivíduos na estrutura etária da população.

Frente a esse contingente populacional expressivo, alterações quantitativas e qualitativas nos serviços de saúde são necessárias, visto que a pessoa idosa cursa com mudanças frequentes no quadro clínico devido aos maiores índices de morbidade, incapacidades e severidade das patologias acometidas, elevando o número de hospitalizações. Associadamente, apresenta redução das reservas fisiológicas e está suscetível a uma maior probabilidade de agravamento e óbito, representando uma das faixas etárias com maior taxa de admissão na UTI (LOYOLA FILHO et al., 2004; SCHEIN; CESAR, 2010).

Nessa perspectiva, Balas, Casey e Happ (2010) acrescentam como fatores de risco para doença crítica na pessoa idosa: o prejuízo cognitivo, a redução do apoio social, o internamento em instituições de longa permanência, a capacidade funcional pré-hospitalização e o processo de senescência.

Em relação ao perfil dos idosos internados nas UTIs brasileiras, há uma carência de publicações e de estudos nacionais multicêntricos sobre a temática. Pesquisas divulgadas nos últimos 05 anos (GOMES, G.; GOMES, V., 2011; SCHEIN; CESAR, 2010; VIEIRA, 2011) revelam que esse grupo é responsável pela ocupação de aproximadamente 30% a 65% dos leitos dessas unidades, apresentando como principais causas de admissão as afecções respiratórias e cardiovasculares.

No Brasil, as UTIs foram implantadas a partir da década de 70 e são definidas, de acordo com a resolução nº 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2010, p. 2), como: “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”.

Dentre os profissionais que atendem ao idoso internado na UTI, encontra-se a equipe de enfermagem. Segundo o Decreto de número 94.406 de 1987, que regulamenta a lei do exercício profissional da enfermagem no país, cabe ao enfermeiro, profissional de nível

superior, privativamente: “cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas” (BRASIL, 2010, p.2). Ainda de acordo com essa legislação, é de competência do técnico de enfermagem, profissional de nível médio técnico, “assistir ao enfermeiro na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave”, não fazendo referência à categoria de auxiliar de enfermagem no atendimento ao paciente em estado crítico.

No ambiente da terapia intensiva, a enfermeira executa, associadamente, funções gerenciais e assistenciais complexas que exigem conhecimentos técnico-científicos especializados, cuja tomada de decisões e adoção de condutas estão diretamente relacionadas à manutenção da vida e melhor prognóstico do paciente. Nessa perspectiva, Furuya e colaboradores (2011) acrescentam que a enfermeira é considerada a maior provedora de cuidados assistenciais nesse ambiente, sendo responsável pelo acompanhamento contínuo do paciente à beira do leito e desempenha a função de integradora das ações da equipe multiprofissional.

Na UTI, os técnicos em enfermagem também desenvolvem um importante papel, efetuando atividades assistenciais que não são privativas da enfermeira e auxiliando essa profissional no planejamento dos cuidados a serem executados. Higiene oral e corporal, realização de balanço hídrico, registro dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, preparo e administração de soluções, alimentação via oral ou enteral, instalação de monitorização não invasiva, mudança de decúbito, administração de oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio, montagem do leito e preparo e transporte de pacientes para exames e procedimentos são algumas das funções efetuadas por essa categoria, fundamentais para a rápida e segura recuperação do paciente em estado crítico. Apesar da sua relevante função, há uma escassez de publicações sobre o papel profissional do técnico em enfermagem na UTI.

Face ao exposto, observa-se que o cuidado ofertado pela enfermagem à pessoa idosa no ambiente crítico é imprescindível para a identificação precoce de alterações, monitorização da evolução do quadro clínico e implementação da terapêutica necessária, atuando também na prevenção de eventos adversos e promoção/recuperação da capacidade funcional prévia ao internamento, possibilitando um melhor prognóstico e qualidade de vida pós-alta.

Perante a transição demográfica em curso e por ser a UTI um dos setores mais complexos da organização hospitalar pelo nível de dependência dos pacientes, volume de trabalho, especificidade e diversidade de procedimentos e tecnologias, exige uma prática de enfermagem qualificada e especializada, fundamentada nas evidências científicas. Kletemberg

e Padilha (2011) reiteram que o conhecimento científico instrumentaliza a enfermagem para a resolutividade das afecções que acometem os idosos, possibilitando executar a assistência com competência e autonomia.

Além dos saberes relacionados ao atendimento do paciente grave, ao cuidar do idoso na UTI, a enfermagem também precisa estar atenta às especificidades decorrentes do processo de senescência e senilidade. Para tanto, deve compreender o impacto do envelhecimento no declínio das reservas fisiológicas, alterando a capacidade de adaptação do organismo às agressões internas e externas e ocasionando deterioração progressiva nas funções renal, cardiovascular, neurológica, digestiva, pulmonar, tegumentar, musculoesquelética, sensorial e imunológica (TONIOLO NETO; ALMADA FILHO; NASRI, 2006).

Sobre o assunto, Ballas, Casey e Happ (2010) reiteram que essa categoria deverá apresentar capacidade de pensamento crítico, empatia e adequada comunicação. De forma complementar, é necessário compreender possíveis fatores que possam interferir na autonomia e independência desse indivíduo durante a doença crítica, conhecer estratégias para redução de eventos adversos e as implicações do internamento na UTI para a pessoa idosa.

Nesse contexto, observa-se que tanto os cursos de formação técnica em enfermagem, graduação em enfermagem, como os de pós-graduação na área de enfermagem em terapia intensiva e alta complexidade e na área de saúde do idoso, têm apresentado uma carga horária ínfima destinada às temáticas envolvendo a gerontogeriatrics no ambiente crítico, o que influencia diretamente na assistência ofertada a esses pacientes. Por vezes, o idoso é cuidado da mesma forma que um adulto jovem, sem que as demandas particulares da faixa etária sejam consideradas. Verifica-se, inclusive, que em alguns desses cursos, essa temática nem tem sido abordada em seu conteúdo programático.

Considerando que a equipe de enfermagem constitui a maior parcela dos profissionais que atuam nas instituições de saúde, em especial na rede hospitalar, não se pode negligenciar a “(des)formação” que, muitas vezes, esses profissionais apresentam para cuidar da pessoa idosa em estado crítico.

Associadamente, frente às alterações no perfil demográfico e com a crescente tendência de internações hospitalares de idosos, principalmente no ambiente crítico, torna-se imprescindível a ampla inserção e discussão dos conteúdos gerontogeriatrics no processo de formação e desenvolvimento profissional da enfermagem.

Face à importância da temática, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) apresenta como uma de suas diretrizes a formação e educação permanente de profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atuação na área (BRASIL, 2006). Reitera-se,

então, que a capacitação do pessoal de saúde é imprescindível para o atendimento adequado ao idoso.

Assim, torna-se necessário voltar a atenção da academia e das organizações de saúde para a formação e capacitação de recursos humanos, assim como sensibilizar os profissionais acerca da importância da temática, com vistas ao atendimento do fenômeno do envelhecimento (Gerontologia) e processo saúde-doença dos idosos (Geriatría), incluindo a assistência durante a doença crítica.

Ressalta-se ainda, que o conhecimento técnico-científico necessita estar sempre conjugado à valorização da dimensão humanística do idoso durante o cuidado ofertado. Nesse contexto, apresenta-se o conceito de processo de cuidar:

Todas as atividades desenvolvidas pela cuidadora para e com o ser cuidado com base em conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade, acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e a plenitude física, mental, moral, emocional, social e espiritual nas fases do viver e do morrer, constituindo-se, em última análise, em um processo de transformação de ambos, cuidadora e ser cuidado (WALDOW, 2006, p.8).

Verifica-se então que o cuidado da enfermagem, independente da sua área de atuação, se revela através da relação com o outro, sendo caracterizado como um processo interativo e contextual pela autora, e que requer a articulação de elementos que estão além da competência técnico-científica, como respeito, gentileza, compaixão, responsabilidade, disponibilidade, segurança, apoio e conforto. Ao cuidar especificamente do idoso, Lima e Tocantins (2009, p. 368) complementam que:

[...] o idoso tem como necessidade receber uma assistência e um cuidado, por vezes, longe das práticas - científica e tecnologicamente promissoras, numa perspectiva biológica. Aos olhos dos idosos a ação profissional não deve só se preocupar apenas com o tratar a doença ou aliviar sinais e sintomas, embora isso faça parte de sua atenção. Sua relação profissional não deve estar voltada apenas para a questão biológica, mas ser principalmente uma pessoa capaz de acolher, em uma relação de abertura, compreensão e confiança. Deve haver uma valorização interpessoal, tendo por referência a cultura dos idosos e a participação deste nas decisões a serem tomadas.

A partir do exposto, nota-se que o idoso internado no ambiente da terapia intensiva requer cuidados de excelência voltados não apenas para questões de ordem fisiopatológica, mas também para as dimensões psicológica, social, familiar e espiritual que estão



intrinsecamente associadas à doença física, e que, muitas vezes, se apresentam como fatores de risco para o *delirium*.

Contudo, o que se têm observado é a priorização das necessidades físicas do idoso crítico e o enaltecimento do saber instrumental pela enfermagem, o que é atribuído por Silva e Damasceno (2005) ao ambiente peculiar da terapia intensiva, em que a preservação da vida está associada à utilização de aparato tecnológico de ponta e à realização de diferenciados procedimentos terapêuticos e diagnósticos, direcionando a atenção das profissionais às máquinas e aos materiais, ao invés do indivíduo.

Por conseguinte, para a real efetuação do cuidado, a enfermagem precisa compreender a multidimensionalidade do indivíduo que assiste, considerando as necessidades expressas pelos idosos e não apenas as pré-determinadas pelo olhar clínico. Nesse contexto a comunicação e a escuta atenta são imprescindíveis, pois possibilitarão a redução ou eliminação das dúvidas e anseios desse paciente e a identificação das suas expectativas em relação ao cuidado.

A UTI é considerada um cenário potencialmente hostil no qual o paciente idoso encontra-se vulnerável, visto a presença de diversificados fatores estressores nesse ambiente. A ausência de iluminação natural e relógios impossibilitando diferenciar o dia da noite, os ruídos excessivos, o afastamento dos vínculos afetivos devido aos horários de visita restritos, as privações sensoriais decorrentes das rígidas rotinas, as situações emergenciais corriqueiras, a dependência de desconhecidos para atender às suas necessidades e a associação do ambiente com risco iminente de morte tornam a UTI um dos setores mais tensos e agressivos da instituição hospitalar (MARTINS; NASCIMENTO, 2005; WENHAM; PITTARD, 2009).

Nessa perspectiva, a enfermagem precisa reconhecer que a capacidade física e psicológica da pessoa idosa, para lidar com o estresse, está comprometida (FOREMAN; MILISEN; FULMER, 2010) e que as implicações desses fatores são potencializadas nessa população. Sendo assim, essa categoria deverá atuar de forma incisiva na minimização/eliminação dos estímulos estressores que possam gerar ansiedade e desconforto para o idoso assistido, facilitando, adicionalmente, a sua adaptação ou aceitação do internamento na unidade crítica.

O ambiente crítico está diretamente associado à utilização de diversificados aparelhos que assumem temporariamente as funções de determinados órgãos e permitem a administração da terapêutica de forma precisa e segura. Contudo, todos esses aparatos tecnológicos, assim como televisores em alto volume, telefones, impressoras e conversação da equipe multiprofissional, acabam gerando altos níveis de ruído nesse setor.

O excesso de ruídos acarreta consequências negativas significativas para a pessoa idosa, como interferência na qualidade do sono e na comunicação, irritabilidade, fadiga, perda de atenção, cefaleia e estímulo do sistema nervoso simpático, ocasionando elevação da frequência cardíaca e da pressão arterial (FOREMAN; MILISEN; FULMER, 2010; WENHAM; PITTARD, 2009).

No que tange à luminosidade, a luz é reconhecida como o fator mais importante para sincronização do ritmo circadiano humano com o ambiente externo (KAMDAR; NEEDHAM; COLLOP, 2012). Verifica-se que nem todas as UTIs apresentam janelas que permitem a entrada de iluminação natural. Associadamente, em algumas UTIs, a iluminação artificial permanece ligada durante todo o plantão noturno. Tais circunstâncias resultam na não distinção do dia e da noite pela pessoa idosa, o que altera o seu ciclo sono-vigília, acarretando modificações importantes no padrão do sono e contribuindo para a sua desorientação (FOREMAN; MILISEN; FULMER, 2010; WENHAM; PITTARD, 2009).

Para Kamdar, Needham e Collop (2012) e Wenham e Pittard (2009), a privação do sono durante o internamento na UTI encontra-se entre as principais causas de estresse e ansiedade nos pacientes. Como fatores contribuintes para a sua ocorrência, têm-se os ruídos excessivos, a iluminação artificial durante o período noturno e as baixas temperaturas da UTI. Os referidos autores reiteram que a temperatura do ambiente influencia, significativamente, o padrão do sono do paciente. Enquanto baixas temperaturas geralmente prejudicam o sono, altas temperaturas tendem a promovê-lo.

Associadamente, um estudo realizado por Veiga, Viana e Melo (2013) revelou que dentre os fatores estressores referidos por idosos durante a internação na UTI, e que resultam na privação do sono, um dos mais citados foi “ser acordado pela enfermagem”. Verifica-se que alguns procedimentos reprogramáveis como banhos, curativos e administração de medicamentos via oral e subcutânea, assim como exames, muitas vezes são realizados após às 22 horas, geralmente quando os idosos encontram-se dormindo. Sabe-se que a privação do sono ocasiona alteração das funções imunológica, endócrina e metabólica, déficits de memória e atenção, fadiga, sintomas de depressão e *delirium* (FOREMAN; MILISEN; FULMER, 2010; KAMDAR; NEEDHAM; COLLOP, 2012; WENHAM; PITTARD, 2009).

Verifica-se então que a enfermagem poderá implementar medidas de baixo custo e de fácil aplicabilidade para minimizar esses fatores estressores, assim como são necessárias mudanças de comportamento da equipe multiprofissional, de forma a tornar o ambiente mais silencioso e propenso ao adequado ciclo sono-vigília da pessoa idosa.

Outro fator que precisa ser considerado pela equipe de enfermagem no atendimento ao idoso são as rígidas rotinas relacionadas à restrição de visitas e privações sensoriais impostas quando estes são internados na UTI. Acostumados à companhia de familiares e cuidadores, os idosos passam a depender de desconhecidos para qualquer atividade necessária ou desejada, como alimentação, higiene e mobilização no leito, afetando a sua privacidade e intimidade. Associadamente, em algumas unidades, mesmo nos casos em que apresentam déficit auditivo ou visual prévios ao internamento, não é permitido o uso de óculos e aparelho auditivo. A prótese dentária é retirada logo na admissão, independente do quadro clínico, interferindo na comunicação e aceitação da dieta por esse paciente.

Geralmente, nas organizações hospitalares brasileiras, há restrição no número de visitantes e horários para visita na UTI. Sobre o assunto, verifica-se que os idosos habituados com seus familiares/cuidadores solicitam a presença destes constantemente, e têm dificuldade em aceitar os cuidados vindos de pessoas estranhas, principalmente do sexo oposto.

Nessa perspectiva, o Estatuto do Idoso, no capítulo IV artigo 16, assegura o direito de acompanhamento contínuo, cabendo ao profissional da unidade autorizar este e, se não for possível, justificá-lo por escrito (BRASIL, 2003a). De forma complementar, as Diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a, p.15), relacionadas ao atendimento nas unidades hospitalares, reiteram a “garantia de visita aberta, por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante”.

A presença do acompanhante na UTI contribui, consideravelmente, para tornar o ambiente mais familiar e para a orientação frequente da pessoa idosa, acalmando-a e reduzindo a sua ansiedade. Contudo, nem todas as UTIs dispõem de estrutura física adequada, com boxes individualizados e poltronas, para garantia do conforto do familiar/cuidador. Nesses casos, a equipe multiprofissional deverá estender o horário das visitas e permitir aos acompanhantes que desejarem, mesmo sem conforto, a permanência contínua na unidade, orientando-os sobre a importância do seguimento das medidas de controle de infecção hospitalar da instituição, e da necessidade de se retirar do leito, em caso de intercorrências e durante a realização de procedimentos.

Em relação às privações sensoriais, idosos despertos poderão utilizar óculos, aparelhos auditivos e próteses dentárias. Se por alteração do quadro clínico esses dispositivos sejam retirados, deverão ser protocolados e entregues à família.

Culturalmente, a imagem da UTI também está associada a um ambiente em que predominam a gravidade, a dor, a solidão e a perda (WENHAM; PITTARD, 2009). Os

pacientes conscientes visualizam outros indivíduos mais graves, ouvem os comentários da equipe, inclusive durante as situações de urgência/emergência e, nas passagens de plantão, acompanham a movimentação dos inúmeros profissionais, além de serem monitorizados por uma série de equipamentos e fios, dos quais geralmente desconhecem a função.

Para a pessoa idosa, a experiência nessa unidade poderá ser ainda mais assustadora e temerosa. Ao ser admitido na UTI, ela sofre a ruptura da sua rotina, dos seus hábitos e das suas relações, cultivados durante anos, interferindo significativamente na sua identidade, necessitando se ajustar física e emocionalmente a esse novo ambiente.

A falta de privacidade e a perda da identidade são dificuldades frequentes enfrentadas pelo idoso quando internado na UTI. Nesse setor, estes ficam despidos, apenas com a vestimenta própria ou cobertos por lençol, são expostos quando submetidos a alguns procedimentos e, geralmente, usam fraldas, mesmo continentes. No que se refere à perda da identidade, se distanciam de seu ambiente, seus objetos e seu cotidiano, muitas vezes são chamados de “vô”, “vó”, ou identificados pelo número do leito ou por sua patologia. A enfermagem deverá, então, estar atenta para estas questões.

Por vezes, a equipe de enfermagem também acarreta a despersonalização do idoso, direcionando os questionamentos sobre o quadro clínico e queixas exclusivamente aos familiares e/ou cuidadores, como se, necessariamente, qualquer pessoa dessa faixa etária fosse incapaz de responder coerentemente, especialmente tratando-se dos longevos. De forma complementar, procedimentos como banho, alimentação, higiene e curativos são realizados em horários e em sequências diferentes dos habituais e por pessoas estranhas. Nota-se, então, que interfere-se direta e negativamente na autonomia e independência da pessoa idosa durante o internamento na UTI.

Nota-se que essas rotinas, geralmente, não apresentam respaldo científico, sendo definidas por conveniência das instituições e profissionais de saúde, muitas vezes também por acomodação dos mesmos, contribuindo para dificultar a adaptação da pessoa idosa ao ambiente da UTI, aumentando assim o risco para confusão mental.

Nesse cenário, a comunicação efetiva entre a pessoa idosa, seus familiares e a equipe de enfermagem é fundamental para redução ou eliminação das dúvidas e anseios desse paciente, identificando as suas expectativas em relação ao cuidado, proporcionando um ambiente mais confortável e melhorando a qualidade do atendimento oferecido.

Segundo Veiga, Vianna e Melo (2013), o maquinário “estranho” ao redor, sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que aos pacientes, que a enfermeira está muito apressada e não ter explicações sobre o tratamento, foram atribuídos por idosos como

fatores estressores durante o internamento na UTI. Percebe-se então que os elementos mencionados são resultantes de deficiências no processo de comunicação entre a equipe, a pessoa idosa e sua família.

Para minimizá-los, a enfermagem precisa: estabelecer uma adequada comunicação, interagindo com o idoso assistido, dirigindo-se diretamente a este; proporcionar informações sobre a função dos aparelhos, dispositivos em uso, evolução clínica e procedimentos que serão realizados; considerar que o indivíduo pode apresentar dificuldade de comunicação decorrente de afasia e surdez, utilizando estratégias alternativas, assim como fornecendo o aparelho auditivo; avaliar a possibilidade de adaptar as rotinas dos cuidados da enfermagem aos horários desejados pelo paciente; demonstrar carinho e apoio emocional; e sempre mostrar-se atenta e disponível para ouvi-lo.

A comunicação com os familiares/cuidadores também é outro elemento que precisa ser revisto pela equipe de enfermagem na UTI. Para Hardin (2012), a família exerce funções primordiais para a recuperação da pessoa idosa através da sua presença ativa, incentivando e apoiando o paciente, interpretando as necessidades de cuidado desejadas pelo indivíduo, assegurando que estas serão atendidas e fornecendo informações sobre a história do idoso. Contudo, essas contribuições têm sido frequentemente negligenciadas pela enfermagem. Observa-se que, geralmente, a família é vista como um obstáculo para a equipe e, por vezes, a comunicação entre a enfermeira e a família é pontual, não estabelecendo-se vínculo com esta, assim como não incluindo-a no cuidado ao idoso crítico, o que pode gerar estresse para todos.

Face ao exposto, reitera-se a diversidade de fatores estressores aos quais os idosos estão susceptíveis, quando internados no ambiente da terapia intensiva, e a importância da enfermagem no seu reconhecimento e na execução de medidas para sua minimização/eliminação.

Ainda sobre o assunto, Toniolo Neto, Almada Filho e Nasri (2006) enfatizam que o estresse ocasionado pela hospitalização pode ocasionar *delirium* em pessoas idosas, inclusive naquelas que não apresentavam nenhum distúrbio cognitivo anterior. Portanto, é essencial proporcionar ao idoso um ambiente de cuidado o mais confortável possível, de forma a evitar a ocorrência desse importante problema e melhorar a qualidade do atendimento oferecido.

Balas e colaboradores (2007) ainda complementam que a prevenção, o diagnóstico e a gestão do *delirium* são responsabilidades inerentes à enfermeira, e que as decisões efetuadas por estas podem, potencialmente, elevar ou reduzir a probabilidade dos seus pacientes apresentarem o distúrbio, reiterando o seu importante papel nesse contexto. Nessa afirmação, incluem-se também as técnicas em enfermagem frente ao seu relevante processo de trabalho

no ambiente da terapia intensiva e por serem as profissionais que estão mais próximas ao idoso à beira do leito, executando procedimentos como banho, curativos, mudanças de decúbito, entre outros. Essas profissionais têm a oportunidade, nesse momento, de conversar, orientar, estimular e observar a adaptação deste à situação, identificando precocemente sinais de *delirium* e implementando as intervenções apropriadas.

## **2.2 *Delirium* na unidade de terapia intensiva**

### **2.2.1 Histórico, definição e manifestações clínicas**

A palavra *delirium* se originou do latim *delirare* que significa “estar fora do lugar” e encontra-se entre as primeiras alterações mentais relatadas na literatura médica há mais de 2.500 anos. Hipócrates (460-366 a.C.), em seus trabalhos, já fazia referências às manifestações clínicas desse quadro. Como termo médico foi Aulus Cornelius Celsus que o utilizou pela primeira vez, no primeiro século após Cristo, para informar as disfunções mentais presentes durante o traumatismo cranioencefálico e hipertermia. Contudo, o *delirium* só foi inserido na nosografia psiquiátrica na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), da Associação Americana de Psiquiatria, em 1980 (WACKER; NUNES; FORLENZA, 2005).

Durante muito tempo a detecção de sua real incidência e o adequado manejo clínico foram comprometidos devido aos seus mais de 25 sinônimos, dentre eles encefalopatia, psicose tóxica, psicose da UTI e estado confusional agudo. Em 2008, um esforço internacional culminou com a determinação da terminologia *delirium* para uniformizar o uso dos referidos termos, de acordo com a definição estabelecida no DSM-IV versão revisada (MORANDI et al., 2008).

Esse Manual, considerado o padrão ouro no diagnóstico do *delirium* (FARIA; MORENO, 2013), o caracteriza como um distúrbio da consciência e da cognição, associado à desatenção que se desenvolve em um curto período de tempo (horas ou dias) e apresenta curso flutuante (MORANDI et al., 2008). Dentre os quatro critérios diagnósticos para a síndrome presentes nessa versão se encontravam: perturbação da consciência com alteração da atenção; alteração na cognição ou desenvolvimento de perturbação da percepção; essa perturbação era aguda e apresentava flutuações no decorrer do dia; e a perturbação era decorrente de uma condição médica geral.

Com a publicação recente da quinta edição do DSM, em 2014, não houve mudanças significativas nos critérios diagnósticos, apenas alteração na redação dos mesmos, inclusão de um novo critério e a ênfase em algumas informações não presentes na edição anterior:

- A. Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
- B. A perturbação se desenvolve em um período breve de tempo (normalmente de horas a poucos dias), *representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.*
- C. Perturbação *adicional* da cognição (p.ex., déficit de memória, desorientação, linguagem, *capacidade visuoespacial* ou *percepção*).
- D. *As perturbações dos critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.*
- E. Há evidência a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, *intoxicação ou abstinência de substância* (i.e., *devido a uma droga de abuso ou a um medicamento*), *de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 596, grifo nosso).

De acordo com o DSM-V, o *delirium* pertence ao grupo dos transtornos neurocognitivos (TNCs), em que o déficit cognitivo se constitui a alteração clínica primária e característica central. Associadamente, são transtornos adquiridos ao invés de transtornos de desenvolvimento.

Ainda em relação às manifestações clínicas, os pacientes em *delirium* também podem apresentar distúrbios do ciclo sono-vigília, alterações emocionais, perda da memória (principalmente a recente), ilusões, interpretações errôneas e incapacidade de colaborar. A flutuação do quadro ocorre ao longo do dia, geralmente com exarcebação dos sinais no final da tarde e no período noturno, quando ocorre redução dos estímulos de orientação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Por apresentar uma variedade de sinais clínicos, essa disfunção é classificada de acordo com o nível de atividade psicomotora entre os tipos hipoativo, hiperativo ou misto. O *delirium* hipoativo caracteriza-se por redução do grau de resposta aos estímulos, podendo apresentar letargia e lentidão que se aproximam do estupor; o hiperativo manifesta-se por nível exarcebado de atividade psicomotora, associado ou não à instabilidade emocional, agitação, inquietação, recusando-se a cooperar com os cuidados; no misto há alternância entre os quadros ao longo de um ou de vários dias ou o paciente apresenta atividade psicomotora

normal com alteração da atenção e da percepção (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; MORANDI et al., 2008).

Na prática assistencial observa-se que quando se fala de *delirium* a equipe multiprofissional logo o relaciona ao espectro hiperativo devido à facilidade de reconhecimento, enquanto que o hipoativo por vezes é confundido com quadros de depressão e hipoatividade. Por conseguinte, verifica-se a importância da equipe multiprofissional de se instrumentalizar em relação à variedade de manifestações clínicas e à estratificação do quadro. Adicionalmente, sendo a enfermagem a categoria que permanece o maior período de tempo em contato com o idoso, essa necessidade se faz premente para a identificação precoce das alterações clínicas e para que seja realizada uma adequada monitorização desse paciente.

Em relação à evolução do quadro, o *delirium* pode ser classificado em: *delirium* agudo, desenvolve-se em poucas horas ou dias; persistente, mantém-se de semanas a meses; incidente, surge durante a internação hospitalar; e prevalente, quando identificado no momento da admissão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FARIA; MORENO, 2013; MORANDI et al., 2008). O conhecimento acerca dessas terminologias também é essencial para traçar o perfil dos pacientes que apresentaram a síndrome, servindo de subsídio adicional para elaboração de programas de prevenção e controle do quadro pelas organizações de saúde.

### 2.2.2 Fisiopatologia

Apesar de ser uma entidade nosológica bastante antiga, a fisiopatologia do *delirium* ainda permanece mal compreendida. Atribui-se o seu desenvolvimento ao desequilíbrio na produção, liberação e inativação de neurotransmissores responsáveis pelo comportamento, humor e função cognitiva, detendo maior importância a dopamina e a acetilcolina (GIRARD; PANDHARIPANDE; ELY, 2008).

A dopamina apresenta função relevante na cognição, emoção e atividade motora e o seu excesso poderá ocasionar euforia, movimentos repetitivos e desinibição e a sua deficiência acarreta déficit cognitivo, humor deprimido e ansiedade (FLÔRES; BOUZA, 2013). Para esses autores, os neurônios dopaminérgicos apresentam alta sensibilidade à isquemia ou estresse oxidativo justificando a ocorrência de *delirium* após esses eventos, assim como o excesso desse neurotransmissor poderá ser a causa de alterações cognitivas a longo prazo associadas ao *delirium*.



A acetilcolina é um neurotransmissor com importante papel na modulação da memória, aprendizado, funções cognitivas, atenção e percepção. Verifica-se também que a deficiência de liberação de acetilcolina é maior na faixa etária idosa, o que pode justificar a elevada ocorrência de *delirium* nesse perfil de paciente. Contudo, estudos comprovaram que o uso de drogas que aumentam os níveis desse neurotransmissor não acarretaram benefícios na prevenção e tratamento do *delirium*. Sendo assim, as evidências recomendam evitar o uso de fármacos com ação anticolinérgica em pacientes com o quadro ou em risco elevado em desenvolvê-lo (FLÔRES; ZENAIDE; ZANTIEFF, 2013).

De forma complementar, a ativação dos receptores da dopamina bloqueia a produção de acetilcolina, revelando uma forte associação entre essas duas vias. Face ao exposto, nota-se que tanto com o uso de drogas anticolinérgicas, com de agonistas dopaminérgicos podem acarretar *delirium*. Outros neurotransmissores, tais como o ácido gama-aminobutírico (GABA), serotonina, noradrenalina e glutamato podem apresentar influência no surgimento desse TNC através de interações com as vias colinérgicas e dopaminérgicas (FLÔRES; ZENAIDE; ZANTIEFF, 2013; GIRARD; PANDHARIPANDE; ELY, 2008).

### 2.2.3 Fatores de risco

Como condição multifatorial, o *delirium* resulta de fatores predisponentes, fatores precipitantes e da inter-relação entre os mesmos. Entre os primeiros se encontram elementos relacionados ao próprio indivíduo e às suas comorbidades, enquanto os precipitantes se referem à doença aguda e ao ambiente de cuidado (VAN ROMPAEY et al., 2009a). Enquanto os fatores predisponentes, geralmente, são pouco ou não modificáveis, os fatores precipitantes são passíveis de modificação. Nota-se então que o conhecimento acerca dos fatores de risco se constitui como primeiro passo para elaboração de medidas preventivas e de controle do quadro pela equipe multiprofissional.

Van Rompaey e colaboradores (2009a) informam que mais de sessenta fatores relacionados à ocorrência de *delirium* têm sido investigados nos pacientes internados no ambiente hospitalar. Sendo que um indivíduo que apresente três ou mais desses fatores apresenta um risco 60% maior de desenvolver *delirium*. Quando trata-se especificamente de pacientes críticos, Ely, Siegel e Inouye (2001) afirmam que estes apresentam dez ou mais destes fatores.

Em relação às condições associadas à ocorrência de *delirium*, o DSM-V aponta: intoxicação por substâncias (álcool, alucinógenos, opióides, sedativos, hipnóticos,

ansiolíticos, estimulantes); abstinência de substâncias; induzido por medicamento (nesse caso se apresenta como efeito colateral, visto que o uso apresenta indicação médica); decorrente de outra condição médica; ou devido a múltiplas etiologias (associação dos espectros anteriores) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Entre as condições médicas citadas encontram-se as desordens neurológicas (doenças cerebrovasculares, neurodegenerativas, trauma, infecções, neoplasias), doença sistêmica (infecção, trauma, pós-operatório, neoplasias, privação sensorial), desordens metabólicas (insuficiência renal e hepática, hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos e ácidos-básicos, hipóxia) e desordens cardiopulmonares (insuficiência cardíaca e respiratória, choque, arritmias, infarto agudo do miocárdio). Observa-se que tanto essas condições médicas, como as medicações citadas, são frequentemente encontradas e utilizadas, respectivamente, na unidade de terapia intensiva face à gravidade dos pacientes. Associadamente, os idosos, frente ao processo de senescência e senilidade, tendem a apresentar com maior frequência as condições clínicas referidas.

Segundo as atuais diretrizes para o manejo da dor, agitação e *delirium* em pacientes adultos na UTI (BARR et al., 2013), existem quatro fatores de risco fortemente associados à ocorrência desse estado confusional agudo na UTI: demência pré-existente, histórico de hipertensão e/ou alcoolismo e alta gravidade da doença na admissão. Essa publicação ressalta que pesquisas adicionais são necessárias para confirmar a relação entre a idade e o desenvolvimento da síndrome em pacientes graves, contudo observa-se que entre os elementos citados, o primeiro, o segundo e o último são encontrados corriqueiramente em idosos. Ainda segundo essas diretrizes, o coma também é considerado um fator de risco independente para o desenvolvimento de *delirium* em pacientes críticos.

A partir do exposto, verifica-se que a pessoa idosa apresenta uma variedade de fatores de risco predisponentes à ocorrência de *delirium* e que está mais susceptível aos fatores de risco precipitantes relacionados à doença aguda. Tal fato reforça a necessidade de avaliação da presença desses fatores logo na admissão desse paciente no ambiente crítico, buscando corrigir os elementos modificáveis e garantir a rápida recuperação, redução da incidência dessa disfunção e melhor prognóstico.

Dentre os fatores precipitantes, encontram-se, adicionalmente, os relacionados ao internamento na unidade de terapia intensiva e à assistência da equipe multiprofissional que é ofertada aos pacientes. Pessoa e Nácúl (2006) discorrem que condições ambientais podem desencadear o quadro como estresse induzido pelo ambiente desconhecido, mudança frequente dos profissionais que prestam assistência e falta de informação ao paciente sobre os

procedimentos que serão realizados. Situações essas que podem ser facilmente minimizadas ou até mesmo eliminadas pela equipe de enfermagem, que oferta cuidado ininterrupto ao idoso crítico, conforme discutido na seção anterior.

Nesse contexto, percebe-se também que o ambiente da UTI já representa um fator de risco devido à ausência de relógios e iluminação natural, aos ruídos de alarme e ao isolamento do paciente com horários de visita restritos.

O estudo realizado por Van Rompaey e colaboradores (2009a) evidenciou que os pacientes críticos apresentaram uma maior incidência de *delirium* quando internados em um quarto sem a presença de outros pacientes, revelando que o isolamento pode contribuir com a sua ocorrência. Associadamente, pacientes sem visitantes e submetidos à mudança repentina de ambiente estavam em maior risco de desenvolver o quadro. Constata-se a partir desses dados, a importância da equipe de enfermagem, particularmente da enfermeira, por ser geralmente responsável pela gestão de leitos na UTI, em não admitir os pacientes idosos em leitos de quartos individuais, quando o quadro clínico permitir, assim como propiciar que esses pacientes fiquem mais próximos ao posto de enfermagem, para que não sintam-se isolados. Além disso, faz-se importante evitar transferir esse idoso de leito dentro da UTI, principalmente aqueles com internamento prolongado, por já estarem mais adaptados aquele ambiente específico. A presença dos familiares se configura como importante para facilitar a adaptação do idoso à UTI e colaborar no seu processo de orientação.

Ainda segundo os resultados dessa pesquisa, a ausência de luz natural também mostrou-se como fator importante, ocasionando alterações no ritmo circadiano. Houve uma maior taxa de *delirium* em pacientes após restrições físicas, o que aparenta ser um elemento importante na indução dessa síndrome. Nem todas as UTIs apresentam estrutura física adequada para permitir a entrada de iluminação natural. Entretanto, a problemática da restrição física é uma prática comum nesse ambiente, utilizada, geralmente, nos casos dos pacientes sedados em uso de dispositivos invasivos para evitar a sua exteriorização, assim como nos pacientes em *delirium* hiperativo, com o propósito anterior e para evitar a tentativa de saída do leito. Observa-se de forma complementar que a contenção mecânica é mantida de forma inadvertida no paciente, mesmo naqueles que não têm mais indicação para o seu uso. Sendo a enfermagem a categoria responsável pela instalação e retirada dos dispositivos de contenção, cabe a esta a avaliação periódica da necessidade de manutenção dessa restrição, buscando interromper o seu uso assim que possível.

A presença de tubos, cateteres e drenos também podem acarretar a síndrome (PITROWSKY et al., 2010). Adicionalmente, imobilidade e privação do sono são situações comuns associadas à disfunção (BRUMMEL; GIRARD, 2013).

Sobre a privação do sono, pacientes críticos referem o ruído como uma causa comum de interrupção e conseqüente fragmentação deste. Quando internados nesse setor, os indivíduos dormem apenas duas horas por dia e menos de 6% do seu sono é do tipo REM (*Rapid Eye Movement*), considerado o sono reparador. Além disso, o uso de determinados medicamentos, os alarmes frequentes dos equipamentos, a interrupção para procedimentos, o barulho dos telefones e as conversas da equipe, também podem interferir na qualidade do sono (GIRARD; PANDHARIPANDE; ELY, 2008).

Face às considerações realizadas, observa-se que o idoso, por apresentar alta vulnerabilidade ao *delirium*, poderá desenvolvê-lo mesmo com a exposição a insultos relativamente leves e que a assistência oferecida pela equipe contribui diretamente para a ocorrência desse quadro e dos seus resultados desfavoráveis. Por conseguinte, a enfermagem deve reconhecer que esse indivíduo está mais propenso a essa síndrome, direcionando esforços para eliminar as condições modificáveis que ocorrem durante o curso do estado crítico e aquelas relacionadas ao ambiente da UTI e ao seu processo de trabalho.

#### 2.2.4 Magnitude e impacto

Em relação à ocorrência, o *delirium* é uma disfunção cerebral aguda comum na UTI, atingindo até 80% dos pacientes críticos (GIRARD; PANDHARIPANDE; ELY, 2008). Representa também uma emergência geriátrica, sendo o distúrbio neurocomportamental mais frequente em idosos hospitalizados, podendo acometer 70% a 87% daqueles internados em ambientes de cuidados críticos (INOUYE, 2006). Frente a esses dados, modelos de unidades de atendimento ao idoso com *delirium*, integrando prevenção e gestão, têm sido propostas (CHONG et al., 2011).

Um estudo multicêntrico realizado em UTIs de 11 países da América do Sul, América do Norte e Espanha evidenciou a prevalência do quadro em 32,3% dos pacientes internados (SALLUH et al., 2010). Dados semelhantes foram obtidos através de pesquisa realizada em quatro UTIs brasileiras, em que dos 119 pacientes avaliados 38,6% apresentaram o diagnóstico da disfunção (GUSMAO-FLORES et al., 2011). Observa-se então que os dados de incidência/prevalência variam a depender do perfil da amostra e do método de diagnóstico escolhido.

Relativo aos subtipos motores, uma pesquisa efetuada por Peterson e colaboradores (2006) revelou que o *delirium* hiperativo, o mais facilmente identificado e geralmente considerado como o clinicamente significativo pela equipe, correspondeu a menos de 2% dos casos, enquanto que 43,5% dos pacientes graves apresentaram a forma hipoativa e 54,1%, a mista. Especificamente nos idosos investigados, o *delirium* hipoativo obteve maior proporção, responsável por aproximadamente 44% dos casos.

No que tange à evolução do quadro, verifica-se que o *delirium* persistente é comum na população idosa crítica, ocorrendo em 58% dos pacientes com o quadro e está associado à idade maior que 75 anos, uso de haloperidol e altas doses de opióides (PISANI et al., 2010).

Além da sua elevada incidência/prevalência na unidade crítica, particularmente nos pacientes idosos, essa síndrome está associada a um pior prognóstico. Diversos estudos têm comprovado que pacientes com *delirium* apresentam maior morbidade, mortalidade, dias em ventilação mecânica, tempo de permanência na UTI e no serviço de saúde (BOOGAARD et al. 2012a; ELY et al., 2004; OUIMET et al., 2007; SALLUH et al., 2010).

Em relação às lesões em consequência desse quadro, Inouye e colaboradores (1990) revelam que pacientes com o subtipo hiperativo apresentam elevadas taxas de remoção dos dispositivos, extubação acidental, lesões físicas autoinfligidas e complicações da imobilidade. Segundo Brooks (2012), o indivíduo com a síndrome apresenta risco de queda seis vezes maior durante a internação. Ratificando tais achados, Girard, Pandharipande e Ely (2008) relatam que, em um resumo elaborado pela Associação Americana de Aposentados, essa disfunção neurológica foi reconhecida como uma das seis principais causas de lesões relacionadas à hospitalização de pessoas com mais de 65 anos.

Associadamente, o seu impacto não está restrito apenas ao internamento hospitalar, estando relacionado a maior risco de mortalidade após alta hospitalar (ELY et al., 2004; VAN ROMPAEY et al., 2009b), de ocorrência de comprometimento neurocognitivo a longo prazo (GIRARD et al., 2010), de redução da qualidade de vida (VAN ROMPAEY et al., 2009b) e de demência e institucionalização em idosos (WITLOX et al., 2010). Ressalta-se também que a duração do *delirium* está diretamente associada a maior ocorrência dos dois primeiros desfechos clínicos citados nesse parágrafo (BOOGAARD et al. 2012b; PISANI et al., 2009).

De forma complementar, o *delirium* é responsável por um aumento considerável dos gastos na assistência à saúde. Uma pesquisa realizada por Leslie e colaboradores (2008) nos Estados Unidos, objetivando determinar o custo total dos cuidados à saúde durante 01 ano relativo ao paciente que cursou com *delirium*, apresentou dados surpreendentes. Os gastos foram obtidos dos registros hospitalares, do *Medicare* e da assistência domiciliar revelando

custos de 16.303 a 64.421 dólares por paciente, o que implica em um gasto orçamentário anual de 38 a 152.000 bilhões de dólares. Os pesquisadores ainda ressaltam que esses gastos superaram os demandados por pacientes com diabetes mellitus e vítimas de quedas.

Constata-se então que o *delirium* está intimamente associado à ocorrência de danos a curto, médio e longo prazos nos idosos assistidos e que o número de dias em *delirium* também potencializa o surgimento desses desfechos. Enfatiza-se que frente à transição demográfica em curso e por ser o idoso um paciente com múltiplos fatores de risco para o *delirium*, tanto a ocorrência dessa disfunção como o seu impacto tendem a serem maiores nesse perfil populacional, reiterando a importância da implementação de medidas preventivas e de controle do quadro, buscando um melhor prognóstico para o paciente e redução dos onerosos custos com essa disfunção.

#### 2.2.5 Medidas preventivas e para redução da duração do quadro

Até o presente momento, não há recomendações descritas na literatura científica para a utilização de um protocolo de prevenção farmacológica para *delirium* em adultos. Existem evidências moderadas de que em pacientes adultos críticos, submetidos à ventilação mecânica e em risco de desenvolver *delirium*, as infusões de dexmedetomidina administradas para sedação *podem estar associadas* a uma menor prevalência do quadro em comparação à administração de infusões de benzodiazepínicos (BARR et al., 2013, grifo nosso). Por conseguinte, a adoção de medidas preventivas não farmacológicas é fundamental para evitar e/ou minimizar a ocorrência da disfunção, assim como podem ser utilizadas para reduzir a duração do quadro.

Pesquisadores mencionam que estratégias preventivas para a ocorrência do *delirium* foram pontualmente estudadas na UTI (BARR et al., 2013). Nesse contexto, Hughes e colaboradores (2012) ressaltam que a execução de estudos randomizados com amostras significativas são exemplos de direções para pesquisas futuras sobre a prevenção dessa disfunção nesse cenário. Todavia, Girard, Pandharipande e Ely (2008) destacam que estudos realizados em outros cenários hospitalares podem fornecer importantes informações sobre a condução apropriada em pacientes críticos de alto risco.

A implementação de intervenções multifatoriais não farmacológicas têm mostrado resultados favoráveis em pacientes hospitalizados, não internados na UTI. Em um estudo clássico, Inouye e colaboradores (1999) aplicaram um protocolo destinado a reduzir os fatores de risco para *delirium* em 852 idosos hospitalizados que continha intervenções para

reorientação do paciente, protocolo de sono não medicamentoso, permissão do uso de óculos, lupas e auxiliares auditivos, correção da desidratação, remoção dos dispositivos e mobilização precoce. Nesse estudo houve uma redução significativa na incidência de *delirium* nos pacientes (15% no grupo controle *versus* 9,9% no grupo intervenção).

Um estudo de intervenção realizado por Colombo e colaboradores (2012), em uma unidade de terapia intensiva, constatou que a aplicação de uma estratégia de reorientação ambiental e estimulação acústica e visual reduziram significativamente a ocorrência de *delirium* nos pacientes internados (22% no grupo intervenção *versus* 35% no grupo controle). Resultados semelhantes foram obtidos por Finotto e colaboradores (2006).

Adicionalmente, pesquisas têm avaliado a associação entre estratégias relacionadas à melhoria da qualidade do sono em pacientes críticos e a incidência de *delirium*. A adoção de medidas simples como o uso de protetores auriculares durante a noite reduziu o risco da disfunção em 53% (VAN ROMPAEY et al., 2012). Esses protetores são de baixo custo, entretanto medidas como orientação da equipe em relação à diminuição do ruído, principalmente a noite, constituem-se em estratégias sem nenhum gasto e que requerem apenas sensibilização dos profissionais acerca da sua importância.

No que tange aos dados apresentados, é importante ressaltar que as intervenções “testadas” estão intrinsecamente relacionadas ao cuidado oferecido pela equipe de enfermagem, abrangendo a assistência clínica, ambiental e a comunicação. Prover a unidade com relógios e calendários contribui para orientação do paciente e são medidas de fácil aplicabilidade. Além disso, tanto enfermeiras como técnicas de enfermagem devem realizar a orientação periódica e sistemática do idoso, em relação ao ambiente de cuidado, o que ocorre geralmente de forma esporádica durante o plantão: onde ele está, a data e a hora, quem são os profissionais que estão cuidando dele, porque ele está naquele ambiente e como o seu quadro está evoluindo. Associadamente devem realizar perguntas buscando estimular a memória do idoso em relação às informações fornecidas. Por estarem em contato frequente com o paciente, a enfermeira deverá incluir na prescrição de enfermagem esses cuidados, a serem implementados pela equipe.

Frequentemente, quando o paciente é internado na UTI, não é permitido o uso de óculos, aparelhos auditivos e próteses dentárias, independente do seu quadro clínico. Como os idosos frequentemente fazem uso desses materiais, a sua adaptação ao ambiente se torna ainda mais difícil, influenciando também no seu processo de orientação, o que resulta na instalação do *delirium*. Esse é um ponto que necessita ser considerado pelas profissionais de

enfermagem, visto que elas são as responsáveis em liberar o uso desses materiais pelo paciente.

Ainda sobre o assunto, outra questão que precisa ser urgentemente revista é a não permissão do acompanhamento contínuo do idoso enquanto hospitalizado ou, no mínimo, a extensão da visita por um período prolongado. A presença do familiar junto ao idoso contribui, consideravelmente, para a sua adaptação à UTI e para a orientação frequente deste em relação ao ambiente do cuidado, o que acarretaria redução na ocorrência dessa síndrome. Como a enfermeira, geralmente, é a profissional responsável por controlar o fluxo de visitantes nos leitos dessa unidade, a mesma apresenta papel fundamental em flexibilizar essa rígida rotina.

Em relação aos dispositivos em uso, o paciente idoso, devido a maior gravidade e risco de complicações, por vezes faz uso de diversificados cateteres, drenos e sondas, como cateter venoso central, cateter arterial, cateter da artéria pulmonar, cateter para hemodiálise, sonda enteral, sonda vesical, drenos cirúrgicos, dentre outros. A enfermagem, por encontrar-se “à beira do leito”, acompanhando continuamente o quadro clínico do paciente, avalia e informa ao médico a necessidade ou não de manter esses dispositivos, tendo uma atuação imprescindível na retirada precoce destes.

A respeito da mobilização do paciente do leito, com a estabilização do quadro clínico do idoso, cabe à enfermeira discutir junto ao fisioterapeuta e médico o seu início, posto que a mobilização promove melhorias não apenas na capacidade pulmonar e musculoesquelética, mas também na redução da duração do *delirium* na UTI, o que foi ratificado por Schweickert et al. (2009) em um ensaio clínico randomizado com 104 pacientes em ventilação mecânica. Esse estudo revelou que o uso da terapia ocupacional e física (sentando o paciente no leito, na poltrona ou estimulando a deambulação) reduziu a duração do *delirium* de 04 para 02 dias.

Face a esses dados, pesquisadores têm estimulado a adoção de um pacote de medidas, conhecido com *bundle* ABCDE, com a finalidade de reduzir o *delirium* e a fraqueza no paciente crítico. Os componentes desse pacote são: coordenação do despertar e respiração, controlando a sedação diária e remoção do ventilador; escolha de analgésicos e sedativos conforme necessário; monitoramento e controle do *delirium*; mobilização e exercícios precoces (VASILEVSKIS et al., 2010).

Girard, Pandharipande e Ely (2008) ressaltam que o número e natureza das condições associadas ao *delirium* na UTI são diferentes das observadas em pacientes internados em outros setores. Entretanto, deve-se reconhecer que na unidade crítica os fatores de risco ambientais são potencializados.



Em complementação ao exposto, uma recente revisão sistemática acrescenta como alvos importantes a serem combatidos, para a prevenção de *delirium* na UTI, o uso de sedativos e os distúrbios do sono. Recomenda-se a interrupção diária da sedação, evitando a administração de benzodiazepínicos, associada ao teste diário de ventilação espontânea. Em relação à privação do sono, preconiza-se a adoção de protocolos de sono não farmacológico para promoção do conforto (BRUMMEL; GIRARD, 2013).

Frente à importância das estratégias preventivas, o *The National Institute for Health and Clinical Excellence* apresentou, no ano de 2010, 13 recomendações específicas direcionadas ao ambiente de cuidado e um pacote com intervenções multifatoriais a serem implementadas em indivíduos hospitalizados em risco para *delirium*. De acordo com essas diretrizes, esses pacientes deverão ser atendidos por profissionais de saúde familiarizados com a problemática, evitando a mudança do indivíduo de leito, exceto se absolutamente necessário (O'MAHONY et al., 2011).

Ainda segundo a diretriz, os pacientes deverão ser avaliados em relação aos fatores de risco para a síndrome dentro de 24 horas do internamento, com a execução do pacote de intervenções por uma equipe adequadamente capacitada que deverá ser adaptado às necessidades individuais do sujeito e ao contexto do cuidado. O controle da dor, a orientação em relação ao ambiente e sobre os procedimentos que serão realizados, a prevenção de obstipação e desidratação, a mobilização precoce do leito, a promoção da higiene do sono, a manutenção da oxigenação adequada, o oferecimento dos óculos, aparelho auditivo e prótese dentária constituem estratégias que deverão ser implementadas concomitantemente (O'MAHONY et al., 2011).

Observa-se então que por tratar-se de medidas de baixo custo e com evidência de redução do risco de *delirium*, é imprescindível o envolvimento da equipe de enfermagem e a implementação de protocolos buscando evitar variações no atendimento e melhorar significativamente os resultados nos idosos críticos em risco de desenvolvimento da disfunção e naqueles que apresentam o distúrbio, reduzindo conseqüentemente a sua duração. Para tanto, torna-se essencial a efetuação de ações educativas com as enfermeiras e técnicas de enfermagem sobre a temática, o que promoveria a sensibilização acerca da disfunção e estimularia a adoção das medidas acima citadas.

#### 2.2.6 Detecção

Apesar da sua elevada prevalência e dos negativos desfechos clínicos associados, os profissionais intensivistas geralmente subestimam a presença de *delirium* em seus pacientes, visto que o subtipo mais comum é o hipoativo (BARR et al., 2013) e apenas a avaliação clínica usual pode não identificá-lo (PITROWSKY et al., 2010).

Tal afirmação pode ser corroborada através dos resultados de um *survey* brasileiro, realizado em 2008 com 893 médicos intensivistas, revelando que aproximadamente 95% da amostra acreditava que a presença de agitação e alucinações eram necessárias para identificação do *delirium* (SALLUH et al., 2009).

Já um estudo realizado com enfermeiros de Portugal expôs que a taxa de subdiagnóstico do *delirium* foi de 12,6% nos registros de enfermagem, em que não havia nenhuma referência aos sinais apresentados pelo paciente, e de 30,6% em relação à percepção dos enfermeiros sobre a presença do *delirium* no momento em que o paciente apresentava o quadro. Em relação à documentação do episódio, os sinais agitação, exteriorização de dispositivos e tentativa de saída do leito apresentaram alto registro, remetendo aos quadros de *delirium* hiperativo. Associadamente verificou-se que o subdiagnóstico de *delirium* foi encontrado, principalmente, nos casos de sonolência, apatia e prostração, presentes no subtipo hipoativo (SILVA; PAIVA e SILVA; MARQUES, 2011).

Para a identificação precoce e acompanhamento da disfunção recomenda-se a monitorização periódica em todas as UTIs adulto através de instrumentos específicos (BARR et al., 2013), possibilitando que médicos não psiquiatras e outros profissionais de saúde detectem o *delirium* de forma rápida e confiável, mesmo em pacientes em ventilação mecânica, que não verbalizam e sedados (a depender do grau de sedação).

Atualmente existem inúmeras escalas para identificação do *delirium*, como o *Delirium Detection Score*, o *Cognitive Test of Delirium*, a *Memorial Delirium Assessment Scale*, o *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)*, o *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM - ICU)*, a *The Neelon and Champagne Confusion Scale* e a *Delirium Rating Scale-Revised-98*. Dentre estas ferramentas, as atuais diretrizes para o manejo da dor, agitação e *delirium* em pacientes críticos adultos orientam o uso do CAM-ICU e do ICDSC, por constituírem-se em instrumentos mais válidos e confiáveis para o diagnóstico do distúrbio (BARR et al., 2013).

No ano de 2012 uma revisão sistemática com meta-análise de estudos clínicos avaliou a acurácia desses dois instrumentos, expondo que o CAM-ICU é uma excelente ferramenta para o diagnóstico de *delirium* em pacientes graves, com sensibilidade de 80% e

especificidade de 95,9%, e que o ICDSC apresenta moderada sensibilidade (74%) e boa especificidade (81,9%) (GUSMAO-FLORES et al., 2012).

O CAM-ICU avalia o paciente em relação a quatro características do *delirium*: início agudo de alterações do estado mental ou curso flutuante, falta de atenção, pensamento desorganizado e nível de consciência alterado. Para o diagnóstico é necessária a presença de três dessas características, incluindo obrigatoriamente as duas primeiras. Em pacientes sedados, o nível de consciência pode ser obtido através de uma escala padronizada de sedação, contudo não poderá ser aplicada em pacientes comatosos, torporosos ou que apresentarem abertura ocular apenas ao estímulo tátil. São necessários apenas 2 a 3 minutos para a sua aplicação (ELY et al., 2001).

O CAM-ICU *flowsheet* se originou a partir do CAM-ICU com a finalidade de reduzir o tempo de aplicação dessa escala por inversão da ordem das características 3 (pensamento desorganizado) e 4 (alteração do nível de consciência). A modificação dessa ordem decorre de evidências de maior prevalência de alteração do nível de consciência em pacientes com *delirium* do que de pensamento desorganizado (MARTINS; LUZ; FLORES, 2013). Essa escala também já foi validada para o português, junto à CAM-ICU e ICDSC (GUSMAO-FLORES et al., 2011), apresentando as mesmas taxas de sensibilidade e especificidade da CAM-ICU, justificando então a sua utilização de rotina na UTI visto a redução do tempo gasto na sua aplicação (MARTINS; LUZ; FLORES, 2013).

O ICDSC é uma ferramenta que possibilita a estratificação da gravidade da disfunção, requer uma comparação com a avaliação do dia anterior, com necessidade de consulta ao prontuário, e contém oito variáveis: nível de consciência alterado; déficit de atenção; desorientação; alucinação, ideias delirantes, psicose; agitação ou retardamento psicomotor; discurso ou humor desajustados; perturbação do ciclo sono/vigília; e flutuação dos sintomas. É de fácil utilização, podendo ser aplicada em até 5 minutos. Através dessa escala é atribuído ao paciente a pontuação entre 0 e 8, sendo a pontuação igual ou superior a 04 considerada como presença de *delirium* (GIRARD; PANDHARIPANDE; ELY, 2008; NEUFELD et al., 2011).

Verifica-se que o reconhecimento precoce do quadro está diretamente associado ao grau de familiaridade dos profissionais intensivistas com as diversificadas apresentações do *delirium* e com a utilização das escalas validadas. Por conseguinte, intervenções educativas são primordiais para a sensibilização da equipe e capacitação para aplicação das escalas, de forma a garantir a prestação do cuidado baseado nas recentes evidências científicas.

Ainda sobre esse ponto, devido ao curso flutuante, a enfermagem apresenta papel relevante na monitorização do distúrbio por ser a categoria profissional que permanece por maior período de tempo assistindo o paciente grave. Conseqüentemente, ao observar qualquer alteração neurológica aguda no quadro clínico do idoso, a enfermeira intensivista deverá aplicar as escalas recomendadas para confirmar ou refutar a ocorrência, assim como para acompanhar a evolução do quadro. As técnicas de enfermagem também devem ser orientadas em relação às manifestações clínicas do *delirium*, comunicando à enfermeira a sua ocorrência, para que a escala seja aplicada o mais precocemente possível. Nesse sentido, Devlin e colaboradores (2008a) expõem que a viabilidade e o sucesso da aplicação das escalas dependem de uma melhor compreensão das enfermeiras sobre a temática.

### 2.2.7 Tratamento farmacológico

Em relação ao presente tópico, as evidências científicas são bastante limitadas. As atuais diretrizes para o manejo da dor, agitação e *delirium* em pacientes adultos na UTI apontam que não há nenhuma evidência de que o uso de haloperidol, prática comum durante a ocorrência do subtipo hiperativo, reduza a duração do quadro nesses indivíduos. Associadamente, a publicação não recomenda a administração de rivastigmina com essa finalidade e aponta que existem evidências fracas de que o uso de antipsicóticos atípicos possam reduzir essa duração. Esse *guideline* sugere o uso de infusões contínuas de dexmedetomidina, em pacientes com *delirium* não relacionado ao uso de álcool ou retirada de benzodiazepínicos que necessitem de sedação, para redução da duração do quadro (BARR et al., 2013).

## 2.3 Educação permanente como estratégia para transformação das práticas no cotidiano do trabalho em saúde

Entende-se por processo de trabalho a transformação, com um determinado fim, de um objeto em um produto por meio da ação do homem que utiliza instrumentos para tal (MARX, 1994). Segundo esse autor, o processo de trabalho é constituído por três componentes: o próprio trabalho, considerado como atividade direcionada a um fim; o objeto de trabalho, definido como a matéria a que se destina o trabalho; e os meios de trabalho que são os instrumentos para que o trabalho seja efetuado.

Ainda sobre os elementos do processo de trabalho, Sanna (2007) acrescenta: o agente, o indivíduo que transforma o objeto; a finalidade, a razão pela qual esse processo ocorrerá; os métodos de trabalho, as ações realizadas pelo agente do trabalho sobre o objeto utilizando determinados instrumentos, visando cumprir a finalidade programada; os instrumentos de trabalho, como matéria física, saberes, atitudes e habilidades que serão utilizados para modificar o objeto; e inclui o produto, o resultado do processo manifesto na forma de elementos que podem ser identificados através dos sentidos ou serviços.

A enfermagem apresenta variados tipos de processo de trabalho que podem ser desenvolvidos ou não simultaneamente. No processo de trabalho cuidar ou assistir, o objeto é o cuidado bio-psico-social-espiritual demandado pelo sujeito e família, enquanto que o processo de trabalho “administrar” ou “gerenciar” objetiva organizar o processo anterior de forma a garantir a qualidade da assistência. Já o processo de trabalho “ensinar” visa a formação do profissional de enfermagem e o processo de trabalho “pesquisar” almeja produzir novos conhecimentos com base nas lacunas existentes, de forma a aperfeiçoar os processos anteriores. Finalizando, o processo de trabalho “participar politicamente” busca adquirir melhores condições para executar os demais processos de trabalho (SANNA, 2007).

O processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva, face às rápidas e constantes inovações tecnológicas e à complexidade e especificidade do cuidado nesse cenário, exige reflexão constante, assim como o seu desenvolvimento profissional constitui-se em uma necessidade premente. Por conseguinte, observa-se a importância da implementação de ações educativas de diferentes modalidades, como a educação em serviço, a educação continuada e a educação permanente, galgando a qualificação desse processo.

Enquanto a educação em serviço é vista como uma estratégia que prepara o profissional através de treinamentos, priorizando as técnicas, para a atividade laboral a ser desenvolvida com base nos interesses institucionais (FARAH, 2003), a educação continuada é um conjunto de práticas educativas contínuas, realizadas após a graduação e concentradas na atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações, a partir de interesses pessoais e institucionais (PASCHOAL, 2004).

Sobre a educação permanente (EP), Ceccim (2005a) salienta que centra-se na busca de soluções e alternativas para problemas reais vivenciados pelos profissionais em seu contexto de trabalho, posicionando-os como protagonistas das transformações das práticas através da educação no/pelo/para o trabalho. Sobre o assunto Vicent (2007, p.81) complementa:

O "problema", categoria central na EP, é construído e não "diagnosticado": é a partir dos olhares de todos os atores envolvidos na prestação de serviço

que o problema se desenha. Esse delineamento se processa continuamente, renovando a compreensão de necessidades de saúde, de práticas profissionais e de organização do trabalho que evoluem, em transformação mútua e permanente, em direção a uma noção de qualidade na atenção à saúde pautada pela compreensão desse processo de mudança contínua.

O conceito de EP surge no Brasil em 1960, divulgado por organizações internacionais, enquanto que a nomenclatura educação permanente em saúde (EPS) aparece nos anos de 1980, disseminada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) frente ao momento histórico, político e econômico vivenciado que exigia mudanças no setor da formação profissional. Sendo a área de saúde reconhecidamente de interesse para exploração do capital, a educação continuada, naquele contexto, não favorecia a transformação dos serviços, a qualidade do atendimento e a redução dos custos do Estado, sendo necessário incorporar o trabalho como princípio educativo e o lema “aprender a aprender”, permanentemente, na formação dos profissionais, almejando, conseqüentemente, melhores resultados (LEMOS, 2010). Verifica-se então a existência de interesses mercadológicos associados às alterações na formação profissional propostas pela OPAS através da EPS.

Associadamente, Lemos (2010) expõe que a concepção de EPS na OPAS configura-se como uma alternativa político-pedagógica-gerencial que adota o cotidiano do trabalho como pressuposto central e reconhece a importância da aprendizagem articulada ao trabalho, da integração entre teoria e prática, da reflexão crítica e participativa e da busca conjunta de resolução para os problemas detectados, sendo pautada na pedagogia problematizadora de Paulo Freire e Juan Bordenave.

Frente à relevância da proposta, no ano de 2004 a educação na saúde foi definida como política de governo, sendo instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), através da Portaria 198 (BRASIL, 2004b), como estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no contexto do SUS, tendo como orientação os princípios da EPS. Posteriormente, em 2007, foi lançada a portaria 1996 que determinou novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, de acordo com as diretrizes operacionais e regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009).

A PNEPS objetiva colaborar para a transformação e qualificação da atenção à saúde, da organização das ações e dos serviços, dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas através de um trabalho integrado entre diferentes segmentos (serviços de saúde, instituições de ensino e instâncias de controle social) para a efetiva implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004b). Requer, por

consequente, a implicação de profissionais, população, gestores e centros formadores com a proposta.

Ressalta-se que somente na área de saúde a EP ocupa estatuto de política, o que decorre da complexidade desse setor, da crescente especialização e da necessidade de renovação contínua de conhecimentos e saberes pelos trabalhadores, em que apenas com a aprendizagem significativa será possível a adesão dos profissionais às transformações no cotidiano do trabalho (CECCIM, 2005a).

A EPS na PNEPS propõe que os processos de capacitação dos profissionais baseiem-se nas necessidades de saúde das pessoas/populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Associadamente, preconiza que a problematização do processo de trabalho ocorra de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, a EP amplia os espaços formativos, da sala de aula às organizações de saúde e comunidade, ao passo que estimula a participação de equipes/grupos que ocupam esses contextos, superando a fragmentação por profissões/disciplinas, estimulando a tomada de decisão compartilhada, o empoderamento dos sujeitos e o desenvolvimento da sua autonomia. Especificamente nas organizações de saúde, observa-se que, utilizando os pressupostos da EP, as necessidades de conhecimento/saberes/competências e o planejamento das demandas educativas serão geradas no processo de trabalho. Por conseguinte, o profissional é visto como principal responsável pelas mudanças, sendo o foco das ações educativas alterado da exclusiva atualização de conhecimentos técnico-científicos para a transformação de uma realidade.

Face ao exposto, Ceccim (2005a) reitera que a EPS opera o quadrilátero da formação (ensino, gestão, atenção e controle social), havendo a necessidade para a sua consolidação de: alteração da educação dos profissionais de saúde para uma concepção problematizadora das práticas e saberes e que estimule a produção de conhecimento pelo coletivo; elaboração de novas práticas de atenção à saúde, fundamentadas na integralidade e na humanização, com a participação ativa e efetiva do usuário; reestruturação das redes de atenção com vistas a atender as reais necessidades de saúde e com ênfase na avaliação do usuário; e inserção dos movimentos sociais na identificação das necessidades sociais de saúde.

De forma complementar, esse autor não fragmenta as diferentes modalidades de desenvolvimento profissional, ratificando a importância de cada uma, de acordo com os objetivos a serem alcançados, à medida que expõe que a educação continuada e a educação em serviço podem corresponder à EPS quando direcionadas às mudanças institucionais e articuladas à realidade das vivências profissionais e ao cotidiano do trabalho.

Na pedagogia problematizadora, presente nos princípios da EPS, a educação é mediatizada pela realidade vivenciada pelos envolvidos, da qual o conteúdo da aprendizagem é apreendido, proporcionando a tomada de consciência dessa realidade para transformá-la.

Paulo Freire, a partir da elaboração do método de alfabetização de adultos, foi um dos precursores da introdução dessa pedagogia na área de educação. Freire (2005) descreve a problematização como uma ação reflexiva do indivíduo sobre o mundo, buscando meios de transformar esse mundo e a si próprio. Para o mesmo, dois elementos apresentam importante significado para o ensino problematizador: o compromisso por uma educação libertadora almejando o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e a dialogicidade como exercício pedagógico.

Segundo Freire (1979, 2005), o primeiro elemento é desenvolvido auxiliando o educando a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade de modificá-la. Em relação ao segundo elemento, é através do diálogo que se supera a contradição educador-educando (transmissor-receptor de conhecimentos) e se busca o desvelamento constante da realidade, por meio da inserção crítica na mesma. Através da captação e compreensão desta realidade, estimula-se a ação sobre a mesma e reforça-se a necessidade de mudança.

Observa-se, por conseguinte, que o verdadeiro diálogo se realiza na práxis e leva à ação transformadora e que a educação problematizadora promove a mudança da consciência ingênua (aproximação espontânea da realidade) para a consciência crítica (representação dos fatos como ocorrem, suas causas e circunstâncias) e desta para a conscientização (desenvolvimento crítico da tomada de consciência aplicando-a à realidade). Sobre o assunto, Freire (2005, p.80) complementa:

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada. Através dela, que provoca novas compreensões de novos desafios, que vão surgindo no processo da resposta, se vão reconhecendo, mais e mais, como compromisso. Assim é que se dá o reconhecimento que engaja.

Nota-se então que essa estratégia dialógica e participativa, quando implementada no cotidiano do trabalho em saúde, favorece não apenas a tomada de consciência pelos profissionais e a transformação das práticas, mas o engajamento desses sujeitos como protagonistas nos serviços e a valorização das suas necessidades e carências que por muito tempo permaneceram irreconhecíveis. Além disso, estimula a produção de conhecimentos a



partir da realidade vivenciada e estes novos conhecimentos serão utilizados para modificá-la, criando-se um ciclo.

Ainda sobre a temática pedagogia problematizadora, Bordenave (200-?) revela que o seu alicerce é a concepção da realidade como um problema a ser equacionado ou solucionado e que a mesma fundamenta-se em bases epistemológicas (o conhecimento do homem sobre o mundo), psicológicas (como ele se comporta no mundo), ideológicas (percepções, valores e relações sociais considerados adequados em um determinado momento histórico) e pedagógicas (como as pessoas devem ser educadas). De acordo com o autor, o seu uso gera consequências individuais importantes como: o aluno aprende a enxergar a sua realidade e apresenta motivação para alterá-la, assim como proporciona visão integradora, desenvolve a autonomia, o trabalho em grupo, a capacidade de crítica e autocrítica, a criatividade e a inovação. Em relação às consequências socioculturais, o estímulo à democracia participativa e à promoção de uma sociedade com identidade própria e de organizações originais e adequadas à própria realidade também foram citadas.

Com a concepção do potencial educativo do cotidiano do trabalho através da sua problematização pelos sujeitos envolvidos, é possível visualizar o problema existente de forma contextualizada, revelando a sua complexidade, promovendo a transformação e/ou reorientação das práticas. Contudo, para Ceccim (2005a), o primeiro passo para que isso ocorra é o reconhecimento da necessidade de mudança pelos implicados que poderá ser estimulada pelo desconforto ocasionado por uma determinada situação, assim como por meio da reflexão e/ou vivência de práticas que possam gerar esse desconforto, dando seguimento com a autoanálise e autogestão através da identificação de alternativas e soluções viáveis para a mudança desejada, proporcionando a aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Para tanto, salienta que é necessário criar espaços de discussão, análise e reflexão dos processos de trabalho e dos construtos teóricos que os direcionam, integrando os “saberes formais” oriundos dos especialistas e os “saberes operadores das realidades”, apresentados pelos profissionais de saúde. Face aos pressupostos da EPS, Ceccim (2005b, p.976) ainda destaca que essa ferramenta “constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

Nesse sentido, Salum (2006) discute que as organizações de saúde, que apresentam uma política institucional transformadora, já vêm estabelecendo espaços para implementação da pedagogia problematizadora, superando a prática da EP que privilegia a dimensão técnica do trabalho. Ao proporcionarem o desenvolvimento das potencialidades individuais e

coletivas, promovem a autonomia, a valorização profissional, através da democratização das decisões, e a consolidação de uma prática institucional de qualidade.

Para a operacionalização da problematização das práticas, Davini (2009) expõe uma sequência específica que inicia-se com a reflexão sobre o cotidiano do trabalho e a identificação de problemas, segue-se com a ampliação do conhecimento acerca destes, perpassa o desenvolvimento de competências individuais e coletivas e finaliza-se com a detecção de soluções, implementação das mesmas e avaliação do processo e dos resultados obtidos. Constata-se então que constitui-se em uma ferramenta simples que utiliza, geralmente, tecnologias leves, requer a participação dos profissionais em todo o processo e integra os conhecimentos técnicos-científicos-gerenciais à prática avaliada. Salienta-se também que a reflexão coletiva efetuada pelos profissionais que estão diretamente implicados em um determinado contexto irá favorecer a escolha de soluções reais e viáveis para os problemas detectados, contribuindo, de fato, para a alteração da realidade.

A educação problematizadora, associadamente, possibilita o alcance da aprendizagem significativa que, por sua vez, também permeia as propostas da EPS presentes na PNEPS. Considerando que as práticas profissionais resultam da interação de diversificados fatores como saberes, conhecimentos, atitudes, relações de poder, organização e gestão do trabalho, a sua efetiva transformação exige a valorização de elementos que produzam e promovam sentido ao sujeito (BRASIL, 2004b). Nessa perspectiva, Brasil (2003b, p.5) revela que:

Na aprendizagem significativa, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento. Necessariamente, os conteúdos trabalhados devem ter potencial significativo (funcionalidade e relevância para a prática profissional) e, também, responder a uma significação psicológica, de modo a valorizar elementos pertinentes e relacionáveis dentro da estrutura cognitiva do estudante (conhecimentos prévios). Para que a aprendizagem seja significativa, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social.

De forma complementar, Freire (2013) revela que o conhecimento nasce da ação e é produto das relações dos sujeitos entre si e com o mundo. Consequentemente, todas as pessoas têm conhecimentos anteriores. Com isso, na verdadeira aprendizagem, o que corresponde à aprendizagem significativa, os saberes não podem ser apenas transferidos para os educandos. Para tanto, faz-se necessário criar condições em que os indivíduos se tornem sujeitos reais da (re)construção do saber ensinado, o que acarreta a apreensão desse saber em

sua totalidade e conseqüente solidificação de sua aprendizagem.

Face ao exposto, observa-se que para o alcance da aprendizagem significativa, os profissionais de saúde devem adotar uma postura diferenciada no seu cotidiano de trabalho, problematizando o seu fazer e propondo soluções para a transformação das práticas, a partir de seus conhecimentos/experiências prévios, o que irá gerar novos saberes potencialmente significativos, a partir da implicação desses indivíduos. Dessa forma, o conhecimento é (re)construído pelos atores diretamente envolvidos no processo, vistos como sujeitos ativos, críticos e reflexivos, capazes de produzir melhorias no âmbito do trabalho e nas práticas de saúde. Conseqüentemente, o conhecimento ganha significado para os profissionais que sentem-se, de fato, comprometidos e responsáveis pela transformação da realidade vivenciada.

Nota-se então que a EP configura-se como uma ferramenta pedagógica desenvolvida no âmbito do pensar e do fazer no trabalho, baseando-se no cuidado de enfermagem como um processo complexo e multidimensional, o mesmo exige mais do que conhecimento técnico. Portanto, a enfermagem necessita apropriar-se e incorporar os pilares da EPS, problematizando a sua prática cotidiana, aprendendo a aprender e adequando o seu pensar e o seu fazer às reais necessidades dos pacientes assistidos. A partir de tal premissa, será possível “mobilizar o potencial social, político e ético” (BERBEL, 1998, p. 145) dessas profissionais e tornar o cuidado mais qualificado e resolutivo.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Tipo de estudo

Por reconhecer que a enfermagem detém papel essencial no cuidado ao idoso grave para evitar e acompanhar a ocorrência de *delirium*, e que é uma categorial profissional capaz de produzir conhecimento frente aos problemas identificados na sua prática e de intervir na realidade vivenciada, modificando-a, optou-se por utilizar a pesquisa-ação (PA) para condução do presente estudo.

Segundo Thiollent (2011, p. 20) essa estratégia metodológica configura-se como “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo”.

Nesse sentido, a PA apresenta três objetivos, que podem ou não serem atingidos simultaneamente: identificar problemas, determinando soluções e as respectivas ações para o seu alcance; gerar conhecimento acerca da situação levantada e apropriado para eliminação/minimização dos problemas detectados e para as necessidades dos envolvidos, sendo que este poderá ser útil não apenas para o coletivo considerado, podendo ser difundido para outros contextos; e aumentar/estimular a tomada de consciência dos envolvidos sobre os problemas enfrentados, tornando evidente a sua complexidade, possíveis causas e/ou existência de soluções (THIOLLENT, 2011, 2012).

Através da obtenção desses objetivos é possível a transformação da realidade vivenciada, assim como a promoção de mudanças nas práticas, discursos, atitudes e situações, conforme expõe Barbier (2002). Constata-se então que esse método é o mais adequado para o alcance da finalidade da presente pesquisa.

Franco (2005) aponta que a PA busca, concomitantemente, conhecer e intervir no cenário sob observação, apresentando uma postura diferenciada frente ao conhecimento, em que o saber produzido no processo é transformador dos participantes e do seu contexto. Sendo assim, pauta-se em princípios como reflexão crítica, troca de saberes, compartilhamento de responsabilidades, relações dialógicas e proativas e na mediação de interesses individuais e coletivos (TOLEDO; JACOBI, 2012).

Na PA todo o processo de identificação dos problemas, planejamento das ações e avaliação dos resultados alcançados é efetuado pelos implicados na situação. Constata-se então que a sua realização requer a participação consciente dos sujeitos envolvidos, sendo essencial que esses reconheçam a necessidade de mudança da sua prática e queiram exercer

papel ativo nesse processo. Através da participação dos interessados, ocorrem ciclos de ação-reflexão-ação, havendo sempre negociação entre as partes envolvidas. Ao pesquisador cabe equacionar os problemas encontrados, orientar o estudo, acompanhar as decisões e participar da avaliação das ações. Estas, por sua vez, podem ter caráter prático, técnico, educacional, social, político, estético e comunicacional, dentre outros (THIOLLENT, 2011, 2012).

Frente às considerações realizadas, nota-se que esse tipo de pesquisa mostra-se antagônica aos paradigmas e métodos clássicos, não resumindo-se em “ação”, mas contribuindo para a produção de novos conhecimentos e alteração da realidade, apresentando igual rigor metodológico aos estudos da linha positivista e sendo fundamentada em um *corpus* teórico específico, conforme informa Barbier (2002) e Thiollent (2012).

Nesse contexto, Grittem, Meier e Zagonna (2008) defendem que a enfermagem deve utilizar a PA como estratégia metodológica para condução dos seus estudos, principalmente quando se almeja uma aproximação da teoria à prática, pois possibilita a discussão acerca da realidade profissional, desenvolvendo grupos interessados em transformá-la e mobilizando-os para uma prática crítica e reflexiva, favorecendo a construção coletiva de mudanças.

Para Barbier (2002) geralmente a realização desse tipo de pesquisa surge da demanda de um grupo. A partir dessa afirmação, infere-se que uma PA também pode ser suscitada pela proposta de um pesquisador interessado em uma determinada situação, cuja problemática ainda não foi reconhecida pelos envolvidos, o que pode ser atribuído ao déficit de conhecimento sobre a mesma. O pesquisador poderá então ajudá-los, esclarecendo a situação, para que os mesmos detectem problemas existentes no seu contexto e possam traçar caminhos viáveis para a sua minimização e/ou eliminação, o que foi efetuado no presente estudo.

Na UTI onde a pesquisa foi executada, constatou-se que a prevalência de *delirium* era de 23,8% nos pacientes cirúrgicos e de 43,8% nos pacientes clínicos (BOUZA et al., 2013). Contudo, ações formais para direcionamento do cuidado na prevenção e monitorização periódica da disfunção ainda não haviam sido elaboradas e/ou implementadas pela enfermagem e por nenhuma das outras categorias profissionais pertencentes ao quadro de pessoal da unidade (medicina e fisioterapia). Associadamente, a não utilização de escalas validadas para detecção do *delirium* pela enfermagem também leva a crer que a equipe ainda não foi suficientemente alertada sobre os riscos da ocorrência do quadro para o idoso internado na UTI. Nesse sentido, esse estudo foi direcionado para um problema efetivamente detectado no contexto considerado, sendo imprescindível alterar essa realidade, haja vista o negativo impacto dessa disfunção para o paciente, família e organização de saúde.

Verificou-se adicionalmente, através de contatos informais, que uma parcela das profissionais da enfermagem dessa UTI mostrou-se interessada e comprometida em refletir e discutir o cuidado ofertado, para evitar e detectar o *delirium* no idoso em estado crítico, assim como planejar e executar ações objetivando qualificar essa assistência. Por conseguinte, a participação consciente das envolvidos possibilitaria a transformação da realidade encontrada.

Face ao exposto, o cenário descrito encontrava-se então propício à realização de uma pesquisa-ação, sugerida por um pesquisador externo àquela realidade, porém “abraçada” pelos implicados diretamente no contexto considerado.

A partir das considerações realizadas, nota-se que os fundamentos teórico-metodológicos da PA, enquanto vertente investigativa, encontram-se em íntima consonância com os princípios da educação permanente em saúde, considerada uma vertente/ferramenta pedagógica. Para Ceccim e Caballero (2013), a PA e a EP possibilitam articular, concomitantemente, produção de conhecimento e processos de desenvolvimento institucional e coletivo para a autoanálise e autogestão do trabalho, promovendo a implicação dos profissionais com os resultados e com a melhoria da qualidade dos serviços. Em face desses dados, será utilizado o método da pesquisa-ação para condução de uma ação de educação permanente que constituirá a intervenção educativa programada como objetivo geral dessa pesquisa.

Existem diversos modelos de fases da pesquisa-ação, contudo quase todos apresentam quatro momentos específicos. Neste estudo, as fases da PA a serem seguidas foram adaptadas do modelo de Susman e Evered (1978), sendo compostas pelo diagnóstico, planejamento de ações, execução das ações e avaliação. O modelo considerado apresentava uma quinta fase denominada aprendizagem específica, entretanto compreende-se que esta etapa está presente no desenvolvimento das demais fases, não sendo incluída separadamente nesse estudo.

### **3.2 Locus do estudo e participantes**

A pesquisa foi realizada em uma unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino do município de Salvador, estado da Bahia. O referido hospital faz parte, junto a um centro pediátrico e a um ambulatório, de um complexo hospitalar público, geral e de grande porte, referência em média e alta complexidade no estado. Fundado em 1948 visando atender às demandas acadêmicas do curso de Medicina de uma universidade, permaneceu nos seus primeiros vinte anos de existência como referência nacional em várias especialidades.

Atualmente, dispõe de 202 leitos ativos e oferece diversificados serviços para crianças, adolescentes, adultos e idosos (COMPLEXO HUPES, 2014).

Essa organização hospitalar conta com uma Unidade Coronariana e uma Unidade de Terapia Intensiva, sendo que essa última constituiu-se no *locus* da pesquisa. Essa UTI foi a primeira a ser inaugurada no estado, não sendo encontrado nenhum registro referente ao ano de sua implantação. Atende pacientes adultos/idosos, com perfil clínico e cirúrgico, apresentando dez leitos disponíveis para internamento. Dentre as categorias profissionais que pertencem ao quadro fixo de pessoal da unidade encontram-se os enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos. A equipe de enfermagem em exercício, atualmente, é composta por vinte e um enfermeiros – destes uma coordenadora de enfermagem e uma enfermeira responsável pelo acompanhamento de pesquisas em andamento na unidade – e trinta e dois técnicos em enfermagem.

Optou-se por escolher essa unidade crítica por reunir importantes fatores como: significativa prevalência de *delirium* nos pacientes graves (BOUZA et al., 2013); prévio desejo da coordenação da unidade em implementar escalas validadas para detecção do distúrbio; interesse de parcela das profissionais em participar do estudo, após conversas informais com a equipe; e disponibilização de carga horária em escala, pela coordenação de enfermagem, para que as possíveis participantes comparecessem aos encontros, visto o tempo prolongado para execução das fases da PA (aproximadamente 09 meses) e por estas apresentarem outros vínculos empregatícios.

Acredita-se que tais elementos facilitaram o desenvolvimento da pesquisa-ação nessa UTI, com a extensão da discussão sobre as implicações do *delirium* para o idoso crítico à equipe de enfermagem, possibilitando a sua sensibilização acerca da temática.

Como critérios de inclusão na pesquisa foram determinados: profissionais de enfermagem que atuassem na UTI *locus* e que comparecessem às oficinas pedagógicas, mesmo não estando presentes em alguma das fases da PA (diagnóstico, planejamento das ações e avaliação).

Esse critério foi estabelecido diante da duração das etapas da PA, posto que as participantes possivelmente se ausentariam de alguma das sessões devido ao período de férias, problemas pessoais ou por “choque” de escalas, podendo comparecer aos encontros seguintes, sem prejuízos para o estudo. Além disso, como a finalidade dessa pesquisa era transformar um cenário, tornava-se imprescindível a participação do maior número possível de profissionais nas etapas da PA, embora o número de participantes não constituiu fator limitador para a realização das oficinas.

Antes do início da coleta dos dados, a pesquisadora distribuiu entre a equipe de enfermagem da UTI do estudo a carta-convite (APÊNDICE A), apresentando o projeto de pesquisa, o método a ser utilizado e esclarecendo a forma de participação das colaboradoras durante as etapas da PA. Também foi entregue o folder contendo os objetivos e programação da primeira oficina pedagógica, em que seria iniciada a primeira fase da PA. Todas as datas de realização das oficinas foram programadas previamente com a coordenadora de enfermagem da UTI *locus*, a fim de que esta pudesse disponibilizar carga horária em escala para as profissionais participarem.

Fizeram parte da pesquisa, ao todo, onze enfermeiras e uma técnica em enfermagem. A caracterização da amostra é apresentada no quadro 01. Entre as participantes, encontravam-se a coordenadora de enfermagem da UTI e a enfermeira responsável pelo acompanhamento de pesquisas, possibilitando a produção de saberes e tomada de decisão compartilhada entre os diferentes *stakeholders* (gestores, equipe de enfermagem assistencial e pesquisadores), conforme preconizados pelos fundamentos da PA.

Ressalta-se que antes de iniciar os encontros com a equipe de enfermagem, a pesquisadora divulgou o estudo entre as coordenações médica e de fisioterapia, que integram o quadro de pessoal e estão presentes continuamente na UTI pesquisada, assim como para a coordenação de psicologia da instituição hospitalar que realiza interconsultas nessa unidade crítica. Enfatizou-se que, apesar dos sujeitos do estudo serem profissionais da equipe de enfermagem, era de fundamental importância a participação das outras categorias para que as mesmas contribuíssem para transformação das práticas de prevenção e monitorização de *delirium* no *locus* do estudo, visto que diversas medidas, sugeridas pela literatura, requeriam envolvimento multi e interprofissional. Contudo, em nenhuma das fases da PA, representantes da medicina, fisioterapia e/ou psicologia compareceram aos encontros programados.

Após a defesa dessa dissertação, será agendada uma reunião com todas as categorias profissionais que integram o processo de trabalho da UTI, incluindo os profissionais da equipe de enfermagem que participaram ou não do estudo, para divulgação dos resultados da pesquisa.



Quadro 01 – Caracterização das participantes do estudo. Salvador, Bahia, 2014.

Participante	Idade (anos)	Formação	Ano de conclusão do ensino superior ou profissionalizante	Tempo de atuação em terapia intensiva (anos)	Especialização em UTI (E) / Capacitação para atuação em UTI (T)	Mestrado	Doutorado	Participação em eventos sobre <i>delirium</i>	Leitura anterior de material didático sobre <i>delirium</i>
T	49	Técnica em Enfermagem	NI	08	Sim	Não	Não	Não	Não
E01	36	Enfermeira	2000	08	Sim	Em andamento	Não	Não	Sim
E02	40	Enfermeira	1999	06	Sim	Não	Não	Sim	Sim
E03	32	Enfermeira	2009	02	Sim	Não	Não	Não	Sim
E04	31	Enfermeira	2007	02	Sim	Não	Não	Não	Sim
E05	31	Enfermeira	2005	09	Sim	Não	Não	Não	Sim
E06	36	Enfermeira	1999	13	Sim	Sim	Não	Não	Não
E07	38	Enfermeira	2002	09	Sim	Não	Não	Não	Não
E08	33	Enfermeira	2007	07	Sim	Sim	Em andamento	Sim	Não
E09	35	Enfermeira	2002	12	Sim	Não	Não	Sim	Não
E10	29	Enfermeira	2007	06	Sim	Não	Não	Não	Não
E11	NI	Enfermeira	2003	10	Sim	Sim	Não	Não	Sim

Fonte: Questionário respondido pelas participantes. Legenda: NI = Não informado. E = enfermeira. T = técnica em enfermagem.

### 3.3 Coleta dos dados

Para o alcance dos objetivos específicos dessa pesquisa, optou-se por uma técnica preferencialmente coletiva para coleta dos dados, face aos fundamentos e procedimentos que norteiam a realização desse tipo de estudo. Com isso escolheu-se a oficina pedagógica, visto que objetiva promover situações reais de participação em que vivências e opiniões sejam socializadas e ações sejam programadas, implementadas e avaliadas pelo grupo envolvido (VIEIRA; VOULQUIND, 1997). Nessa perspectiva, Paviani e Fontana (2009, p.78) complementam que:

Oficina é uma forma de construir conhecimento, com ênfase na ação, sem perder de vista, porém, a base teórica[...]. Uma oficina é, pois, uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseada no tripé: sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos. Nesse sentido, a metodologia da oficina muda o foco tradicional da aprendizagem (cognição), passando a incorporar a ação e a reflexão. Em outras palavras, numa oficina ocorrem apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva.

Ressalta-se que a intervenção educativa estabelecida como objetivo geral dessa pesquisa foi implementada durante essas oficinas pedagógicas, em que a equipe de enfermagem, a partir da exposição das atuais evidências científicas sobre a temática *delirium* no idoso crítico e da reflexão crítica sobre o cotidiano do seu trabalho, identificou problemas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* na UTI *locus*, planejou ações para a sua resolução, executando-as, e por fim avaliou as alterações obtidas nessas práticas.

De acordo com Vieira e Voulquind (1997), as oficinas são planejadas em três etapas: a contextualização, em que ocorre a seleção do assunto e onde há tomada de consciência pelo grupo em relação à proposta da oficina através da discussão da temática, buscando identificar os conhecimentos prévios, as experiências anteriores e os interesses dos participantes; a planificação, em que ocorre a definição de situações-problema, o planejamento de ações para a resolução dos problemas e os registros das soluções; e a reflexão em que consiste a sistematização dos conhecimentos produzidos, avaliação do processo/produto da oficina e a autoavaliação.

Foram realizadas 05 oficinas pedagógicas com as participantes, durante o turno da manhã e entre os meses de janeiro a outubro de 2014. Estas oficinas foram adaptadas pela pesquisadora do modelo preconizado por Vieira e Voulquind (1997) às fases da pesquisa-ação.

Durante as oficinas, para subsidiar a identificação pelas participantes dos problemas existentes nas práticas do grupo para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico,

assim como para auxiliar o planejamento das ações apropriadas para resolução dos mesmos, efetuou-se a exposição das evidências científicas relevantes acerca da temática. A apresentação dessas evidências foi realizada pela pesquisadora através de slides projetados em Datashow, com informações fundamentadas em artigos originais e de revisão disponíveis nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), assim como em livro publicado recentemente sobre a temática (FLÔRES; CAPONE NETO, 2013).

Enfatiza-se também que ao final da primeira e terceira oficinas, a pesquisadora distribuiu para as participantes cópias de publicações científicas para que as mesmas se instrumentalizassem para a discussão da temática nas sessões seguintes, apresentando embasamento teórico adicional para propor as mudanças necessárias. Essa ação não foi realizada antes da primeira oficina, visto que esta também apresentava o objetivo de verificar os conhecimentos da equipe sobre a temática *delirium* no idoso crítico, com isso a leitura dos textos poderia interferir nos resultados obtidos. Além disso, também não foi efetuada ao final da segunda oficina já que o planejamento das ações para prevenção do *delirium* se estenderam para a terceira oficina.

Ao término da primeira, segunda, terceira e quarta oficinas, as participantes realizaram a avaliação do encontro, a partir de um questionário (APÊNDICE B), com a finalidade de verificar se as suas expectativas foram atendidas, se o conteúdo, organização, didática e recursos utilizados foram adequados e de obter sugestões para a próxima sessão. Através da avaliação imediata da oficina, seria possível corrigir os rumos da PA, se necessário. Esse tipo de avaliação não foi executada na última oficina pedagógica, pois a mesma objetivou efetuar a avaliação de todo o processo da PA, assim como dos resultados encontrados, finalizando, por conseguinte, o estudo realizado.

Após a finalização de cada oficina pedagógica, a pesquisadora elaborou relatórios-síntese dessas sessões que foram encaminhados aos endereços eletrônicos de cada participante. Essa estratégia possibilitou que as profissionais que faltaram alguma das oficinas estivessem cientes dos encaminhamentos realizados, antes do próximo encontro programado. As falas das participantes obtidas durante as oficinas foram gravadas e transcritas na íntegra para facilitar a elaboração dos relatórios-síntese e a análise dos dados.

Todas as oficinas ocorreram em salas de aula da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, localizada próxima à organização hospitalar em que a pesquisa foi realizada, facilitando o deslocamento das profissionais que estivessem saindo do plantão noturno. Em todas as oficinas, as cadeiras da sala de aula foram dispostas em círculo

para proporcionar maior interação entre o grupo, tornar o espaço propício para a discussão e dar vez e voz, igualmente, a todas as participantes.

A pesquisadora principal assumiu o papel de moderadora das oficinas pedagógicas, sendo responsável pelas seguintes atividades: iniciar e encerrar os encontros, controlando o tempo das atividades; direcionar as perguntas norteadoras ao grupo; conduzir de forma imparcial e aprofundar as discussões, quando pertinente; e intervir e apresentar o referencial teórico necessário para o embasamento das discussões.

### 3.3.1 Primeira oficina pedagógica

A primeira oficina pedagógica intitulada “Problematizando o cuidado ao idoso com *delirium* na UTI”, foi realizada em janeiro de 2014, contou com a participação de dez enfermeiras e uma técnica em enfermagem e apresentou a duração de 03 horas e 35 minutos. Este encontro correspondeu à primeira fase da PA, a do diagnóstico, e teve como finalidade: verificar os conhecimentos e as práticas da equipe de enfermagem acerca do cuidado ao idoso para prevenção e monitorização do *delirium*; e identificar, com as profissionais, os problemas existentes nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI do estudo.

No dia da realização dessa oficina, que foi conduzida por roteiro específico (APÊNDICE C), as participantes receberam um classificador contendo bloco de anotações, caneta, crachá, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), questionário para caracterização dos sujeitos (APÊNDICE E) e folder expondo os objetivos do encontro e a programação das atividades (APÊNDICE F).

Antes de iniciá-la, a pesquisadora se apresentou ao grupo, retomou os objetivos do estudo, as fases da PA, a técnica de coleta de dados a ser utilizada e o seu papel, enquanto moderadora, na condução das oficinas. Enfatizou também a forma e a importância da efetiva participação das profissionais em todos os encontros, que a tomada de decisão na pesquisa seria colaborativa e que as ações seriam planejadas e executadas pela equipe presente. Solicitou então que as profissionais lessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinassem caso concordassem em participar da pesquisa, assim como respondessem ao questionário presente na pasta. Nenhuma das participantes referiu dúvidas em relação ao estudo e às informações presentes no TCLE.

Em seguida, a pesquisadora realizou uma dinâmica de integração solicitando que as participantes, divididas em duplas, conversassem rapidamente sobre o seu histórico pessoal e

profissional atual e sobre os motivos que as levaram a participar da pesquisa e as suas expectativas em relação ao estudo. Então, uma integrante da dupla apresentou a outra participante e vice-versa. Após o término da dinâmica, a moderadora solicitou que o grupo estabelecesse o contrato de convivência, definindo o horário de início dos encontros, com a respectiva tolerância e o compromisso em efetuar as ações acordadas.

Após esse momento inicial, a oficina pedagógica foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa, a moderadora iniciou um grupo de discussão, guiado por roteiro pré-determinado (APÊNDICE G), com a finalidade de identificar o conhecimento das profissionais sobre a temática *delirium*, incluindo medidas para prevenção, meios para detecção e controle do quadro.

Ao final da discussão, foram fixadas folhas de papel metro em uma das paredes da sala de aula, contendo a figura de um idoso crítico ao centro e os seguintes tópicos: medidas preventivas adotadas, detecção e controle do quadro. A pesquisadora então efetuou a leitura das memórias de uma paciente que vivenciou *delirium* durante o internamento na UTI, obtidas do site [www.nancyandrews.net/section/delirious](http://www.nancyandrews.net/section/delirious), de forma a sensibilizar as participantes sobre as consequências emocionais e cognitivas do quadro para o indivíduo, segundo a percepção de quem já o apresentou. Então, solicitou que uma das participantes relatasse alguma experiência durante o cuidado a um idoso com *delirium* e as palavras/frases centrais proferidas foram registradas no papel metro, de acordo com cada tópico.

Outras participantes, individualmente, foram convidadas a apresentarem suas vivências, completando assim os dados do papel metro. Ao final dessa atividade, a mediadora questionou às profissionais se alguma informação sobre os tópicos ainda necessitava ser incluída, obtendo a resposta negativa. Posteriormente, a pesquisadora efetuou a leitura completa das informações contidas no papel metro, objetivando determinar as práticas de cuidado do grupo para prevenção e monitorização do *delirium* na UTI do estudo.

No segundo momento da oficina, a pesquisadora apresentou às participantes as evidências científicas relevantes sobre *delirium* no idoso crítico, abordando: definição, histórico, fatores de risco, epidemiologia, implicações para o idoso crítico, métodos para detecção, prevenção e controle da disfunção, enfatizando o essencial papel da enfermagem nesse contexto. Durante a apresentação, a pesquisadora fez associações entre o conteúdo dos slides e os conhecimentos e práticas das participantes para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso na UTI, expostos no primeiro momento da oficina.

Em seguida, solicitou que o grupo, a partir das evidências científicas apresentadas e das informações expostas e registradas no papel metro, analisasse e discutisse as práticas

efetuadas para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na unidade do estudo, identificando os problemas existentes. Foram detectados onze problemas pelo coletivo: estrutura física inadequada com janelas posicionadas atrás do paciente e com película, dificultando a visualização e iluminação natural do ambiente; déficit de sensibilização da equipe em relação ao cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com o quadro; dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes; material inadequado para realização da contenção física; ausência de rotinas para permissão de uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária; orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais; comunicação insuficiente entre profissionais e familiares; luminosidade excessiva durante o período noturno; interrupção do sono dos pacientes no período noturno; ruídos excessivos na unidade; e a não utilização de escalas para detecção do *delirium*.

Após a identificação dos problemas, foi realizada a avaliação da oficina corrente e, em seguida, a pesquisadora concluiu a sessão confirmando a data e os objetivos do próximo encontro, distribuindo dois artigos às participantes (BALAS et al., 2012; FARIA; MORENO, 2013) para a efetuação da leitura antes da segunda oficina.

### 3.3.2 Segunda oficina pedagógica

A segunda oficina pedagógica intitulada “Prevenindo o *delirium* no idoso crítico: a transformação é possível e necessária” ocorreu no mês de fevereiro de 2014, contou com a participação de sete enfermeiras e uma técnica em enfermagem e apresentou a duração de 03 horas e 10 minutos. Nesta sessão compareceram duas enfermeiras que não estavam presentes na primeira oficina devido à escala de plantão em outro serviço. Todas as quatro enfermeiras que faltaram à segunda oficina justificaram a ausência (motivo de doença, problemas pessoais, plantão em outra unidade). Todas as participantes receberam um folder com os objetivos da oficina e programação das atividades a serem desenvolvidas (APÊNDICE H).

Essa oficina iniciou a fase de planejamento das ações para resolução dos problemas relacionados à prevenção do *delirium* na unidade do estudo, identificados pelo grupo na sessão anterior. A mesma foi guiada por roteiro específico (APÊNDICE I). O encontro foi iniciado com a leitura do relatório-síntese da primeira oficina pedagógica, seguindo-se da apresentação dos objetivos da oficina corrente.

A oficina foi dividida em dois momentos. No primeiro, a pesquisadora realizou um resumo das principais evidências científicas apresentadas na oficina anterior e deu continuidade apresentando as atuais publicações sobre prevenção do *delirium* no idoso crítico,

ênfatizando os seguintes pontos: evitar e tratar as condições associadas à disfunção; implementar estratégias periódicas de reorientação, estimulando a participação da família; estimular à memória; evitar privação sensorial e privação do sono; evitar benzodiazepínicos; implementar protocolo de mobilização precoce; evitar e tratar a dor.

Posteriormente apresentou em slide projetado no datashow os problemas identificados na primeira oficina, sendo incluído mais um problema pelas participantes nessa lista. Seguiu-se, então, com a determinação dos problemas passíveis de resolução e/ou minimização pelo grupo, sendo excluído o primeiro problema detectado: estrutura física inadequada com janelas posicionadas atrás do paciente e com película, dificultando a visualização e iluminação natural do ambiente.

Assim, foi solicitado às participantes que, com base em seus saberes prévios (conhecimentos, valores, percepções, experiências) associados às evidências científicas expostas sobre a temática, refletissem e determinassem coletivamente quais as possíveis causas para os problemas identificados, qual o cuidado que desejavam implementar ao idoso crítico de forma a evitar a ocorrência de *delirium*, identificando os fatores facilitadores e dificultadores para transformação desejada no *locus* do estudo.

Após a discussão, a síntese da visão do grupo sobre o questionamento efetuado foi registrada em um papel metro fixado em uma das paredes da sala, nos respectivos tópicos: causas dos problemas, prática desejada, fatores facilitadores e fatores dificultadores.

No segundo momento da oficina, as participantes foram orientadas pela moderadora a discutir e determinar um plano de ação (contendo objetivos a serem atingidos, ações a serem efetuadas e responsáveis) para enfrentamento dos problemas detectados e transformação da prática. Frente ao tempo decorrido da oficina, foi consensuado pelo grupo que seria estabelecido o plano de ação para minimização e/ou eliminação dos três primeiros problemas identificados, a saber: déficit de sensibilização da equipe em relação ao cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com o quadro; dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes; e material inadequado para realização da contenção física. O plano de ação para os demais problemas referentes às práticas de prevenção do *delirium* seria elaborado na próxima oficina pedagógica.

À medida em que o grupo discutia os objetivos a serem alcançados e as ações necessárias, a pesquisadora digitava os itens do plano de ação consensuados em um quadro.

Para finalizar essa sessão, a pesquisadora ressaltou a importância da execução das ações estabelecidas nesse plano antes da próxima oficina. Foi efetuada então a avaliação imediata do encontro e confirmada a data da terceira oficina.

### 3.3.3 Terceira oficina pedagógica

A terceira oficina pedagógica deu continuidade ao planejamento das ações para prevenção do *delirium* que foram iniciadas na segunda oficina “Prevenindo o *delirium* no idoso crítico: a transformação é possível e necessária” e foi guiada por roteiro específico (APÊNDICE J). Foi realizada no mês de março de 2014, contou com a participação de cinco enfermeiras e uma técnica em enfermagem e apresentou a duração de 03 horas. Quatro das seis enfermeiras participantes que não compareceram a essa oficina justificaram a ausência (motivo de doença e plantão em outra unidade). As participantes que estavam presentes receberam um folder com os objetivos da oficina e a programação das atividades a serem desenvolvidas (APÊNDICE K).

A pesquisadora iniciou o encontro com a leitura do relatório-síntese da segunda oficina pedagógica, seguindo-se da apresentação dos objetivos da oficina corrente. Posteriormente questionou ao grupo sobre a execução das ações planejadas na oficina anterior, os fatores limitadores para a implementação das ações e a necessidade de redefinição das ações, com base em roteiro específico (APÊNDICE L).

Foram apresentadas, assim como na segunda oficina, as principais evidências científicas sobre prevenção do *delirium* no idoso crítico objetivando subsidiar a finalização do plano de ação referente à temática. Após reflexão e discussão pelo grupo, o plano de ação contendo os demais problemas identificados referentes à prevenção do *delirium* (ausência de rotinas para permissão de uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária; orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais; comunicação insuficiente entre profissionais e familiares; luminosidade excessiva durante o período noturno; interrupção do sono dos pacientes no período noturno; e ruídos excessivos na unidade), os objetivos a serem atingidos, as ações a serem efetuadas e os responsáveis foi concluído.

A pesquisadora ressaltou a importância da execução das ações estabelecidas nesse plano antes da quarta oficina. Foi efetuada então a avaliação do encontro e informado que, na próxima oficina, seria elaborado o plano de ação para minimização e/ou eliminação do problema referente à monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI do estudo, sendo entregue às participantes dois capítulos de um livro sobre a temática (FLÔRES; CAPONE NETO, 2013) para leitura prévia, a fim de subsidiar a discussão.

Em seguida expôs que, além de encaminhar para o endereço eletrônico das profissionais, deixaria, na coordenação de enfermagem da unidade, cópias do plano de ação relacionado à prevenção do *delirium*, já realizado, para cada participante e o material didático



a ser entregue àquelas que não compareceram ao encontro. Informou também que encaminharia por e-mail a data e local da quarta oficina, após definição junto à coordenação de enfermagem, sendo finalizada então a sessão.

#### 3.3.4 Quarta oficina pedagógica

A quarta oficina pedagógica intitulada “Monitorizando o *delirium* no idoso crítico” ocorreu no mês de abril de 2014, contou com a participação de cinco enfermeiras e uma técnica em enfermagem e apresentou a duração de 03 horas. Foram justificadas as faltas de seis enfermeiras nessa oficina. Todas as participantes receberam um folder com os objetivos da oficina e a programação das atividades a serem desenvolvidas (APÊNDICE M).

Essa oficina deu continuidade à fase de planejamento das ações da PA, voltando-se para elaboração do plano de ação direcionado à resolução do problema identificado referente à monitorização do *delirium* no idoso crítico na unidade do estudo: a não utilização de escalas para detecção do *delirium*. Esse encontro foi guiado por roteiro específico (APÊNDICE N).

A pesquisadora iniciou o encontro com a leitura do relatório-síntese da terceira oficina pedagógica, seguindo-se da apresentação dos objetivos da oficina corrente. Posteriormente questionou ao grupo sobre a execução das ações planejadas na oficina anterior, os fatores limitadores para a implementação das ações e a necessidade de redefinição das ações, com base em roteiro específico (APÊNDICE L).

A oficina foi dividida em dois momentos. No primeiro momento, a pesquisadora apresentou as atuais evidências científicas sobre monitorização do *delirium* no idoso crítico, enfatizando os seguintes pontos: a importância da monitorização periódica do *delirium*, a necessidade de utilização de escalas validadas e como aplicar as escalas CAM-ICU e ICDSC. Foi apresentado um vídeo sobre a aplicação da escala CAM-ICU e foram distribuídos, para cada participante, 5 casos clínicos traduzidos para o português, extraídos do manual de treinamento “*Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU): The Complete Training Manual, version 2014*” disponível no site [www.icudelirium.org](http://www.icudelirium.org), para que as profissionais identificassem se o paciente apresentava ou não o quadro. Os casos foram discutidos e respondidos pelo grupo com o auxílio da pesquisadora. A mesma questionou então se as participantes tiveram dúvidas em relação à aplicação da escala, obtendo resposta negativa.

No segundo momento da oficina, a pesquisadora apresentou o problema identificado pelo coletivo referente às práticas de monitorização do *delirium* na UTI pesquisada (a não utilização de escalas para detecção do *delirium*), solicitando que as participantes, com base

em seus saberes prévios (conhecimentos, valores, percepções, experiências) associados às evidências científicas expostas sobre a temática, refletissem coletivamente e determinassem quais as possíveis causas para a sua existência e qual o cuidado que desejavam implementar ao idoso crítico de forma a detectar e acompanhar a ocorrência do quadro, identificando os fatores facilitadores e dificultadores para transformação desejada na unidade *locus*.

Após a discussão, a síntese da visão do grupo sobre o questionamento foi registrada em um papel metro fixado em uma das paredes da sala, nos respectivos tópicos: causas dos problemas, prática desejada, fatores facilitadores e fatores dificultadores.

Em seguida, as participantes foram orientadas pela moderadora a discutirem e determinarem um plano de ação, com objetivos a serem atingidos, ações a serem efetuadas e responsáveis, para enfrentamento do problema detectado e transformação da prática. À medida que o grupo discutia o objetivo a ser alcançado e as ações necessárias, a pesquisadora digitava os itens do plano de ação consensuados em planilha específica. Para finalizar essa sessão, a pesquisadora ressaltou a importância da execução das ações estabelecidas nesse plano antes da última oficina. Foi efetuada então a avaliação imediata do encontro e informada que seria agendada e comunicada a data da última oficina para os meses de setembro ou outubro, em que seria realizada a avaliação dos resultados obtidos com a intervenção educativa.

### 3.3.5 Quinta oficina pedagógica

Essa oficina foi intitulada “Avaliando os resultados da pesquisa sobre o cuidado de enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico”, ocorreu no mês de outubro de 2014, contando com a participação de quatro enfermeiras e uma técnica em enfermagem e apresentou a duração de 02 horas e 10 minutos. Foram justificadas as faltas de três enfermeiras nessa oficina devido ao período de férias, dobra no serviço e problema pessoal. Outras três participantes que apresentavam vínculo empregatício pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e estavam lotadas na UTI *locus*, não faziam mais parte do quadro de funcionários da unidade desde o mês de julho e foram comunicadas da realização dessa última oficina com trinta dias de antecedência, mas não compareceram ao encontro, sendo que duas já haviam justificado a ausência devido à escala de plantão.

Esta oficina correspondeu à última fase da PA e teve como finalidade: Avaliar as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI do estudo, após a implementação das medidas programadas.

Antes de iniciá-la, todas as participantes receberam um folder com os objetivos da sessão e a programação das atividades a serem desenvolvidas (APÊNDICE O). Esse encontro também foi guiado por roteiro específico (APÊNDICE P).

A pesquisadora realizou então a abertura da sessão, apresentando resumidamente o projeto de pesquisa desenvolvido com as participantes, as fases da PA executadas e os planos de ação elaborados. Em seguida, questionou o grupo sobre a implementação das ações pactuadas e as mudanças nas práticas proporcionadas pela pesquisa, com base no instrumento de avaliação dos resultados (APÊNDICE Q), encerrando as oficinas e agradecendo a colaboração e o empenho da equipe.

### **3.4 Etapas da pesquisa-ação**

#### **3.4.1 Diagnóstico**

Consistiu em realizar o diagnóstico da realidade a ser pesquisada através do conhecimento do *locus* do estudo, do levantamento da situação e da identificação ou definição dos principais problemas (SUSMAN; EVERED, 1978; THOLLENT, 2011).

Nessa fase a pesquisadora avaliou, primeiramente, a viabilidade em realizar a PA no cenário do estudo, obtendo resposta positiva frente à aceitação de membros da equipe de enfermagem e ao apoio oferecido pela coordenação de enfermagem.

Após a aprovação do CEP, foi efetuada a observação *in loco* que possibilitou conhecer os fatores ambientais precipitantes do *delirium* na UTI do estudo, permitindo uma visão mais aprofundada sobre a problemática no contexto real do cuidado. Os dados da observação *in loco* foram obtidos com base em roteiro específico (APÊNDICE R), elaborado a partir das publicações de Girard, Pandharipande e Ely (2008) e O'Mahony e colaboradores (2011) que trazem evidências sobre a prevenção do *delirium*, enfatizando os fatores relacionados ao ambiente que podem contribuir para a ocorrência do quadro. Os dados obtidos foram registrados em um diário de campo. Entre os fatores observados encontravam-se: distribuição dos leitos, presença de relógios e calendários, presença de janelas e iluminação natural, horários de visita, flexibilização de horário de visita, ruídos e iluminação da unidade no período noturno (verificada a partir de visitas à unidade das 22:30 às 23 horas, em que foi observado se as luzes dos leitos estavam desligadas, caso nenhum procedimento estivesse sendo realizado).

Foram realizadas, ao todo, seis visitas com duração de trinta minutos cada, distribuídas igualmente entre os turnos da manhã, tarde e noite na UTI *locus*. As observações foram realizadas nos seguintes horários: 09:10 – 09:30, 10:00 – 10:30, 16:05 – 16:35, 17:00 – 17:30 e 22:30 – 23:00.

Em relação à distribuição dos leitos, dos dez existentes na unidade, dois são quartos individuais. Não há cortinas e/ou portas sanfonadas separando os leitos restantes. Da totalidade, apenas seis são facilmente visualizados do posto de enfermagem. Não é permitido acompanhamento contínuo dos pacientes adultos e idosos pelos familiares/cuidadores, apenas dos menores de idade. Quanto às visitas aos pacientes, é disponibilizada apenas uma hora no turno da manhã e uma hora no turno da tarde. Associadamente, em nenhum momento, observou-se a extensão desse horário para a pessoa idosa, ressaltando-se que alguns desses pacientes encontravam-se conscientes.

No que tange à iluminação natural da unidade, há presença de janelas no setor, entretanto estas, em geral, ficam localizadas na cabeceira do leito do paciente, algumas sendo compostas de vidro fosco e outras com película protetora, dificultando a diferenciação entre o dia e a noite pelo paciente. Não foram encontrados calendários na unidade e apesar da existência de relógios (cinco ao todo), alguns pacientes não conseguem visualizá-lo adequadamente, face à distância do seu leito em relação à parede em que o mesmo foi posicionado.

Em relação à iluminação da unidade no período noturno, notou-se que as lâmpadas individuais de cada leito estavam desligadas, contudo as centrais do posto de enfermagem e dos corredores sempre se encontravam acessas, não havendo botão regulador de luminosidade. Com isso, pacientes que estivessem nos três leitos em frente ao posto de enfermagem e em um leito localizado no corredor lateral, recebiam diretamente a luminosidade artificial durante todo o período, exceto se todas essas luzes fossem desligadas.

Durante todos os seis turnos de observação foram verificados ruídos excessivos na UTI *locus*, resultantes dos equipamentos (monitores e bombas de infusão), da televisão do posto de enfermagem ligada (mesmo no período noturno) e dos profissionais (conversas em alto tom e atendimento de telefone celular nas áreas assistenciais).

Associadamente, na primeira oficina foi efetuado o levantamento da situação e a detecção dos principais problemas pelas participantes. Segundo Barbier (2002, p.119), “toda pesquisa-ação é singular e define-se por uma situação precisa concernente a um lugar, a pessoas, a um tempo, a práticas e a valores sociais e à esperança de uma mudança possível”. Sendo assim, almejando descrever e esclarecer a realidade em que os problemas seriam

definidos pelas participantes, realizou-se inicialmente um grupo de discussão e um relato de vivências na primeira oficina pedagógica, com a finalidade de verificar os conhecimentos e as práticas realizadas pela equipe de enfermagem acerca do cuidado ao idoso para prevenção e monitorização do *delirium*.

Visto que essa pesquisa-ação não foi iniciada por uma solicitação das participantes, fez-se necessário tornar evidente, aos olhos das interessadas, a problemática existente. Para tanto, as informações fornecidas pelo grupo de discussão e pelo relato de vivências foram essenciais para guiar a problematização do cuidado pela coletividade considerada, a partir das evidências científicas apresentadas.

Com a identificação dos problemas, seguiu-se com a sua contextualização. Então as participantes delimitaram as suas causas, qual a situação final desejada e os fatores facilitadores e dificultadores para a mudança da prática, elementos fundamentais para guiar o planejamento das ações. Um dos problemas listados pelo grupo (estrutura física inadequada com janelas posicionadas atrás do paciente e com película, dificultando a visualização e iluminação natural do ambiente) não era passível de resolução através de ações educacionais, práticas e/ou técnicas, necessitando de alterações na estrutura física da UTI, não sendo priorizado então pelas participantes.

Ressalta-se que os problemas listados, assim como as ações planejadas pelo grupo, foram enquadrados em um marco referencial sobre “*Delirium* no idoso crítico”, construído na revisão de literatura dessa dissertação e embasado nas evidências científicas relevantes sobre a temática.

#### 3.4.2 Planejamento das ações

Essa fase consistiu em definir as ações que contribuiriam para a solução/equacionamento dos problemas detectados, assim como os objetivos dessas ações, os meios necessários para alcançá-los e os sujeitos que iriam efetuar-las (RICHARDSON, 200-?; THIOLLENT, 2011).

Para Thiollent (2011) as ações remetem ao que precisa ser efetuado para resolução de um determinado problema. As participantes planejaram ações de diferentes modalidades: educacionais, técnicas, práticas e gerenciais. Observou-se que estas se configuraram em ações de curto e médio prazos e foram determinadas a partir das evidências científicas expostas associadas aos saberes prévios (incluindo os acerca da dinâmica da unidade e dos idosos assistidos), experiências/vivências do grupo e recursos disponíveis. Ressalta-se que as ações

foram determinadas em função dos interesses das participantes e das necessidades encontradas, sendo que houve um consenso do grupo na definição de todas as ações propostas. Nessa fase ocorreu então a contratualização que é definida por Barbier (2002) como um contrato que determina os problemas, as ações e suas finalidades e os responsáveis por sua execução.

Foram realizadas três oficinas correspondentes à fase de planejamento das ações, sendo que duas foram necessárias para iniciar e concluir a elaboração do plano de ação para resolução dos problemas referentes à prevenção do *delirium* na unidade do estudo e uma oficina foi suficiente para a construção do plano de ação direcionado à solução do problema relacionado à monitorização do *delirium* nos idosos críticos. As ações pactuadas nessas oficinas foram apresentadas em um quadro contendo o problema, os objetivos a serem alcançados, as respectivas ações a serem efetuadas e os responsáveis. Esse quadro de ações foi disponibilizado às participantes através do endereço eletrônico fornecido, assim como foram impressos e entregues às mesmas, possibilitando o rápido acesso ao mesmo, conforme recomendado por Thiollent (2011, 2012).

### 3.4.3 Execução das ações

Refere-se à ação propriamente dita (SUSMAN; EVERED, 1978; THIOLENT, 2011). Nessa fase, a equipe de enfermagem executou parte das ações determinadas. Essa etapa ocorreu concomitantemente ao planejamento das ações, e as medidas em curto prazo foram efetuadas logo após a sua determinação.

Para acompanhar a execução dos planos de ação, antes de iniciar a terceira e quarta oficinas, a pesquisadora questionou às participantes sobre a efetuação das medidas planejadas, os motivos que levaram a não realização de alguma das ações e se alguma medida precisaria ser redefinida. Esses questionamentos objetivavam reformular alguma ação, o que não foi necessário durante o estudo. Ressalta-se que uma ação (Convidar os membros do grupo da Qualidade, Meta 06 – risco de queda, para participarem do seminário) foi incluída pelas profissionais no plano de ação previamente elaborado, com base a contribuir para eliminação do respectivo problema identificado.

Essa fase não exige a participação direta da equipe de pesquisa (THIOLENT, 2011), contudo duas das ações programadas foram consensuadas pelas participantes para serem executadas pela pesquisadora: a apresentação do seminário e o treinamento sobre a aplicação

da escala CAM-ICU com as enfermeiras que compunham o quadro de funcionários da UTI *locus*. Todas as outras ações apresentaram como responsáveis as participantes do estudo.

#### 3.4.4 Avaliação

Foram realizados dois tipos de avaliação nesse estudo: a imediata e a mediata. A avaliação imediata foi efetuada ao final de cada oficina pedagógica visando verificar se as expectativas das participantes em relação à sessão foram alcançadas, se o conteúdo, organização, didática e recursos materiais foram adequados e obter sugestões para o próximo encontro. Em todas as oficinas realizadas as participantes referiram que as suas expectativas foram atingidas. Em relação à programação efetuada, ao conteúdo abordado, à didática e aos recursos audiovisuais utilizados, as profissionais relataram serem adequados e estimulantes para o aprendizado, sendo que uma das participantes sugeriu o uso de caixas de som nos próximos encontros, caso fossem apresentados outros vídeos. Não houve necessidade de alterar o planejamento da PA em função dessa avaliação.

Na avaliação mediata, que ocorreu aproximadamente seis meses após a quarta oficina pedagógica, foi realizada a avaliação do processo, dos resultados alcançados e da aprendizagem teórica proporcionada pela pesquisa, assim como foi efetuada a reflexão sobre a não ação. Para Richardson (200-?, p.6) nesse momento:

Analisa-se, interpreta-se e extraem-se conclusões que permitem avaliar o cumprimento dos objetivos formulados através das estratégias de ação. Reconsideram-se as oportunidades e limitações da situação, revisam-se os logros e as conseqüências, discutem-se as contradições e as mudanças produzidas.

Havia-se inicialmente determinado cinco meses após a penúltima oficina pedagógica, relativa à fase de planejamento das ações, para realização da avaliação mediata, com a finalidade de proporcionar maior espaço de tempo para execução das ações planejadas e conseqüente reflexo nas práticas efetuadas pela equipe de enfermagem da unidade do estudo. Contudo, houve mudanças no quadro de pessoal da unidade durante esse intervalo de tempo, com a saída de profissionais vinculados à Secretaria de Saúde do Estado, incluindo três enfermeiras que participaram dessa pesquisa.

Assim, foi necessário prorrogar por mais um mês a realização da fase de avaliação, buscando reunir o maior número de participantes do estudo possível, proporcionando um tempo maior para que as que não faziam mais parte do quadro de funcionários da unidade pudessem se programar e trocar o plantão, se necessário, para participar da oficina.

Na avaliação mediata foi apresentada a síntese do trabalho desenvolvido e em seguida foi realizada a avaliação final da pesquisa pela equipe de enfermagem implicada, em que foram verificados os seguintes pontos: os conhecimentos adquiridos com a experiência, se as ações pactuadas foram implementadas, se os problemas detectados foram solucionados e as mudanças ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico. Esse roteiro foi elaborado com base nas publicações de Richardson (200-?) e Tripp (2005).

### 3.5 Análise dos dados

Inicialmente, as falas das participantes foram transcritas em arquivo *Word*. Os dados oriundos de cada fase da PA (diagnóstico, planejamento das ações e avaliação) foram analisados separadamente.

Para o tratamento dos resultados obtidos no grupo de discussão efetuado na primeira oficina pedagógica, com a finalidade de identificar os conhecimentos apresentados pelas participantes acerca da prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico, utilizou-se a análise temática, conceituada como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 44)

De acordo com Minayo (2010, p. 316), esse tipo de análise “consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Para operacionalizá-la, seguiram-se as três etapas apresentadas por essa autora: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase da *pré-análise* foi realizada a leitura exaustiva das falas e a constituição do *corpus* com o objetivo de identificar as unidades de registros (palavra-chave ou frase) e de contexto (determinação do contexto de compreensão da unidade anterior), as similaridades e contradições das informações, os recortes, o modo de categorização e de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que direcionaram a análise.

Na fase de *exploração do material* foi efetuada a codificação das unidades de registro, sendo determinadas as categorias temáticas: I - O *delirium* decorre de fatores relacionados a uma condição aguda e ao internamento no ambiente da terapia intensiva; II - A prevenção do *delirium* através da promoção de estratégias para a reorientação do idoso; III - Desorientação



e agitação como manifestações importantes para a identificação do *delirium*; IV - Controle do quadro através do uso de medicamentos e mobilização do leito. Os resultados referentes às práticas do grupo para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico foram sintetizados em palavras e expressões centrais e expostos em um quadro.

Na fase de *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, os dados coletados dentro das categorias temáticas foram analisados a partir de uma construção teórica acerca do *delirium*, fundamentada nas atuais evidências científicas presentes nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. O mesmo aporte teórico foi utilizado para análise dos dados referentes às práticas do grupo pesquisado. A apresentação e discussão desses resultados está presente no artigo 1, intitulado “Conhecimento e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* em idosos críticos”.

Os dados referentes às fases do diagnóstico, trabalhados na primeira oficina, a saber: problemas identificados pelo coletivo nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium*; e na segunda, terceira e quarta oficinas: planejamento das ações (causas atribuíveis aos problemas identificados, objetivos a serem alcançados e os planos de ação pactuados) foram sintetizados e expostos em quadros e analisados a partir da referida construção teórica sobre o *delirium* e de uma das principais premissas da EPS, a problematização das práticas. A apresentação e discussão desses resultados está presente no artigo 2, intitulado “A enfermagem na prevenção e monitorização do *delirium* em idosos críticos: identificando problemas e planejando ações para transformação das práticas”.

Para o tratamento dos dados coletados na última oficina pedagógica, referentes à fase de avaliação dos resultados após a realização da intervenção educativa, utilizou-se também a análise temática proposta por Minayo (2010), sendo identificadas duas categorias de análise: Parcela das ações pactuadas foram executadas e os problemas detectados pelo coletivo foram minimizados; e a intervenção educativa contribuiu para a ampliação do conhecimento sobre a temática e para a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus*. Esses dados foram analisados a partir da referida construção teórica sobre o *delirium* e com base na problematização das práticas e na aprendizagem significativa, premissas da EPS. A apresentação e discussão desses resultados está presente no artigo 3, intitulado “Avaliação da realização de uma intervenção educativa nas práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* em idosos críticos”.

### **3.6 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com as recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), respeitando os princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. O projeto foi submetido à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado sob o parecer de número 549.930 (ANEXO).

Inicialmente as profissionais da equipe de enfermagem foram convidadas a participarem do estudo, sendo esclarecidas sobre: justificativa para sua realização, objetivos, fases da pesquisa-ação, possíveis desconfortos, benefícios esperados para a comunidade acadêmica/científica e para os pacientes da UTI escolhida. As que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) em duas vias, ficando em poder de uma delas. Foi garantido o sigilo e anonimato das participantes em todas as fases do estudo através da identificação das falas com a letra E (enfermeira), variando de E01 a E11, e da letra T (técnica em enfermagem).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Artigo 1

#### **Conhecimento e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* em idosos críticos**

Objetivo: verificar os conhecimentos e as práticas da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado ao idoso para prevenção e monitorização do *delirium*.

Método: Pesquisa-ação realizada com dez profissionais de uma unidade de terapia intensiva.

Os dados foram coletados em uma oficina pedagógica. Para tratamento dos resultados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática. Resultados: Em relação ao conhecimento apresentado, verificou-se que o *delirium* se manifesta por agitação, falas desconexas, alucinações e perda súbita de memória. Para identificá-lo a presença dessas alterações são fundamentais. Referente à prevenção, medidas de reorientação foram expostas.

Quanto ao controle do quadro, informaram o uso de antipsicóticos/sedativos e a mobilização do leito. Em relação às práticas efetuadas, observou-se que a disfunção é detectada exclusivamente através de sinais clínicos e que o grupo a previne através de estratégias de reorientação e para promoção do sono. Para o controle do quadro, contenção física e uso de medicamentos são as medidas comumente implementadas. Conclusão: As participantes mostraram conhecimento incipiente sobre a temática, o que repercute diretamente nas práticas efetuadas para prevenção e monitorização do *delirium* na UTI *locus*, havendo a necessidade premente de uma intervenção educativa nesse cenário.

Descritores em português: Delirium, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos; Idoso; Unidades de terapia intensiva; Equipe de enfermagem.

Descritores em inglês: Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders; Aged; Intensive care units; Nursing, team.

Descritores em espanhol: Trastornos de Delirio, Demencia, Amnésicos y Cognitivos; Anciano; Unidades de cuidados intensivos; Grupo de enfermería.

## **Introdução**

Definido como uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição, acompanhada por desatenção, o *delirium* é considerado o distúrbio neurocomportamental mais frequente em idosos hospitalizados, podendo acometer até 72% daqueles internados na unidade de terapia intensiva (UTI)<sup>(1)</sup>.

Devido a sua comprovada associação com o aumento da morbidade, mortalidade, custos hospitalares e comprometimento neurocognitivo pós-alta, o *delirium* já é reconhecido como um problema de saúde pública, demandando gastos de 4 a 16 milhões de dólares ao ano apenas nos Estados Unidos<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, enfatiza-se que a adoção de estratégias preventivas e a redução de sua incidência devem ser introduzidas e utilizadas como indicadores de qualidade no ambiente de cuidados críticos<sup>(3)</sup>.

Face ao exposto, constata-se que a equipe de enfermagem ocupa um papel ímpar no cuidado ao idoso grave, sendo a categoria profissional que acompanha o paciente continuamente e que executa grande parcela das ações assistenciais, o que reflete diretamente nos resultados alcançados por este. Encontra-se, portanto, em posição privilegiada para instituir medidas preventivas, identificar precocemente sinais de *delirium*, aplicar as escalas validadas e acompanhar a evolução do quadro, implementando intervenções apropriadas para redução da sua duração.

Contudo, apesar da relevância do *delirium* como uma importante causa de complicações a curto, médio e longo prazos para o idoso crítico, ainda persiste a lacuna entre as evidências científicas disponíveis e a sua implementação na prática clínica. Estudos internacionais demonstram que profissionais de saúde, incluindo enfermeiras, apresentam

conhecimento superficial sobre a temática, subestimando a gravidade do problema, e apenas uma pequena parcela (4 a 33%) tem utilizado ferramentas validadas para detecção do quadro<sup>(4-5)</sup>.

No que tange ao cenário nacional, a partir de pesquisa eletrônica realizada em agosto de 2014, no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), utilizando o cruzamento do descritor “enfermagem” com a palavra-chave “*delirium*”, não foram encontradas produções sobre as opiniões/percepções da enfermagem direcionadas ao tema. Constatou-se, de forma complementar, a existência de uma única publicação científica brasileira dessa categoria profissional sobre a temática *delirium*, em formato de revisão de literatura, com foco em escala específica para a sua detecção no paciente internado na UTI.

Frente às considerações efetuadas e à relevância da problemática levantada, essa pesquisa – recorte de uma dissertação de mestrado que almejou realizar uma intervenção educativa junto à equipe de enfermagem de uma UTI visando a ampliação do conhecimento e a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos – apresentou como objetivo: verificar os conhecimentos e as práticas da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado ao idoso para prevenção e monitorização do *delirium*.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa-ação, cujos resultados desse artigo corresponderam aos achados obtidos na sua primeira fase, o diagnóstico situacional. As participantes do estudo foram nove enfermeiras e uma técnica de enfermagem de uma UTI geral de um hospital escola federal do município de Salvador, Bahia. Como critérios de inclusão, determinaram-se:

profissionais de enfermagem que atuassem na UTI *locus* e que comparecessem à oficina pedagógica.

Escolheu-se a referida UTI como *locus* do estudo por apresentar prevalência de *delirium* de 23,8% nos pacientes cirúrgicos e de 43,8% nos pacientes clínicos, conforme dados divulgados por um grupo de pesquisa<sup>(6)</sup>, associada à ausência de um programa para prevenção e detecção do quadro através de instrumentos validados.

Os dados foram coletados através de uma oficina pedagógica direcionada por roteiro previamente elaborado. As falas das participantes foram gravadas e posteriormente transcritas. Buscando identificar o conhecimento das profissionais sobre a temática *delirium*, medidas para prevenção, meios para detecção e controle do quadro, a pesquisadora utilizou perguntas norteadoras para guiar a discussão sobre o tema, estimulando as participantes.

Após o momento de discussão, foram fixadas folhas de papel metro em uma das paredes da sala em que foi realizada a oficina, contendo a figura de um idoso crítico ao centro e os seguintes tópicos: medidas preventivas adotadas, detecção e controle do quadro. Então, foi solicitado às participantes que, individualmente, relatassem alguma experiência durante o cuidado a um idoso com *delirium*, sendo registradas no papel metro as palavras/frases centrais proferidas, de acordo com cada tópico. Para finalizar esse momento, a pesquisadora leu as informações registradas, representando as práticas do grupo para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI do estudo.

Para a análise dos dados referentes ao conhecimento das profissionais sobre a temática, oriundos do grupo de discussão, empregou-se a análise de conteúdo, modalidade temática, operacionalizada através de três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação<sup>(7)</sup>. Os resultados referentes às práticas do grupo para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus* foram sintetizados em palavras e expressões centrais e expostos em um quadro.

Todos os dados apresentados foram analisados a partir de uma construção teórica acerca do *delirium* no idoso crítico, fundamentada nas atuais evidências científicas das bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

O projeto foi submetido à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado sob o parecer de nº 549.930. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantia do sigilo e anonimato das profissionais, as falas foram identificadas através da letra E (enfermeira), variando de E01 a E09, e da letra T (técnica em enfermagem).

## **Resultados e discussão**

Face ao conhecimento apresentado pelas participantes sobre o *delirium* no idoso em estado crítico, foram construídas as categorias temáticas: O *delirium* decorre de fatores relacionados a uma condição aguda e ao internamento no ambiente da terapia intensiva; A prevenção do *delirium* através da promoção de estratégias para a reorientação do idoso; Desorientação e agitação como manifestações importantes para a identificação do *delirium*; Controle do quadro através do uso de medicamentos e mobilização do leito.

### **O *delirium* decorre de fatores relacionados a uma condição aguda e ao internamento no ambiente da terapia intensiva**

O *delirium* configura-se como uma disfunção multifatorial<sup>(8)</sup>, por conseguinte o conhecimento acerca das condições associadas, com a finalidade de detectá-las e corrigi-las, é ponto fundamental para prevenção e redução da duração do quadro. A pessoa idosa apresenta diversificados fatores de risco predisponentes (características do paciente e suas doenças de base)<sup>(8)</sup> e precipitantes (doença aguda, tratamento e ambiente de cuidado)<sup>(8)</sup> para a ocorrência

desse distúrbio. Alguns desses fatores precipitantes foram citados pelas participantes, como condições médicas e a retirada de drogas de abuso:

*Acredito que [...] os distúrbios metabólicos também estejam incluídos nesse processo. (E07)*

*[...] Às vezes acontece delirium por abstinência de uso de droga. (T)*

Sabe-se que o idoso, particularmente, está mais susceptível à ocorrência do *delirium* frente às alterações decorrentes dos processos de senescência e senilidade, o que ocasiona uma redução das reservas fisiológicas e eleva o desenvolvimento de condições agudas associadas a essa disfunção, como as doenças sistêmicas e as desordens neurológicas, metabólicas, cardiovasculares e sistêmicas<sup>(9)</sup>. De forma complementar, a pessoa idosa apresenta um maior risco de desenvolvimento de *delirium* induzido por medicamento (opióides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos), o que é intensificado pelas alterações renais e hepáticas presentes no envelhecimento. Contudo a prescrição dessas drogas para esse perfil de paciente ainda é prática comum na UTI, conforme o relato de uma das enfermeiras:

*[...] Não existe uma diferenciação do paciente adulto para o paciente idoso, [...] têm alguns medicamentos que são utilizados que não são adequados para o idoso, aí impregna e a situação vai se agravando cada vez mais [...] no adulto deveria ser uma dose e no idoso outra dose menor ou um medicamento específico [...] aí vai Haldol, vai Diazepam,, vai tudo para todo mundo, o idoso sendo tratado como um adulto e não é para ser assim..(E02)*

Condições associadas ao internamento na UTI, como o ruído e o isolamento do idoso, também foram expostas como desencadeantes do *delirium*:

*[...] Eu acho que um dos fatores mais importantes é estar sem a companhia do familiar, né?!(E07)*

*[...] Muitos fatores podem interferir nesse processo como o ruído, como o isolamento desse paciente idoso na UTI. (E08)*

Segundo dados de um estudo com pacientes críticos<sup>(8)</sup>, o isolamento, promovido por internamento em quartos individuais ou pela ausência e/ou restrição de visitas, aumenta o risco do paciente desenvolver *delirium*. O idoso, por apresentar menos recursos para lidar com o estresse<sup>(9)</sup>, apresenta esse risco potencializado quando internado no ambiente da terapia



intensiva, visto que estas unidades, geralmente, não permitem o acompanhamento contínuo e têm horários de visita rígidos. Consequentemente, a orientação desse paciente em relação ao ambiente de cuidado é comprometida.

A privação do sono também constitui um dos fatores precipitantes para o surgimento de *delirium* e é decorrente, em parte, dos ruídos excessivos presentes na UTI, ocasionado pelo maquinário e pelos profissionais, citado apenas por uma das participantes. Pesquisa realizada recentemente evidenciou que a utilização de um pacote com medidas para otimizar a qualidade e o número de horas de sono, através da redução da luminosidade, dos ruídos e da realização de procedimentos no período noturno, foi efetiva na redução da incidência e duração do *delirium*<sup>(11)</sup>.

Nota-se que as participantes não referiram à existência de outros relevantes fatores de risco precipitantes para a disfunção, encontrados comumente na UTI e que estão associados diretamente ao cuidado prestado pela enfermagem, como o uso de restrições físicas, a luminosidade excessiva no período da noite, a privação sensorial e o uso de dispositivos invasivos<sup>(8,11)</sup>. Associadamente, fatores predisponentes fortemente relacionados à disfunção como a demência pré-existente e a hipertensão<sup>(2)</sup>, comuns na população idosa, também não foram citados. Visto que o número de fatores de risco apresentado pelo paciente eleva proporcionalmente a possibilidade de instalação dessa disfunção cerebral, o conhecimento acerca dos mesmos é essencial para graduar o risco de desenvolvimento do *delirium*, logo na admissão do idoso, e otimizar as medidas preventivas a serem implementadas.

### **A prevenção do *delirium* através da promoção de estratégias para reorientação do idoso**

No tocante às medidas preventivas, as participantes relataram, exclusivamente, a importância da reorientação do idoso, a tempo em que reconheceram a deficiência em realizar tais ações.

*Eu acho que entra [...] a parte de orientar, conversar, ouvir, a gente não tem essa prática [...]. O idoso é muito difícil, [...] a gente não tem essa paciência. (E01)*

*[...] A gente também esquece de passar para o paciente, porque quando a gente chega na UTI, por exemplo, o paciente, às vezes, tem 10 dias que está lá, mas ele não tem noção de que dia é, de que hora é, porque lá é fechado, ele não sabe se é dia, se é noite, eu acho que a gente da enfermagem que todo dia chega ao lado do paciente [...], a gente tem um papel importante nisso, a gente deveria chegar para o paciente e dizer “olhe, hoje é segunda-feira, são 8 horas da manhã, hoje é tal dia da semana, está fazendo sol, ou está chovendo” pra pelo menos deixar ele mais ciente do que está acontecendo, acho que a gente peca muito nisso. (E03)*

Estratégias de reorientação efetuadas pela equipe de enfermagem têm apresentado resultados animadores na redução da ocorrência do quadro. Chamar o paciente pelo primeiro nome, orientá-lo em relação ao dia, data, hora, local e quadro clínico, estimular a memória com perguntas sobre dados já informados e fatos da sua vida pessoal, de forma periódica, associada ao fornecimento de livros, revistas, estímulo acústico e presença de relógio nos leitos, são medidas que compuseram um pacote de intervenções efetivo na prevenção da síndrome<sup>(12)</sup>.

Verifica-se que algumas dessas medidas são executadas parcialmente pela equipe e geralmente são direcionadas exclusivamente para a reorientação do paciente em relação à data e ao local em que este se encontra, sem incluir outros elementos importantes, estimular a memória e estabelecer uma periodicidade. Associadamente, não são efetuadas rotineiramente, o que pode ser atribuído à falta de paciência, já alegada pelas participantes, à sobrecarga de trabalho e ao desconhecimento sobre a importância da execução dessas intervenções. Visto que é a enfermagem que permanece por maior período de tempo acompanhando o paciente e que as medidas investigadas são de baixo custo e de fácil aplicabilidade, há a necessidade de sensibilização das profissionais acerca da importância dessa estratégia de reorientação, assim como a realização de atividades educativas para que essas ações sejam implementadas adequadamente e em sua totalidade.

A exposição de objetos familiares e a extensão do horário de visitas, práticas não comuns na unidade crítica, mas que contribuem para a reorientação da pessoa idosa, foram colocadas por algumas das enfermeiras da pesquisa como medidas relevantes:

*[...] Pedir a família uma foto do paciente em um porta-retrato para colocar na cabeceira [...] trazer alguma coisa que referenciasse aquele paciente como pessoa. (E02)*

*Sempre que eu posso, sempre que o ambiente permite, o que eu faço é estender mais a visita [...] para que o idoso interaja mais [...] (E07)*

Nessa perspectiva, nota-se a importância da participação da família/cuidador no processo de reorientação, visto que são pessoas que o idoso têm maior convivência e acabam por trazê-lo, mais facilmente, à realidade. Um estudo que incluiu a extensão do horário de visita, a família no processo de reorientação, a permissão de objetos familiares no leito e a liberação do uso de aparelho auditivo e óculos promoveu a redução significativa da ocorrência de *delirium* na UTI, com incidência de 5,6% no grupo intervenção e de 13,3% no grupo controle<sup>(13)</sup>. Percebe-se também que, dos fatores de risco elencados pelas participantes, apenas foram indicadas medidas preventivas para evitar/minimizar o isolamento do idoso na UTI através da extensão do horário de visitas, não sendo citadas medidas para redução dos ruídos, assim como a avaliação criteriosa de medicamentos que possam precipitar a ocorrência dessa disfunção.

### **Desorientação e agitação como manifestações importantes para a identificação do *delirium***

A agitação psicomotora e a desorientação foram os sinais citados com maior frequência pelas profissionais para detecção do quadro, sendo estes facilmente identificáveis na prática clínica:

*Eu acho que a principal característica é a agitação motora ou falas desconexas, [...] é bem fácil de você identificar quando ele começa a ter um comunicar totalmente desconexo da realidade. (E01)*

[...] são os pacientes que estão desorientados, agitados [...] confusos mentalmente ou a gente fala e ele faz outra coisa. (E06)

Entre outras alterações referidas pelas participantes, estavam os distúrbios da percepção, como as alucinações, e o déficit agudo de memória, conforme as falas a seguir:

[...] Um quadro de esquecimento súbito também pode ser uma característica de delirium. (E09)

Eu já tive paciente [...] e aí ele ficava “olha o camarão subindo ali”. (T)

Observa-se então que o *delirium* é reconhecido pela enfermagem exclusivamente quando as manifestações são intensas, relacionadas ao subtipo hiperativo, cuja prevalência é significativamente menor (aproximadamente 2% dos pacientes com o quadro) que a do subtipo hipoativo, o mais encontrado na população idosa<sup>(1,10)</sup>. Valoriza-se, conseqüente e erroneamente, apenas as alterações na cognição e o comportamento motor exacerbado para detecção do *delirium*, enquanto que a presença de letargia, apatia e redução do grau de resposta aos estímulos não são consideradas, sendo geralmente atribuídas às características inerentes à faixa etária idosa, levando ao subdiagnóstico dessa disfunção aguda.

Dados semelhantes foram encontrados por uma pesquisa realizada com enfermeiras em Portugal que evidenciou uma taxa de subdiagnóstico de *delirium* de aproximadamente 31% a partir da percepção das profissionais e 13% nos registros em prontuário, em que a não detecção do quadro esteve presente, principalmente, nos casos de *delirium* hipoativo<sup>(14)</sup>.

Observou-se, adicionalmente, que entre os critérios diagnósticos para o *delirium*<sup>(10)</sup>, as participantes não mencionaram a falta de atenção e o curso flutuante e/ou caráter agudo da disfunção, além das perturbações na consciência, comuns nos pacientes com o quadro.

Ratificando os dados dessa categoria temática, estudos têm demonstrado que a avaliação clínica é insuficiente para o diagnóstico do *delirium*<sup>(15)</sup>, o que pode ser atribuído à variedade de manifestações clínicas que um paciente com o quadro poderá apresentar<sup>(10)</sup> e ao desconhecimento da equipe acerca das mesmas, sendo desenvolvidas, então, escalas para facilitar a sua detecção pelos profissionais de saúde. Apenas uma das participantes relatou a

existência dessas ferramentas, sem maiores informações como nomenclatura e periodicidade de aplicação:

*Assim, embora o delirium seja negligenciado do ponto de vista do diagnóstico, de tratamento na UTI, parece que existem instrumentos de fácil diagnóstico [...], instrumentos que foram validados [...], mas mesmo assim é negligenciado (E08).*

As atuais diretrizes para o manejo da dor, agitação e *delirium* em pacientes adultos críticos recomendam a monitorização rotineira da disfunção no ambiente da terapia intensiva, em pacientes com alto risco, com a utilização das escalas *Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)* e *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)*<sup>(2)</sup>. Estas ferramentas apresentam alta sensibilidade e especificidade para identificação do *delirium*, podendo ser aplicadas em poucos minutos, em pacientes em ventilação mecânica e sedados<sup>(2)</sup>. Contudo, ainda é reduzido o número de profissionais de saúde que as utilizam na prática clínica<sup>(4-5)</sup>.

Sendo a equipe de enfermagem a maior provedora de cuidados na UTI, ocupa uma posição de destaque na detecção precoce do *delirium* no idoso, através do uso dessas escalas. A partir do rápido reconhecimento da disfunção, medidas para redução da duração do quadro poderão ser executadas, garantindo um melhor prognóstico para o paciente e minimizando/eliminando a ocorrência de eventos adversos.

### **Controle do quadro através do uso de medicamentos e mobilização do leito**

Assim como a ocorrência do distúrbio, o número de dias em *delirium* também está associado a resultados clínicos negativos, como o aumento do risco mortalidade e o de comprometimento neurocognitivo até um ano após alta da UTI<sup>(2)</sup>, portanto, a adoção de estratégias para reduzir a duração do quadro é fundamental.

Constata-se que o uso de sedativos e antipsicóticos, dentre eles o Haloperidol, é medida frequentemente utilizada para o controle do *delirium* no subtipo hiperativo,

objetivando garantir a segurança do paciente internado, face ao risco potencializado da ocorrência de eventos adversos: *Por isso que é mais fácil sedar também, porque a gente não tem muita paciência né, pra vê aquele paciente lá se agitando, arriscando a cair do leito, arriscando retirar o acesso né, arriscando por várias coisas, né?! (E07)*

Além da sua comprovada relação com a ocorrência de quedas e retirada acidental de dispositivos<sup>(16-17)</sup>, o *delirium* acarreta uma elevação significativa da carga de trabalho da enfermagem, assim como promove irritação, frustração e estresse dessas profissionais<sup>(18)</sup>. Frente ao seu processo de trabalho, é a equipe de enfermagem que monitoriza o paciente com quadro e implementa medidas para o seu controle. Conseqüentemente, a mesma acaba por vivenciar, de forma mais próxima, a agitação psicomotora, as tentativas de saída do leito e as agressões verbais e físicas realizadas pelo paciente. Sendo o uso de sedativos e antipsicóticos efetivos para o controle dessas manifestações clínicas, essas medicações acabam constituindo-se a primeira alternativa no tratamento do *delirium* hiperativo.

Contudo, apesar de ser uma prática comum na UTI<sup>(4)</sup>, não há evidências científicas de que o uso do Haloperidol reduza a duração do *delirium*<sup>(2)</sup>. Por conseguinte, esse fármaco atua exclusivamente no controle da agitação psicomotora. Referindo-se ao tratamento farmacológico para o *delirium*, as recomendações existentes são fracas, especialmente nos casos de *delirium* hipoativo<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, as atuais diretrizes para o manejo da dor, agitação e *delirium* em pacientes adultos críticos informam que o uso dos antipsicóticos atípicos poderá reduzir a duração do quadro, a tempo em que sugerem infusão contínua de dexmedetomidina como sedação nesses pacientes, quando o evento não está relacionado à abstinência de álcool ou benzodiazepínicos<sup>(2)</sup>.

Apenas uma das participantes referiu a adoção de estratégias não farmacológicas para a redução da duração do *delirium*:

*Eu tive uma experiência que foi assim, um paciente idoso [...] começou a ficar agressivo, agressivo, polifônico, sabe e começou a dar trabalho e logo o que eu pensei Haloperidol, né?! Porque a gente pensa né,*

*pra ele ficar mais tranquilo, pra ele não arrancar nada, porque ele estava quase caindo da cama. E aí nesse momento o coordenador médico entrou com a experiência dele “não, vamos sentar ele, vamos levantar ele, vamos ver se ele caminha” e eu fiquei assim “e se ele agredir todo mundo?! E se ele arrancar tudo?!” [...] eu não estava tranquila, mas enfim... Quando o paciente andou, quando ele realmente pôde levantar, fazer exercício com a fisioterapia, pôde sair do leito, noooooossa ele se transformou, ele foi melhorando gradativamente até que ele saiu do quadro. (E07)*

A imobilização já é conhecida como um fator de risco para *delirium*<sup>(8)</sup> e se configura como uma condição comum no ambiente da terapia intensiva face ao uso de sedativos, à gravidade das condições clínicas e aos diversificados dispositivos utilizados pelo paciente. Nesse sentido, um ensaio clínico randomizado<sup>(19)</sup> comprovou que a mobilização precoce, associada à terapia ocupacional, reduziu significativamente o número de dias de *delirium*, constituindo-se então em prática recomendada tanto para prevenção como para redução da duração do quadro<sup>(2)</sup>.

Adicionalmente, a fala citada reflete o desconhecimento da enfermeira em relação à eficácia dessa medida, assim como o receio quanto à manutenção da segurança do paciente e dos profissionais ao executá-la. Verifica-se então que, frente à facilidade e à comodidade da administração de medicamentos para controle dos sinais clínicos de *delirium* hiperativo, há a necessidade de esclarecimento da equipe em relação aos reais efeitos dos fármacos na redução dos dias em *delirium* e acerca da importância da implementação da mobilização precoce, as indicações para realizá-la, devendo ser adequadamente avaliadas em pacientes hipotativos, e os cuidados que deverão ser efetuados durante a sua execução, com a finalidade de evitar eventos adversos.

**Práticas efetuadas pelo grupo para prevenção, monitorização e controle do *delirium* no idoso internado na UTI**

O quadro 01 apresenta as práticas efetuadas pelo grupo para prevenção, detecção e controle do *delirium* no idoso no cotidiano do trabalho em uma UTI.

Medidas preventivas	Detecção	Controle do quadro
Orientação em relação ao tempo, espaço, procedimentos e dispositivos em uso Instrução da família para conversar com o paciente Ajuste dos alarmes do monitor Redução da luminosidade dos leitos no período noturno	Agitação psicomotora Fala desconexa com a realidade Alucinações Perda súbita de memória	Haloperidol <i>Bolus</i> /aumento da vazão da sedação em uso Contenção mecânica Conversar com o idoso de forma a tranquilizá-lo

**Quadro 01 – Práticas efetuadas pelas enfermeiras e técnica de enfermagem para prevenção, monitorização e controle do *delirium* no idoso no cotidiano do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Salvador, BA, Brasil, 2014.**

Ao confrontar o conhecimento sobre a temática apresentado pelas participantes com as práticas efetuadas pelo grupo, observa-se que em relação às medidas preventivas incluiu-se a redução da luminosidade e dos ruídos, através do ajuste dos alarmes do monitor, com a finalidade de promover o sono no período noturno, assim como a instrução da família para conversar com o paciente, de forma a contribuir para a manutenção da adequada orientação do mesmo.

Pesquisas<sup>(11-13)</sup> têm demonstrado que essas práticas realmente são efetivas na prevenção da ocorrência de *delirium*, e publicações<sup>(2)</sup> têm recomendado a sua utilização, revelando que a enfermagem tem um importante papel na sua operacionalização. Contudo, ressalta-se que as práticas de reorientação, incluindo a participação da família, devem ser realizadas periodicamente e sistematicamente<sup>(13)</sup>, estimulando a memória e permitindo a entrada de jornais, revistas, aparelhos musicais, óculos e aparelhos auditivos, o que não vem sendo executado rotineiramente na UTI do estudo.

Nota-se que a redução dos ruídos na unidade envolve uma série de intervenções que perpassam o ajuste dos alarmes do monitor, como evitar realizar procedimentos/exames



eletivos após às 22 horas, desligar os televisores dos leitos, a sensibilização da equipe para evitar conversas próximas aos pacientes e o uso de celulares nas áreas assistenciais.

Constata-se, também, que a identificação do quadro na unidade do estudo é efetuada exclusivamente através da avaliação clínica, não sendo efetuada a aplicação de escalas validadas, conforme preconizado pelas atuais evidências científicas<sup>(2)</sup>. Como as participantes não reconhecem o *delirium* em sua forma hipoativa, a mais comum, provavelmente há um subdiagnóstico dessa disfunção na unidade.

Em relação ao controle do quadro, o grupo informou o uso da contenção mecânica e de medidas para tranquilizar o paciente, nos casos do *delirium* hiperativo. Ressalta-se que a restrição física se constitui como um fator de risco para esta síndrome<sup>(8)</sup>, conseqüentemente, o seu uso poderá contribuir para a manutenção do quadro. A mobilização precoce, citada por apenas uma das participantes, não se configura como uma prática comum nessa UTI, apesar de sua importância na prevenção e redução da duração do quadro<sup>(2,19)</sup>.

## **Conclusão**

As participantes da pesquisa mostraram conhecimento incipiente sobre a temática e não reconhecem o espectro hipoativo do *delirium*, o que repercute diretamente nas práticas efetuadas para a sua prevenção e monitorização, havendo a necessidade premente de sua fundamentação nas atuais evidências científicas.

Frente à transição demográfica em curso, com um número crescente de idosos na UTI, e sendo este um grupo vulnerável à ocorrência do *delirium*, a enfermagem, face ao seu processo de trabalho, apresenta uma essencial função na identificação dos fatores de risco, na prevenção, na monitorização e na gestão dessa síndrome. Assim, uma intervenção educativa com a equipe de enfermagem da pesquisa poderá reduzir os desfechos clínicos negativos associados ao *delirium* e garantir melhores resultados para os idosos assistidos.

## Referências

1. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54(3):479-84.
2. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med.* 2013; 41:263-306.
3. Salluh JIF, Pandharipande P. Prevenção do *delirium* em pacientes críticos: um recomeço? *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012; 24(1):1-3
4. Verstraete L, Joosten E, Milisen K. Opinions of physicians and nurses regarding the prevention, diagnosis and management of delirium. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2008; 39(1):26-34.
5. Patel RP, Gambrell M, Speroff T, Scott TA, Pun BT, Okahashi J, et al. Delirium and Sedation in the Intensive Care Unit (ICU): survey of behaviors and attitudes of 1,384 healthcare professionals. *Crit Care Med.* 2009; 37(3): 825-32.
6. Bouza CB, Amorim DM, Zenaide PV, Alvim RP, Carvalho JPLM, Martins JCS, et al. Impacto dos episódios de delirium em pacientes cirúrgicos e clínicos. XVIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva; 2013 Nov 06-09; Rio de Janeiro, BR. São Paulo: RBTI; 2013.
7. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 315-18.
8. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit. Care.* 2009;13(3):R77.

9. Foreman MD, Milisen K, Fulmer TT. *Critical Care Nursing of Older Adults: Best Practices*. Third Edition. New York: Springer Publishing Company; 2010. p.1-611.
10. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 595-601.
11. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*. 2014; 69:540-49.
12. Colombo R, Corona A, Praga F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiol*. 2012; 78:1026-33.
13. Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*. 2012; 41:629-34.
14. Silva RCG, Silva AAP, Marques PAO. Analysis of a Health Team's Records and Nurses' Perceptions Concerning Signs and Symptoms of Delirium. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011 Jan-Feb; 19(1):81-9.
15. Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes JH. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Med*. 2009; 35:1276-80.
16. Van den Boogaard M, Schoonhoven L, Van der Hoeven GJ, Van Achterberg T, Pickkers P. Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: A prospective observational cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(7):775-83.
17. Lakatos BE, Capasso V, Mitchell MT, Kilroy SM, Lussier-Cushing M, Sumner L, et al. Falls in the general hospital: association with delirium, advanced age, and specific surgical procedures. *Psychosomatics*. 2009; 50(3):218-26.

18. Pretto M, Spirig R, Milisen K, DeGeest S, Regazzoni P, Hasemann W. Effects of an interdisciplinary nurse-led Delirium Prevention and Management Program (DPMP) on nursing workload: A pilot study. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46:804-12.
19. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2009; 373(9678):1874-82.

## 4.2 Artigo 2

### **A enfermagem na prevenção e monitorização do *delirium* em idosos críticos: identificando problemas e planejando ações para transformação das práticas**

Objetivos: identificar, junto à equipe de enfermagem, os problemas existentes nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico em uma unidade de terapia intensiva e planejar ações para resolução/minimização desses problemas. Método: pesquisa-ação com onze enfermeiras e uma técnica em enfermagem. Os dados foram coletados em oficinas pedagógicas e analisados a partir de uma construção teórica sobre *delirium* e de uma das premissas da educação permanente em saúde, a problematização das práticas. Resultados: dez problemas foram identificados pelas participantes. Quase todos os relacionados às práticas de prevenção do *delirium* continham fatores de risco para a ocorrência do quadro. Acerca das práticas de monitorização, determinou-se como problema a não utilização de escalas para o diagnóstico. Foram planejadas ações de caráter educativo, técnico e gerencial, envolvendo a articulação com outros setores da organização hospitalar para o equacionamento desses problemas. Conclusão: a problematização das práticas através da autoanálise, autogestão e tomada de decisão compartilhada possibilitou a identificação de problemas reais e de soluções viáveis para a sua eliminação, o que favorecerá o empoderamento e o despertar da corresponsabilidade entre as envolvidas, desenvolvendo o compromisso com a execução das medidas pactuadas e implicando-as como protagonistas da alteração desejada.

Descritores em português: Delirium, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos; Idoso; Unidades de terapia intensiva; Equipe de enfermagem; Educação continuada.

Descritores em inglês: Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders; Aged; Intensive care units; Nursing, team; Education Continuing.

Descritores em espanhol: Trastornos de Delirio, Demencia, Amnésicos y Cognitivos; Anciano; Unidades de cuidados intensivos; Grupo de enfermería; Educación Continua.

## **Introdução**

O *delirium* é um transtorno neurocognitivo agudo que envolve uma variedade de manifestações clínicas, as quais ocorrem em 70% a 87% dos idosos internados na unidade de terapia intensiva (UTI)<sup>(1)</sup>.

A sua relevância resulta não apenas da sua expressiva incidência/prevalência nesses indivíduos, mas também do seu impacto na morbimortalidade, elevação de custos hospitalares, risco de demência e institucionalização pós-alta hospitalar<sup>(2-3)</sup>. Adicionalmente, o *delirium* está relacionado a um maior risco de eventos adversos como quedas, lesões e retirada de dispositivos<sup>(4)</sup>, o que pode comprometer a segurança do idoso na unidade crítica, ratificando a importância da execução de ações preventivas e de monitorização do quadro.

A equipe de enfermagem, frente ao seu processo de trabalho, apresenta um importante papel nesse cenário, pois as estratégias para evitar a ocorrência do *delirium* e reduzir a sua duração estão intimamente direcionadas à assistência efetuada por essa categoria profissional<sup>(2,5)</sup>. De forma complementar, por desenvolver cuidados à beira do leito e em horário integral aos pacientes críticos, a enfermagem ocupa uma posição crucial na identificação precoce do quadro.

Face à pertinência deste assunto, acredita-se que para promover a transformação efetiva nas práticas da enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico é necessário ir além de uma pontual e isolada capacitação sobre a temática. Para tanto, é imprescindível realizar uma intervenção em que enfermeiras e técnicas em enfermagem sejam estimuladas a repensar sua prática, identificando problemas reais e buscando

alternativas para melhoria do cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com esse quadro, a partir da articulação das atuais evidências científicas com os seus saberes prévios.

Nesse sentido, a educação permanente (EP), enquanto ferramenta pedagógica, se mostra como uma opção, pois está integrada ao cotidiano das organizações e do trabalho, de modo que o profissional é visto como o protagonista das alterações desejadas<sup>(6)</sup>. Através da problematização das práticas e da busca de alternativas para sua transformação pelos sujeitos diretamente implicados, a EP estimula, concomitantemente, a autoanálise, a autogestão e a tomada de decisão compartilhada, possibilitando a determinação de soluções viáveis para mudança da realidade vivida e o desenvolvimento de uma atuação comprometida, qualificada e crítico-reflexiva<sup>(6-7)</sup>.

Face ao exposto, por reconhecer as profissionais de enfermagem como importantes sujeitos desencadeadores de mudanças no cotidiano do trabalho na UTI, este estudo objetivou: identificar, junto à equipe de enfermagem, os problemas existentes nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico em uma UTI e planejar ações para resolução/minimização desses problemas.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa-ação (PA), definida como “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo”<sup>(8)</sup>. O trabalho em tela é recorte de uma dissertação de mestrado e os seus resultados correspondem aos achados obtidos nas fases exploratória (diagnóstico situacional) e de planejamento das ações. Na fase do diagnóstico situacional<sup>(8)</sup> foi efetuado o levantamento da realidade a ser pesquisada através do conhecimento da unidade *locus* e identificação dos principais problemas trazidos pela equipe de enfermagem. Na fase de planejamento das ações<sup>(8)</sup> foram definidas ações que contribuiriam para a

solução/equacionamento dos problemas detectados, assim como os seus objetivos e as profissionais que iriam executá-las.

A pesquisa foi realizada em uma UTI geral de um hospital de ensino de Salvador. Como critérios de inclusão determinaram-se: profissionais de enfermagem que atuassem na UTI *locus* e que comparecessem às oficinas pedagógicas. Os dados foram coletados através de quatro oficinas pedagógicas, direcionadas por roteiro previamente elaborado, realizadas mensalmente entre janeiro e abril de 2014. Participaram das oficinas onze enfermeiras e uma técnica em enfermagem. As falas das participantes foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas em arquivo *Word*.

Nas oficinas pedagógicas foram apresentadas, pela pesquisadora, evidências científicas sobre o *delirium* no idoso crítico, abordando: definição, fatores de risco, epidemiologia, implicações, métodos para detecção, prevenção e controle da disfunção e o essencial papel da enfermagem nesse contexto. Associadamente, foram distribuídos às participantes, antes de cada encontro, artigos e capítulos de livros sobre a temática para subsidiar as discussões. Essas ações possibilitaram instrumentalizar o grupo com aporte teórico atualizado para a identificação dos problemas existentes nas práticas efetuadas e para o planejamento das respectivas ações para a sua resolução.

Os resultados referentes aos problemas levantados e as ações determinadas pelo grupo foram sintetizados em frases/parágrafos e expostos em quadros. Todos os dados apresentados foram analisados a partir de uma construção teórica acerca do *delirium* no idoso crítico e a partir de uma das principais premissas da educação permanente em saúde (EPS): a problematização das práticas<sup>(6,7)</sup>.

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, segundo o parecer nº 549.930. Para garantia do sigilo e anonimato, as falas foram identificadas através da letra E (enfermeira), variando de E01 a E11, e da letra T (técnica em enfermagem).



## Resultados e discussão

A EPS baseia-se na problematização do cotidiano do trabalho cujas diretrizes norteadoras advêm da educação problematizadora<sup>(7)</sup>, em que a partir da reflexão do sujeito acerca da realidade vivenciada, desvelando-a e conhecendo-a criticamente, será possível agir para transformá-la<sup>(9)</sup>.

Para o alcance desse objetivo, a operacionalização do processo de problematização<sup>(6)</sup> deverá ser iniciada com a identificação de problemas nas práticas, considerados como “a percepção de uma distância entre a realidade e a situação desejada”<sup>(10)</sup>, seguindo-se da ampliação do conhecimento para determinação de ações factíveis para a sua resolução, a execução das medidas programadas e a avaliação dos resultados obtidos.

A ação de problematizar a realidade, através da vivência e da reflexão sobre as práticas cotidianas, incita o desejo de mudança, visto que favorece o contato com o desconforto, com a percepção de que o trabalho efetuado é insuficiente para solucionar as demandas de cuidado existentes<sup>(7,10)</sup>.

Partindo-se dessas considerações, a pesquisadora promoveu o contato das profissionais com esse desconforto/incerteza, estimulando-as a refletirem sobre o cuidado efetuado para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus*, fundamentadas em seus conhecimentos/vivências/experiências prévios e nas atuais evidências científicas expostas sobre a temática. Foram detectados então, coletivamente, dez problemas passíveis de resolução/minimização pelo grupo e as suas respectivas causas (Quadro 01). Nota-se que foram levantados problemas de diferentes ordens: formativa, técnica, material, gerencial e estrutural.

<b>Problemas detectados</b>	<b>Causas</b>
Déficit de sensibilização da equipe em relação ao cuidado ao idoso em risco para <i>delirium</i> ou que curse com o quadro	Conhecimento superficial acerca da temática Desmotivação Desinteresse

Dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes	Estrutura física inadequada da UTI
Ausência de rotinas para permissão de uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária	Desconhecimento sobre a repercussão da privação sensorial na ocorrência de <i>delirium</i> Insegurança da equipe na guarda dos dispositivos Falta de material para armazenamento
Orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais	Desconhecimento sobre a importância da reorientação periódica do paciente para a prevenção do <i>delirium</i>
Comunicação insuficiente entre profissionais e familiares	Desconhecimento sobre a importância de incluir a família no processo de reorientação do idoso Posicionamento do profissional
Material inadequado para a realização da contenção física	Falta de cuidado da equipe com o material Logística da instituição
Luminosidade excessiva durante o período noturno	Desconhecimento sobre a repercussão da privação do sono na ocorrência de <i>delirium</i> Estrutura física inadequada da UTI
Interrupção do sono dos pacientes no período noturno	Realização de exames Administração de medicações via oral, subcutânea e colírios Ausência de termômetros axilares em quantidade suficiente
Ruídos excessivos na unidade	Desconhecimento sobre a repercussão dos ruídos excessivos na ocorrência de <i>delirium</i> Falta de manutenção dos materiais/equipamentos Conduta do profissional
Não utilização de escalas para detecção do <i>delirium</i>	Conhecimento superficial acerca da temática, das implicações do <i>delirium</i> para o paciente e da importância da aplicação das escalas

**Quadro 01 – Problemas existentes nas práticas para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso em uma unidade de terapia intensiva e as suas prováveis causas, segundo a opinião da enfermagem. Salvador, BA, Brasil, 2014.**

A maioria dos problemas identificados contemplam fatores de risco para o desenvolvimento do *delirium* e estão relacionados ao ambiente da UTI e à assistência ofertada pela equipe multiprofissional, como a privação do sono e sensorial, os ruídos excessivos e o déficit de orientação dos pacientes pelos profissionais<sup>(11-12)</sup>. Esses achados enfatizam a importância da reflexão sobre o trabalho, subsidiada pela integração entre os saberes formais (literatura especializada) e informais (operadores da realidade)<sup>(7)</sup>, proporcionando a articulação entre teoria e prática, tornando os problemas visíveis ao grupo, conforme ratificado pela fala a seguir: [...] a gente não para pra pensar nas necessidades do paciente e a gente falou

*na oficina passada sobre o óculos que E02 colocou no paciente traqueostomizado e que a gente tirou sarro dela. Isso foi falta de conhecimento nosso e de parar e pensar que isso é importante para o paciente, para ele se orientar na unidade [...] (E01)*

Ainda dentre os problemas levantados, ressalta-se que o déficit de sensibilização da equipe em relação ao cuidado para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico foi o primeiro a ser elencado pelo coletivo e considerado por este o mais significativo na UTI pesquisada, visto que a sua ocorrência está articulada à existência de todos os outros problemas que estão direcionados ao cuidado direto ofertado pela equipe.

No que tange à monitorização do *delirium*, confirmou-se que no cenário do estudo, a enfermagem, assim como as outras categorias profissionais, não utilizava escalas para detecção da disfunção, contrapondo ao recomendado pelas atuais diretrizes para manejo da dor, agitação e *delirium* em pacientes críticos adultos<sup>(2)</sup>. Entretanto, após a exposição das evidências científicas, o coletivo identificou essa realidade como um dos problemas existentes, revelando o despertar para o diagnóstico precoce do quadro, com a finalidade de evitar eventos adversos e implementar medidas para redução da sua duração.

O processo de explicação pelo grupo dos problemas levantados é de extrema importância para a determinação de estratégias/ações de enfrentamento eficazes para o cotidiano vivenciado. Nesse momento, efetua-se a identificação das prováveis causas conhecidas como nós críticos que, quando modificadas, contribuem para a eliminação/minimização desses problemas<sup>(10)</sup>.

Nota-se que as causas detectadas foram variadas, sendo que o desconhecimento ou conhecimento superficial acerca da temática, suas implicações, os fatores de risco associados e as estratégias para monitorização da disfunção se sobressaíram em quase a totalidade dos problemas levantados. Apesar do aumento expressivo no número de pesquisas sobre *delirium* na última década em todo o mundo<sup>(2)</sup>, pesquisas nacionais ainda são escassas e publicações internacionais têm revelado que profissionais de saúde das diferentes categorias, dentre elas a

enfermagem, ainda apresentam conhecimento limitado sobre a temática<sup>(13-14)</sup>, o que acaba refletindo nas práticas executadas e contribuindo para a ocorrência da disfunção.

A respeito desse dado, umas das falas obtidas chama atenção: [...] lá na UTI tem um paciente no leito 8 que fica o dia inteiro ouvindo aquele radinho [...] e o pessoal ontem, acho que pela falta do conhecimento de que aquele radinho para ele poderia ser importante para evitar o delirium, falou: “ele fica com esse rádio aí até não sei que horas da noite ligado”. Só que assim, incomoda os outros, mas tem como orientar o paciente, mas a gente vê que a pessoa fala aquilo porque ele não sabe isso, se ele tivesse tomando esse curso iria saber que aquele radinho é importante pra ele, aí tem como adaptar para ele ouvir com fone. (E06). Por conseguinte, a realização de ações educativas com a finalidade de ampliar/atualizar o conhecimento da equipe poderá constituir o primeiro passo para a sensibilização dos profissionais acerca das repercussões do *delirium* para o idoso crítico e sobre a importância da adoção de medidas preventivas e de monitorização do quadro, contribuindo para mudanças de atitudes/comportamento dos trabalhadores e para uma melhor adaptação do paciente ao ambiente da UTI.

Desinteresse e desmotivação também foram apontados como causas, especificamente, do primeiro problema levantado: [...] falta muito também do interesse do profissional, tem gente que se acomoda na profissão, quando você quer implementar alguma coisa a resistência é muito grande, porque eu vou mexer na rotina, na zona de conforto, “eu não quero mais isso, estou cansado”! [...] o enfermeiro não pode se acomodar [...] você ali e tem muita coisa rodando em volta do paciente e um vacilo nosso pode sim causar delirium, pode afundar mais o paciente por conta disso[...] (E01). Sabe-se que o *delirium* está relacionado à ocorrência de diversificados eventos adversos<sup>(4)</sup> e que o paciente que cursa, principalmente com o subtipo hiperativo, aumenta consideravelmente a carga de trabalho da enfermagem, gerando situações de forte estresse para a equipe. Com isso, prevenir e monitorizar o quadro trará benefícios significativos para o idoso internado e para toda a equipe que presta cuidado a esse indivíduo.

Verificou-se, adicionalmente, que no cenário da pesquisa os profissionais, geralmente, solicitam a retirada de óculos, aparelho auditivo e prótese dentária na admissão do paciente,

promovendo a privação sensorial, elevando o risco da ocorrência de *delirium*<sup>(5,11)</sup>. As causas desse importante problema foram amplamente discutidas, com exposição de divergências entre as participantes: *Quantas vezes a gente já perdeu as dentaduras dos pacientes, os aparelhos[...] (E04) Realmente se uma pessoa não enxerga gente e deixamos ela lá sem óculos dentro da UTI, mesmo que ela vá morrer, é o minuto que ela está vendo as coisas [...] não gostam de colocar o óculos no paciente porque pensam “ah vai que some”. A gente está ali para trabalhar e manter a coisa organizada, não deveria nem existir essa frase. (E01)*

Reitera-se nesse momento a importância da problematização das práticas, com a valorização dos saberes e vivências das participantes. Após esse momento de discussão, uma das enfermeiras trouxe uma experiência prévia exitosa para evitar a privação sensorial, sendo posteriormente incluída no plano de ações referente a esse problema: *Quando eu trabalhava na enfermaria de outro hospital tinha um protocolo de prótese dentária, uma caixinha transparente, essas caixinhas bem baratas que já vêm com uma tampa. Quando o paciente era admitido a gente recebia uma tira de identificação e colocava nessa caixinha e o pessoal da higienização era treinado. Eles não podiam desprezar aquela caixinha nem com prótese e nem sem prótese, aí reduziu bastante a perda de prótese (E02).*

Referente às causas dos problemas levantados associados à privação do sono, nota-se que a própria estrutura física da unidade corrobora para o problema, visto que existem três leitos posicionados em frente ao posto de enfermagem e que, face à inexistência de um regulador de luminosidade nesse local, esses pacientes recebem diretamente a luz artificial durante a maior parte do turno noturno.

Dentre os fatores que elevam o ruído da unidade, a falta de manutenção de alguns equipamentos, como biombos que encontram-se sem rodas e lixeiras com tampas danificadas, foram sinalizadas pelas participantes. Contudo, o coletivo também levantou importantes fatores causais facilmente modificáveis, atribuindo a sua resolução à sensibilização da equipe e à mudança de comportamentos e atitudes: *A equipe não é de todo desconhecida em relação aos ruídos! Quando treinei na UTI em relação ao monitor, eu fui treinada que eu tinha que ajustar meus alarmes para não ter ruído, então todo mundo sabe disso! A equipe é grande, o ruído é inevitável, mas eu acho que*

*durante a noite isso deveria ser mais revisto, a questão da conversa no posto, né?! Agora vai caber à equipe realmente um estar policiando o outro e um apontar o outro, “olhe cuidado, está falando muito alto”, “a equipe está falando muito alto”[...] a gente precisa ter também os períodos, os momentos e a equipe tem que se conscientizar que está em um ambiente de trabalho (E09). Eu acho que o que acorda mesmo e o que incomoda o sono do paciente são as medicações, podemos ajustar, tipo heparina, um furo de 2 horas poderia ser dado 6,8 horas. Então poderia ser ajustado. Os sinais vitais em alguns pacientes, tipo o manguito enchendo o tempo todo com certeza acorda, né?! Tem o termômetro também.... Têm coisas que realmente poderiam ser ajustadas no sentido de facilitar mais o sono (E08). Um paciente falou “minha filha ela me acordou 2 horas da manhã para colocar um colírio”. (T)*

Face ao conteúdo das falas, ressalta-se o desenvolvimento, durante a problematização das práticas, da autoanálise acerca da assistência prestada, considerada como a autointerrogação sobre as condutas produtoras de cuidado no plano individual e coletivo<sup>(15)</sup>, proporcionado o surgimento de novos olhares sobre o cotidiano do trabalho e acerca de situações específicas, transformando o modo de perceber a realidade: *Mas a gente pode também melhorar a nossa parte, eu me coloco como a primeira errada. A gente tem que entender que o momento da visita também é o momento do nosso cuidado [...] Nesse momento a gente já podia dizer olha você poderia trazer um rádio, trazer isso aqui pra ele [...]. É terrível a família chegar e encontrar o paciente desorientado [...] Então é chegar lá e esclarecer, é uma coisa que a gente pode fazer [...] (E09). Agora a gente vai fazer sabendo o que está fazendo, né?! Sabendo que está fazendo buscando evitar o delirium, porque quando eu fiz, eu não fiz pensando nisso [...] (E02).*

Essas falas revelam a progressão da consciência ingênua, presente na aproximação espontânea da realidade, sem a análise crítica da mesma para a consciência crítica, em que há uma correlação entre fatores causais e circunstanciais que afetam a realidade vivida<sup>(16)</sup>. A autoanálise constitui-se então um passo importante para a conscientização do sujeito, considerada como indissociação do binômio reflexão-ação para alcance da transformação desejada<sup>(16)</sup>.

Adicionalmente, a problematização da realidade possibilita a elaboração de novas maneiras de gerir o processo de trabalho para reordenação das práticas de atenção, a partir de

acordos construídos coletivamente. Conseqüentemente, o profissional de saúde ocupa a posição de protagonista efetivo deste processo, saindo da condição de “recurso” para a posição de ator social, responsável pelas mudanças desejadas<sup>(7)</sup>.

Nessa perspectiva, a cogestão ou gestão participativa, uma das premissas da EPS, também é estimulada durante esse processo, promovendo a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho<sup>(7,17)</sup>. No estudo em tela, a cogestão e autogestão das atividades pela equipe de enfermagem propiciaram a tomada de decisões participativa e o compartilhamento de poder e responsabilidades, igualmente, entre as diferentes integrantes da categoria de enfermagem da UTI *locus* (enfermeiras assistenciais, técnica em enfermagem, coordenadora de enfermagem), deixando de ter importância, nesse sentido, a hierarquia da divisão técnica e social do trabalho.

Após a fase de identificação dos problemas e suas causas, iniciou-se o planejamento das ações para a sua resolução/minimização, consolidando o reconhecimento da possibilidade de mudança da prática pelas participantes. Todas as ações pactuadas nessa fase foram determinadas consensualmente e as responsáveis em efetuar-las se autoindicaram, sendo que todas as participantes foram direcionadas à execução de, no mínimo, uma dessas medidas.

As ações direcionadas à resolução dos problemas envolvendo as práticas de prevenção do *delirium* no idoso crítico no cenário do estudo estão expostas nos Quadros 02 e 03.

<b>Problemas detectados</b>	<b>Objetivos a serem alcançados</b>	<b>Ações necessárias</b>
Falta de sensibilização da equipe em relação ao cuidado ao idoso em risco para <i>delirium</i> ou que curse com o quadro	Proporcionar à equipe de enfermagem conhecimento teórico sobre o cuidado ao idoso crítico com <i>delirium</i>	Promover um seminário sobre a temática. Verificar a disponibilidade de espaço para realização do seminário. Verificar com a coordenadora de enfermagem a possibilidade de disponibilizar carga horária em escala de serviço para realização do seminário. Convidar algum integrante do grupo de pesquisa para expor os dados coletados dos pacientes com <i>delirium</i> da UTI do estudo. Convidar os membros do grupo da Qualidade (Meta 06 – risco de queda) para participarem do seminário.

		Divulgar o seminário para a equipe de enfermagem: elaborar um cartaz informativo e promover informações orais.
Dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes	Proporcionar a visualização dos relógios por todos os pacientes internados	Verificar a possibilidade de aquisição de mais três relógios para a unidade. Verificar com o serviço de engenharia e manutenção a possibilidade de instalação dos relógios nas paredes de fórmica.
Orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais	Favorecer a manutenção do idoso orientado no tempo, espaço e em relação ao quadro clínico para promover a redução de <i>delirium</i>	Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância da orientação periódica do paciente: seminário. Divulgar e estimular o preenchimento do impresso já existente: “Ficha de orientação multiprofissional paciente/familiar”. Incluir na prescrição de enfermagem os cuidados referentes à orientação periódica/estímulo à memória do paciente.
Comunicação insuficiente entre profissionais e familiares	Promover uma comunicação efetiva entre profissionais e familiares acerca da importância da prevenção do <i>delirium</i>	Informar/sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a importância da instrução da família sobre o quadro de <i>delirium</i> : seminário. Incluir na cartilha “Orientações para visitantes” informações sobre <i>delirium</i> : o que é e como prevenir. Elaborar um cartaz informativo sobre <i>delirium</i> : o que é; o que causa; como identificar; como prevenir.

**Quadro 02 – Quadro de ações pactuado pelas participantes da pesquisa para resolução/equacionamento dos problemas relacionados às práticas de prevenção do *delirium* no idoso em uma unidade de terapia intensiva. Salvador, BA, Brasil, 2014.**

<b>Problemas detectados</b>	<b>Objetivos a serem alcançados</b>	<b>Ações necessárias</b>
Ausência de rotinas para permissão de uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária	Promover o conforto do paciente idoso e reduzir as barreiras sensoriais	Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de evitar privação sensorial: seminário. Instituir como rotina a flexibilização do uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária, conforme condição clínica. Instituir como rotina a sinalização em prontuário dos pacientes que estiverem em uso de prótese dentária. Verificar a disponibilidade de caixas plásticas para acondicionamento das próteses dentárias. Como segunda alternativa, utilizar sacos plásticos.
Material inadequado para a realização da contenção	Disponibilizar material para contenção física em quantidade e qualidade	Entrar em contato com o grupo responsável pela Segurança do Paciente no processo de Acreditação, verificando a possibilidade de adquirir contenções em número adequado para a unidade. Entrar em contato com a lavanderia para determinar a



física	adequadas	forma de controle (entrega e devolução) das contenções encaminhadas para lavagem. Orientar a equipe em relação ao uso e controle (entrega e devolução) das contenções.
Luminosidade excessiva durante o período noturno	Reduzir a luminosidade da unidade no período noturno para promover melhor qualidade do sono dos pacientes	Verificar com a manutenção elétrica a possibilidade de separar o interruptor do posto de enfermagem do interruptor do corredor e a possibilidade de instalar um regulador de luminosidade no posto de enfermagem. Verificar com o setor de lavanderia a possibilidade de confeccionar “tapa olhos”. Se não for possível, verificar com o setor de compras a possibilidade de adquirir o material.
Interrupção do sono dos pacientes no período noturno	Promover uma melhor qualidade do sono para os pacientes e reduzir a ocorrência de <i>delirium</i>	Elaborar cartaz informativo para informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de evitar a interrupção do sono dos pacientes no período noturno. Verificar a aquisição de novos cabos de termômetro axilar com a engenharia clínica. Reforçar com a equipe de enfermagem a importância do ajuste dos medicamentos administrados via oral, subcutânea e colírios nos horários das 24h, 02h e 04h, conforme a condição clínica do paciente.
Ruídos excessivos na unidade	Promover melhor qualidade do sono dos pacientes e redução do estresse dos pacientes e profissionais	Elaborar cartaz informativo para informar/sensibilizar a equipe sobre a importância da redução dos ruídos. Instituir a rotina de manter os celulares no modo vibratório durante o plantão. Verificar com o setor de compras a possibilidade de adquirir tampões auriculares e com o setor de higienização, a possibilidade de colocar borrachas nas lixeiras.

**Quadro 03 – Continuação do quadro de ações pactuado pelas participantes da pesquisa para resolução/equacionamento dos problemas relacionados às práticas de prevenção do *delirium* no idoso em uma unidade de terapia intensiva. Salvador, BA, Brasil, 2014.**

Frente à complexidade dos problemas levantados, houve a necessidade de ações/intervenções articuladas entre diferentes setores da instituição hospitalar (UTI *locus*, lavanderia, higienização, compras, manutenção, engenharia elétrica e engenharia clínica) e estas objetivavam a eliminação/minimização das causas associadas aos problemas levantados.

Entre as ações pactuadas, estava a realização de um seminário para toda a equipe de enfermagem da UTI e a elaboração de cartazes a serem anexados na unidade, buscando instrumentalizar/sensibilizar as profissionais para a prevenção e a monitorização do *delirium*

no idoso crítico, em consonância com o preconizado pelas atuais recomendações científicas<sup>(2)</sup>. A apresentação do seminário foi atribuída pelas participantes à pesquisadora com a justificativa apresentada em uma das falas: *Eu acho que uma pessoa de fora gera curiosidade, estimula o interesse em participar, normalmente quando a pessoa já é do grupo, já vê a nossa cara ali todos os dias “ahh não aguento mais”[...]*(E02).

No que tange ao processo de comunicação com a família, considerado deficitário, foram determinadas medidas para inclusão da mesma na reorientação do idoso e para esclarecê-la sobre o *delirium*. Salienta-se que a participação da família nesse processo, quando associada a outras medidas, reduz significativamente a ocorrência do quadro<sup>(18)</sup>.

A contenção mecânica foi apresentada como um fator de risco para ocorrência de *delirium*<sup>(11)</sup>, contudo o seu uso foi justificado como importante pelas participantes: *Porque tem horas que realmente precisa, porque sabemos que é segurança para o paciente, se o paciente arrancar um cateter e estiver com distúrbio de coagulação?! Ninguém também coloca a contenção só porque quer colocar, mas eu acho que assim, tem que avaliar periodicamente a necessidade de manter aquilo ali* (E02). Face à necessidade de sua instalação e manutenção em determinados pacientes, as profissionais sugeriram a utilização apenas de contenções confeccionadas pela lavanderia do hospital, visto o material ser de tecido e mais confortável, evitando pressões excessivas, o que poderia acentuar o quadro de agitação/irritação e provocar lesões de pele. Ressalta-se também, nesse momento, a importância da participação dos diferentes integrantes da equipe de enfermagem na reflexão sobre a prática face à complementariedade das opiniões na determinação das ações necessárias: *Eu não tenho como intervir na compra, porque é feita pelo grupo de qualidade que na época confeccionava para todos os pacientes da UTI, para todos! Mas as coisas somem entendeu?! Está faltando comprometimento da equipe também, porque hoje têm pouquíssimas* (E01). *O problema não é só adquirir, porque já adquiriu uma vez, problema que vai para a lavanderia e não volta* (E11). A partir das falas, observa-se que o objetivo em relação às contenções não foi apenas aumentar seu número, mas melhorar seu controle de entrega na lavanderia e devolução à unidade.

Referente às ações programadas para evitar a privação do sono dos idosos, abrangendo a redução da luminosidade no período noturno e dos ruídos, verifica-se que estas estão balizadas por estudos publicados recentemente, sendo comprovadamente efetivas na redução do risco de *delirium*<sup>(12)</sup>. Contudo, observou-se que, apesar da reflexão coletiva sobre a resistência de alguns profissionais da equipe médica em desligar as luzes do posto de enfermagem no período noturno, nenhuma intervenção foi proposta buscando alterar essa realidade: *Depende do plantonista da noite, porque se for aquele plantonista que meia noite já foi para o conforto a gente consegue apagar a luz central, se não, se for aquele plantonista, como eu já presenciei que ficou a madrugada inteira fazendo ECO nos pacientes, será impossível de apagar.* (E06)

O quadro 04 expõe as ações pactuadas para resolução/minimização do problema direcionado às práticas de monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus*.

<b>Problema detectado</b>	<b>Objetivo a ser alcançado</b>	<b>Ações necessárias</b>
Não utilização de escalas para detecção do <i>delirium</i>	Utilizar como rotina escalas validadas para detecção do <i>delirium</i> pelas enfermeiras	Estabelecer como rotina a descrição de alterações no estado mental do paciente na evolução/anotação de enfermagem. Promover o treinamento das enfermeiras <i>in loco</i> para aplicação da escala CAM-ICU. Estabelecer como enfermeiras de referência, para esclarecimento de dúvidas referentes à aplicação da CAM-ICU, as participantes da oficina. Estabelecer como rotina a aplicação da CAM-ICU 1x por período (manhã, tarde e SN) e sempre que o paciente apresentar alterações agudas do estado mental. Estabelecer como rotina o registro do resultado da aplicação da escala na evolução/anotação de enfermagem.

**Quadro 04 – Quadro de ações pactuado pelas participantes da pesquisa para resolução/equacionamento dos problemas relacionados às práticas de monitorização do *delirium* no idoso em uma unidade de terapia intensiva. Salvador, BA, Brasil, 2014.**

Até a realização da primeira oficina, o *delirium* era identificado no cenário do estudo exclusivamente através da avaliação clínica e direcionado principalmente à presença de sinais do espectro hiperativo, o que apresenta menor incidência/prevalência na população idosa<sup>(1-2)</sup>. Contudo, as participantes já haviam observado a aplicação da escala CAM-ICU nos pacientes da UTI por integrantes de um grupo de pesquisa.

Inicialmente, apenas uma das profissionais revelou resistência à utilização periódica de uma escala validada para monitorização do quadro: *Agora se for uma escala tipo aquela da pesquisa, sinceramente fazer isso todo dia com o paciente orientado vai ficar difícil. Acho que não deveria ser obrigatório todos os dias fazer aquilo* (E07). No entanto, houve alteração dessa percepção após a apresentação de evidências científicas que salientavam a importância da utilização dessas ferramentas na prática clínica e com a realização do treinamento sobre a aplicação da escala durante a respectiva oficina, com a apresentação de vídeo e resolução de casos clínicos, esclarecendo as dúvidas relacionadas à sua implementação: *Ah tá, pensei que tivesse que todo dia perguntar aquilo tudo para todos os pacientes.* (E07)

A partir desse momento, foram traçadas as ações pelo coletivo. Estabeleceu-se que as enfermeiras iriam aplicar a escala CAM-ICU e que os técnicos em enfermagem deveriam sinalizar às mesmas qualquer alteração aguda ou flutuação no estado mental do paciente, características necessárias para iniciar e dar continuidade aos demais itens dessa ferramenta diagnóstica. Essa ação reforça a tomada de consciência das participantes em relação à importância da aplicação da escala e o relevante papel da enfermagem nesse cenário. Também ficou definido a realização do treinamento *in loco* com todas as enfermeiras da unidade, de forma a capacitar as não participantes da pesquisa. As profissionais sugeriram que a pesquisadora efetuasse esse treinamento e que as mesmas atuassem como enfermeiras de referência para dirimir as dúvidas apresentadas pelas colegas.

Nota-se, de forma complementar, que a periodicidade considerada pelo coletivo para aplicação da escala está em consonância com o preconizado pela literatura atual, assim como a determinação de sua implementação como rotina na UTI *locus*, visto que o subdiagnóstico do *delirium* é atribuído, em grande parte, à inexistência de protocolos voltados à detecção do distúrbio no ambiente crítico<sup>(2)</sup>. Com isso as ações pactuadas poderão se configurar em um passo importante para a sua identificação precoce.

## **Conclusão**

A partir da criação de um espaço de reflexão e análise coletiva das práticas efetuadas para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico em uma UTI foram identificados problemas considerados prioritários por enfermeiras e técnica em enfermagem e passíveis de equacionamento pelo grupo. Constatou-se que as evidências científicas expostas contribuíram para o esclarecimento, atualização e sensibilização das participantes sobre o *delirium* como um grave problema para a pessoa idosa, o que pôde ser ratificado pela percepção das mesmas sobre a existência de importantes fatores de risco para a disfunção na unidade, assim como a não utilização de escalas para o seu diagnóstico, incluindo-os nos problemas levantados. A valorização das opiniões, dos saberes/experiências anteriores e do conhecimento prático apresentado pelo coletivo foi primordial na determinação de soluções viáveis e adequadas para a minimização dos problemas detectados.

Acredita-se que a problematização do cotidiano do trabalho, através da autoanálise, autogestão e tomada de decisão compartilhada por todas as profissionais envolvidas na pesquisa possibilitará o empoderamento e o despertar da corresponsabilidade entre elas, desenvolvendo o compromisso com a execução das medidas pactuadas e implicando-as como protagonistas da alteração desejada.

## **Referências**

1. Inouye SK. Delirium in Older Persons. N Engl J Med. 2006; 354:1157-65.
2. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Crit Care Med. 2013; 41:263-306.

3. Witlox J, Eurelings LSM, Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, Van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010;304(4):443-51.
4. Garrouste OM, Timsit JF, Soufir L, Tafflet M, Adrie C, Philippart F et al. Impact of adverse events on outcomes in intensive care unit patients. *Crit Care Med*. 2008; 36(7):2041-7.
5. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. *Ann Intern Med*. 2011;154:746-751.
6. Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005;9(16):161-77.
8. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011. 136p.
9. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 43a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005. p.58-96.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 2005.
11. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit. Care*. 2009;13(3):R77.

12. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*. 2014; 69:540-49.
13. Forsgren LM, Eriksson M. Delirium-Awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*.2010; 26:296-303.
14. Bellelli G, Morandi A, Zanetti E, Bozzini M, Lucchi E, Terrasi M. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. *International Psychogeriatrics*.2014; Aug 19:1-10.
15. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface*. 2005;9(16):161-77.
16. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez e Moraes;1979. 102p.
17. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):38-42.
18. Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*. 2012; 41:629-34.

### 4.3 Artigo 3

#### **Avaliação da realização de uma intervenção educativa nas práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* em idosos críticos**

Objetivo: avaliar as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico em uma unidade de terapia intensiva após a realização de uma intervenção educativa com a equipe de enfermagem. Método: pesquisa-ação com quatro enfermeiras e uma técnica em enfermagem. Os dados foram coletados em uma oficina pedagógica e analisados a partir de uma construção teórica sobre *delirium* e de princípios da educação permanente em saúde. Resultados: o grupo relatou a adoção de medidas não farmacológicas para prevenção e gestão do quadro em suas práticas e a vigilância de atitudes que possam aumentar o risco de desenvolvimento da disfunção. Em relação às práticas de monitorização, o coletivo já reconhece a existência dos diferentes subtipos do *delirium*, contudo escalas validadas para detecção do quadro ainda não estão sendo utilizadas por quase a totalidade das enfermeiras. Conclusão: a intervenção educativa contribuiu para a ampliação do conhecimento das participantes e para a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos na UTI pesquisada, assim como favoreceu o desenvolvimento da consciência crítica acerca da problemática levantada. Contudo, ressalta-se a necessidade da aplicação periódica de escalas validadas para detecção do *delirium* pelo coletivo considerado.

Descritores em português: Delirium, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos; Idoso; Unidades de terapia intensiva; Equipe de enfermagem; Educação continuada.

Descritores em inglês: Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders; Aged; Intensive care units; Nursing, team; Education Continuing.



Descritores em espanhol: Trastornos de Delirio, Demencia, Amnésicos y Cognitivos; Anciano; Unidades de cuidados intensivos; Grupo de enfermería; Educación Continua.

## **Introdução**

O *delirium*, uma alteração aguda ou flutuante da consciência e da cognição associada à desatenção, já é reconhecido como um grave e frequente problema em idosos internados na unidade de terapia intensiva (UTI)<sup>(1)</sup>. As suas negativas repercussões, como a elevação da morbimortalidade e do risco de comprometimento neurocognitivo pós-alta, associadas às inconsistentes evidências quanto ao tratamento farmacológico a ser instituído quando o quadro já está instalado<sup>(2)</sup>, exigem a adoção premente de medidas preventivas e de detecção com vistas a reduzir a sua duração e gravidade.

Dentre as categorias profissionais que assistem o idoso na UTI, destaca-se a enfermagem, apresentando relevante papel na prevenção, identificação e gestão do *delirium*, pois decisões efetuadas por esta podem, potencialmente, elevar ou reduzir a probabilidade dos pacientes apresentarem o distúrbio<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, faz-se necessário a realização de uma intervenção educativa, fundamentada nos princípios da educação permanente em saúde (EPS), em que a equipe de enfermagem, a partir da problematização das práticas, encontre soluções e alternativas para problemas reais vivenciados em seu contexto de trabalho, posicionando-se como protagonista das mudanças desejadas<sup>(4-6)</sup>. A partir da reflexão coletiva sobre as práticas e da aprendizagem significativa, é possível rever processos de trabalho, implicar sujeitos e desenvolver a consciência crítica necessária para o alcance das transformações<sup>(4-6)</sup> no cuidado para prevenção e monitorização do *delirium*, de forma a garantir melhores resultados para o idoso assistido.

Face ao exposto, este estudo apresentou como objetivo: avaliar as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico em uma UTI, após a realização de uma intervenção educativa com a equipe de enfermagem.

## **Método**

Configura-se um estudo do tipo pesquisa-ação (PA), caracterizado como uma estratégia metodológica “associada a diversas formas de ação coletiva que é orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação”<sup>(7)</sup>. O artigo em tela é recorte de uma dissertação de mestrado que almejou realizar uma intervenção educativa junto à equipe de enfermagem de uma UTI, visando a ampliação do conhecimento e a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos.

Escolheu-se como *locus* uma UTI geral de um hospital de ensino do município de Salvador - Bahia. Como critérios de inclusão determinou-se: profissionais de enfermagem que atuassem no setor e que comparecessem às oficinas pedagógicas.

A intervenção educativa consistiu na realização de quatro oficinas pedagógicas em que a equipe de enfermagem, a partir da exposição das atuais evidências científicas sobre a temática e da reflexão sobre o cotidiano do seu trabalho, identificou problemas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* (fase da PA diagnóstico situacional) e planejou ações para a sua resolução (fase de planejamento das ações). Essas oficinas tiveram periodicidade mensal, sendo realizadas entre janeiro a abril de 2014 e contaram com a participação de onze enfermeiras e uma técnica em enfermagem. Os planos de ação estabelecidos deveriam ser executados (fase de execução das ações) pelas participantes logo após a sua determinação nesses encontros.

Nesse manuscrito serão apresentados os resultados obtidos na última etapa da PA, a fase de avaliação, em que se verificaram os resultados das ações no contexto em que a

pesquisa foi efetuada<sup>(7)</sup>. Os dados foram coletados em uma oficina pedagógica realizada em outubro de 2014, aproximadamente seis meses após a última sessão para planejamento das ações. Determinou-se esse intervalo de tempo para possibilitar a execução das ações programadas, promovendo a mudança/transformação nas práticas de cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com o quadro. Das doze participantes das fases anteriores da PA, compareceram a essa oficina quatro enfermeiras e uma técnica em enfermagem.

Essa oficina pedagógica foi guiada por roteiro previamente elaborado, sendo verificados os seguintes pontos: se as ações pactuadas foram implementadas, se os problemas detectados pelo coletivo foram solucionados, os conhecimentos adquiridos com a experiência e as mudanças ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus*. As falas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas em arquivo *Word*. Para o tratamento dos dados coletados, utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática<sup>(8)</sup>, sendo identificadas duas categorias de análise: Parcela das ações pactuadas foram executadas e os problemas detectados pelo coletivo foram minimizados; e a intervenção educativa contribuiu para a ampliação do conhecimento sobre a temática e para a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus*. Os dados foram analisados a partir da referida construção teórica sobre o *delirium* e com base na problematização das práticas e na aprendizagem significativa, premissas da EPS.

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com as recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa, segundo o parecer nº 549.930. Para garantia do sigilo e anonimato das profissionais, as falas foram identificadas através da letra E (enfermeira), seguida da numeração atribuída na lista de presença, e da letra T (técnica em enfermagem).

## Resultados e discussão

### **Parcela das ações pactuadas foram executadas e os problemas detectados pelo coletivo foram minimizados**

Na fase do diagnóstico situacional foram identificados, pela equipe de enfermagem, dez problemas relacionados às práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus*, sendo determinadas, na fase de planejamento, as respectivas ações para a sua resolução/equacionamento.

O primeiro problema identificado pelo grupo foi “a falta de sensibilização da equipe de enfermagem em relação ao cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com o quadro”. Dentre as ações planejadas, todas foram efetuadas. Foi promovido um seminário em que a pesquisadora apresentou a literatura científica atualizada sobre o tema, com ênfase na epidemiologia, desfechos clínicos, medidas preventivas e para detecção do quadro, a importância da família e o essencial papel da enfermagem nesse contexto. Ressalta-se que, conforme pactuado, as participantes elaboraram um cartaz informativo e realizaram divulgação oral do evento na unidade, sendo disponibilizada carga horária em escala para que todos os membros da equipe de enfermagem, exceto os que se encontravam de plantão na data, comparecessem. Contudo, o público foi formado por todas as participantes da pesquisa acrescidas de apenas seis técnicas em enfermagem da unidade.

Apesar do convite também ter sido efetuado para membros do Grupo de Qualidade (Meta risco de Queda) da instituição, estes não estiveram presentes e não justificaram a ausência. O líder de um grupo de pesquisa sobre *delirium*, que utiliza a UTI *locus* como campo de coleta de dados, havia confirmado participação, entretanto problemas pessoais o impossibilitaram de comparecer ao seminário. Face ao exposto, verificou-se que o objetivo a ser alcançado para resolução desse problema “proporcionar à equipe de enfermagem

conhecimento teórico sobre o cuidado ao idoso crítico com *delirium*” foi cumprido apenas para poucos profissionais da categoria de enfermagem.

No que tange ao problema “dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes”, as participantes informaram que já foram providenciados outros relógios, embora a instalação ainda não tenha sido realizada. Posteriormente, relataram que, após uma nova análise, verificaram que de todos os leitos da UTI é possível a clara visualização dos relógios já existentes.

Em relação ao problema “orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais”, ressaltou-se, no seminário, a importância da orientação periódica/estímulo à memória do idoso pela equipe de enfermagem. Os depoimentos revelaram que a ação divulgar e estimular o preenchimento do impresso já existente “ficha de orientação multiprofissional paciente/familiar” não foi executada pelas participantes, sendo atribuída ao número excessivo de informações solicitadas nesse papel e à disponibilidade de tempo: *Olhe, essa ficha é muito grande, eu vou ser muito sincera sabe [...] a gente até orienta a família, o paciente, mas para a gente preencher, eu nunca preenchi em relação à orientação sobre o delirium, porque normalmente não dá tempo* (E03). Em nenhum momento durante a fase de planejamento e verificação de execução das ações, as participantes solicitaram a redefinição/exclusão desta em específico. A ação de incluir na prescrição de enfermagem os cuidados referentes à orientação periódica/estímulo à memória do paciente, uma medida de simples aplicação, com efetividade na redução da ocorrência do *delirium* e possivelmente desconhecida pelos profissionais que não participaram do seminário, também não foi implementada.

O quarto problema “comunicação insuficiente entre profissionais e familiares” apresentou apenas uma de suas ações (esclarecimento da equipe de enfermagem sobre a importância da instrução da família sobre o quadro de *delirium*) realizada, através do seminário. As participantes relataram que as ações de cunho prático, constituídas da inclusão na cartilha já existente “Orientações para visitantes” de informações sobre o *delirium* e

elaboração de um cartaz sobre a temática para ser anexado na sala de espera da UTI, ficaram sob a responsabilidade de duas participantes da pesquisa que acabaram sendo remanejadas, no mês de junho, para outra instituição hospitalar, não sendo então efetuadas. Nota-se, adicionalmente, que nenhuma das outras profissionais assumiu a execução dessas ações, apesar da determinação coletiva da sua inclusão na fase de planejamento.

O problema “ausência de rotinas para permissão do uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária” foi resolvido, sendo todas as suas ações efetivamente executadas.

Apesar da implementação das ações programadas para o problema “luminosidade excessiva durante o período noturno”, frente a necessidade de alterações estruturais na UTI para separar o interruptor do posto de enfermagem do interruptor do corredor; de instalação de um regulador de luminosidade; e de realização de licitação para compra de tapa-olhos, não foi possível obter solução para o mesmo: *O pessoal esteve lá e disseram que não tinha como separar, porque tinha que quebrar uma parte da UTI para poder fazer e aí não tinha condições* (E03).

Quanto ao problema “material para realização da contenção física em quantidade insuficiente no setor”, todas as ações foram efetuadas: *Houve o contato com a lavanderia, mas não houve um maior número, apenas manteve a mesma quantidade* (E01). Foi estabelecido, conforme pactuado, o controle de entrega e devolução das contenções de tecido, buscando reduzir o índice de perdas na unidade. Face a não disponibilização dessas contenções em maior número, contenções com atadura e compressas vêm sendo utilizadas.

A “interrupção do sono dos pacientes no período noturno” também foi elencada como um dos graves problemas enfrentados na unidade. As participantes informaram que encaminharam solicitação de novos cabos de termômetro axilar à engenharia clínica, mas que não obtiveram nenhum retorno. Associadamente referiram que medicamentos, exceto os endovenosos, deixaram de ser aprazados, quando possível, para os horários das 24h, 02h e 04h. Apenas a ação de elaboração de um cartaz informativo para informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de evitar a interrupção do sono dos pacientes no período noturno e

promover a redução dos ruídos na unidade não foi efetuada, não apresentando justificativa pelas participantes.

De forma complementar, as demais ações para minimização do problema “ruídos excessivos na unidade” foram efetuadas. Instituiu-se a rotina de manter os celulares no modo vibratório durante o plantão, a tempo em que o setor de compra informou a impossibilidade de adquirir tampões auriculares devido, também, à necessidade de processo licitatório.

A não utilização de escalas para detecção do *delirium* foi identificado pelo coletivo como único problema em relação às práticas de monitorização do quadro na UTI. Observou-se que apenas uma das ações programadas foi implementada. A pesquisadora, conforme pactuado, realizou o treinamento *in loco* sobre a aplicação da ferramenta validada para detecção do *delirium Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit* (CAM-ICU), com dezoito das vinte e uma enfermeiras presentes em escala de serviço do mês de julho de 2014, totalizando oito turnos de treinamento com duração de 30 a 40 minutos, entre os períodos da manhã, tarde e noite.

Face à não determinação, de acordo com o planejado, da rotina de monitorização periódica do quadro (uma vez por turno) através da CAM-ICU, as outras ações, por conseguinte, também não foram efetuadas: estabelecer como rotina a descrição de alterações no estado mental do paciente na evolução/anotação de enfermagem e o registro do resultado da aplicação da escala nesses impressos. Atribuiu-se como justificativa para a não execução dessa ação, a necessidade de elaboração de um documento que normatize os passos para a aplicação da escala e a sua determinação como rotina: *É porque eu não senti mesmo com as meninas para poder fazer como uma rotina. Mas eu acho que sentar com a enfermeira que está fazendo as rotinas do hospital agora e a gente elaborar, não vejo problema.* (E01)

A partir do exposto, constata-se então que parte das ações pactuadas não foram implementadas pelas participantes, dentre estas a determinação de rotinas e a elaboração de cartazes/cartilhas. Dentre os dez problemas detectados, apenas “ausência de rotinas para

permissão do uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária” e “dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes” foram solucionados. Associadamente, mesmo após a execução de algumas das medidas programadas, determinados problemas não resolvidos foram então minimizados, visto que essas ações são de alcance a médio/longo prazos, como a disponibilização de novas contêineres pela lavanderia, tapa-olhos e tampões auriculares pelo setor de compras e cabos de termômetro axilar pela engenharia clínica. Ressalta-se que a UTI *locus* apresenta um projeto de expansão do número de leitos e ocupação de novo espaço físico na organização hospitalar. Com isso, acredita-se que a realização dessa ação educativa poderá contribuir com sugestões para a nova planta física da unidade com vistas a reduzir o número de fatores precipitantes ambientais para a ocorrência do *delirium*.

Nessa perspectiva, a intervenção educativa implementada alcançou o principal objetivo de uma PA: a identificação de problemas e de ações para resolvê-los<sup>(7)</sup>. Sabe-se que nem todos os problemas apresentam soluções imediatas ou de curto prazo, como no estudo em tela, sendo assim qualquer avanço deve ser avaliado como positivo, visto que a PA pretende contribuir dentro de um processo de médio ou longo prazos<sup>(7)</sup>.

**A intervenção educativa contribuiu para a ampliação do conhecimento sobre a temática e para a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI *locus***

Apesar da não resolução da maior parte dos problemas detectados pelo grupo, sendo estes minimizados, os depoimentos revelaram que a intervenção educativa contribuiu para a atualização e a ampliação do conhecimento acerca da temática, alterando a visão superficial sobre prevenção e monitorização da disfunção apresentada pelas participantes e identificada na primeira oficina pedagógica: [...] *as pessoas aqui não tinham muito contato com o tema delirium, o que*



*despertou a gente na UTI foi justamente a pesquisa do coordenador! Mas a gente não sabia muito bem o que era, então a gente tinha vontade de saber e as oficinas conseguiram esclarecer pra gente em relação ao delirium [...] eu acho que tem melhorado e muito a nossa atenção depois do conhecimento que a gente teve nessas oficinas. Como a Enfermagem que está mais lado a lado do paciente, ela consegue perceber de primeira instância essas alterações! Então a gente se torna agente do processo, é o que identifica e é o que age né, em primeira instância! [...] a gente sente uma certa independência de estar intervindo, de estar prevenindo, sem a necessidade de precisar o tempo todo da interferência médica! [...] e melhor, a gente começou a prevenir, a percepção alterou para a gente prevenir o delirium, a gente já conhece, a gente já identifica! (E09)*

Não obstante o elevado número de pesquisas comprovando os negativos e expressivos desfechos clínicos associados ao *delirium*<sup>(2)</sup>, verifica-se que essa temática ainda tem sido abordada de forma incipiente, ou até mesmo não explorada, no cronograma teórico de cursos de graduação e pós-graduação nacionais, o que reflete diretamente na qualidade da assistência ofertada ao idoso crítico. Por outro lado, o *delirium* tem sido amplamente discutido nos três últimos congressos brasileiros de medicina intensiva e a produção de estudos por outras categorias da área de saúde, especialmente a médica, tem sido significativa, ressaltando a necessidade da enfermagem buscar o seu desenvolvimento profissional, se apropriando, cientificamente, dessa temática.

De forma complementar, pesquisas internacionais<sup>(9-10)</sup> ratificam que a enfermagem apresenta reduzido a moderado conhecimento acerca do *delirium*, não executando a prática recomendada para a gestão da disfunção fundamentada nas atuais evidências científicas e não reconhecendo o quadro como um problema para o paciente crítico. Por conseguinte, recomendam a realização de ações educativas para alteração desse panorama.

Visto o desconhecimento ou déficit de conhecimento sobre as manifestações clínicas do *delirium*, as suas implicações para o paciente, os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, medidas para prevenção e ferramentas para sua detecção, a enfermagem poderá favorecer a ocorrência do quadro e elevar a sua duração. Associadamente, face às estratégias divulgadas para prevenir essa disfunção (evitar a dor, a privação do sono e sensorial,

promover estímulo acústico e visual, proporcionar reorientação periódica do paciente e estimular a memória)<sup>(11)</sup> estarem relacionadas diretamente ao cuidado efetuado por essas profissionais e devido a estas acompanharem continuamente o idoso à beira do leito, sendo fundamentais para identificação precoce de alterações agudas ou flutuações no estado mental, torna-se imprescindível a sua capacitação acerca do assunto. Nesse sentido, o reconhecimento e gestão do *delirium* devem ser considerados como importantes componentes dos cuidados da enfermagem na UTI<sup>(9-10)</sup>.

Constata-se então que as participantes apresentaram um aprimoramento, concomitante, das estratégias a serem utilizadas para prevenir a disfunção e para detectar a sua instalação, ao passo em que já reconhecem o seu relevante papel nesse contexto, tendo ciência da sua responsabilidade e da sua autonomia na execução das medidas evidenciadas pela literatura. De forma complementar, para a equipe de enfermagem, a intervenção educativa contribuiu para que o cuidado ao idoso fosse efetuado com base científica e para valorização desse conhecimento durante as práticas efetuadas: *Acho que funcionou como a sistematização da nossa prática, porque como a gente fazia sem perceber, a gente passou a perceber nossas ações, sistematizou cientificamente nossa prática [...]Eu faço isso, mas eu nunca percebi exatamente qual era o problema, como eu tinha que agir ali! Então essas oficinas proporcionaram a sistematização da nossa prática, pra poder a gente chegar até concluir que a gente já fazia, porém não com o foco, não com aquele objetivo, não com a cientificidade do nosso trabalho que é tão importante para a Enfermagem, a gente fazer a prática embasada no conhecimento e não fazer por fazer (E06).*

Outros achados importantes após essa intervenção educativa referem-se à sensibilização do coletivo acerca das consequências do *delirium* para o idoso e a valorização do espectro hipoativo, o mais frequente nessa população<sup>(1)</sup>, anteriormente desconhecido por todas as profissionais: *Por causa do delirium o paciente pode aumentar o tempo de internamento, pode evoluir para intubação e até óbito (E03) Aquele paciente do leito 5, vocês estão caracterizando mais depressão ou delirium hipoativo?(E01) Para mim ele está em delirium hipoativo. Ele sempre foi meio depressivo, mas agora está mais. (E06).*

O acesso a novos conhecimentos e competências está articulado às mudanças nas ações dos sujeitos, produzindo a associação entre o saber e o fazer, entre a teoria e a prática<sup>(5)</sup>. Contudo, visto que a aprendizagem ocorre durante a reflexão sobre a ação, do pensamento sobre o vivido, para que esta resulte em transformações efetivas nas práticas é imprescindível a reflexão crítica sobre as mesmas, a partir de um aporte teórico atualizado e com base nas experiências/saberes prévios do indivíduo, abrangendo o movimento dinâmico entre o fazer e o pensar sobre o fazer<sup>(12)</sup>.

Nota-se então que a intervenção educativa permitiu que a atualização dos conhecimentos sobre a temática *delirium* fundamentasse a problematização das práticas, do cuidado efetuado pelo coletivo para prevenção e monitorização do quadro na UTI, através da reflexão crítica sobre o trabalho efetuado, proporcionando o alcance de mudanças importantes por parte do grupo pesquisado: *O fluxo de atendimento mudou totalmente. Porque antes a gente via o paciente desorientado, o que a gente fazia?! Colocava a contenção, entrava em contato com o médico, fazia Haldol, ia para todas as medidas invasivas primeiro. Hoje não, já é ao contrário, hoje eu vejo que o paciente está agitado, eu já tento orientar ele no tempo, espaço, tento conversar com ele primeiro, eu faço o CAM pra vê se ele está em delirium, para depois eu tentar uma conduta com a fisioterapia, para tentar mobilizar o paciente, só para depois eu ir até a equipe médica e tentar intervir, depois de todas as intervenções que eu já tentei fazer.* (E06)

Percebe-se então a modificação significativa das práticas anteriores, que respaldavam-se na contenção física e farmacológica para controle do quadro, indo de encontro ao preconizado pelas evidências científicas e que acabam por favorecer o prolongamento do *delirium*. Após a realização das oficinas, as participantes passaram a adotar estratégias não farmacológicas efetivas para evitar e reduzir a duração do quadro, recorrendo em última instância à equipe médica, valorizando o seu próprio cuidado.

Ressalta-se que a relevante participação da família no processo de reorientação do idoso<sup>(11)</sup>, até a primeira oficina com benefício desconhecido pelas participantes, passou a ser

amplamente estimulada para prevenção e controle do *delirium*: *Ainda conversei com a filha dele e tudo sobre isso, falei com ela que ela tinha que conversar com ele, trazer dados da atualidade, lembrar a ele situações de casa, para vê se ele melhorava [...]* (E03)

Diante dos dados expostos, verifica-se que as mudanças alcançadas resultaram do desenvolvimento da aprendizagem significativa pelo coletivo pesquisado, proporcionada pela problematização das práticas, visto que esta apresentou significado, compreensão e sentido para as participantes, em oposição à aprendizagem mecânica, fundamentada na memorização e que não gera entendimento<sup>(13)</sup>. Nesse sentido, salienta-se que para a ocorrência da aprendizagem significativa é imprescindível que esta surja da real necessidade das profissionais envolvidas e que o cotidiano do trabalho seja adotado como fonte de conhecimento<sup>(4,6)</sup>, elementos considerados e valorizados durante a realização dessa intervenção educativa.

Nota-se, adicionalmente, que aprendizagem significativa apresentada pelo coletivo torna-se visível frente ao conhecimento que foi apreendido ter apresentado relevância e funcionalidade para a prática profissional, a partir da reflexão sob uma realidade comum a todas as envolvidas e respeitando os saberes/vivências prévios destas<sup>(4-6,12)</sup>.

A problematização das práticas também resultou em pensamento<sup>(4)</sup>, ao estimular a ruptura de normas adotadas pela equipe, ao passo que possibilitou a experimentação de novas ações<sup>(4)</sup>, proporcionando a construção de um olhar diferenciado e contextualizado sobre o cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que apresente o quadro: *Eu fui conversar com a filha e ela me colocou que ele é muito ansioso, estava sentido falta de uma televisão, de um rádio. E a gente vê que ele é um paciente idoso, tem risco para delirium. Aí eu disse a ela que poderia trazer um radinho pra ele, até por conta desse conhecimento de agora.* (E01) *Teve um paciente lá que eu cheguei com a prancheta escrevendo, ele tinha muito tempo lá, aí ele disse “eu quero fazer palavra cruzada”. Mas ele mesmo pediu, ele sentiu a necessidade de fazer alguma coisa, a gente já facilitou para poder não perder o nível de orientação dele. Na dinâmica toda da UTI, a gente já presta atenção nessas coisas todas, a gente já se sensibiliza com essas pequenas coisas que em outro momento a gente deixava passar* (E09) *Semana passada mesmo o paciente do*

*leito 15, eu disse para colocar uma televisão para ela e ela disse que não queria, pois não enxergava por causa da miopia. Aí eu falei com o familiar para trazer o óculos dela. A prótese dentária a gente já está deixando usar* (T). Essas falas demonstram a sensibilização do coletivo em relação à importância da implementação das medidas preventivas, efetuando ações anteriormente não valorizadas, ao passo em que a grande resistência do grupo em permitir o uso de próteses dentárias e óculos, face ao receio de perdas, foi superada.

Os discursos também revelaram que a aprendizagem significativa possibilitou a progressão da consciência ingênua, decorrente de uma aproximação espontânea com a realidade sem a análise crítica da mesma, para a consciência crítica sobre a prática efetuada<sup>(14)</sup>: *Foi muito válido, perceber que pequenas ações, às vezes 5 minutos do seu tempo que você investe para poder sinalizar o paciente no tempo e no espaço, já gera uma melhora tão grande! Eu nunca tinha feito isso pensando em prevenir o delirium e hoje eu já faço pensando no delirium* (E03). *A gente fazia, mas é como a gente falou aqui, a gente fazia inconscientemente, não prestava atenção na questão do delirium, porque a gente tinha pouco conhecimento e agora todas às vezes que eu vou falar com o paciente eu me lembro do delirium, já tenho uma percepção melhor do que é, então quando eu chego próximo ao paciente eu já me lembro do delirium. Então eu já faço a reorientação realmente pensando na questão do delirium* (E09).

Observou-se também que o desenvolvimento da consciência crítica favoreceu a revisão e a vigilância de comportamentos e ações, por parte do coletivo, que contribuía para o excesso de ruído na unidade e conseqüentemente para a instalação do *delirium*: *Tem dias que eu saio da minha sala para ir no posto “gente isso aqui não é feira de São Joaquim não!” E não é só da Enfermagem não, eu chamo todo mundo e falo! O celular eu peço para colocar só no vibra* (E01). *À noite vejo poucas pessoas preocupadas com os alarmes e com o volume de televisão, por exemplo. Eu saio desligando a TV que está ligada e não tem ninguém assistindo. E os alarmes ninguém liga, parece que estão tão acostumados, mas me incomoda muito... Volume do bip do batimento cardíaco no monitor... Eu saio abaixando todos!* (E06). *A gente nem vê mais T chegar com o radinho dela* (E03).

Além das mudanças ocorridas nas práticas das participantes da pesquisa após a intervenção educativa, o grupo referiu que algumas alterações nas práticas das técnicas em enfermagem que não participaram do estudo em tela já são perceptíveis, no que tange à

prevenção da interrupção do sono e à reorientação do idoso: *Mas tem horários que as meninas não estão fazendo. Quando o paciente não está apresentando temperatura elevada, está estável, vê esse tipo de paciente dormindo, então elas não fazem a mensuração da temperatura. As meninas estão bem atenciosas em relação a isso e estão sinalizando pra gente, orientando também o paciente no tempo e no espaço* (E03). Esse resultado pode ter sido reflexo da sensibilização dessas profissionais acerca da importância da prevenção do *delirium* durante o seminário promovido, do estímulo proporcionado pelas participantes da pesquisa para o seguimento das estratégias preventivas, assim como do acompanhamento das alterações ocorridas nas práticas do coletivo pesquisado durante os plantões na UTI.

Ressalta-se também que uma das enfermeiras desse estudo trabalha exclusivamente no período noturno, sendo frequentemente a responsável pelo aprazamento das prescrições médicas para o dia seguinte, realizando então o ajuste dos medicamentos via oral e subcutânea programados para o horário da madrugada, evitando o despertar do paciente: *Eu reaprazo tudo. E se tiver, por exemplo, um comprimido para meia noite, 22 horas eu já estou dando se não tiver problema [...] normalmente sou eu quem fico para aprazar, então eu tento ajustar os horários* (E06).

No que tange à monitorização do *delirium* na UTI *locus*, as participantes já (re)conhecem as diferentes manifestações clínicas do quadro e os seus subtipos: *T até fala para a gente “olhe ele está entrando em delirium”*(E03). Entretanto, apesar de considerarem essa disfunção como uma grave ocorrência no idoso crítico e terem ciência das negativas implicações associadas, apenas uma das onze enfermeiras da pesquisa incorporou sua avaliação através de escalas validadas em sua prática diária: *Na verdade a aplicação da escala tem sido ainda beeeem reduzida. A gente vê apenas E03 aplicar a escala. Mas a maioria, mesmo as que participaram da oficina ainda não aplicam, eu não diria que é resistência, mas acho que é a dinâmica do tempo. Como ainda não é uma rotina, até se colocasse como rotina mesmo, as pessoas começariam a aplicar. Mas como ainda não tem, as pessoas acabam por “ah hoje eu faço, amanhã não faço”[...]*(E09)

Os resultados apresentados estão em consonância com os de estudos internacionais que têm evidenciado que a enfermagem não tem utilizado escalas apropriadas para detecção

do quadro<sup>(9-10)</sup>. Acredita-se, associadamente, que o subdiagnóstico da disfunção ocorra também pela inexistência de protocolos voltados à sua identificação no ambiente crítico<sup>(10)</sup>, causa atribuída pelas participantes da pesquisa.

Face à avaliação clínica não ser confiável para o diagnóstico do distúrbio, recomenda-se a utilização dessas escalas, cuja implementação como rotina já foi comprovada como viável na UTI<sup>(2)</sup>, com tempo necessário para aplicação em média de três a cinco minutos. Frente ao dimensionamento do número de pacientes por enfermeira na UTI *locus* ser de, no máximo, quatro pacientes para cada profissional, o fator tempo não seria justificável. Com isso, enfatiza-se que a continuidade da realização de medidas educativas para sensibilização das profissionais sobre a importância da aplicação da escala e a sua determinação como rotina são necessárias.

Os discursos mostraram que as participantes reconhecem que uma mudança de maior proporção nas práticas da equipe poderia ser alcançada se todas as ações pactuadas fossem implementadas: *Acho que a nossa percepção, antes e depois, a respeito do delirium melhorou muito, a nossa percepção, mas a nossa prática ainda não, a gente sabe que a gente tem que fazer, mas a gente ainda não faz, talvez pela rotina mesmo [...] Se a gente conseguisse implementar, de forma efetiva todas essas ações que a gente traçou, talvez hoje a gente chegasse e dissesse “não, a gente está hoje na UTI, agindo de forma satisfatória”. Então nós não estamos em um nível que se diga “estamos satisfeitas”, porque não estamos!* (E09). Percebe-se então a sensação de desconforto vivenciado pelo coletivo em relação às ações não executadas, o que poderá constituir um elemento importante na busca permanente de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização dessa disfunção.

Após essa fala, as participantes sugeriram que fossem realizadas capacitações em que as mesmas fossem as facilitadoras, junto às enfermeiras e técnicas em enfermagem que não participaram da pesquisa, visto o reduzido número de presentes no seminário efetuado, de forma a instrumentalizá-las para o atendimento ao idoso em risco para *delirium* ou que apresentasse a disfunção: *Eu acho que a gente podia manter a dissipação desse conhecimento [...]*

*incentivar os outros colegas, mostrar a escala, começa a fazer uma minioficina com eles, até a gente conseguir evitar de vez [...] talvez a gente consiga melhorar aí a rotina, complementar a prática, porque no dia a dia vai ser difícil fazer isso, “ah vamos aplicar hoje”, sem a pessoa ter tido esse momento, de ter tido aula. Nós sermos os facilitadores (E06).*

Contudo, com o avançar da discussão, o coletivo chegou à conclusão de que seria importante apresentar, durante essas capacitações, os problemas e o quadro de ações que foram determinados com a realização do estudo em tela, objetivando discutir e dar visibilidade às ações programadas com as outras integrantes da equipe de enfermagem, demonstrando a valorização do modelo de intervenção educativa adotado: *Acho que uma forma de sensibilizar é levar isso aí que a gente traçou né?! A realidade foi traçada por nós, então essa é a realidade de vocês. Isso aqui, tudo feito aqui, foi feito na nossa UTI. As pessoas ficam mais atentas, poxa aquela ação ali, se eu melhorasse aquilo ali diminuiria o prejuízo para o paciente. Então mostrar o que a gente traçou para a UTI, o que a gente tem que fazer, acho que sensibiliza mais, não só mostrar o delirium, a teoria, acho que deve mostrar a nossa problemática na UTI, o que a gente tem que fazer. (E09)*

Frente às falas, verificou-se que essa ação educativa propiciou às participantes o desenvolvimento da consciência crítica, o aumento dos níveis de reflexão e de comprometimento em contribuir para o avanço das práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no cenário do estudo, tornando evidente a existência de alternativas para a resolução dos problemas identificados, alcançando um dos importantes objetivos da PA<sup>(7)</sup>.

Observa-se, adicionalmente, que a intervenção realizada promoveu a produção de conhecimentos pelas próprias participantes que permitiu o esclarecimento da problemática em evidência<sup>(7)</sup> e que poderão ser relevantes em outros contextos, estimulando consequentemente avanços nas práticas de outros serviços. *Para mim teve muito benefício, inclusive no meu outro trabalho! Porque lá eu tenho mais pacientes lúcidos, eu consigo detectar muita coisa, não vejo as pessoas lá muito preocupadas e a parte de enfermagem nem sabe o que é isso, acho que nunca nem ouviu falar em delirium, muita gente ainda não sabe, não leu, mas eu fico procurando falar, incentivar né?! Até o uso de objetos pessoais e trazer os pacientes para a realidade. (E06)*



## Conclusão

A intervenção educativa realizada contribuiu para a ampliação do conhecimento das participantes acerca da temática *delirium* no idoso crítico e para a introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do quadro na UTI pesquisada.

Observou-se que medidas não farmacológicas para prevenção e gestão da disfunção já têm sido adotadas pelo grupo e que o mesmo já reconhece os diferentes subtipos do *delirium*. Associadamente, mudanças nas práticas das profissionais não participantes da pesquisa já têm sido observadas na UTI *locus*. No entanto, ressalta-se a necessidade da aplicação periódica de escalas validadas para detecção do quadro pelo coletivo considerado.

Nota-se então que a intervenção realizada favoreceu o desenvolvimento da aprendizagem significativa pelas participantes, da consciência crítica em relação ao objeto desse estudo e à importância do cuidado efetuado pela enfermagem, constituindo-se um elemento fundamental para a revisão permanente do seu processo de trabalho, objetivando subsidiar a execução de uma assistência segura, efetiva e de qualidade, reduzindo os resultados clínicos negativos associados ao *delirium*.

## Referências

1. Inouye SK. Delirium in Older Persons. N Engl J Med. 2006; 354:1157-65.
2. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Crit Care Med. 2013; 41:263-306.
3. Balas MC, Deutschman CS, Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Alston RP, Richmond TS. Delirium in older patients in surgical intensive care units. J Nurs Scholarsh. 2007;39(2):147-154.

4. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005;9(16):161-77.
5. Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Brasil. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
7. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011. 136p.
8. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 315-18.
9. Hamdan-Mansour AM, Farhan NA, Othman EH, Yacoub MI. Knowledge and Nursing Practice of Critical Care Nurses Caring for Patients With Delirium in Intensive Care Units in Jordan. *J Contin Educ Nurs*. 2010;41(12):571-76.
10. Devlin J, Fong J, Howard E, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C, et al. Assessment of delirium in the intensive care unit: Nursing practices and perceptions. *Am J Crit Care*. 2008;17(5):555-65.
11. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. *Ann Intern Med*. 2011;154:746-751.
12. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 45.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013. 143p.

13. Moreira MA. Aprendizagem significativa crítica. 2010. [acesso 15 out 2014]. Disponível em: <http://www.if.ufrgs.br/servicos/biblioteca/biblioteca.html>.

14. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez e Moraes;1979.102p.

## 5 CONCLUSÃO

Face aos resultados expostos, verifica-se que a intervenção educativa realizada contribuiu para a ampliação do conhecimento e para a introdução de melhorias e de novas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos na UTI pesquisada.

Na primeira oficina pedagógica, constatou-se que as participantes apresentavam conhecimento incipiente sobre a temática, sobre a diversidade de medidas não farmacológicas para a sua prevenção, não conheciam o espectro hipotativo do *delirium* e a importância da utilização de escalas validadas para a sua detecção, o que repercutia diretamente nas práticas efetuadas, havendo a necessidade premente de sua fundamentação nas atuais evidências científicas.

Durante a realização das demais oficinas, já tornava-se evidente a mudança nas representações sobre o *delirium* apresentadas pelas participantes. As falas revelavam a incorporação das recomendações científicas à assistência ofertada, com o despertar de um novo olhar para o idoso em risco para *delirium* ou que cursou com o quadro e do reconhecimento da relevância do cuidado da enfermagem nesse contexto.

Ressalta-se que esse novo olhar foi resultante não apenas da exposição da literatura atualizada sobre a temática, mas, principalmente, do estímulo à problematização das práticas, através da criação de espaços, durante as oficinas pedagógicas, de reflexão e análise coletiva sobre o cuidado efetuado para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico no cenário investigado. Considerando então os saberes científicos apresentados pela pesquisadora e os seus saberes práticos, as participantes refletiram sobre o cuidado ofertado, identificando problemas reais no seu cotidiano de trabalho associados ao objeto da pesquisa, que não poderiam ser detectados por pessoas que não estivessem diretamente implicadas naquela realidade.

Dentre os problemas determinados pela equipe de enfermagem, foram detectados a existência de importantes fatores de risco para a disfunção na unidade, assim como a não utilização de escalas para o seu diagnóstico.

Na fase de planejamento das ações, a valorização das opiniões, dos saberes/experiências anteriores e do conhecimento prático apresentado pelo coletivo foram primordiais na determinação de medidas viáveis e pertinentes para a minimização desses problemas e estas foram definidas de acordo com os interesses e as necessidades visualizadas pelo grupo, visto que o papel da pesquisadora se resumiu a articular possibilidades, sem, contudo, direcionar as ações a serem escolhidas. Foram pactuadas ações de diferentes

modalidades e intersetoriais, cuja responsabilidade para execução foi distribuída entre as participantes, sendo duas das ações direcionadas para implementação pela pesquisadora. Referente às ações planejadas, salienta-se que estas se configuravam de ordem educacional, técnica, gerencial e prática, transcendendo a tradicional capacitação teórica como única alternativa para resolução dos problemas nas práticas, deduzindo-se a compreensão pelo coletivo da complexidade da problemática levantada.

Acredita-se que a problematização dessas práticas, através da autoanálise, autogestão e tomada de decisão compartilhada por todas as profissionais na pesquisa possibilitou o empoderamento e o despertar da corresponsabilidade entre as envolvidas, implicando-as como protagonistas da alteração desejada.

Verificou-se, de forma complementar, que nem todas as ações pactuadas foram executadas pelas participantes, como a determinação como rotina de aplicação da escala para detecção do *delirium* e elaboração de cartazes/cartilha, ao passo em que algumas foram implementadas, contudo não resultaram em resolução/equacionamento dos problemas, já que dependiam de processos licitatórios e de mudanças na estrutura física da unidade para a sua concretização.

Nessa perspectiva, a pesquisa-ação não pertence ao pesquisador, com isso não depende apenas de seu desejo o alcance de resultados imediatos. Além disso, os ganhos obtidos com a realização do estudo são direcionados ao cenário investigado, necessitando do comprometimento dos implicados na situação com a efetuação das medidas programadas. Dessa forma, cogita-se que, se as ações não efetuadas fossem implementadas, poderiam resultar em mudanças de maior alcance nas práticas dessa UTI através da sensibilização de toda a enfermagem, e até mesmo de outras categorias profissionais, em relação à problemática levantada.

No entanto, apesar da grande maioria dos problemas identificados pelo grupo não terem sido solucionados, estes foram minimizados e a intervenção educativa proporcionou o alcance da aprendizagem significativa pelo coletivo, na medida em que mudanças importantes nas práticas das participantes relativas à prevenção e gestão do *delirium* foram alcançadas, com a implementação de medidas não farmacológicas, valorização do importante papel da família no processo de reorientação do idoso, redução e reavaliação da indicação do uso da contenção mecânica e vigilância de ações e atitudes que possam aumentar o risco de desenvolvimento da disfunção nos idosos. Em relação às práticas das profissionais que não participaram da pesquisa, observa-se que algumas alterações já vêm ocorrendo, como a avaliação da necessidade de despertar o idoso no período noturno para realização de

determinados procedimentos e a realização com maior frequência da reorientação desse paciente em relação ao ambiente de cuidado, sendo considerados avanços no cenário do estudo após a implementação da intervenção educativa. Adicionalmente, os medicamentos via oral e subcutânea têm sido aprazados para os horários em que o paciente encontra-se acordado, quando possível.

Ressalta-se que a percepção de todas essas mudanças pelos outros não participantes dessa pesquisa poderá contribuir para o despertar da curiosidade e da sensibilização acerca da temática e para a conseqüente revisão do seu fazer, acarretando em alterações nas práticas de toda a equipe de enfermagem a longo prazo.

Em relação aos avanços obtidos pelo grupo nas práticas de monitorização do *delirium*, os resultados evidenciaram que as participantes da pesquisa já reconhecem o seu espectro hipotivo, anteriormente desconhecido. Contudo, a detecção do quadro ainda permanece sendo realizada por quase a totalidade das enfermeiras através da avaliação clínica usual, mesmo cientes da importância da utilização das escalas validadas. Esse resultado foi atribuído à falta de tempo e à ausência de uma rotina normatizando a sua aplicação, sendo que esta última compunha uma das ações não executadas pelo coletivo. Face ao adequado dimensionamento de pacientes por enfermeira na UTI *locus*, ao pequeno intervalo de tempo necessário para aplicação dessa escala e ao treinamento efetuado com todas as participantes da pesquisa nas oficinas e *in loco* para implementação da CAM-ICU, infere-se se, realmente, todo o coletivo encontra-se sensibilizado sobre a necessidade de utilização dessa escala. Nota-se então que as melhorias nas práticas de monitorização no cenário investigado alcançaram uma proporção menor do que as observadas nas práticas de prevenção.

Além das melhorias alcançadas nas práticas em geral, a intervenção educativa favoreceu o desenvolvimento da consciência crítica das participantes em relação ao objeto desse estudo e à importância do seu cuidado, constituindo-se um elemento fundamental para a revisão permanente do seu processo de trabalho, possibilitando então a transformação de uma prática congelada, eminentemente tecnicista, para uma prática reflexiva, permeada pelo diálogo com a realidade vivenciada. Nota-se também que a pesquisa tornou visível ao grupo a complexidade dos problemas identificados e a existência de alternativas, assim como de dificuldades, para o alcance da sua resolução e da situação desejada, ao passo em que permitirá a utilização dos conhecimentos produzidos pelas próprias participantes, durante a realização da pesquisa, em outros serviços, beneficiando um maior número de idosos, alcançando então, simultaneamente, os principais objetivos de uma pesquisa-ação.

Nessa perspectiva, as participantes, por iniciativa própria, ao avaliarem os resultados alcançados com a intervenção educativa na última oficina, mostraram interesse e comprometimento em prosseguirem com o plano de ação elaborado, realizando momentos de instrumentalização *in loco* sobre a problemática levantada com a equipe de enfermagem não participante do estudo, apresentando todo o trabalho efetuado durante a PA (levantamento de problemas, determinação de ações, execução das medidas e avaliação dos resultados alcançados) de forma a sensibilizá-la acerca da importância das mudanças nas práticas e determinando como rotina a aplicação periódica da escala CAM-ICU no cenário investigado.

Ressalta-se, nesse sentido, que para o alcance de resultados mais efetivos nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* na UTI pesquisada, assim como em outras práticas executadas pela equipe de enfermagem e pelos demais profissionais intensivistas, faz-se necessário a execução rotineira no trabalho de programas que utilizem os princípios da EPS, partindo-se do que as pessoas sabem e do lugar em que se encontram, através da problematização do seu fazer e da avaliação contínua do seu processo de trabalho.

A partir do exposto, constata-se então que idosos, equipe de enfermagem e cenário/serviço investigado poderão receber importantes contribuições com a realização desse estudo. O serviço, através do fortalecimento do grupo, do desenvolvimento de novas habilidades pelas participantes e da percepção por estas do cotidiano do trabalho como um espaço de aprendizagem; as profissionais, através da percepção da capacidade individual/coletiva em propor e alcançar mudanças em suas práticas, reconhecendo-se como protagonistas das transformações almejadas e valorizando a importância da reflexão crítica sobre o trabalho efetuado; e os idosos, assim como todos os outros pacientes em risco para *delirium* ou que cursarem com o quadro, visto o cuidado seguro, efetivo e de qualidade a que serão submetidos, reduzindo os resultados clínicos negativos associados. Ganhos que, certamente, ultrapassarão à finalização do estudo em tela.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Artmed: Porto Alegre, 2014.
- BALAS, M.C. et al. Delirium in Older Surgical Intensive Care Unit Patients. **Journal Of Nursing Scholarship**, v. 39, n.2, p.147-154, 2007.
- BALAS, M.C.; CASEY, C.M.; HAPP, M.B. Assessing and managing critically ill older adults: Resources for educators and clinicians. **J Gerontol Nurs.**, v. 36, n.7, p.27-35, 2010.
- BALAS, M.C. et al. Management of delirium in critically ill older adults. **Critical Care Nurse**, v.32, p. 15-26, 2012.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Líber Livro, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Portugal: Edições 70, 2009.
- BARR, J. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. **Critical Care Medicine**, v.41, n.1, p. 263-306, 2013.
- BÉLANGER, L.; DUCHARME, F. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. **Nursing in Critical Care**, v.16, n.6, p. 303-315, 2011.
- BELLELLI, G. et al. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. **International Psychogeriatrics**, v. 19, p.1-10, 2014.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>>. Acesso em: 14 out. 2013.
- BOOGAARD, M. V. et al. Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: A prospective observational cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, p. 775-783, 2012a.
- BOOGAARD, M. V. et al. Delirium in critically in patients: impact on long-term health-related quality of life and cognitive functioning. **Critical Care Medicine**, v.40, p.112-118, 2012b.
- BOUZA, C.B. et al. Impacto dos episódios de delirium em pacientes cirúrgicos e clínicos. In: **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.25, Suplemento 01, p. S25, 2013. Resumos dos trabalhos científicos apresentados no XVIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, Rio de Janeiro, 2013.
- BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.



Brasília, DF, 1987. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)>. Acesso em: 02 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <[http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/pagina\\_saude\\_do\\_idoso/estatuto\\_do\\_idoso.pdf](http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/pagina_saude_do_idoso/estatuto_do_idoso.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <[http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port\\_GM198.pdf](http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.sau.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/RDC-7\\_ANVISA%20240210.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf)> Acesso em: 25 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BORDENAVE, J.E.D. **A pedagogia da problematização na formação dos profissionais de saúde.** [200-?]. Disponível em: <http://www.unibarretos.edu.br/v3/faculdade/imagens/nucleo-apoio-docente/PEDAGOGIA%20PROBLEMATIZADORA.doc>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BROOKS, P. Postoperative delirium in elderly patients. **American Journal of Nursing**, v.112, n.9, p. 38-34, 2012.

BRUMMEL, N.E.; GIRARD, T.D. Preventing Delirium in the Intensive Care Unit . **Critical Care Clin**, v. 29, p. 51-65, 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005a.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Oct/dec. 2005b.

CECCIM, R. B.; CABALLERO, R.M. da S. Pesquisa-ação e educação permanente como desenvolvimento e mobilização de capacidades institucionais na interação ensino-serviço em saúde: interrogação à política e administração da educação. In: XXVI Simpósio Brasileiro de Política e Administração da Educação, eixo temático 3: Política e Gestão no Ensino Superior, 2013, Recife. **Comunicações orais**. Recife: Associação Nacional de Política e Administração da Educação, 2013, p. 1-14. Disponível em: <<http://www.anpae.org.br/simpósio26/1comunicacoes/RicardoBurgCeccim-omunicacaoOral-int.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2013.

CHONG, M.S. et al. A New Model of Delirium Care in the Acute Geriatric Setting: Geriatric Monitoring Unit. **BMC Geriatrics**, v.11, 2011.

COLOMBO, R. et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. **Minerva Anestesiol**, v. 78, p.1026-1033, 2012.

COMPLEXO HUPES. **Apresentação e Nossa História**. 2014. Disponível em: <<http://www.complexohupes.ufba.br>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

CULLUM, N. et al. Introdução à Enfermagem Baseada em Evidências. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem Baseada em Evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAVINI, M. C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. In: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DEVLIN, J. W. et al. Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. **Critical Care**, v. 12, n. 1, p. R19, 2008a.

DEVLIN, J. W. et al. Assessment of delirium in the intensive care unit: Nursing practices and perceptions. **American Journal of Critical Care**, v.17, n.5, p.555-565, 2008b.

- ELY, E.W.; SIEGEL, M.D.; INOUE, S.K. Delirium in the intensive care unit: an under-recognized syndrome of organ dysfunction. **Semin Respir Crit Care Med**, v.22, p.115-126, 2001.
- ELY, E.W. et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). **Critical Care Medicine**, v. 29, n. 7, p. 1370-1379, 2001.
- ELY, E.W. et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. **JAMA**, v. 291, p. 1753-1762, 2004.
- FARAH, B.F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n. 2, p.123-125, 2003.
- FARIA, R.S.B.; MORENO, R.P. *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.25, n.2, p. 137-147, 2013.
- FINOTTO, S. et al. Interventi infermieristici nella prevenzione del delirium in Unità Coronarica: uno studio randomizzato. **Prof Inferm.**, v. 59, n. 4, p. 228-232, 2006.
- FLÔRES, D. G.; BOUZA, C.B. Vias neuroquímicas: Dopamina. In: FLÔRES, D. G.; CAPONE NETO, A (Ed.). **Delirium no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 2013.
- FLÔRES, D. G.; CAPONE NETO, A. (Ed.) **Delirium no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 2013.
- FLÔRES, D. G.; ZENAIDE, P.V.; ZANTIEFF, R. Vias neuroquímicas: Acetilcolina. In: FLÔRES, D. G.; CAPONE NETO, A (Ed.). **Delirium no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 2013.
- FOREMAN, M.D.; MILISEN, K.; FULMER, T.T. **Critical Care Nursing of Older Adults: Best Practices**. Third Edition. New York: Springer Publishing Company, 2010.
- FORSGREN, L.M.; ERIKSSON, M. Delirium-Awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.26, p.296-303, 2010.
- FRANCO, M.A.S. Pedagogia da Pesquisa-Ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.
- FREIRE, P. **Cartas a Guiné-bissau**: registros de uma experiência em processo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- \_\_\_\_\_. **Conscientização**: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.
- \_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FURUYA, F.K. et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 158-162, jan./mar. 2011.

GARROUSTE, O.M. et al. Impact of adverse events on outcomes in intensive care unit patients. **Critical Care Medicine**, v.36, n.7, p. 2041-2047, 2008.

GIRARD, T.D.; PANDHARIPANDE, P.P.; ELY, E.W. Delirium in the intensive care unit. **Critical Care**, v.12, 2008. Suplemento 03.

GIRARD, T.D. et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. **Critical Care Medicine**, v.38, n.7, p.1513-1520, 2010.

GOMES, G.B.; GOMES, V.R.R. Perfil do idoso internado em uma UTI do interior paulista. **Pensamento Plural**, v.5, n.2, p. 41-46, 2011.

GRITTEM, L.; MEIER, M.J.; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.765-770, Out./Dez. 2008.

GUSMAO-FLORES, D. et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. **Clinics**, v. 66, n. 11, p. 1917-1922, 2011.

GUSMAO-FLORES, D. et al. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. **Critical Care**, v.16, n.4, R115, 2012.

HAMDAN-MANSOUR, A.M. et al. Knowledge and Nursing Practice of Critical Care Nurses Caring for Patients With Delirium in Intensive Care Units in Jordan. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v.41, n.12, p.571-576, 2010.

HARDIN, S.R. Engaging Families to Participate in Care of Older Critical Care Patients. **Crit Care Nurse**, v. 32, n. 3, p. 35-40, 2012.

HUGHES, C.G. et al. Future directions of delirium research and management. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 26, p. 395-405, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 29. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012.** Disponível em: <[http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)> Acesso em: 20 jul. 2013.

INOUYE, S.K. et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. **Ann Intern Med**, v. 113, n.12, p. 941-948, 1990.

INOUYE, S.K. et al.. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. **N Engl J Med**, v. 340, p.669–676, 1999.

INOUYE, S.K. Delirium in Older Persons. **N Engl J Med**, v.354, p.1157-1165, 2006.

KAMDAR, B.B.; NEEDHAM, D.M.; COLLOP, N.A. Sleep Deprivation in Critical Illness: Its Role in Physical and Psychological Recovery. **J. Intensive Care Med.**, v.27, n.2, p. 97-111, 2012.

KLETEMBERG, D.F.; PADILHA, M.I. A autonomia da enfermagem gerontológica no Brasil, segundo as pioneiras (1970-1996). **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.4, p. 709-716, out./dez.2011.

LAKATOS, B.E. et al. Falls in the general hospital: association with delirium, advanced age, and specific surgical procedures. **Psychosomatics**, v. 50, n. 3, p.218-226, 2009.

LEMO, C. L.S. A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde. 2010. 162 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LESLIE, L.D. et al. One-Year Health Care Costs Associated With Delirium in the Elderly Population. **Arch Intern Med.**, v.168, n.1, p.27-32, 2008.

LIMA, C. A. de; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, p.367-373, 2009.

LOYOLA FILHO, A.I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p.229-238, dez. 2004.

MARTINEZ, F.T. et al. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. **Age and Ageing**, v.41, p. 629-634, 2012.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E.R.P. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. **ACM arquivos catarinenses de medicina**, Santa Catarina, v.34, p.49-55, 2005.

MARTINS, J. C. S.; LUZ, B. N. P.; FLÔRES, D. G. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). In: FLÔRES, D. G.; CAPONE NETO, A (Ed.). **Delirium no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 2013.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MEDEIROS, A.C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.1, p.38-42, 2010.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, v.9, n.16, p.161-177, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORANDI, A. et al. Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. **Intensive Care Med**, v. 34, p.1907-1915, 2008.

MOREIRA, M.A. Aprendizagem significativa crítica. 2010. Disponível em:<<http://www.if.ufrgs.br/servicos/biblioteca/biblioteca.html>>. Acesso em: 15 out. 2014.

NEUFELD, K..J. et al. Evaluation of two intensive care delirium screening tools for non-critically ill hospitalized patients. **Psychosomatics**, v.52, n.2, p.133-140, 2011.

O'MAHONY, R.O. et al. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. **Annals of Internal Medicine**, v. 154, n.11, p.746-752, 2011.

OUIMET, S. et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. **Intensive Care Med**, v.33, p. 66-73, 2007.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2004. Disponível em:  
<<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oPaschoal.pdf>> Acesso em: 14 out. 2013.

PATEL, R.P. et al. Delirium and Sedation in the Intensive Care Unit (ICU): survey of behaviors and attitudes of 1,384 healthcare professionals. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 3, p. 825-832, 2009.

PATEL, R.P. et al. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. **Anaesthesia**, v. 69, p.540-549, 2014.

PAVIANI, N.M.S; FONTANA, N.M. Oficinas Pedagógicas: Relato de uma Experiência. **Conjectura**, v. 14, n. 2, 2009.

PESSOA, R.F; NÁCUL, F.E. Delirium em Pacientes Críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 190-95, abr/jun. 2006.

PETERSON, J. F. et al. Delirium and it motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. **JAGS**, v.54, p. 479-484, 2006.

PISANI, M. A. et al. Days of Delirium Are Associated with 1-Year Mortality in an Older Intensive Care Unit Population. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 180, p.1092-1097, 2009.

\_\_\_\_\_. Factors associated with persistent delirium following ICU admission in an older medical patient population. **Journal of Critical Care**, v.25, n.3, p. 540.e1-540.e7, 2010.

PITROWSKY, M.T. et al. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 274-279, 2010.

PRETTO, M. et al. Effects of an interdisciplinary nurse-led Delirium Prevention and Management Program (DPMP) on nursing workload: A pilot study. **Int J Nurs Stud.**, v. 46, p.804-812, 2009.

RICHARDSON, R. J. **Como fazer pesquisa-ação.** [200-?]. Disponível em: <[http://www.ic.ufmt.br:8080/c/document\\_library/get\\_file?p\\_1\\_id=12683&folderId=53266&name=DLFE-2406.pdf](http://www.ic.ufmt.br:8080/c/document_library/get_file?p_1_id=12683&folderId=53266&name=DLFE-2406.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

SALLUH, J. I. F et al. Delirium recognition and sedation practices in critically ill patients: A survey on the attitudes of 1015 Brazilian critical care physicians. **Journal of Critical Care**, v. 24, p. 556-562, 2009.

SALLUH, J. I. F et al. The DECCA (Delirium Epidemiology in Critical Care) Study Group. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. **Critical Care**, v.14, n. R210, 2010.

SALLUH, J. I. F; PANDHARIPANDE, P. Prevenção do *delirium* em pacientes críticos: um recomeço? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.24, n.1, p.1-3, 2012.

SALUM, N. C. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem.** Florianópolis, 2006. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90071/247910.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 out. 2013.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p.221-224, 2007.

SARRETA, F. de O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>> Acesso em: 15 out. 2013.

SCHEIN, L.E.C.; CÉSAR, J.A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n.2, p.289-301, 2010.

SCHWEICKERT, W. D. et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled Trial, **The Lancet**, v. 373, n. 9678, p.1874 - 1882, 2009.

SILVA, L. F.; DAMASCENO, M. M. C. Modos de dizer e fazer o cuidado de enfermagem em terapia Intensiva cardiológica – reflexão para a prática. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.2, p. 258-265, abr./jun. 2005.

SILVA, R.C.G.; SILVA, A.A.P.; MARQUES, P.A.O. Analysis of a Health Team's Records and Nurses' Perceptions Concerning Signs and Symptoms of Delirium. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, p. 81-89, 2011.

SPRONK, P.E. et al. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. **Intensive Care Med.**, v.35, p.1276-1280, 2009.

SUSMAN, G.I.; EVERED, R.D. An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. **Administrative Science Quarterly**, v. 23, n. 4, p. 582-603, dec. 1978. Disponível em: <[http://www.uio.no/studier/emner/matnat/ifi/INF9930/v12/undervisningsmateriale/Susman\\_Evered.pdf](http://www.uio.no/studier/emner/matnat/ifi/INF9930/v12/undervisningsmateriale/Susman_Evered.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: contribuições na produção dos conhecimentos interdisciplinares. In: TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. (Org.). **A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares**. São Paulo: Annablume; FEUSP, PROCAM, IEE, FAPESP, 2012.

TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. Apresentação. In: TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. (org.). **A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares**. São Paulo: Annablume; FEUSP, PROCAM, IEE, FAPESP, 2012.

TONIOLO NETO, J.; ALMADA FILHO, C. M.; NASRI, F. Interação envelhecimento e doença: implicações no paciente grave. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VAN ROMPAEY, B. et al. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. **Critical Care**, v.13, n.3, R77, p.1-12, 2009a.

VAN ROMPAEY, B. et al. Long term outcome after delirium in the intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**, v.18, p.3349-3357, 2009b.

VAN ROMPAEY, B. et al. The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. **Critical Care**, v. 16, R73, 2012.

VARGAS, M. A. O.; LUZ, A. M. H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.1, n.1, p.23-27, 2010.

VASILEVSKIS, E.E. et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. **Chest**, v.138, n.5, p.1224-1233, 2010.

VEIGA, E.P.; VIANNA, L.G.; MELO, G.F. Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.3, p. 65-77, 2013.



VERSTRAETE, L.; JOOSTEN, E.; MILISEN, K. Opinions of physicians and nurses regarding the prevention, diagnosis and management of delirium. **Tijdschr Gerontol Geriatr.**, v. 39, n. 1, p.26-34, 2008.

VICENT, P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.53, n.1, p. 79-85, 2007.

VIEIRA, E.; VOLQUIND, L. **Oficinas de ensino: O quê? Por quê? Como?** 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1997.

VIEIRA, M.S. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares. **Comunicação Ciências e Saúde**, v. 22, n. 3, p. 201-210, 2011.

WACKER, P; NUNES, P.V.; FORLENZA, O.V. Delirium: uma perspectiva histórica. **Rev. Psiq. Clín.**, v.32, n.3, p.97-103, 2005.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

WENHAM, T.; PITTARD, A. Intensive care unit environment. Continuing Education in Anaesthesia, **Critical Care & Pain**, v. 9, n.6, p. 178-183, 2009.

WITLOX, J. et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. **JAMA**, v.304, n.4, p. 443-451, 2010.

**APÊNDICE A – Carta-convide para a equipe de enfermagem da UTI *locus*****Carta-Convite**

“O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade se não for ajudado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade para a transformar (...) A realidade não pode ser modificada senão quando o homem descobre que é modificável e que ele o pode fazer”

(FREIRE, 1977, p.48)

Prezada(o),

Vimos através dessa convidá-la(o) a participar do estudo “Cuidado de Enfermagem para Prevenção e Monitorização do *Delirium* no Idoso Crítico” que objetiva realizar uma intervenção educativa junto à equipe de enfermagem de uma UTI pública visando a ampliação do conhecimento e introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* em idosos críticos.

**Quem irá participar da pesquisa?**

Apesar dos sujeitos da pesquisa serem enfermeiras e técnicas de enfermagem da UTI Geral do HUPES, a participação dos demais integrantes da equipe multiprofissional, como fisioterapeutas, médicos e psicólogas, será bem-vinda e de grande valia.

**Como será a sua participação no estudo?**

Esse estudo trata-se de uma pesquisa-ação em que as participantes, com base em seus saberes prévios e nas evidências científicas sobre a temática *delirium* apresentadas pela pesquisadora, irão discutir o cuidado ofertado para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico visando identificar possíveis problemas, elaborar um plano de ação para eliminar e/ou minimizar esses problemas, executar as ações programadas e avaliar os resultados obtidos. Para tanto serão realizadas oficinas pedagógicas. A participação efetiva das profissionais nessas oficinas é condição fundamental para a realização da pesquisa.

**Qual a duração do estudo?**

As oficinas serão realizadas inicialmente nos meses de janeiro, fevereiro, março, abril e junho de 2014, das 08:00 às 12:00, em salas da Escola de Enfermagem da UFBA ou em salas do HUPES. Poderá ocorrer alteração dos meses em que as oficinas serão realizadas. A primeira oficina pedagógica está programada para 29/01/14.

**Caso a participante não compareça a uma das oficinas, a mesma poderá estar presente nas demais?**

A participação em todas as oficinas é muito importante, contudo a ausência em uma delas não impossibilitará a presença nas demais. Após a realização de cada oficina, as participantes receberão via endereço eletrônico ou pessoalmente, conforme preferência, o relatório-síntese do encontro para que se mantenham cientes dos encaminhamentos realizados.

**Quais os benefícios que esse estudo poderá trazer?**

Para o paciente: redução da ocorrência de *delirium* e dos resultados clínicos negativos associados. Para a equipe: transformação do cuidado ofertado ao idoso crítico através da prestação de uma assistência fundamentada nas evidências científicas disponíveis; fortalecimento do seu importante papel como desencadeadora de mudanças, refletindo sobre as suas ações, propondo e implementando estratégias para a melhoria da sua prática profissional; redução do estresse laboral e da carga de trabalho associados ao cuidado ofertado ao idoso com *delirium*. Para a UTI do estudo: redução dos custos e melhoria do cuidado ofertado.

**A SUA PARTICIPAÇÃO É IMPRESCINDÍVEL PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO! SEJA RESPONSÁVEL POR ESSA MUDANÇA!**

"Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo." (PAULO FREIRE)

Salvador, 20 de janeiro de 2014.

Jéssia Nery Faustino

Pesquisadora Principal

**APÊNDICE B** – Roteiro para avaliação imediata da oficina pedagógica

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PESQUISA: CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E  
MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO

**ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO IMEDIATA DA OFICINA PEDAGÓGICA**

01. As atividades atenderam às suas expectativas?

---

---

---

---

---

---

---

02. O conteúdo exposto, a organização da oficina, a didática empregada e os recursos utilizados foram adequados?

---

---

---

---

---

---

---

03. Vocês apresentam alguma sugestão para a próxima oficina?

---

---

---

---

---

---

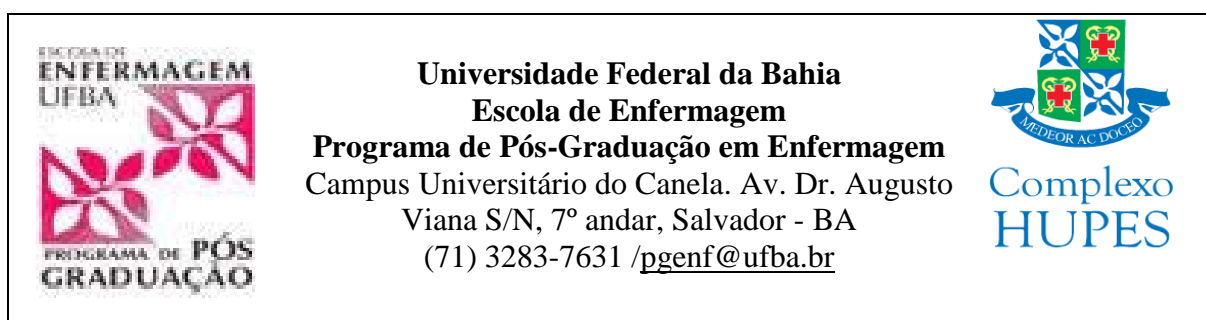
---

**APÊNDICE C – Roteiro para condução da primeira oficina pedagógica**

<b>Horário</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Atividade</b>
08:00 – 08:40	<p>Apresentar ao grupo o projeto de pesquisa.</p> <p>Promover a integração entre os participantes e equipe de pesquisa</p> <p>Identificar as expectativas do grupo em relação à pesquisa.</p> <p>Estabelecer o contrato de convivência</p>	<p>Exposição dialogada</p> <p>Dinâmica de grupo</p> <p>Discussão em grupo</p>	<p>Pastas, crachás, canetas, blocos de anotações</p> <p>Sala com cadeiras em círculo</p> <p>Fitas coloridas</p> <p>Gravador digital</p>	<p>Apresentação da pesquisadora e relatora</p> <p>Apresentação dos objetivos da pesquisa, fases da PA, técnicas de coleta dos dados e papel da pesquisadora e relatora.</p> <p>Distribuição dos TCLEs e dos questionários para caracterização das participantes.</p> <p>Recolhimento dos TCLEs e dos questionários para caracterização das participantes.</p> <p>Realização da dinâmica de grupo com a apresentação das participantes e levantamentos das motivações e expectativas em relação à pesquisa.</p>
08:40 – 09:20	<p>Verificar o conhecimento das enfermeiras intensivistas sobre a prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico</p>	<p>Grupo de discussão guiado por roteiro específico</p>	<p>Roteiro impresso</p> <p>Gravador digital</p>	<p>Leitura das questões norteadoras do roteiro</p> <p>Estímulo à exposição e discussão do grupo em relação ao conhecimento sobre prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico</p>
09:20 – 10:00	<p>Identificar as práticas realizadas pelas enfermeiras intensivistas para a prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso grave</p>	<p>Leitura de um texto sobre as experiências de <i>delirium</i> vividas por uma paciente</p> <p>Relato de experiência no cuidado ao idoso com <i>delirium</i> na UTI</p>	<p>Papel metro</p> <p>Canetas coloridas</p> <p>Gravador digital</p>	<p>Leitura de um texto sobre memórias do <i>delirium</i> de Nancy Andrews</p> <p>Apresentação das práticas no cuidado ao idoso crítico com <i>delirium</i> pelas enfermeiras intensivistas</p> <p>Registro das práticas no cuidado ao idoso crítico com <i>delirium</i> pelas participantes no papel metro fixado na parede da sala</p> <p>Leitura das práticas no grupo no cuidado ao idoso crítico com <i>delirium</i>.</p>

10:00 – 10:20	Coffee Break			
10:20 – 11:00	<p>Apresentar as evidências científicas atuais sobre a temática <i>delirium</i> no idoso crítico, articulando-as com as práticas executadas pelas enfermeiras</p> <p>Apresentar o perfil dos pacientes com <i>delirium</i> na UTI do estudo</p>	Exposição dialogada	<p>Datashow</p> <p>Gravador digital</p>	<p>Apresentação de evidências científicas sobre <i>delirium</i> no idoso crítico, abordando: definição de <i>delirium</i>, as suas implicações para o idoso crítico, incidência e prevalência no país, fatores de risco, métodos para detecção e prevenção da disfunção, enfatizando o essencial papel da enfermagem nesse contexto.</p>
11:00 – 11:40	<p>Identificar problemas existentes nas práticas executadas pelo grupo para prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico, fundamentado nas evidências científicas sobre a temática</p>	Grupo de discussão guiado por roteiro específico	<p>Roteiro impresso</p> <p>Gravador digital</p>	<p>Leitura das questões norteadoras do roteiro</p> <p>Identificação dos problemas no cuidado para prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico na UTI do estudo, com base nas evidências científicas apresentadas sobre a temática.</p>
11:40 – 12:00	<p>Avaliar o planejamento, condução e adequação da oficina pedagógica</p>	Aplicação de questionário	Questionário	<p>Avaliação das participantes sobre a realização da oficina pedagógica</p>

**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

---

**Título do Estudo:** O cuidado de Enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico

**Pesquisador Responsável:** Tássia Nery Faustino

---

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

---

**Objetivo do Estudo**

Esse estudo tem como objetivo geral realizar uma intervenção educativa junto à equipe de enfermagem visando a ampliação do conhecimento e introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* em idosos críticos.

---

**Duração do Estudo**

A duração total do estudo é de 01 ano. A sua participação no estudo será de aproximadamente 05 meses.

---

**Descrição do Estudo**



Participarão do estudo aproximadamente 20 indivíduos.

Este estudo será realizado na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Professor Edgar Santos

O (a) Senhor (a) foi escolhido (a) a participar do estudo porque pertence ao quadro de enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem dessa UTI.

O (a) Senhor (a) não poderá participar do estudo se estiver afastado(a) do trabalho durante todo o período da pesquisa.

---

 <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM UFBA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO</p>	<p>Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana S/N, 7º andar, Salvador - BA (71) 3283-7631 / <a href="mailto:pgenf@ufba.br">pgenf@ufba.br</a></p>	 <p>Complexo HUPES</p>
--	--	---

### **Procedimento do Estudo**

Após entender e concordar em participar, serão realizados 05 encontros com a pesquisadora.

Na primeira oficina pedagógica serão efetuadas perguntas sobre o cuidado que vocês oferecem para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico e como vocês cuidam desse paciente quando ele cursa com *delirium*. Após esse momento, a pesquisadora irá apresentar evidências científicas breves sobre prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico. Em seguida, o grupo irá identificar os possíveis problemas em relação à prevenção e detecção do *delirium* na unidade do estudo, junto à pesquisadora, e definir quais problemas serão discutidos em cada oficina pedagógica, de acordo com os núcleos centrais *prevenção e monitorização do delirium*.

Na segunda, terceira e quarta oficinas serão expostas as atuais evidências científicas sobre prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico para embasar a discussão dos participantes sobre a temática e para que vocês possam traçar os planos com as ações apropriadas para a resolução dos problemas identificados.

Na última oficina pedagógica será realizada a avaliação da pesquisa e das mudanças ocorridas no cuidado oferecido ao idoso crítico em risco para *delirium* ou que apresentou a disfunção, sob a perspectiva do(a) enfermeiro(a) e técnico(a) de enfermagem participantes, após a implementação dos planos de ação.

---

### **Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto**

Você, ao participar das oficinas pedagógicas, poderá apresentar desconforto ao compartilhar o cuidado que oferece para prevenção, monitorização e controle do *delirium* no idoso crítico.

---



### **Benefícios para o participante**

Trata-se de um estudo sobre o cuidado efetuado pela equipe de enfermagem para a prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico, testando o pressuposto de que a elaboração e execução conjunta (pesquisadora e equipe de enfermagem) de estratégias para direcionamento da assistência de enfermagem com base nas evidências científicas, na experiência prática e conhecimento da dinâmica da unidade pelo(a) enfermeiro(a) e técnico(a) de enfermagem, irão contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento oferecido.

Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Porém, os resultados obtidos com esta pesquisa poderão transformar o cuidado ofertado ao idoso crítico, de forma a prevenir e monitorizar a ocorrência de *delirium* através da assistência de enfermagem baseada na melhor evidência científica disponível, possibilitando a redução/eli-

---



	<p>Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana S/N, 7º andar, Salvador - BA (71) 3283-7631 / <a href="mailto:pgenf@ufba.br">pgenf@ufba.br</a></p>	
---	--	---

minimação da ocorrência de *delirium* nesse paciente, minimizando/eliminando os resultados clínicos negativos associados (aumento da morbimortalidade, tempo de internamento e custos hospitalares, redução da qualidade de vida, ocorrência de seqüelas cognitivas a longo prazo) e a ocorrência de eventos adversos (quedas, retiradas de dispositivos, lesões auto-infligidas).

### **Compensação**

Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

### **Participação Voluntária/Desistência do Estudo**

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. A não participação no estudo não implicará em nenhum prejuízo na sua atividade profissional na instituição. Caso concorde em participar da pesquisa, você receberá duas vias, de igual teor, desse documento, rubricando todas as páginas dessas duas vias e assinando as duas vias na última página, no local indicado. Uma dessas vias ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos à sua pessoa.

### **Novas Informações**

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) Termo de Consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

### **Em Caso de Danos Relacionados à Pesquisa**

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

### **Utilização de Registros e Confidencialidade**

Todas as informações coletadas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade do(a) enfermeiro(a) e técnico(a) de enfermagem a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei.

Os registros das oficinas pedagógicas que trazem a sua identificação e esse termo de consentimento assinado poderão ser inspecionados por agências reguladoras e pelo CEP.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.



Universidade Federal da Bahia  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto  
Viana S/N, 7º andar, Salvador - BA  
(71) 3283-7631 / [pgenf@ufba.br](mailto:pgenf@ufba.br)



### **Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida**

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis pelo estudo são Tássia Nery Faustino e Larissa Chaves Pedreira, que poderão ser encontradas na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, localizada atrás do Hospital Universitário Professor Edgar Santos ou nos respectivos telefones: (71)8102-9600 e (71)9971-8301. Caso deseje entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa que autorizou a realização desse estudo, este fica localizado no 1º andar do Hospital Universitário Professor Edgar Santos ou através do número (71) 3283-8043.

### **Declaração de Consentimento**

Concordo em participar do estudo intitulado “O cuidado de Enfermagem para prevenção e monitorização do *Delirium* no Idoso Crítico”.

Li e entendi o documento de Consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Eu autorizo a utilização dos meus registros pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

\_\_\_\_\_  
Nome do Sujeito de Pesquisa Letra de Forma

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito de Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa obtendo o Consentimento

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa Obtendo o Consentimento

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador Principal

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Pesquisador Principal

**APÊNDICE E** – Questionário para caracterização das participantes do estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PESQUISA: CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E  
MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO

**CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Prezada(o) profissional,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre “Cuidado de enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico” e solicitamos que as perguntas abaixo sejam respondidas. Todas as informações fornecidas serão tratadas com sigilo.

01. Sexo: (  ) Feminino            (  ) Masculino
02. Idade:
03. Formação: (  ) Enfermeira(o) (  ) Técnica(o) de Enfermagem
04. Ano de conclusão do curso técnico ou superior:
05. Especialização em UTI: (  ) Sim    (  ) Não
06. Mestrado: (  ) Sim    (  ) Não    (  ) Em andamento
07. Doutorado: (  ) Sim    (  ) Não    (  ) Em andamento
08. Tempo de assistência em UTI:
09. Participação em eventos que abordassem a temática *delirium*: (  ) Sim    (  ) Não
10. Leituras (artigos, livros, reportagens) sobre a temática *delirium*: (  ) Sim (  ) Não

## APÊNDICE F – Folder da primeira oficina pedagógica



Memórias do *delirium* por Nancy Andrews. Fonte: [www.artandscienceofdelirium.wordpress.com](http://www.artandscienceofdelirium.wordpress.com)

### PRÓXIMA OFICINA

“Prevenindo o *delirium* no idoso crítico: a transformação é possível e necessária”

Data: 10/02/14

Horário: 08:00 - 12:00

Local: Sala 07 da Escola de Enfermagem da UFBA (atrás do HUPES)

### ORGANIZAÇÃO:

Larissa Pedreira

Tássia Faustino

Yasmin Seixas



Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem na Prevenção e Monitorização do *Delirium* no Idoso Crítico

### Oficina

“Problematizando o cuidado ao idoso com *delirium* na UTI”



Fonte:

[www.icudelirium.org/docs/delirium\\_education\\_brochure\\_Portuguese.pdf](http://www.icudelirium.org/docs/delirium_education_brochure_Portuguese.pdf)

Data: 29/01/14

Horário: 08:00 - 12:00

Local: Sala 01 da Escola de Enfermagem da UFBA (localizada atrás do HUPES)

<b>Programação</b>	<b>Conteúdo Programático</b>	<b>10:00 – 10:20</b>
Carga horária: 04 horas	<b>08:00 – 08:10</b>	<i>Coffee-Break</i>
Participantes: Profissionais de saúde da UTI Geral do HUPES	Entrega do material	<b>10:20 – 11:00</b>
<b>Objetivos:</b>	<b>08:10 – 08:40</b>	Exposição das atuais evidências científicas sobre a temática <i>delirium</i> no idoso grave: definição, epidemiologia, implicações, fisiopatologia, fatores de risco, diagnóstico, prevenção e controle.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as práticas efetuadas pela equipe de enfermagem para a prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso grave.</li> </ul>	Apresentação do projeto de pesquisa e das participantes	<b>11:00 – 11:45</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar as atuais evidências científicas sobre a temática <i>delirium</i> no idoso crítico.</li> </ul>	Estabelecimento do contrato de convivência	Identificação de possíveis problemas nas práticas efetuadas pelas participantes para prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar possíveis problemas nas práticas executadas pelas participantes para prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico, com base nas evidências científicas apresentadas.</li> </ul>	<b>08:40 – 09:20</b>	<b>11:45 – 12:00</b>
	Discussão sobre o cuidado ao idoso crítico para prevenção e monitorização do <i>delirium</i>	
	<b>09:20 – 10:00</b>	
	Leitura da experiência de <i>delirium</i> de Nancy Andrews durante internamento na UTI	Avaliação da oficina
	Exposição das práticas executadas pelo grupo para a prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso grave	

**APÊNDICE G – Roteiro do grupo de discussão da primeira oficina pedagógica**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PESQUISA: CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E  
MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO

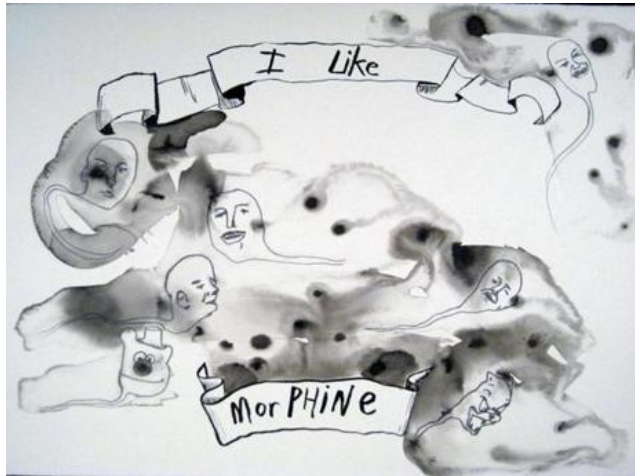
**ROTEIRO DE PERGUNTAS DA PRIMEIRA OFICINA PEDAGÓGICA –  
PRIMEIRO MOMENTO**

01. O que vocês sabem sobre *delirium*?
02. Vocês conhecem alguma medida para prevenção do *delirium* nos idosos que assistem?
03. Quais são os meios disponíveis para identificação do *delirium* no idoso crítico?
04. Quando o idoso cursa com o quadro, quais as medidas adotadas para controle e redução da duração do *delirium*?

**ROTEIRO DE PERGUNTAS DA PRIMEIRA OFICINA PEDAGÓGICA – SEGUNDO  
MOMENTO**

01. Confrontando os conhecimentos e práticas apresentados pelo grupo com as evidências científicas expostas, quais problemas vocês identificam no cuidado que ofertam ao idoso crítico para prevenção e monitorização do *delirium*?

## APÊNDICE H – Folder da segunda oficina pedagógica



Memórias do *delirium* por Nancy  
Andrews. Fonte:  
[www.artandscienceofdelirium.wordpress.com](http://www.artandscienceofdelirium.wordpress.com)

### ORGANIZAÇÃO:

Larissa Pedreira  
Tássia Faustino  
Yasmin Seixas



Universidade Federal da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem  
Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem na  
Prevenção e Monitorização do *Delirium* no  
Idoso Crítico

### Oficina

**“Prevenindo o *delirium* no idoso crítico:  
a transformação é possível e necessária”**



Fonte: [www.artandscienceofdelirium.wordpress.com](http://www.artandscienceofdelirium.wordpress.com)

Data: 10/02/14  
Horário: 08:00 - 12:00  
Local: Sala 15 da Escola de Enfermagem  
da UFBA (7º andar)

<b>Programação</b>	<b>Conteúdo Programático</b>	
<p>Carga horária: 04 horas</p> <p>Participantes: Profissionais de saúde da UTI Geral do HUPES</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar as atuais evidências científicas sobre prevenção não farmacológica do <i>delirium</i> no idoso crítico.</li> <li>• Elaborar um plano de ação para enfrentamento dos problemas relacionados à prevenção de <i>delirium</i> nos idosos assistidos na UTI do estudo.</li> </ul>	<p><b>08:00 – 08:20</b></p> <p>Apresentação dos objetivos da oficina</p> <p>Leitura do relatório-síntese da primeira oficina</p> <p><b>08:20 – 08:50</b></p> <p>Exposição das atuais evidências científicas sobre prevenção não farmacológica do <i>delirium</i> no idoso crítico</p> <p><b>08:50 – 10:00</b></p> <p>Leitura, análise e discussão de uma situação-problema contendo os problemas identificados pelo grupo na primeira oficina</p> <p>Determinação das possíveis causas dos problemas identificados, o que poderá ser modificado, fatores facilitadores e fatores dificultadores</p>	<p><b>10:00 – 10:20</b></p> <p><i>Coffee-Break</i></p> <p><b>10:20 – 11:45</b></p> <p>Determinação do plano de ação para minimização e/ou eliminação dos problemas identificados</p> <p><b>11:45 – 12:00</b></p> <p>Avaliação da oficina</p>



**APÊNDICE I – Roteiro para condução da segunda oficina pedagógica**

<b>Horário</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Atividade</b>
08:00 – 08:15	Apresentar o relatório-síntese do primeiro grupo de discussão  Realizar a abertura da oficina	Exposição dialogada	Sala com cadeiras em círculo  Gravador digital	Leitura do relatório-síntese do primeiro grupo de discussão  Apresentação do objetivo da oficina: elaborar um plano de ação para enfrentamento dos problemas relacionados à prevenção de <i>delirium</i> nos idosos assistidos na UTI do estudo
08:15 – 09:00	Expor as evidências científicas sobre prevenção não-farmacológica de <i>delirium</i> no idoso crítico	Exposição dialogada	Datashow  Gravador digital	Apresentação de evidências científicas (artigos, revisões de literatura, capítulos de livro) sobre prevenção não-farmacológica do <i>delirium</i> no idoso crítico, enfatizando o essencial papel da enfermagem nesse contexto.
09:00 – 10:00	Analisar uma situação-problema sobre as práticas para prevenção de <i>delirium</i> no idoso crítico	Grupo de discussão	Roteiro da situação-problema contendo os problemas identificados pelo grupo nas práticas de prevenção de <i>delirium</i> no idoso crítico  Papel metro  Canetas coloridas  Gravador digital	Leitura, análise e discussão da situação-problema pelo grupo  Identificação das possíveis causas para os problemas detectados.  Determinação do cuidado que o grupo deseja implementar ao idoso crítico de forma a evitar a ocorrência de <i>delirium</i> .  Identificação do que poderá ser modificado na prática a fim de garantir tal mudança.  Determinação dos fatores facilitadores e dificultadores para transformação desejada no <i>locus</i> do estudo.  Registro das reflexões do grupo sobre a situação-problema em papel metro fixado na parede da sala contendo os seguintes tópicos: causas dos problemas, a prática desejada, o que poderá ser modificado, fatores

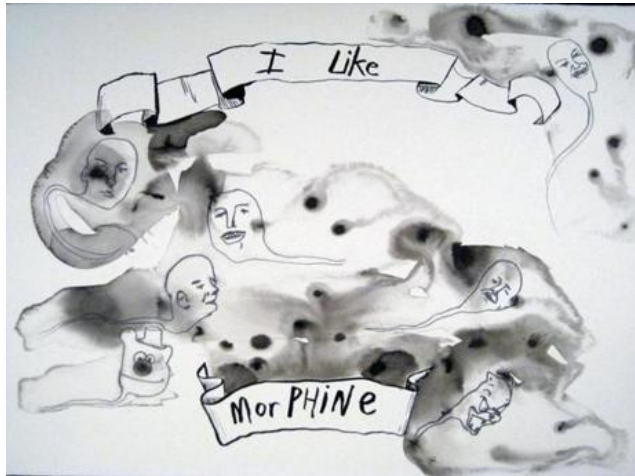
				facilitadores e fatores dificultadores
10:00 – 10:20	Coffee Break			
10:20 – 11:40	Elaborar um plano de ação para enfrentamento dos problemas detectados e transformação da prática.	Grupo de discussão guiado por roteiro específico	Roteiro impresso Gravador digital	Análise e discussão do grupo sobre ações para resolução dos problemas detectados, com base nas evidências científicas sobre a temática e saberes prévios das profissionais.  Determinação do plano de ação, contendo respectivos objetivos, ações e responsáveis
11:40 – 12:00	Avaliar o planejamento, condução e adequação da oficina pedagógica	Aplicação de questionário	Questionário	Avaliação das participantes sobre a realização da oficina pedagógica

**APÊNDICE J – Roteiro para condução da terceira oficina pedagógica**

<b>Horário</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Atividade</b>
08:00 – 08:15	Realizar a abertura do grupo de discussão  Apresentar o relatório-síntese da segunda oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”	Exposição dialogada	Sala com cadeiras em círculo  Gravador digital	Apresentação do objetivo da oficina: finalizar a elaboração do plano de ação para enfrentamento dos problemas relacionados à prevenção de <i>delirium</i> nos idosos assistidos na UTI do estudo  Leitura do relatório-síntese do segundo grupo de discussão
08:15 – 09:00	Verificar a execução das ações planejadas na oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”	Grupo de discussão guiado por roteiro específico	Gravador digital  Roteiro impresso	Exposição do grupo sobre a execução das ações planejadas na oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”  Discussão sobre os fatores limitadores para a execução das ações  Redefinição das ações a serem executadas, caso necessário
09:00 – 09:20	Expor brevemente as evidências científicas sobre prevenção não-farmacológica de <i>delirium</i> no idoso crítico apresentadas na oficina anterior	Exposição dialogada	Datashow  Gravador digital	Apresentação de evidências científicas (artigos, revisões de literatura, capítulos de livro) sobre prevenção não-farmacológica do <i>delirium</i> no idoso crítico, enfatizando o essencial papel da enfermagem nesse contexto.
09:20 – 10:10	Finalizar a elaboração do plano de ação para enfrentamento dos problemas detectados e transformação da prática	Grupo de discussão	Datashow  Gravador digital	Análise e discussão do grupo sobre ações necessárias para resolução dos problemas detectados, com base nas evidências científicas sobre a temática e saberes prévios das profissionais.  Determinação do plano de ação, contendo problemas detectados, objetivos a serem alcançados, respectivas ações e responsáveis

10:10 – 10:30	Coffee Break			
10:30 – 11:40	Finalizar a elaboração do plano de ação para enfrentamento dos problemas detectados e transformação da prática	Grupo de discussão	Datashow Gravador digital	Análise e discussão do grupo sobre ações necessárias para resolução dos problemas detectados, com base nas evidências científicas sobre a temática e saberes prévios das profissionais.  Determinação do plano de ação, contendo problemas detectados, objetivos a serem alcançados, respectivas ações e responsáveis
11:40 – 12:00	Avaliar o planejamento, condução e adequação da oficina pedagógica	Aplicação de questionário	Questionário	Avaliação das participantes sobre a realização da oficina pedagógica  Entrega do material didático sobre monitorização de delirium  Apresentação da data da próxima oficina

## APÊNDICE K – Folder da terceira oficina pedagógica



Memórias do *delirium* por Nancy Andrews. Fonte:  
[www.artandscienceofdelirium.wordpress.com](http://www.artandscienceofdelirium.wordpress.com)

### ORGANIZAÇÃO:

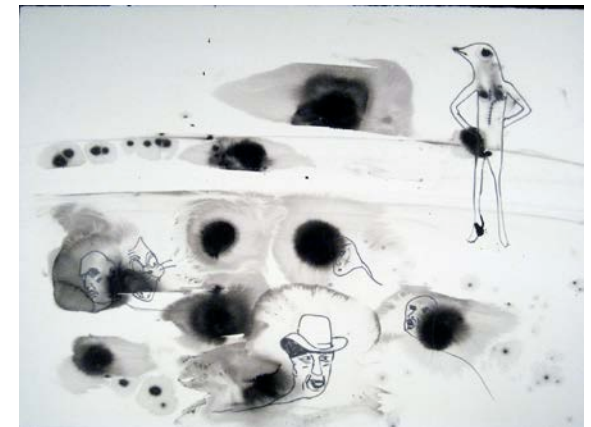
Larissa Pedreira  
 Tássia Faustino  
 Yasmin Seixas



Universidade Federal da Bahia  
 Programa de Pós-Graduação em  
 Enfermagem  
 Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem na  
 Prevenção e Monitorização do *Delirium* no  
 Idoso Crítico

### Oficina

**“Prevenindo o *delirium* no idoso crítico:  
 a transformação é possível e necessária”**



Fonte: [www.artandscienceofdelirium.wordpress.com](http://www.artandscienceofdelirium.wordpress.com)

Data: 13/03/14  
 Horário: 08:00 - 12:00  
 Local: Sala 01 da Escola de Enfermagem  
 da UFBA (Térreo)  
**Programação**

<p>Carga horária: 04 horas</p> <p>Participantes: Profissionais de saúde da UTI Geral do HUPES</p>	<p><b>08:00 – 08:15</b></p> <p>Apresentação dos objetivos da oficina</p> <p>Leitura do relatório-síntese da segunda oficina</p>	<p><b>10:10 – 10:30</b></p> <p><i>Coffee-Break</i></p> <p><b>10:30 – 11:45</b></p>
<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar a execução das ações planejadas no primeiro momento da oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”</li> <li>• Finalizar a elaboração do plano de ação para enfrentamento dos problemas relacionados à prevenção de <i>delirium</i> nos idosos assistidos na UTI do estudo.</li> </ul>	<p><b>08:15 – 09:00</b></p> <p>Verificação da execução das ações planejadas no primeiro momento da oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”</p> <p><b>09:00 – 09:20</b></p> <p>Breve exposição das evidências científicas sobre prevenção não farmacológica de <i>delirium</i> no idoso crítico apresentadas na oficina anterior</p> <p><b>09:20 – 10:10</b></p> <p>Determinação do plano de ação para minimização e/ou eliminação dos problemas identificados relacionados à prevenção de <i>delirium</i> nos idosos assistidos na UTI do estudo.</p>	<p>Determinação do plano de ação para minimização e/ou eliminação dos problemas identificados relacionados à prevenção de <i>delirium</i> nos idosos assistidos na UTI do estudo.</p> <p><b>11:45 – 12:00</b></p> <p>Avaliação da oficina</p>
<p><b>Conteúdo Programático</b></p>		

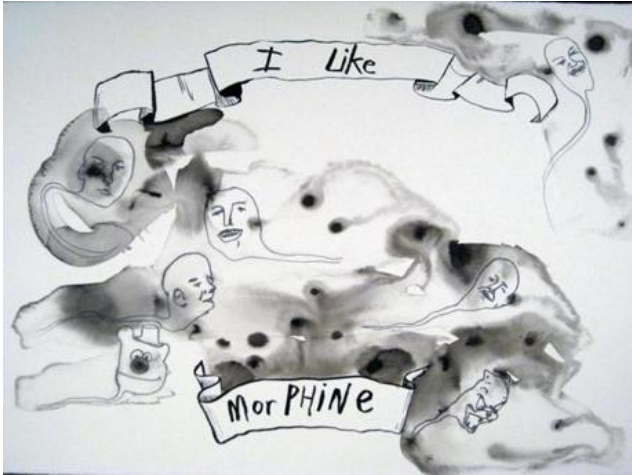
**APÊNDICE L – Roteiro para acompanhamento da execução das ações**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PESQUISA: CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E  
MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO

**ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES**

01. As ações planejadas foram/estão sendo executadas?
02. Se negativo, quais os motivos?
03. As ações planejadas precisam ser redefinidas? Quais?

## APÊNDICE M – Folder da quarta oficina pedagógica



Memórias do *delirium* por Nancy Andrews. Fonte:  
[www.artandscienceofdelirium.wordpress.com](http://www.artandscienceofdelirium.wordpress.com)

### ORGANIZAÇÃO:

Larissa Pedreira  
 Tássia Faustino  
 Yasmin Seixas



Universidade Federal da Bahia

Programa de Pós-Graduação em  
 Enfermagem  
 Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem na  
 Prevenção e Monitorização do *Delirium* no  
 Idoso Crítico

### Oficina

“Monitorizando o *delirium* no idoso  
 crítico”



Data: 07/04/14

Horário: 08:00 - 12:00

Local: Sala 07 da Escola de Enfermagem  
 da UFBA (1º andar)

**Programação**



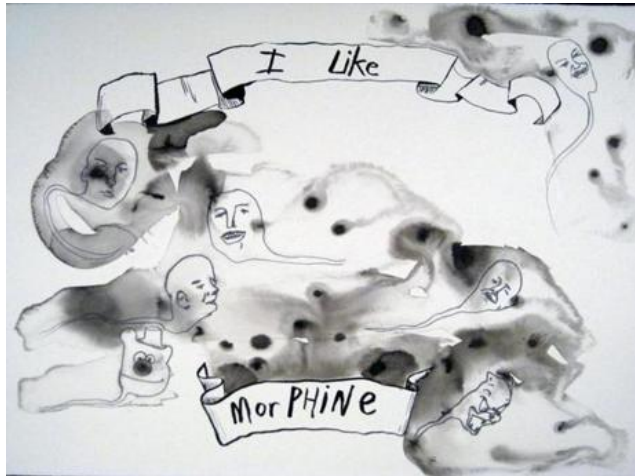
<p>Carga horária: 04 horas</p> <p>Participantes: Profissionais de saúde da UTI Geral do HUPES</p>	<p><b>08:00 – 08:15</b></p> <p>Apresentação dos objetivos da oficina</p> <p>Leitura do relatório-síntese da terceira oficina</p>	<p>Determinação das possíveis causas dos problemas identificados, o que poderá ser modificado, fatores facilitadores e fatores dificultadores</p>
<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar a execução das ações planejadas na oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”</li> <li>• Apresentar as atuais evidências científicas sobre monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico.</li> <li>• Elaborar um plano de ação para enfrentamento dos problemas relacionados à monitorização do <i>delirium</i> nos idosos assistidos na UTI do estudo.</li> </ul>	<p><b>08:15 – 09:00</b></p> <p>Verificação da execução das ações planejadas na oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”</p>	<p><b>10:10 – 10:30</b></p> <p><i>Coffee-Break</i></p>
<p><b>Conteúdo Programático</b></p>	<p><b>09:00 – 09:30</b></p> <p>Exposição das atuais evidências científicas sobre monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico</p>	<p><b>10:30 – 11:40</b></p> <p>Determinação do plano de ação para minimização e/ou eliminação do problema identificado</p>
	<p><b>09:30 – 10:10</b></p> <p>Leitura, análise e discussão de relato de prática contendo os problemas identificados pelo grupo na primeira oficina</p>	<p><b>11:40 – 12:00</b></p> <p>Avaliação da oficina</p>

**APÊNDICE N – Roteiro para condução da quarta oficina pedagógica**

<b>Horário</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Atividade</b>
08:00 – 08:15	Realizar a abertura do grupo de discussão  Apresentar o relatório-síntese da terceira oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”	Exposição dialogada	Sala com cadeiras em círculo  Gravador digital	Apresentação do objetivo da oficina: elaborar um plano de ação para enfrentamento dos problemas relacionados à monitorização do <i>delirium</i> nos idosos assistidos na UTI do estudo  Leitura do relatório-síntese da terceira oficina pedagógica
08:15 – 09:00	Verificar a execução das ações planejadas na oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”	Grupo de discussão guiado por roteiro específico	Gravador digital	Exposição do grupo sobre a execução das ações planejadas na oficina “Prevenindo o <i>delirium</i> nos idosos críticos”  Discussão sobre os fatores limitadores para a execução das ações  Redefinição das ações a serem executadas, caso necessário
09:00 – 09:30	Expor as evidências científicas sobre monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico	Exposição dialogada	Datashow  Gravador digital	Apresentação de evidências científicas sobre monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico, enfatizando o essencial papel da enfermagem nesse contexto.
09:30 – 10:10	Analisar um relato de situação de prática sobre monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico	Grupo de discussão guiado por relato de situação de prática	Roteiro do relato de situação de prática contendo os problemas identificados pelo grupo em relação à monitorização de <i>delirium</i> no idoso crítico  Papel metro  Canetas coloridas  Gravador digital	Leitura, análise e discussão do relato de situação de prática pelo grupo  Identificação das possíveis causas para os problemas detectados.  Determinação do cuidado que o grupo deseja implementar de forma a monitorar adequadamente a ocorrência de <i>delirium</i> no idoso crítico  Identificação do que poderá ser modificado na prática a fim de garantir tal mudança.  Determinação dos fatores facilitadores e dificultadores

				<p>para transformação desejada no <i>locus</i> do estudo.</p> <p>Registro das reflexões do grupo sobre o relato de situação de prática em papel metro fixado na parede da sala contendo os seguintes tópicos: causas dos problemas, a prática desejada, o que poderá ser modificado, fatores facilitadores e fatores dificultadores</p>
10:10 – 10:30	Coffee Break			
10:30 – 11:40	Elaborar um plano de ação para enfrentamento dos problemas detectados e transformação da prática.	Grupo de discussão guiado por roteiro específico	Roteiro impresso Gravador digital	<p>Análise e discussão do grupo sobre ações necessárias para resolução dos problemas detectados, com base nas evidências científicas sobre a temática e saberes prévios das profissionais.</p> <p>Determinação do plano de ação, contendo problemas detectados, objetivos a serem alcançados, respectivas ações e responsáveis.</p>
11:40 – 12:00	Avaliar o planejamento, condução e adequação da oficina pedagógica	Aplicação de questionário	Questionário	<p>Avaliação das participantes sobre a realização da oficina pedagógica</p> <p>Apresentação da data da próxima oficina</p>

## APÊNDICE O – Folder da quinta oficina pedagógica



Memórias do *delirium* por Nancy Andrews. Fonte: [www.artandscienceofdelirium.wordpress.com](http://www.artandscienceofdelirium.wordpress.com)

### ORGANIZAÇÃO:

Larissa Pedreira  
Tássia Faustino  
Yasmin Seixas



Universidade Federal da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem  
Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para  
Prevenção e Monitorização do *Delirium* no  
Idoso Crítico

### Oficina

**“Avaliando os resultados da pesquisa  
sobre o cuidado de enfermagem para  
prevenção e monitorização do *delirium*  
no idoso crítico”**



Fonte: <http://www.clealco.com.br/acontecenaclealco/wp-content/uploads/2013/08/equipe3.jpg>

Data: 08/10/14

Horário: 08:00 - 12:00

Local: Sala 08 da Escola de Enfermagem  
da UFBA (1º andar)

## Programação

Carga horária: 04 horas

Participantes: Profissionais de saúde da  
UTI Geral do HUPES

### Objetivos:

- Verificar se as ações planejadas pelo grupo foram implementadas e as dificuldades/facilidades em executá-las
- Avaliar o aprendizado adquirido com a participação nas oficinas e execução das ações programadas.
- Avaliar as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI do estudo, após a implementação das medidas programadas.

## Conteúdo Programático

**08:00 – 08:20**

Apresentação do projeto de pesquisa, das fases da PA executadas e dos planos de ação elaborados pelo grupo

**08:20 – 09:10**

Discussão sobre a implementação dos planos de ação elaborados e fatores limitadores/facilitadores para a execução das ações programadas

**09:10 – 10:10**

Discussão sobre o aprendizado adquirido com a pesquisa

**10:10 – 10:30**

*Coffee-Break*

**10:30 – 11:30**

Discussão sobre as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na UTI do estudo

**11:30 – 11:40**

Encerramento

**APÊNDICE P – Roteiro para condução da quinta oficina pedagógica**

<b>Horário</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Atividade</b>
08:00 – 08:20	Realizar a abertura do grupo de discussão  Apresentar o projeto de pesquisa, as fases da PA executadas e os planos de ação elaborados	Exposição dialogada	Sala com cadeiras em círculo  Datashow  Gravador digital	Apresentação do objetivo da oficina: Avaliar as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico na UTI do estudo, após a implementação das medidas programadas.  Apresentação dos objetivos da pesquisa, fases da PA e planos de ação elaborados
08:20 – 09:10	Verificar se as ações planejadas foram implementadas e as dificuldades/facilidades em executá-las	Grupo de discussão guiado por roteiro específico	Gravador digital	Discussão do grupo sobre a implementação dos planos de ação e fatores limitadores/facilitadores para a execução das ações programadas
09:10 – 10:10	Avaliar o aprendizado adquirido com a participação nas oficinas e a implementação das ações programadas.	Grupo de discussão guiado por roteiro específico	Gravador digital	Discussão do grupo sobre a aprendizagem proporcionada pela pesquisa (referente às fases da PA e a temática <i>delirium</i> )
10:10 – 10:30	Coffee Break			
10:30 – 11:30	Avaliar as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico na UTI do estudo, após a implementação das medidas programadas.	Grupo de discussão guiado por roteiro específico	Gravador digital	Discussão do grupo sobre as alterações ocorridas nas práticas de prevenção e monitorização do <i>delirium</i> no idoso crítico na UTI do estudo, após a implementação das medidas programadas.
11:30 – 11:40	Encerramento			

## APÊNDICE Q – Roteiro para avaliação dos resultados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PESQUISA: CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E  
MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO

### ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

01. Todas as ações programadas foram efetivamente implementadas? Os problemas identificados foram solucionados? Caso negativo, expliquem os motivos.
02. Qual foi o aprendizado proporcionado pela pesquisa?
03. A pesquisa ocasionou melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico na unidade do estudo? Quais?

**APÊNDICE R** – Roteiro para observação *in loco*

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PESQUISA: CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E  
MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* NO IDOSO CRÍTICO

**ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO**

- Distribuição dos leitos.
- Presença de relógios e calendários.
- Presença de janelas e iluminação natural.
- Horários de visita.
- Flexibilização de horário de visita.
- Iluminação da unidade no período noturno.
- Ruídos (equipamentos, profissionais).



## ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 PROF. EDGARD SANTOS-  
 UFBA - HUPES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O cuidado de Enfermagem na prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico

**Pesquisador:** Tássia Nery Faustino

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 21093013.1.0000.0049

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 549.930

**Data da Relatoria:** 10/03/2014

**Apresentação do Projeto:**

Definido como uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição, o delirium<sup>1</sup> pode acometer até 80% dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI) (GIRARD; PANDHARIPANDE; ELY, 2008). Adicionalmente, os idosos, responsáveis por 42% a 52% das admissões nesse setor (SCHEIN; CESAR, 2010), estão particularmente propensos ao desenvolvimento dessa disfunção neurológica. Para Lôbo et al. (2010) estima-se que 50% destes a apresentarão durante a hospitalização.

Frente à elevada incidência de delirium nessa faixa etária e às negativas implicações para o indivíduo, família e serviços de saúde, o cuidado ofertado pela enfermeira é essencial para a prevenção e monitorização desse distúrbio.

A maior preocupação dos pesquisadores e profissionais de saúde em relação à ocorrência desse distúrbio resulta da sua comprovada associação com o aumento da morbidade, mortalidade, custos hospitalares, tempo de internamento na UTI e no hospital e comprometimento neurocognitivo pós-alta. Tais evidências levaram ao seu reconhecimento como um problema de saúde pública, demandando gastos de 4 a 16 milhões de dólares ao ano apenas nos Estados Unidos (BARR et al., 2013).

Nesse contexto, a enfermeira, ao cuidar do paciente idoso grave, precisa estar atenta às alterações

**Endereço:** Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-8043

**Fax:** (71)3283-8140

**E-mail:** cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 PROF. EDGARD SANTOS-  
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 549.930

biológicas e cognitivas peculiares da faixa etária e às decorrentes do processo de hospitalização, nas quais se enquadra esse estado confusional, o que requer uma assistência diferenciada.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo geral:** realizar uma intervenção educativa junto às enfermeiras visando a ampliação do conhecimento e introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do delirium em idosos críticos.

**Objetivos específicos:**

Verificar o conhecimento das enfermeiras intensivistas sobre a prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico.

Identificar as práticas realizadas pelas enfermeiras intensivistas para a prevenção e monitorização do delirium no idoso grave.

Realizar oficinas pedagógicas com as enfermeiras.

Planejar junto às enfermeiras medidas para prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico.

Acompanhar a execução das medidas planejadas.

Avaliar junto às enfermeiras as alterações ocorridas no cuidado ao idoso em risco para delirium ou que apresentou a disfunção, após a implementação das medidas programadas.

Baseando-se no contexto descrito, o estudo tem como objetivo geral realizar uma intervenção educativa junto à equipe de enfermagem visando a ampliação do conhecimento e introdução de melhorias nas práticas de prevenção e monitorização do delirium em idosos críticos. Apresenta como objetivos específicos: Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico.

Identificar as práticas realizadas pelas enfermeiras intensivistas e técnicas de enfermagem para a prevenção e monitorização do delirium no idoso grave.

Realizar oficinas pedagógicas com as enfermeiras e técnicas de enfermagem.

Planejar junto à equipe de enfermagem medidas para prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico.

Acompanhar a execução das medidas planejadas.

Avaliar junto à equipe de enfermagem as alterações ocorridas no cuidado ao idoso em risco para delirium ou que apresentou a disfunção, após a implementação das medidas programadas.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar  
 Bairro: Canela CEP: 40.110-060  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 PROF. EDGARD SANTOS-  
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 549.930

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Ao ser entrevistada, a enfermeira poderá apresentar desconforto ao compartilhar o cuidado que oferece para prevenção, monitorização e controle do delirium no idoso crítico assistido, relatando informações profissionais ao investigador

**Benefícios:**

A relevância do estudo detém-se na possibilidade de transformação do cuidado ofertado ao idoso crítico, de uma unidade de terapia intensiva pública, através da prestação de uma assistência de enfermagem baseada na melhor evidência científica disponível, reduzindo os resultados clínicos negativos relacionados ao delirium.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A emenda solicita a aprovação dos aspectos:

Alteração da questão norteadora do estudo;

Alteração dos objetivos da pesquisa;

Alteração na técnica de coleta dos dados da pesquisa: entrevista semiestruturada e grupo focal;

Alteração no TCLE visto a mudança nos objetivos da pesquisa e na técnica de coleta dos dados;

Alteração na redação do Apêndice B;

Alteração na redação da questão norteadora do estudo;

Alteração na redação dos objetivos da pesquisa;

Alteração nos participantes da pesquisa;

Alteração no TCLE visto a mudança na redação dos objetivos da pesquisa e inclusão de novos participantes na pesquisa;

Alteração no título da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados

**Recomendações:**

Estudo adequado.

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

Estudo adequado segundo os princípios bioéticos da pesquisa em seres humanos. Não há impedimento ético para a realização do estudo.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 PROF. EDGARD SANTOS-  
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 549.930

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e ANVISA e junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e ao término do estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo-HUPES, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Emenda aprovada.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar  
 Bairro: Canela CEP: 40.110-080  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. EDGARD SANTOS-  
UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 549.930

SALVADOR, 10 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**Roberto José da Silva Badaró**  
**(Coordenador)**