



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**FERNANDA CAJUHY DOS SANTOS**

CUIDADO DE ENFERMAGEM RELACIONADO À COGNIÇÃO DA PESSOA IDOSA  
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SALVADOR

2020

**FERNANDA CAJUHY DOS SANTOS**

**CUIDADO DE ENFERMAGEM RELACIONADO À COGNIÇÃO DA PESSOA IDOSA  
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção de título de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.  
**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Larissa Chaves Pedreira

SALVADOR

2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Santos, Fernanda Cajuhy dos  
Cuidado de enfermagem relacionado à cognição da  
pessoa idosa na unidade de terapia intensiva /  
Fernanda Cajuhy dos Santos. -- Salvador, 2020.  
110 f.

Orientador: Larissa Chaves Pedreira.  
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós Graduação em  
Enfermagem e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia,  
Escola de Enfermagem, 2020.

1. Cognição. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3.  
Idoso. 4. Cuidados de Enfermagem. I. Pedreira,  
Larissa Chaves. II. Título.

## FERNANDA CAJUHY DOS SANTOS

### CUIDADO DE ENFERMAGEM RELACIONADO À COGNIÇÃO DA PESSOA IDOSA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de Concentração “Enfermagem Cuidado e Saúde” na Linha de Pesquisa “Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos”.

**Aprovada em 29 de outubro de 2020**

#### BANCA EXAMINADORA

Larissa Chaves Pedreira



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia - Brasil

Valdenir Almeida da Silva



Doutor em Enfermagem e Enfermeiro do Hospital Universitário Professor Edgard Santos

Juliana Almeida do Amaral



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia – Brasil

Tânia Maria Oliva Menezes



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia – Brasil

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e à minha irmã,  
minhas fontes de inspiração diária, que  
caminham junto a mim  
e motivam-me  
diariamente.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por abençoar meus caminhos e iluminar minhas escolhas, dando-me força para perseverar sempre e conseguir realizar mais este sonho;

Aos meus pais, Eliana e Antonio, por sempre incentivarem meus estudos e priorizarem o meu bem-estar. Tenho certeza que sem o apoio de vocês não chegaria até aqui;

À minha irmã Fabiana, pela sua paciência e disponibilidade em ajudar em qualquer circunstância. Não tenho como agradecer por tudo que fez ao longo dessa trajetória;

Aos meus demais familiares, vocês são minha base e meu exemplo de coragem. Nossa união só me fortalece. Obrigada pelas palavras de incentivo, pelos momentos de distração e por compreenderem quando eu não podia estar presente;

Às minhas amigas e amigos, pessoas fundamentais nessa longa jornada! Agradeço pelo incentivo e pela torcida. Que sorte a minha poder contar com vocês, tanto nos momentos de produção científica e congressos, quanto nas horas de lazer e distração. Em especial, Amanda, Bruna, Iasmin, Isabella, Luciane, Roberta, Samara e Tamara. Vocês tornaram essa caminhada muito mais leve;

À Cláudia, amiga e colega de turma, minha companheira ao longo do mestrado, presente quase que 24 horas por dia, de forma presencial e virtual;

À Universidade Federal da Bahia, tenho grande admiração por essa instituição, onde realizei minha graduação, residência e o mestrado;

Ao grupo NESPI, pelos inúmeros aprendizados. Participar desse grupo de pesquisa me trouxe um novo olhar sobre o envelhecimento e colaborou bastante com a elaboração desta pesquisa;

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Larissa Chaves por todos os ensinamentos. Obrigada pela forma leve que tem em conduzir seus orientandos. Isso tornou a escrita deste trabalho e toda a trajetória do mestrado mais tranquila e agradável;

Aos componentes da banca de qualificação, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Amaral e Dr Valdenir Almeida, as contribuições de vocês foram de extrema relevância para a construção desse manuscrito;

Aos meus professores, obrigada por compartilhar tantos conhecimentos e vivências. Em especial, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Menezes que me acompanhou no grupo NESPI e em algumas disciplinas do mestrado, agradeço pelos ensinamentos e pela sensibilidade. Suas contribuições alcançaram minha vida acadêmica, profissional e pessoal;

Aos alunos da graduação, que colaboraram para a coleta de dados desta pesquisa, em especial Andrea, Levi e Larissa;

À equipe de enfermagem do HUPES, agradeço às coordenadoras das unidades pela ajuda na coleta de dados, aos técnicos de enfermagem e enfermeiros que participaram dos grupos focais, obrigada pela disponibilidade e pelas ricas discussões. E ainda, à equipe de enfermagem das unidades *locus* por segurarem as pontas na assistência, no momento em que os colegas ausentaram-se para participar das reuniões;

Aos meus colegas de trabalho, pelas palavras de incentivo e pelas trocas de plantões, possibilitando a minha presença nas atividades do mestrado;

Enfim, só tenho a agradecer a todos que participaram dessa jornada. Sou muito grata em poder realizar esse sonho!

## RESUMO

SANTOS, Fernanda Cajuhly. **Cuidado de enfermagem relacionado à cognição da pessoa idosa na Unidade de Terapia Intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2020. 110f. (Orientadora Dr<sup>a</sup> Larissa Chaves Pedreira)

A população idosa brasileira vem crescendo de forma acelerada e as pessoas idosas possuem taxas de internação significativa, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva. O ambiente crítico e a rotina nessas unidades possuem fatores que podem prejudicar a manutenção da cognição. Com isso, as intervenções voltadas ao estímulo cognitivo nas Unidades de Terapia Intensiva tornam-se prioritárias e a equipe de enfermagem ganha destaque na execução destas, por ser a categoria que mais participa no cuidado a pessoa idosa. Tendo assim como objetivo analisar como ocorre o cuidado de enfermagem relacionado ao estímulo à cognição das pessoas idosas hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva. Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, realizado em duas unidades de terapia intensiva de um hospital universitário localizado na cidade de Salvador-Ba, entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020. A coleta de dados ocorreu em duas etapas: a primeira em prontuários de idosos internados em uma das unidades lócus e a segunda a partir de grupos focais com a equipe de enfermagem. A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo de Bardin e o estudo seguiu as normas brasileiras da Resolução 466/12 com aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa. Foram acompanhadas 132 prescrições de enfermagem, 16 históricos, 132 evoluções e 264 anotações de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem mais identificados foram risco de queda com os fatores relacionados: extremos de idade (38,9%), alteração neurológica (16,7%) e mobilidade prejudicada (11,1%); seguido do diagnóstico de dor aguda: evolução da doença (11,1%). Nas prescrições de enfermagem, tiveram destaque: avaliar sensorial (62,5%) e comunicar sinais de dor (56,3%). Os problemas descritos nas evoluções e anotações de enfermagem foram: contato verbal monossilábico, tendo como intervenção estimulação cognitiva; e delirium, com agressão a equipe, sendo realizada contenção mecânica e uso de medicamento. Alguns problemas relatados não tiveram intervenção registrada. Em relação aos encontros de grupo focal, emergiram três categorias: cuidado de enfermagem relacionado à cognição dos idosos na UTI; fatores que influenciam positivamente no cuidado para o estímulo à cognição dos idosos na UTI e fatores que influenciam negativamente no cuidado para o estímulo à cognição dos idosos na UTI. Os resultados mostraram que a equipe de enfermagem realiza ações relevantes para o estímulo à cognição do idoso na Unidade de Terapia Intensiva, no entanto, esses cuidados são realizados de forma esporádica e pouco registrados. A equipe precisa ser sensibilizada quanto à temática, sendo fundamental implementar estratégias educativas e novos estudos sobre a cognição do idoso na Unidade de Terapia Intensiva.

**Descritores:** Cognição. Unidade de Terapia Intensiva. Idoso. Cuidados de Enfermagem.

## ABSTRACT

SANTOS, Fernanda Cajuhy. **Nursing care related to the cognition of elderly patients at an Intensive Care Unit.** Dissertation (Nursing Master's Degree). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2020. 110f. (Counselor Dr. Larissa Chaves Pedreira)

The elderly population in Brazil is increasing in an accelerated pace, and elderly have significant hospitalization rates, especially in the Intensive Care Units. The critical environment and the routine within these units are comprised of factors that can impair the maintenance of cognition. Accordingly, interventions guided towards cognitive stimulation in the Intensive Care Units become a priority and the nursing team stands out in the execution of these interventions, once it is the category that has the greatest participation in the care of the elderly patient. With the objective of analyzing how nursing care in relation to stimulating cognition of the elderly patients hospitalized in the Intensive Care Units occurs. A study was conducted a qualitative, descriptive, exploratory study, carried out in two intensive care units of a university hospital located in the city of Salvador-Ba., between December 2019 and February 2020. Data collection occurred in two phases: the first in the patient records of the elderly patients hospitalized in one of the locus units, and secondly from the focal groups with the nursing team. Data analysis was performed using Bardin content analysis and the study complied with the Brazilian standards under Resolution 466/12, having been approved by the Research Ethics Committee. 132 nursing prescriptions, 16 clinical backgrounds, 132 evolutions and 264 nursing notes were monitored. The most identified nursing diagnoses were fall hazard with the related factors: extreme ages (38.9%), neurological impairment (16.7%) and impaired mobility (11.1%); followed by the diagnosis of acute pain: development of the disease (11.1%). Emphasis in the nursing prescription were: sensorial assessment (62.5%) and communicating signs of pain (56.3%). The problems described in the development and notes of the nurses were: monosyllabic verbal contact, having as intervention cognitive stimulation, with aggression to the team, requiring mechanical contention and use of medication. Some of the reported problems did not have any registered interventions. In relation to the focal group meetings, three categories appeared: nursing care related to the cognition of elderly patients in the Intensive Care Units; factors positively influencing nursing care in stimulating cognition of the elderly in the Intensive Care Units and factors negatively influencing nursing care in stimulating cognition of the elderly in the ICU. The results demonstrated that the nursing team performs relevant actions towards stimulating the cognition of the elderly patients in the Intensive Care Units, however, this care is performed in a sporadic manner and poorly recorded. The team needs to raise awareness in relation to this matter and it is indispensable that educational strategies be implemented as well as new studies on the cognition of the elderly in Intensive Care Units.

**Keywords:** Cognition. Intensive Care Units. Aged. Nursing Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas idosas acompanhadas na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Salvador (Ba), 2019.....	34
Quadro 2	Diagnósticos de enfermagem relacionados aos aspectos cognitivos de pessoas idosas internadas na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Salvador (Ba), 2019.....	35
Quadro 3	Itens da prescrição de enfermagem relacionados aos aspectos cognitivos de pessoas idosas internadas na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Salvador (Ba), 2019.....	36
Quadro 4	Problemas identificados e intervenções implementadas pela equipe de enfermagem relacionados aos aspectos cognitivos de idosos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Salvador (Ba), 2019.....	37
Quadro 5	Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. Salvador (Ba), 2020.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BDENF	Banco de dados em Enfermagem
CAA	Comunicação alternativa aumentada
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCL	Comprometimento cognitivo leve
DCPO	Declínio cognitivo no pós-operatório
DE	Diagnóstico de Enfermagem
Enf.	Enfermeiro
GF	Grupos Focais
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEM	Miniexame do Estado Mental
NESPI	Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de enfermagem
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b>	17
2.1	COGNIÇÃO E ENVELHECIMENTO	17
2.2	A HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO DA COGNIÇÃO DA PESSOA IDOSA	21
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	24
3.1	TIPO DE ESTUDO	24
3.2	<i>LOCUS</i> DA PESQUISA	25
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
3.4	COLETA DE DADOS	26
<b>3.4.1</b>	<b>Pesquisa documental- Coleta de dados nos prontuários</b>	26
<b>3.4.2</b>	<b>Oficinas de grupo focal</b>	27
<b>3.4.3</b>	<b>Primeiro e segundo encontro</b>	29
<b>3.4.4</b>	<b>Terceiro e quarto encontro</b>	30
3.5	ANÁLISE DE DADOS	31
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	32
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	33
4.1	REGISTROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À COGNIÇÃO DA PESSOA IDOSA INTERNADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	33
4.2	CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À COGNIÇÃO DOS IDOSOS NA UTI	38
<b>4.2.1</b>	<b>Estímulo à presença da família</b>	39
<b>4.2.2</b>	<b>Estímulo ao autocuidado</b>	42
<b>4.2.3</b>	<b>Estímulo à manutenção da autonomia</b>	42
<b>4.2.4</b>	<b>Estímulo a memória e orientação quanto ao tempo e espaço</b>	43
<b>4.2.5</b>	<b>Aproximação e comunicação adequada com a pessoa idosa</b>	43
<b>4.2.6</b>	<b>Cuidados com o intuito de amenizar agentes estressores da UTI</b>	45
<b>4.2.7</b>	<b>Ações relacionadas à equipe multidisciplinar</b>	48

<b>4.2.8</b>	<b>Proporcionar atividades de lazer/habituais</b>	49
4.3	FATORES QUE INFLUENCIAM POSITIVAMENTE NO CUIDADO PARA O ESTÍMULO A COGNIÇÃO DOS IDOSOS NA UTI.	50
<b>4.3.1</b>	<b>Projeto visita estendida</b>	50
<b>4.3.2</b>	<b>Prolongado tempo de internação</b>	51
<b>4.3.3</b>	<b>Uso da tecnologia leve</b>	51
<b>4.3.4</b>	<b>Trabalho no período diurno</b>	51
4.4	FATORES QUE INFLUENCIAM NEGATIVAMENTE NO CUIDADO PARA O ESTÍMULO COGNITIVO DOS IDOSOS NA UTI	52
<b>4.4.1</b>	<b>Peculiaridades do período noturno</b>	52
<b>4.4.2</b>	<b>Estrutura física/ambiente da UTI</b>	53
<b>4.4.3</b>	<b>Lacunas relacionadas à comunicação</b>	55
<b>4.4.4</b>	<b>Rotinas da UTI/ alta demanda de trabalho</b>	55
<b>4.4.5</b>	<b>Hábitos corriqueiros da equipe</b>	56
<b>4.4.6</b>	<b>Escassez de treinamentos que envolvam a temática cognição da pessoa idosa na UTI</b>	57
<b>4.4.7</b>	<b>Ausência de protocolos relacionados à cognição do idoso crítico</b>	58
<b>4.4.8</b>	<b>Mecanização do trabalho da equipe de enfermagem na UTI</b>	58
<b>5.0</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	58
<b>6.0</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	79
	<b>REFERÊNCIAS</b>	81
	<b>APÊNDICE A-</b> Termo de consentimento livre e esclarecido	97
	<b>APÊNDICE B -</b> Roteiro de observação em campo	99
	<b>APÊNDICE C -</b> Caracterização dos idosos internados	100
	<b>APÊNDICE D-</b> Caracterização dos profissionais	102
	<b>APÊNDICE E-</b> Roteiro das oficinas de grupo focal	103
	<b>ANEXO 01:</b> Protocolo de aprovação do comitê de ética em pesquisa	105

## 1 INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira vem crescendo de forma acelerada, o número de idosos que em 1950 era de 2,6 milhões, em 2020 passou para 29,9 milhões. Previsões esperam para 2100, 72,4 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no país (WHO, 2020). É importante salientar, que o grupo etário que mais cresce é o dos longevos (maiores de 80 anos), sendo estes, os mais vulneráveis às fragilidades e às limitações funcionais pelo avançar da idade (IBGE, 2017; ENKVIST; EKSTROM; ELMSTAHL, 2012).

O envelhecimento populacional dá maior visibilidade às discussões relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, como a dependência funcional e os déficits cognitivos (STAMM *et al.*, 2017). Tanto as fragilidades físicas, quanto os problemas cognitivos, influenciam no estado de saúde da pessoa idosa, promovendo perda da capacidade funcional e da autonomia, gerando prejuízos na sua qualidade de vida. Com isso, é fundamental a prevenção e a detecção precoce de alterações cognitivas pela equipe de saúde (GRDEN *et al.*, 2015).

A cognição envolve vários aspectos relacionados ao cérebro, como atenção, linguagem, memória, raciocínio, aprendizagem, percepção, tomada de decisão e resolução de problemas (EYSENCK; KEANE, 2017). Dessa forma, as alterações cognitivas são compreendidas como um comprometimento das referidas funções basais da pessoa, podendo ocasionar prejuízos na execução de suas atividades cotidianas (MATTA *et al.*, 2014). Pereira *et al.* (2018) reforçam que a disfunção cognitiva pode apresentar-se como alterações recentes ou exacerbação de outras pré-existentes na cognição global, memória, atenção/concentração e funções executivas.

Com o envelhecimento, diversas alterações são vivenciadas, podendo acentuar o risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades nos âmbitos fisiológico, social, econômico e psicológico, repercutindo também nos aspectos cognitivos. Assim, a pessoa idosa pode ter mais dificuldade para aprender algo novo, receber informações atuais e em alguns casos, ter comprometimento quanto à orientação no tempo e espaço. Por isso, o estímulo à cognição nesta população é fundamental, para que continuem realizando de forma independente as atividades cotidianas e mantenham sua autonomia (SZERWIESKI *et al.*, 2017).

Ao associar a mortalidade com o comprometimento cognitivo, um estudo que acompanhou 86 idosos institucionalizados na Polônia, com idade entre 66 e 101 anos, evidenciou que a mortalidade foi maior entre as pessoas com fragilidade severa e comprometimento cognitivo grave, quando comparados com outros idosos institucionalizados (MATUSIK *et al.*, 2012). Já em estudo brasileiro, realizado na cidade de Campinas-SP,

observou-se que entre os idosos residentes na comunidade com idade entre 65 e 74 anos, houve uma maior proporção de óbitos naqueles que tinham algum déficit cognitivo (BORIM; FRANCISO; NERI, 2017).

Em situações de hospitalização, alterações cognitivas podem surgir ou se agravarem. É notável que a população idosa tenha taxas elevadas de internação, quando comparada a outras faixas etárias, possivelmente por conta da fragilidade decorrente da idade e do maior risco para desenvolver ou apresentar complicações de determinadas patologias. Durante a internação hospitalar, esses idosos passam por modificações ambientais, alterações na rotina e a inclusão de novos hábitos, expondo-os a alterações cognitivas (NAZARIO *et al.*, 2018).

Segundo Lee *et al.* (2013), durante os primeiros dias da hospitalização, o declínio do nível funcional em idosos pode estar associado a idade avançada, estágio avançado de comorbidade e estado cognitivo, mas também podem ser exacerbados por práticas desenvolvidas durante a internação, como assistência não especializada, imobilidade no leito, uso de psicofármacos e passagem de sonda vesical que, por sua vez, também interferem na cognição.

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, o envelhecimento populacional fica bastante evidente, visto que, alguns fatores tornam as pessoas idosas mais propensas a apresentarem acometimentos agudos que podem ocasionar risco iminente de morte e, conseqüentemente, a necessidade de cuidados intensivos. Dentre os riscos de agravamento do quadro estão: reserva fisiológica reduzida, imunossenescência, comorbidades, institucionalização, diversas internações e dificuldade de acesso a cuidados de saúde (DIETRICH *et al.*, 2017).

No Brasil, 42 a 52% das admissões em UTI são de idosos, visto que eles estão mais expostos às doenças crônicas, em consonância com a carência de oferta de serviços preventivos (PEDROSA, 2014). O cuidado à pessoa idosa na UTI precisa ser diferenciado, pois além das questões relacionadas ao adoecimento, há alterações orgânicas, psicológicas e sociais peculiares do envelhecimento. Além disso, a hospitalização nessas unidades pode representar um momento de fragilidade, medo e insegurança, tornando o ambiente de terapia intensiva potencialmente prejudicial ao idoso (LEITE *et al.*, 2015).

O ambiente crítico é composto por uma gama de tecnologias duras capazes de preservar a vida a qualquer custo. Neste local, a possibilidade de morte é frequente, os ruídos são constantes, as situações de emergência sempre presentes, além do ambiente totalmente desconhecido, onde as pessoas idosas estão afastadas de seus familiares (FAUSTINO; SILVA; VIEIRA, 2016). Assim, a internação em UTI deixa os idosos mais susceptíveis a delirium,

depressão, perda da identidade, desorientação e outras modificações comportamentais, devido aos fatores estressores intrínsecos ao ambiente e às rotinas dessas unidades, associada às vulnerabilidades fisiológicas, psicológicas e sociais decorrentes ao processo de envelhecimento (PEDREIRA; BRANDÃO; REIS, 2013).

Observam-se também, em consequência do internamento em UTI, casos de estresse pós-traumático, que acontecem devido às situações estressantes e traumáticas relacionadas às vivências de ameaça de morte, acarretando sofrimento psicológico e acometimentos fisiológicos parecidos aos que acontecem em episódios de estresse e esquivas, além dos sentimentos de impotência e medo do desconhecido (SILVA, 2017).

Nesse ambiente, as pessoas internadas ainda lidam com o desconforto, isolamento, pois estão longe de familiares e de seu contexto de vida, queixas algícas e alterações do sono, acentuadas pelo ambiente adverso peculiar das unidades de terapia intensiva. Com relação à confusão mental, pode-se citar como exemplo o delírium, disfunção cerebral comum em pessoas idosas em situação crítica de saúde, principalmente internadas na UTI, onde além do que já foi exposto sobre esse ambiente, muitas vezes estão desprovidos de relógios, iluminação natural, ou qualquer tipo de atividade de ocupacional que estimule a sua cognição (MIRANDA; BERSOT; VILLELA, 2013; FARIA; MORENO, 2013).

Uma coorte prospectiva objetivando avaliar os aspectos funcionais e psicológicos dos pacientes imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva, cuja idade mediana dos participantes foi de 71 anos, observou que na primeira semana após a alta da UTI, as pessoas com tempo de internação maior que 72 horas tiveram redução da capacidade funcional, aumento do nível de dependência e alta incidência de transtorno de humor e sonolência diurna (VESZ *et al.*, 2013).

Ao referir-se especificamente a função cognitiva, parte significativa de pacientes críticos apresenta algum grau de déficit da memória, atenção e na função executiva que, por vezes, são observados por longos períodos após a alta hospitalar. Assim, torna-se fundamental a realização de intervenções nas UTIs que tenham repercussões positivas nos aspectos cognitivos, qualidade de vida e funcionalidade dessas pessoas (TOBAR; ALVAREZ; GARRIDO, 2017).

Com isso, as intervenções voltadas à manutenção da cognição dos idosos na UTI tornam-se prioritárias, e a equipe de enfermagem ganha destaque na execução dessas ações, por ser a categoria que participa do cuidado ao idoso crítico a todo momento, desenvolvendo atividades assistenciais a beira-leito durante as 24 horas. Portanto, ao assistir essas pessoas, é preciso atentar-se às alterações cognitivas decorrentes das mudanças associadas ao

envelhecimento como problemas com a memória, dificuldade com cálculos, alterações na atenção, comprometimento na orientação no tempo e espaço que podem ser agravadas pela hospitalização, caso não haja um foco preventivo, em especial nas UTIs.

Levando em consideração o que foi exposto e a minha vivência como enfermeira intensivista, observo muitos idosos que internam na unidade de terapia intensiva e desenvolvem ou exacerbam os seus déficits cognitivos. Para além, não costuma ser uma prática da equipe de saúde nessas unidades, estimular a cognição das pessoas internadas. A equipe de enfermagem executa poucas ações visando minimizar esses problemas e, ainda, avaliam cognitivamente esse público de maneira incipiente.

Saliento ainda ser relevante estudar tal temática, pois, em janeiro de 2020, ao realizar buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de dados em Enfermagem (BDENF), utilizando os descritores idoso (*aged*), cognição (*cognition*) e unidade de terapia intensiva (*intensive care units*), utilizando o operador booleano AND não foram encontradas publicações nacionais ou internacionais sobre a temática, mostrando haver uma lacuna na literatura sobre o referido assunto.

Tendo isso em vista, acredito ser fundamental estudar este tema, com o intuito de contribuir para uma assistência de enfermagem mais direcionada às especificidades da pessoa idosa, em especial, aos problemas cognitivos agravados pelos diversos fatores intrínsecos ao ambiente e a rotina da UTI.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar como ocorre o cuidado de enfermagem relacionado ao estímulo à cognição das pessoas idosas hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva. Para cumprimento do objetivo geral, serão seguidos os objetivos específicos:

- Aprender quais os cuidados de enfermagem realizados com o intuito de estimular a cognição das pessoas idosas hospitalizadas na UTI;
- Identificar os fatores que influenciam na prestação do cuidado de enfermagem para o estímulo cognitivo dos idosos na UTI.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO

### 2.1 COGNIÇÃO E ENVELHECIMENTO

As mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento têm repercussões na cognição das pessoas idosas. Essas alterações podem ser observadas com o declínio gradual de funções como a linguagem, aptidões motoras e executivas, sendo que a perda da memória tem maior ênfase nesta população, por ter influência na realização das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) (BRITO; PARAVIRINI, 2012).

No decorrer do processo de envelhecimento, os prejuízos cognitivos trazem impactos negativos não só para os idosos propriamente ditos, mas também, para suas famílias e na sociedade como um todo, uma vez que as repercussões do declínio cognitivo são amplas e muitas terapêuticas ainda não são eficazes, principalmente quando os déficits já estão estabelecidos (RODAKOWSKI *et al.*, 2014).

É importante então mencionar sobre o comprometimento cognitivo leve (CCL), quando ocorre o declínio de um ou mais domínios cognitivos (alterações na memória episódica, na atenção, na linguagem, na orientação no tempo e espaço, no reconhecimento de lugares e pessoas, na organização e planejamento de atividades), que pode acarretar consequências negativas relacionadas ao desempenho de atividades mais complexas. Associado a isso, para caracterizar como CCL, a pessoa não deve ter os requisitos necessários para se estabelecer o diagnóstico de demência (RADAVONIC; STELLA; FORLENZA, 2015).

Salienta-se, então, que não só fatores relacionados às questões fisiológicas influenciam no estado cognitivo das pessoas idosas. Um estudo realizado com idosos de uma comunidade rural, residentes em domicílios na área de abrangência dos serviços de Atenção Básica num município do Rio Grande do Sul, mostrou haver maior possibilidade de déficit cognitivo em pessoas idosas do sexo feminino, negras, de classe mais baixa, sem aposentadoria e com baixo grau de escolaridade (HOLZ *et al.*, 2013). Sabe-se que nos idosos com elevados níveis de escolaridade, a demência acontece de maneira retardada, porém, quando os sintomas aparecem, o declínio cognitivo apresenta-se de forma acelerada (MENG; D'ARCY, 2012).

Assim, o enriquecimento da vida intelectual é visto como uma estratégia protetora contra os declínios cognitivos mais frequentes nas pessoas idosas (VEMURI *et al.*, 2014). Além disso, a educação formal torna o cérebro mais resistente e flexível frente às repercussões das patologias ou modificações geradas pelo envelhecimento (COELHO *et al.*, 2012).

Um trabalho realizado na Colômbia mostrou que a prevalência do declínio cognitivo é inversamente proporcional ao tempo de estudo, sendo de 55,8% a prevalência dos que estudaram entre 0 e 4 anos e de 31,8% dos que estudaram de 5 a 8 anos (ALVARADO *et al.*, 2014). Estudo realizado na cidade de Ibicuí-Ba com idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município teve resultado semelhante, onde a prevalência do declínio cognitivo foi maior entre os analfabetos (33, 8%) e após análise multivariada, a variável escolaridade teve associação com declínio cognitivo ( $p \leq 0,05$ ) (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Possivelmente, por conta da aposentadoria, os idosos reduzem significativamente suas atividades cognitivas, o que colabora para um declínio cognitivo rápido, pois o sistema nervoso precisa de estímulos para sua manutenção e desenvolvimento (VARGAS *et al.*, 2014). Com o passar do tempo, as perdas relacionadas às habilidades práticas e motoras são conservadas, já as habilidades como o aprendizado de novas informações, expressões de linguagem e conteúdos se deterioram de maneira mais acelerada com a idade (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

As relações sociais também influenciam nas alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento. Muitos idosos isolam-se socialmente e aqueles que se sentem solitários têm menor estímulo para executar as ABVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), interagir com outras pessoas, realizar atividade física, fazer parte de grupos, dentre outras (LENARDT *et al.*, 2015). Além disso, parte dos idosos tem o hábito de estimular suas funções cognitivas, já outros não a exercitam. Nestes últimos, a perda neuronal e, conseqüentemente, os prejuízos da função cognitiva, em especial os que afetam a memória, ocorrem de maneira mais acelerada. Por este motivo, a execução de atividades que trabalhem a atenção, a concentração e o pensamento lógico é fundamental, pois aumentam a atividade neuronal, cuja rede de transmissão é responsável pela plasticidade e dinâmica cerebral (VARGAS *et al.*, 2014).

Durante a fase da velhice, é frequente as pessoas estarem menos inseridas nas rotinas do trabalho, na vida social, no lazer, na convivência familiar, sendo um período onde, muitas vezes, o sentimento de solidão aparece, e ainda observa-se um preconceito relacionado a essa fase, fazendo com que os idosos sejam ignorados, desconsiderados e isolados (CORREA, *et al.*, 2015). Em contrapartida, sabe-se que as relações sociais são de suma importância nessa etapa, visto que influenciam de maneira positiva na manutenção da capacidade funcional e na preservação das funções cognitivas (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; BRITO; PAVARINI, 2012).

Assim, quando as funções cognitivas não são mantidas, déficits podem ser desencadeados, levando a problemas relacionados ao desenvolvimento das ABVD e AIVD,

influenciando desta forma na autonomia das pessoas idosas (TAVARES *et al.*, 2017). Além disso, podem aumentar também as chances de incapacidades funcionais (HOLZ *et al.*, 2013).

Algo de suma importância relacionado à funcionalidade e às questões cognitivas é a ocorrência de queda nas pessoas idosas, considerado como um problema de saúde pública, por ter incidência bastante acentuada e repercutir negativamente na vida das pessoas idosas. Um estudo realizado com pessoas maiores de 60 anos acompanhadas no ambulatório de Neurogeriatria e de Distúrbios Cognitivos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná mostrou que o declínio da função cognitiva esteve associado ao maior comprometimento da funcionalidade, equilíbrio e aumento do risco de queda em idosos que possuíam demência, quando comparado aos que tinham comprometimento cognitivo leve (BARTOLI *et al.*, 2015).

Dessa forma, faz-se necessário investigar as distintas habilidades cognitivas na população idosa, para a identificação de perfis neuropsicobiológicos e funcionais e, assim, distinguir se essas possíveis alterações estão associadas ao envelhecimento natural ou a síndromes demenciais (FICHMAN *et al.*, 2013). Também, a partir dessa identificação, pode-se pensar em planos de intervenção para prevenir declínios cognitivos, principalmente durante a internação, e ainda na UTI, onde as pessoas frequentemente estão afastadas de tudo o que pode estimular suas atividades intelectuais, sociais e fisiológicas.

Como já mencionado, a perda gradual das funções cognitivas em decorrência das alterações neurológicas é comum com o envelhecimento. A lentificação e a dificuldade para armazenar informações, como problemas em lembrar número de telefone, nome de pessoas e onde foram guardados objetos são vistos como aceitáveis. No entanto, a perda de memória e da habilidade em desempenhar funções executivas, associadas à agnosia, apraxia e afasia, são alterações não esperadas com o envelhecimento e por isso devem ser observadas (SOUZA *et al.*, 2010).

Para a avaliação cognitiva de pessoas idosas, foram criados instrumentos e o mais divulgado e conhecido é o Miniexame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido nos Estados Unidos da América e publicado em 1975 (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Seu objetivo é avaliar o estado cognitivo, principalmente os sintomas de demência; seu surgimento foi fruto da necessidade de uma forma de avaliação padronizada, simplificada, abreviada e rápida no contexto clínico, podendo ser aplicado após um simples treinamento do avaliador (MELO; BARBOSA, 2015).

Atualmente, o MEEM é um instrumento utilizado internacionalmente e foi validado em diversos idiomas. Ele abrange informações sobre várias dimensões cognitivas, tais como orientação, memória, cálculo e linguagem. Além de ser usado na área clínica, também é bastante

usado em pesquisas epidemiológicas. Sabe-se, portanto, que muitos aspectos, principalmente a escolaridade, influenciam nos resultados do MEEM, sendo por isso recomendado a adequação do ponto de corte para os distintos níveis de escolaridade da população em estudo (SOUZA *et al.*, 2014).

A avaliação cognitiva deve também fazer parte da avaliação inicial do idoso hospitalizado, com intuito de conhecer a sua capacidade mental, visto que, a mesma pode influenciar na terapêutica, na competência relacionada à resposta aos questionamentos, no desenvolvimento das ABVD e AIVD (OLIVEIRA; LIMEIRA, 2016) e nas orientações para transição do cuidado.

Pereira *et al.* (2014) pontuam que a investigação da função cognitiva e do humor são fundamentais para planejar a assistência das pessoas idosas hospitalizadas pois, durante e após o internamento, pode acontecer declínio funcional, associado a problemas cognitivos e a diminuição do humor, trazendo repercussões na qualidade de vida e na saúde dessas pessoas.

Shin *et al.* (2012), em um estudo com 64 idosos com câncer (exceto leucemia) e idade entre 65 e 80 anos internados em um hospital universitário de Bundang-Seoul-Coreia do Sul, observou que a maioria apresentou déficit cognitivo antes mesmo de iniciarem a quimioterapia. Já um estudo realizado com idosos hospitalizados devido a fratura de quadril mostrou que a complicação mais identificada foi aquela relacionada aos distúrbios cognitivos-comportamentais, sendo o mais encontrado a confusão mental, seguido da agitação psicomotora e o rebaixamento do nível de consciência (EDELMUTH *et al.*, 2018). As cirurgias de quadril são comuns nos idosos e a confusão mental acontece como sintomatologia do delirium, o qual é uma importante intercorrência após o procedimento cirúrgico. Este acometimento ocorre com maior frequência em pacientes com prejuízo cognitivo, idade avançada, comorbidades diversas e estado de emagrecimento (OH *et al.*, 2015).

Um trabalho realizado em um hospital de Portugal com pessoas maiores de 45 anos, submetidas a procedimentos cirúrgicos eletivos de grande porte, evidenciou que os participantes com declínio cognitivo no pós-operatório (DCPO) apresentaram dependência após a cirurgia e não tiveram melhorias nos escores de qualidade de vida. Os autores então concluem que o declínio cognitivo no pós-operatório trás repercussões na qualidade de vida, sendo necessária a identificação das causas desse declínio, para serem realizadas as intervenções adequadas e, além disso, o DCPO eleva o grau de dependência dessas pessoas para as ABVD, demandando por isso, cuidados relacionados a cirurgia de alta qualidade e maior apoio social e financeiro (BORGES *et al.*, 2017).

Desta forma, percebe-se que a cognição dos idosos é influenciada por diversos fatores, não só os fisiológicos. No momento da internação, essas pessoas passam por modificações relacionadas aos aspectos biológicos e também às mudanças que dizem respeito às questões ambientais, sociais e psicológicas, muitas vezes de forma repentina. Fazendo-se necessário fomentar discussões e colocar em prática ações para prevenir prejuízos cognitivos durante a hospitalização desse público cheio de especificidades.

## 2.2 A HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO DA COGNIÇÃO DA PESSOA IDOSA

As UTIs, dentro da área hospitalar, compõem um ambiente especializado, no qual são tratadas pessoas que têm suas vidas ameaçadas por patologias ou situações clínicas que geram instabilidade ou distúrbios em um ou mais sistemas orgânicos. Assim, no cuidado ao doente crítico, é fundamental que os profissionais sejam qualificados, atentando-se às especificidades de cada pessoa cuidada, além de todo o aparato tecnológico para monitorização, suporte de funções vitais e utilização de dispositivos invasivos (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Estudo realizado em uma UTI brasileira, que objetivou identificar os estressores deste setor, comparando a percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca, mostrou que a intensidade dos fatores estressores foi maior na percepção dos idosos. Estes perceberam os seguintes fatores estressores como significativamente mais intensos do que aqueles percebidos pelos adultos: aparelhos estranhos, enfermeiras aparentemente apressadas, exames constantes realizados pela equipe, enfermagem de maneira muito frequente realizando atividades ao redor do leito, sensação de que os profissionais da referida categoria dão mais atenção à máquina do que ao doente, ser acordado constantemente e não ter informações necessárias sobre o tratamento (VEIGA; VIANNA; MELO, 2013).

Harria e Protti (2016) também afirmam que nas UTIs, os profissionais focam sua rotina de trabalho nas máquinas e lidam menos com a pessoa internada. Enfatizam, ainda, que os idosos já vivenciam o isolamento social e isso é exacerbado nas UTIs, visto que muitas dessas unidades não têm local adequado para acomodar os familiares. Neste mesmo estudo, que investigou as representações e as implicações da velhice e da experiência de envelhecer para idosos internados em UTIs, os participantes mostraram nas suas falas sentimentos de solidão durante sua estadia nesta unidade, e atrelaram a isso, o reduzido horário de visita, mostrando que o vínculo familiar é um aspecto muito importante nas suas vidas.

Um estudo qualitativo sobre os fatores estressores na UTI trouxe na fala dos participantes que luz excessiva, descontinuidade do sono gerado pela equipe, monitorização contínua, ficar parado e a falta de privacidade como agentes estressores na unidade estudada (PROENÇA; AGNOLO, 2011).

Os ruídos excessivos também se apresentam como problema para o paciente na UTI. Segundo Duarte *et al.* (2012) os equipamentos, em especial os alarmes, computadores, impressoras, telefone, além das conversas dos profissionais entre si e com os pacientes, a passagem de plantão e a movimentação de objetos são elementos que contribuem para o ruído excessivo nesses locais. Os mesmos autores realizaram um trabalho sobre uma intervenção educativa visando a redução do ruído na UTI, onde os níveis de poluição sonora na unidade estudada eram maiores do que os preconizados pela Organização Mundial da Saúde e a Associação Brasileira de Normas Técnicas (DUARTE *et al.*, 2012).

Diante do exposto, observam-se diversos fatores estressores nas UTIs e essas condições podem levar a resposta inflamatória tanto cerebral, quanto em outros sistemas, com a liberação complexa de mediadores inflamatórios, e assim, gerar sintomas que variam com a intensidade desses estressores (MICHALSKA *et al.*, 2013). É importante também mencionar que em circunstâncias extremas, esses fatores ambientais podem colaborar com a ocorrência do delirium, patologia cerebral aguda que comprometerá o estado de consciência, associadas ao comprometimento cognitivo (FARIA; MORENO, 2012).

O rebaixamento da condição cognitiva pode acarretar retirada acidental de cateteres, sondas, acidentes com quedas, entre outras complicações que podem colocar em risco a vida do paciente. Estudo realizado para investigar as causas da retirada não planejada de sondas enterais na UTI mostrou que o fator de maior impacto para a remoção deste dispositivo pelo paciente, foram as alterações na cognição, principalmente o delirium e a demência (PEREIRA *et al.*, 2013).

As repercussões relacionadas aos prejuízos cognitivos podem perdurar após a alta das unidades críticas e uma delas é o comprometimento cognitivo persistente, que embora tenha suas causas ainda pouco esclarecidas, sabe-se que existe uma associação com a ocorrência do delirium e a sua duração. Outra situação também relacionada à internação na UTI e aos aspectos cognitivos é a chamada síndrome da terapia intensiva, caracterizada por alterações na cognição, manifestações psiquiátricas e nas habilidades físicas. Esta síndrome possui relação com os agentes estressores do ambiente da UTI, com início de 24 a 48 horas após a internação podendo perdurar após cinco anos da alta hospitalar (SAKUSIC; RABINSTEIN, 2018; BRYANT; MCNABB, 2017).

Os fatores de risco para o comprometimento cognitivo associado à síndrome da UTI incluem a gravidade da doença, o histórico de comprometimento cognitivo, e também a ocorrência e duração do quadro de delirium. Assim, como pouco se sabe sobre estratégias para minimizar tanto o comprometimento cognitivo persistente após a doença crítica, quanto à síndrome da terapia intensiva, recomenda-se que ações voltadas à prevenção do delirium são também utilizadas no manejo das referidas disfunções e para proteção cognitiva (SAKUSIC *et al.*, 2018; BRYANT; MCNABB, 2017).

A equipe de enfermagem, por estar próxima à pessoa idosa continuamente, tem papel fundamental na identificação e prevenção do delirium na UTI. Existem diversas medidas preventivas que enfermeiros e técnicos de enfermagem podem desenvolver, visando prevenir essa disfunção, são elas: estímulo cognitivo e da comunicação, gestão do ambiente, facilitação do repouso, manejo da dor, da sedação e analgesia, mobilização precoce, incentivo a participação da família na interação com o paciente e ainda estímulo a autonomia com retirada precoce de dispositivos invasivos e da contenção mecânica (SILVA *et al.*, 2020).

Existem também estratégias de reorientação, consideradas de fácil realização na UTI, que também podem ser usadas para minimizar a ocorrência de delirium e suas repercussões nos aspectos cognitivos, são elas: chamar o paciente pelo nome, quando iniciar a interação; estimular o paciente com perguntas; passar informações sobre a unidade, horários de visita, alimentação e procedimentos; explicar os ruídos, conversar sobre o seu estado de saúde; facilitar que o mesmo assista televisão ou ouça rádio e fornecer óculos e aparelho auditivo, caso o paciente utilize (SOUZA; AZZOLIN; SOUZA, 2020).

A equipe de enfermagem pode também flexibilizar o horário de visitas, para estimular a presença da família e ainda realizar orientações pertinentes para que possam comunicar-se com a pessoa idosa sobre assuntos rotineiros, ou ainda solicitar que tragam objetos de preferência do paciente. Além disso, ações de estímulo ao autocuidado, respeito à privacidade e orientações quanto ao tempo e espaço e estímulo à memória são fundamentais para a promoção da cognição da pessoa idosa nas UTIs.

Além de realizar ações para prevenção do delirium e para melhorar a função cognitiva na UTI, é importante que muitas dessas ações sejam direcionadas pelos chamados *bundles*, Rengel *et al.* (2018) sugerem os seguintes pacotes para guiar a prática clínica e melhorar os aspectos cognitivos na UTI: manejo da dor, teste de despertar e de respiração espontânea, gestão do delirium e escolha da sedação adequada.

Em 2018 foram publicadas Diretrizes de Prática Clínica para a Prevenção e Tratamento da Dor, Agitação/Sedação, Delirium, Imobilidade e Interrupção do Sono em Pacientes Adultos

na UTI (DEVLIN *et al.*, 2018), com importantes recomendações sobre tais temáticas. Os enfermeiros, por permanecerem 24h ao lado do doente na UTI, encontram-se em posição privilegiada, sendo fundamentais no manejo da dor e sedação, desde a aplicação de escalas, até a implementação de intervenções guiadas por metas e protocolos, com o intuito de manter o paciente com níveis leves de sedação e sem dor e assim, minimizar os danos à sua cognição (ROZYCHI *et al.*, 2017; BENTO; MARQUES; SOUSA, 2017).

Diante disso, observa-se que muitos fatores relacionados ao ambiente e à rotina da UTI podem ser prejudiciais aos aspectos cognitivos dos idosos. Desta forma, a equipe de enfermagem precisa conhecer e trazer para sua prática assistencial ações que visem o estímulo à cognição da pessoa idosa hospitalizada nessas unidades.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. O método qualitativo de pesquisa abrange os aspectos subjetivos e as relações sociais, por meio da história, dos significados, das causas, das crenças, dos valores e das ações dos atores sociais (MINAYO, 2013).

Para Gil (2017), as pesquisas descritivas têm o objetivo de descrever aspectos de uma população ou fenômeno, ou ainda, estabelecer relações entre variáveis; já as pesquisas exploratórias, possibilitam uma maior aproximação com o problema, com o intuito de deixá-lo mais claro ou construir hipóteses. Esses dois tipos de pesquisas são os mais utilizados pelos pesquisadores sociais que abordam a atuação prática nos seus estudos (GIL, 2017).

Este trabalho está vinculado a um projeto matriz intitulado “Cuidado à pessoa idosa no processo de hospitalização e transição hospital-domicílio”, cujo objetivo geral é investigar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem a pessoa idosa durante a hospitalização e na transição hospital-domicílio.

#### **3.2 LOCUS DO ESTUDO**

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário do município de Salvador-Bahia, fundado em 1948, a fim de atender as demandas de ensino do curso de medicina e de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Atualmente, é unidade hospitalar e ambulatorial de grande porte, referência em média e alta complexidade do Sistema Único de

Saúde, composta pela integração do Hospital Universitário, o Centro Pediátrico e o Ambulatório. Possui 277 leitos de internação nas mais diversas especialidades (COMPLEXO HUPES, 2019).

O *locus* da pesquisa foi a UTI 1 (geral) e a UTI 2 (cardiovascular) do hospital universitário. A primeira possui 10 leitos, atende pacientes clínicos e cirúrgicos, sendo a equipe de enfermagem composta por 23 enfermeiros e 35 técnicos de enfermagem. A segunda possui também 10 leitos, que atende, preferencialmente, pacientes clínicos e cirúrgicos com doenças cardíacas, com um total de 20 enfermeiros e 35 técnicos de enfermagem.

Tais unidades foram escolhidas, pois se percebe na prática clínica, poucas ações realizadas para estimular a cognição das pessoas idosas internadas, a despeito da maior demanda por essa faixa etária na unidade, tendo em vista também as repercussões negativas que esse tipo de internamento pode causar. Ademais, foram observadas inúmeras alterações cognitivas e quadros de agitação.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes dos grupos focais (GF) foram técnicos de enfermagem e enfermeiros das unidades de terapia intensiva que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e atenderam aos critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem de uma das unidades *locus* do estudo. E como critério de exclusão: enfermeiros ou técnicos de enfermagem que se encontravam em atestado de saúde ou afastamento no período da coleta de dado e que trabalhassem no mesmo turno da pesquisadora.

Foi realizado previamente contato com as coordenadoras de enfermagem das referidas unidades, quando o projeto foi apresentado, e ambas colaboraram com a realização da pesquisa, incluindo nas escalas, um quantitativo maior de profissionais que o habitual, em dias previamente acordados, para auxílio na coleta dos dados.

Na semana anterior a realização dos primeiros encontros, a pesquisadora foi às UTIs *locus* em três dias distintos e conversou com os profissionais que estariam de plantão nas datas em que foram agendadas as reuniões de GF. Entrou em contato com 12 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem e convidou-os a comparecer aos encontros. Todos mostraram-se interessados em participar.

No entanto, como as reuniões aconteceram no horário em que os participantes estavam na assistência, não foi possível contar com a presença de todos os convidados. No dia do

encontro, as equipes organizaram-se, de maneira semelhante ao horário de descanso, para que alguns profissionais pudessem participar do GF e não houvesse interferência na rotina das unidades. Assim, em cada reunião, foi possível a participação de quatro profissionais, totalizando três enfermeiros e sete técnicos de enfermagem.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, a primeira foi documental, realizada no prontuário dos idosos internados na UTI 1 (geral). Escolheu-se esta unidade pois na mesma, foi realizado um estudo que revelou uma prevalência significativa de pessoas com delirium, sendo 23,8% nos pacientes cirúrgicos e 43,8% nos pacientes clínicos (BOUZA *et al.*, 2013). Além disso, também nesta UTI, foi realizada no ano de 2014, uma intervenção educativa com a equipe de enfermagem, com o objetivo de melhorar as práticas para prevenção e monitorização do delirium (FAUSTINO, 2015). Já a segunda se deu através de reuniões de Grupo Focal (GF) com as participantes das duas unidades.

#### **3.4.1 Pesquisa documental - Coleta de dados nos prontuários**

A pesquisa documental através da coleta de dados nos prontuários foi realizada no período de 27 de novembro a 27 de dezembro de 2019. Os impressos consultados para a coleta de dados foram: folha de identificação do paciente, histórico de enfermagem, evoluções de enfermagem, prescrições de enfermagem, anotações de enfermagem e livro de ocorrências. O objetivo da análise documental foi apreender quais os cuidados de enfermagem realizados com o intuito de estimular a cognição das pessoas idosas hospitalizadas na UTI.

A busca pelos diagnósticos e cuidados de enfermagem foi guiada por um roteiro específico elaborado previamente, contendo os aspectos relacionados à cognição, ao envelhecimento e à hospitalização em UTI, construído com base na literatura relacionada à temática (APÊNDICE B).

No primeiro dia de coleta, foram identificados os pacientes idosos internados na unidade. Estes prontuários foram acompanhados durante os 30 dias subsequentes ou até a alta do idoso da UTI. Nos dias subsequentes, dentro dos 30 dias planejados, além do acompanhamento destes pacientes, eram identificados novos idosos admitidos e iniciada a coleta de dados também nestes prontuários. Inicialmente, foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE C), na folha de identificação do paciente e no

histórico de enfermagem, buscando as seguintes informações: sexo, idade, escolaridade, religião, ocupação, estado civil, antecedentes clínicos, alergias e cirurgias.

O impresso intitulado “prescrição de enfermagem” da instituição contém os diagnósticos de enfermagem (DE) e os cuidados de enfermagem prescritos para cada um dos diagnósticos estabelecidos. A partir desse impresso, foram registrados os diagnósticos e os itens da prescrição de enfermagem relacionados aos aspectos cognitivos das pessoas idosas acompanhadas. Este impresso é elaborado por um Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários, onde o DE é formado por duas partes separadas pelo sinal de dois pontos (:), sendo a primeira parte denominada neste aplicativo de “diagnóstico” e a segunda “etiologia/fator de risco” e é baseado na taxonomia NANDA.

A partir das evoluções e anotações de enfermagem, foram identificados os problemas e intervenções levantados pela equipe de enfermagem, associadas à cognição. Além disso, foi consultado o livro de ocorrência da unidade para verificar alta ou óbito dos pacientes acompanhados.

### **3.4.2 Oficinas de grupo focal**

Na segunda etapa da coleta de dados, foram realizadas oficinas de GF com os participantes. O GF, a partir da reunião com um grupo específico de participantes, tem o objetivo de colher informações que possibilitam conhecer as percepções, crenças e atitudes sobre um determinado tema proposto (TRAD, 2009). Esta é uma técnica da metodologia qualitativa exploratória, que permite elucidar ações e posicionamentos dos colaboradores sobre o tema da pesquisa, estimular a interação do grupo, proporcionar o surgimento de respostas coerentes, além de ideias inovadoras, possibilitando ainda, que o pesquisador compreenda, in loco, as percepções dos participantes, fomentando também a discussão entre estes (SOARES; CAMELO; RESCK, 2016).

Desta forma, o GF além de ser utilizado para coleta de dados, funciona como forma de intervenção, onde a troca de ideais e a construção de estratégias podem promover mudanças na realidade. Para além, é possível que os participantes aprimorem seus conhecimentos, conversem e contribuam para a construção dos resultados da pesquisa (DALL’AGNOL *et al.*, 2012).

Foram, então, realizados quatro encontros com dois grupos de quatro pessoas; cada grupo participou de duas reuniões. Foi encontrada na literatura uma variação em relação ao número adequado de participantes no GF, como no mínimo de três participantes e no máximo

15 participantes (SOUZA, 2020; KINALSKI, 2017). É importante também salientar que o tamanho do grupo varia de acordo com os objetivos da pesquisa. Reuniões com grupos menores possibilitam um melhor aprofundamento sobre o assunto (DALL'AGNOL, TRENCH, 1999). Godim (2002) também considera que se a temática for de interesse dos participantes, as pessoas ficam estimuladas a discutir. Assim, um grupo com número grande de colaboradores, pode diminuir a possibilidade de todos participarem, tornando mais difícil o controle da discussão pelo moderador.

No presente estudo, observaram-se discussões ricas sobre a temática proposta, onde todos os participantes conseguiram expressar a opinião e interagir com o grupo. Mostraram-se ainda, atentos e reflexivos sobre o que foi exposto pela moderadora e também com relação às falas dos demais colaboradores.

Foi discutido previamente com os participantes o melhor horário para a realização das reuniões. Assim, estas tiveram início aproximadamente às 15 horas, a fim de evitar maiores interferências nas rotinas das unidades assistenciais. Os encontros foram realizados em uma sala localizada no próprio hospital, a qual manteve-se fechada durante toda a reunião. Além disso, foi disponibilizado lanche, água e café, para evitar interrupções desnecessárias; as cadeiras foram organizadas em círculo e os participantes foram informados da importância de manterem-se concentrados nas discussões e que só saíssem da sala em casos de extrema necessidade.

Recomenda-se que a sala utilizada para a realização do GF seja silenciosa, com o mínimo de ruídos possíveis, boa iluminação e que os mobiliários permitam que os colaboradores fiquem distribuídos em formato de círculo, a fim de que as colocações feitas sejam mais bem escutadas e os gestos e expressões sejam visualizados. A mesma autora também enfatiza a importância de oferecer água, alimentos, para que não haja interferências na reunião e o grupo se sinta confortável e acolhido (SOUZA, 2020).

Os participantes foram identificados por meio do uso de crachás diferenciados por cores distintas cada um. As cores foram utilizadas para que não houvesse necessidade de referir-se aos colaboradores por meio dos seus nomes, preservando assim as suas identidades. Os mesmos também foram orientados a mencionarem a cor do seu crachá cada vez que fossem falar.

A equipe para a realização das oficinas de GF foi composta pela pesquisadora e por dois outros integrantes, alunos da graduação e bolsistas do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso (NESPI). A pesquisadora teve a função de moderadora das discussões. No início da reunião, esta realizou as devidas apresentações, explicou a proposta para que os objetivos do estudo fossem alcançados, reforçou questões referentes ao TCLE e sugeriu ainda que os participantes

desligassem o celular, evitando interrupções. Além disso, mostrou a importância da participação de todos e apresentou o grupo organizador.

Um integrante da equipe ficou responsável pelo controle do tempo de cada etapa do GF, atentando-se para as participantes e sinalizando caso houvesse algum colaborador pouco participativo. O terceiro integrante da equipe realizou anotações relacionadas aos principais pontos discutidos e as reações não verbais das participantes, além da gravação das falas, que foi realizada durante toda a duração dos encontros com dois aparelhos do tipo *Smartphone*.

Segundo Gatti (2005) o papel do moderador é introduzir a temática, propor questões, realizar a escuta e proporcionar que não haja fuga do tema nas discussões e que todos tenham a oportunidade de se expressar. Backes *et al.* (2011) complementam que o moderador faz as elucidações sobre a dinâmica da reunião, os aspectos éticos relacionados à pesquisa e ao processo interativo; comentam também sobre o importante papel dos observadores, com os registros e monitoramento da atividade.

Antes da chegada dos participantes, a equipe organizadora deixava as cadeiras em formato oval, colocando sobre cada cadeira um crachá de cor distinta, a fim de identificar os colaboradores, além do TCLE e o questionário caracterização sociodemográfica (APÊNDICE D). Foram também organizados o lanche e a água, ligados e testados computador e data show.

### **3.4.3 Primeiro e segundo encontros**

Os dois primeiros encontros, realizados com dois grupos distintos, aconteceram nos dias oito e dez de janeiro de 2020, respectivamente com a duração de 59 e 45 minutos. Tiveram a mesma proposta de discussão, norteada pelo tema: Cognição da pessoa idosa na UTI e guiadas por roteiro específico (APÊNDICE E). Ambos foram formados por um enfermeiro e três técnicos de enfermagem, cada um identificado por um crachá com cores diferentes.

Inicialmente, a moderadora fez as devidas apresentações e explicações citadas acima, explanou sobre a importância do estímulo à cognição da pessoa idosa na UTI e apresentou uma situação problema relacionada ao tema. Incitou a discussão inicial, balizada pela questão norteadora: Qual cuidado você presta no sentido de estimular a cognição da pessoa idosa na Unidade de Terapia Intensiva e evitar quadros como este?

Após a discussão gerada pela primeira questão, foi apresentada a segunda questão: Quais fatores, na sua unidade, você considera que podem interferir no cuidado realizado pela equipe de enfermagem relacionada ao estímulo cognitivo na pessoa idosa? Por quê?

Ao final, a moderadora teceu os agradecimentos pela colaboração do grupo, reforçou que seria realizado um novo encontro, onde os quais seriam avisados previamente após disponibilizada data pela coordenação e foi servido o lanche.

#### **3.4.4 Terceiro e quarto encontros**

O terceiro e o quarto encontros aconteceram nos dias três e 19 de fevereiro, com duração de 70 e 71 minutos, respectivamente. Nos dois dias, dois participantes tiveram imprevistos e precisaram sair do plantão no período vespertino. Desta forma, foram convidadas duas participantes para compor os grupos. As mesmas já tinham conhecimento do que se tratava a pesquisa, visto que na fase de realização do convite, outras pessoas da equipe também foram informadas sobre o projeto e mostraram interesse em participar. No entanto, por se tratar de um trabalho realizado com profissionais de UTI e as reuniões terem acontecido durante o horário do plantão, sabia-se que a participação destes dependeria da rotina da unidade no dia do encontro ou de outros imprevistos.

Desta forma, o terceiro grupo foi composto por duas enfermeiras e dois técnicos de enfermagem e o quarto manteve a composição de uma enfermeira e três técnicos de enfermagem. Mesmo com a composição de grupo divergente, os grupos mantiveram a homogeneidade, uma vez que todos os profissionais faziam parte das mesmas unidades e possuíam experiências semelhantes relacionadas ao cotidiano da UTI. Para Kinalski *et al.* (2017) é importante manter a homogeneidade do grupo, conforme as vivências diárias no campo de trabalho para manter o preceito da verticalidade.

A sala foi organizada da mesma maneira que no primeiro e segundo encontros e os profissionais receberam os crachás com as mesmas cores. As novas participantes foram identificadas com novas colorações.

Inicialmente, foram reforçadas as informações de como funcionaria a discussão, sendo que no final de cada encontro, ocorria a realização de um resumo sobre os pontos discutidos nas reuniões anteriores. Posteriormente, a moderadora fez uma explanação sobre as formas de estimular a cognição da pessoa idosa na unidade de terapia intensiva, apresentando uma situação problema sobre a temática.

Então foi lançada a primeira questão norteadora: Na sua opinião, o que você poderia fazer e não faz para estimular a cognição dos idosos na unidade de terapia intensiva? Por quê? Após a discussão gerada por esta questão, uma segunda pergunta foi exposta: Na sua visão,

qual a repercussão nos seus pacientes idosos, da falta do estímulo cognitivo? Ao término da discussão, a moderadora realizou os agradecimentos e convidou os profissionais para o lanche.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados obtidos por meio da consulta dos prontuários, foi realizada leitura flutuante do material, para levantamento dos diagnósticos e cuidados de enfermagem relacionados à promoção da cognição na pessoa idosa, com agrupamento daqueles que se repetiam, visando a categorização temática. Após a categorização, o material foi digitalizado em tabelas no programa Microsoft Word®, a fim de determinar a frequência com que os diagnósticos de enfermagem, itens da prescrição, problemas levantados e intervenções relacionadas aos aspectos cognitivos surgiram nos registros de enfermagem.

Sobre os dados obtidos nas reuniões de GF, todo o material foi transcrito para leitura e tratamento através da análise de conteúdo. Esta é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que tem a finalidade de obter, por meios sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relacionados às formas de produção destas mensagens. Este método de análise identifica os núcleos de sentido que compõem uma determinada comunicação, nos quais a presença ou frequência representem algo relacionado ao objetivo analítico pretendido (BARDIN, 2016).

Assim, inicialmente, foi realizada a transcrição na íntegra das gravações realizadas no encontro de GF no programa Microsoft Word®. Em seguida, foi feita a leitura flutuante e exploração do material transcrito, para aproximação com o conteúdo. Posteriormente, com base na literatura sobre o tema, na questão de investigação e nos objetivos específicos da pesquisa, foram marcadas as palavras, frases e termos que se repetiam ou se relacionavam de alguma forma, identificando núcleos de sentido, que se ajustavam às categorias de análise previamente elaboradas, com base em cada um dos objetivos específicos. Por último, foram realizadas inferências e discutidas as categorias a partir do referencial teórico e do material colhido da coleta em prontuários.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto faz parte de uma pesquisa matriz intitulada: “Cuidado a pessoa idosa durante a hospitalização e transição hospital domicílio” aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa

da Escola de Enfermagem da UFBA aprovado pelo parecer número 2.699.510 e Cadastro de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE): 87976818.6.0000.5531 (ANEXO A). Foi necessário submeter uma emenda, solicitando a inclusão da técnica de grupo focal para atender aos objetivos relacionados ao domínio cognição do projeto matriz, a qual foi aprovada, conforme as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos (Resoluções n.º 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde).

Os profissionais foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, as etapas de realização do projeto, sendo informados que poderiam desistir de participar a qualquer momento, respeitando o princípio da autonomia. Assim, os colaboradores realizaram a assinatura do TCLE em duas vias, ficando uma delas sob sua posse e a outra com a pesquisadora. Além disso, foi garantida a manutenção do sigilo e anonimato das participantes em todas as fases do estudo. Os nomes deles foram preservados, sendo estes identificados no decorrer do trabalho por meio das cores do crachá que utilizaram durante as oficinas de GF.

A presente pesquisa teve como riscos causar desgaste físico ou ainda algum tipo de constrangimento, pois as discussões foram relacionadas à prática profissional. Com isso, foi dito aos colaboradores que em caso desses riscos terem sido identificados, a atividade seria interrompida imediatamente e estávamos dispostos a apoiá-los da melhor forma, porém não foi necessário tomar as referidas medidas.

È importante enfatizar, que o estudo pôde trazer como benefício o enriquecimento dos conhecimentos científicos sobre a assistência de enfermagem relacionada aos aspectos cognitivos do idoso na UTI. Além disso, os participantes podem ter realizado uma auto reflexão sobre as discussões do grupo focal, com posterior aplicação nas suas rotinas de trabalho.

#### **4 RESULTADOS**

Os resultados deste trabalho foram organizados em duas partes. A primeira relacionada aos dados obtidos na consulta aos prontuários, intitulado: Registros da equipe de enfermagem relacionados à cognição da pessoa idosa internada na unidade de terapia intensiva e a segunda, referente aos resultados obtidos nos GFs, subdivididos em três categorias: cuidados de enfermagem relacionados à cognição dos idosos na UTI; fatores que influenciam positivamente para o estímulo cognitivo dos idosos nas UTI e fatores que influenciam negativamente para o estímulo cognitivo dos idosos nas UTI.

#### 4.1 REGISTROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À COGNIÇÃO DA PESSOA IDOSA INTERNADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Foi realizado o acompanhamento de 16 idosos, que estiveram internados dentro do período proposto. Logo, foram consultadas 132 prescrições de enfermagem, 16 históricos de enfermagem, 132 evoluções de enfermagem, 264 anotações de enfermagem (por ser um impresso no período noturno e um no diurno).

Conforme o quadro 1, a maior parte das pessoas idosas acompanhadas eram do sexo masculino (56,2%), com idade entre 60 e 79 anos (81,2%), estudaram até o primeiro grau (56,2%), eram aposentados (62,5%), católicos (37,5%) e casados (56,2%). Quanto aos antecedentes clínicos, todos apresentaram alguma comorbidade, sendo hipertensão arterial (75%), Diabetes Mellitus (56,2%), Tabagismo/Ex-tabagista (56, 2%) e Etilismo/Ex-etilista (50%). Além disso, 68,7% já haviam realizado alguma cirurgia ao longo da vida.

**Quadro 1.** Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas idosas acompanhadas na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Salvador (Ba), 2019.

<b>Características levantadas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	9	56,2
Feminino	7	43,7
<b>Idade</b>		
60 a 79 anos	13	81,2
80 ou mais	3	18,7
<b>Escolaridade</b>		
Até o 1º grau	9	56,2
Até o 2º grau	6	37,5
Analfabeto	1	6,2
Superior	0	0
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	10	62,5
Não aposentado	0	0
Não encontrado	6	37,5
<b>Religião</b>		
Católico	6	37,5
Evangélico	4	25,0
Não encontrado	6	37,5
<b>Estado civil</b>		
Casado	9	56,2
Solteiro	5	31,2
Viúvo	2	12,5
<b>Antecedentes Médicos e pessoais</b>		
Hipertensão Arterial	12	75,0
Diabetes Mellitus	9	56,2

Tabagismo/Ex-tabagista	9	56,2
Etilismo/Ex-etilista	8	50,0
Insuficiência Cardíaca	2	12,5
Insuficiência Hepática	1	6,2
Doenças respiratórias	1	6,2
Dislipidemia	1	6,2
Síndrome do pânico	1	6,2
Trombose	1	6,2
DAOP	1	6,2
Hepatite C	1	6,2
Neoplasia	1	6,2
Hipertensão Portal	1	6,2
HIV/SIDA	1	6,2
Incontinência Urinária	1	6,2
<b>Cirurgias</b>		
Sim	11	68,7
Não	5	31,2

Fonte: elaboração própria

Foram encontrados 18 diagnósticos de enfermagem relacionados aos aspectos cognitivos, conforme o quadro 2. Destes, o mais identificado foi o risco de queda, tendo como fatores relacionados: extremos de idade, alteração neurológica, mobilidade prejudicada e efeitos adversos ao medicamento. Foram encontrados também diagnósticos relacionados à dor aguda e aos seguintes fatores relacionados: evolução da doença e agentes lesivos: Biológicos, Químicos, Físicos e Psicológicos e dor crônica: evolução da doença.

**Quadro 2.** Diagnósticos de enfermagem relacionados aos aspectos cognitivos de pessoas idosas internadas na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Salvador (Ba), 2019.

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Fatores Relacionados</b>	<b>N</b>
Risco de quedas	Extremos de idade	7
	Alteração neurológica	3
	Mobilidade prejudicada	2
	Efeitos adversos ao medicamento	1
Dor aguda	Evolução da doença	2
	Agentes lesivos: biológicos, químicos, físicos e psicológicos	1
Dor crônica	Evolução da doença	1

Conforto prejudicado	Sintomas da doença	2
Mobilidade física prejudicada	Dor	1
	Prejuízo neuromuscular	1
Déficit no autocuidado	Banho e/ou higiene: Dor na ferida operatória	1
	Alimentação: prejuízo neuromuscular	1
	Higiene: condições ambientais	1
Insônia	Fatores ambientais	1
Distúrbios no padrão de sono	Fatores ambientais	1
Risco de aspiração	Nível de consciência diminuído	1
Processos de pensamento alterados	Distúrbio psiquiátrico	1
Risco de lesão por pressão:	Extremos de idade	1

Fonte: elaboração própria

Quanto aos itens da prescrição de enfermagem, demonstrado no quadro 3, tiveram destaque: avaliar sensório, 10; comunicar sinais de dor, 9; comunicar alterações do nível de consciência, 6 e promover segurança e conforto, 5.

**Quadro 3.** Itens da prescrição de enfermagem relacionados aos aspectos cognitivos de pessoas idosas internadas na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Salvador (Ba), 2019.

<b>Prescrição de Enfermagem</b>	<b>N</b>
Avaliar sensório	10
Comunicar sinais de dor	9
Comunicar alterações do nível de consciência	6
Promover segurança e conforto	5
Estimular movimentação no leito	3
Avaliar intensidade da dor	3
Proporcionar ambiente calmo e confortável	3
Solicitar apoio de familiar	3

Avaliar alterações do nível de consciência	2
Manter vigilância constante	2
Monitorar nível de orientação quanto ao tempo, espaço e pessoa	1
Administrar analgesia após avaliação	1
Evitar procedimentos durante o sono da paciente	1
Tranquilizar paciente	1
Orientar o paciente/família quanto as riscos e prevenção de quedas	1
Tolerar sentimentos de dependência, pesar e hostilidade	1
Implementar cuidados com a contenção mecânica	1

Fonte: elaboração própria

Como pode ser visto no quadro 4, foram registradas nas evoluções e anotações de enfermagem problemas e intervenções relacionados aos aspectos cognitivos dos idosos na UTI. Os problemas descritos foram: contato verbal monossilábico, que teve como intervenção estimulação cognitiva; delirium, agredindo a equipe e tentando retirar a sonda vesical, onde foi realizada contenção mecânica e administração de medicamento; crise de agitação e desorientação, tendo como intervenção uso de medicamento. É importante mencionar que foram identificados alguns problemas como: episódios de flutuação do nível de consciência, alteração do nível de consciência, humor deprimido, desorientação e confusão mental, porém, com relação a estes, não foram registradas intervenções.

**Quadro 4.** Problemas identificados e intervenções implementadas pela equipe de enfermagem relacionada aos aspectos cognitivos de idosos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Salvador (Ba), 2019.

<b>PROBLEMAS IDENTIFICADOS</b>	<b>INTERVENÇÕES</b>
Paciente queixou-se de dor	Administrado morfina
Fácies de dor	Medicado dipirona
Queixa-se de distensão abdominal (abdome dolor à palpação)	Administrado medicamento
Crise de agitação e desorientação.	Uso de medicamento

Ansiedade	Uso de ansiolítico oral
Dificuldade para dormir	Uso de medicamento (clonazepam)
Dormiu pouco	Procedimentos evitados durante o sono da paciente
Verbalizando com dificuldade	Estimulação com alfabeto pela equipe
Paciente chorosa	Tranquilizada pela equipe
Refere medo de ficar só e de se desconectar da Ventilação Mecânica	Tranquilizado pelo reforço da vigilância constante da equipe de enfermagem
Delirium – agredindo a equipe e tentando retirar a sonda vesical	Feita contenção dos quatro segmentos e medicado
Contato verbal monossilábico	Estimulação cognitiva pela equipe
Comunicação não verbal devido à traqueostomia	Uso de gestos e placas (Mímica facial, quadro ilustrativo e tabela alfabética)
Hipoativa	Sem intervenção descrita em prontuário
Episódios de flutuação do nível de consciência	
Sonolência	
Alteração do nível de consciência	
Humor deprimido	
Pouco confusa	
Desorientado	
Confusão mental, inquieto	

Fonte: elaboração própria, trechos retirados dos prontuários, conforme registros.

#### 4.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À COGNIÇÃO DOS IDOSOS NA UTI

Como pode ser visto no quadro 5, participaram do estudo 10 profissionais de enfermagem, destes apenas 1 do sexo masculino e as demais, 9, são do sexo feminino; a maioria encontra-se na faixa etária entre 31 e 35 anos, 6, seguida de 41-45 anos, 2. Em relação à categoria profissional, 7 eram técnicos de enfermagem e 3 enfermeiras; metade possui especialização, nenhum na área de gerontologia, a maioria, 8, referiu ter realizado especialização em terapia intensiva e 2 em enfermagem do trabalho. A maior parte tem entre

10 e 15 anos de formação, 6 e atuam na unidade de 2 a 5 anos, 6. Apenas um participante referiu ter participado de capacitação sobre a cognição da pessoa idosa.

**Quadro 5.** Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. Salvador (BA), 2020.

Cor do crachá	Idade	Sexo	Profissão	Especialização	Tempo de formação (anos)	Tempo de atuação na unidade (anos)	Capacitação sobre cognição em idoso
Marrom	31-15	F	TE	-	10-15	2-5	Não
Rosa	36-40	F	TE	Terapia intensiva	10-15	2-5	Não
Amarelo	31-35	F	Enf.	Terapia intensiva	10-15	2-5	Não
Vermelho	41-45	M	TE	-	5-10	5-10	Sim
Preta	31-35	F	TE	-	10-15	2-5	Não
Lilás	31-35	F	Enf.	Terapia intensiva	5-10	<2	Não
Dourado	46-50	F	TE	-	>15	<2	Não
Azul	41-45	F	TE	-	10-15	2-5	Não
Branca	31-35	F	TE	Enfermagem do trabalho	5-10	2-5	Não
Prata	31-35	F	Enf.	Terapia intensiva	10-15	<2	Não

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: F: Feminino, M: Masculino; Enf.: Enfermeiro, TE: Técnico de Enfermagem.

A partir dos relatos dos participantes, durante os encontros dos GF, foi possível perceber que os profissionais realizam ações durante as suas rotinas de trabalho que influenciam de forma positiva na cognição da pessoa idosa internada. Estes cuidados foram organizados nos tópicos seguintes: estímulo à presença da família; estímulo ao autocuidado; estímulo à manutenção da autonomia; estímulo à memória e orientação quanto ao tempo e espaço; aproximação e comunicação adequada com a pessoa idosa; cuidados com o intuito de amenizar agentes estressores da UTI; ações relacionadas à equipe multidisciplinar e proporcionar atividades de lazer/habituais.

#### 4.2.1 Estímulo à presença da família

Contrariando os registros encontrados em prontuário, onde apenas dois itens de prescrição de enfermagem relacionados à presença da família foram encontrados: solicitar apoio à família e orientar o paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas, nos relatos obtidos no GF, a maioria dos participantes citou que a presença da família pode ser um fator benéfico para a internação da pessoa idosa na UTI e tem relação com os aspectos cognitivos desses pacientes, pois o familiar pode auxiliar no controle dos quadros de agitação, atuando como agentes que facilitam a comunicação entre a equipe e o paciente, tornando este último mais calmo e colaborativo com as rotinas e a terapêutica. Um dos profissionais ressaltou que a presença da família pode ser uma aliada na prevenção do delirium e da desorientação, mas que, muitas vezes, a presença dela é solicitada quando estes quadros já estão instalados, não se atentando a sua prevenção, como pode ser visto nas falas abaixo:

No momento que a filha estava, ele ficou calmo, inclusive, fui tentar fazer a glicemia, ele não deixou, quando a filha entrou, ele já deixou, ela explicou, mesmo a gente explicando, [...] ele ficou calmo na presença da filha. Acho que a presença do familiar resolveu a dor e o frio. (Azul, TE)

Eu acho que na enfermaria, como tem o acompanhante, no primeiro sinal de delirium, não precisa fazer a contenção, porque teve um olho a mais. Porque sempre tem alguém ali observando, e na UTI não tem. (Preto, TE)

A paciente com 99 ou 100 anos na UTI desorientou à noite, recusou os medicamentos [...], eu deixei a família o dia todo na UTI [...], porque se eu não chamasse, eu não ia conseguir fazer nada com a paciente. Assim, poderia ter sido sim uma prevenção, mas não foi. Foi uma intervenção diante do quadro de desorientação [...]. Então, pode ser um fator que impacte na questão da desorientação e do delirium. (Amarelo, Enf.)

Alguns participantes relataram que já realizaram ações para que houvesse a flexibilização do horário de visitas ou a manutenção do familiar por 24 horas acompanhando o paciente. No entanto, observa-se nas falas que esta intervenção foi realizada apenas em casos de agitação ou de pacientes em cuidados paliativos exclusivos.

A paciente com 99 ou 100 anos na UTI desorientou à noite, minha primeira atividade foi ligar para o serviço social, para chamar a família, aí eu deixei a família o dia todo na UTI, passei o plantão à noite e eles continuaram. (Amarelo, Enf.)

Mas têm alguns casos específicos, um familiar recentemente ficou 24 horas por dia lá com a gente, a mãe não era idosa, mas era terminal. (Azul, TE)

Os colaboradores também comentaram que existe um projeto de visita estendida, em uma das UTIs da instituição, que é de grande importância para a recuperação dos pacientes. Um deles refere que a presença da família torna o ambiente crítico mais próximo à realidade dos idosos, pois considera que as pessoas idosas têm forte ligação com seus familiares, quando comparada à pessoa mais jovem. O outro profissional comenta que toda a equipe da unidade tem envolvimento com tal projeto, tendo em vista os resultados benéficos que este tem trazido para os pacientes e para o próprio trabalho da equipe.

Essa questão do familiar é até um projeto que vai ser implantado lá na UTI, da visita estendida, de estar o familiar o dia todo com o paciente, é muito interessante, principalmente para o idoso, se para o jovem já é, para o idoso, porque ele já tem aquele elo que o remete ao ambiente de casa que é familiar. (Amarelo, Enf.)

Na minha unidade, a gente está trabalhando com a visita estendida, a equipe abraçou essa ideia [...], é feito durante o dia, à noite ainda não tem, a equipe tem se esforçado para apoiar essa ideia. (Azul, TE)

Uma participante referiu ainda que considera a presença da família fundamental no momento de realizar a anamnese do idoso, pois ela pode fornecer informações detalhadas e relevantes para o estímulo cognitivo, como dados sobre a rotina diária, internações anteriores e quadro clínico prévio.

Seria um maior conhecimento da equipe pela presença do familiar, poderia fornecer maiores informações, quanto à rotina, o quadro clínico prévio, até mesmo se já esteve alguma vez num ambiente como a UTI. (Lilás, Enf.)

A interação da pessoa idosa com o familiar é muito importante para o estímulo à cognição. Entretanto, é fundamental que a família seja orientada, inicialmente, sobre as rotinas da unidade, os dispositivos e o quadro clínico da pessoa, para que sua inserção num ambiente desconhecido seja mais acolhedora e não cause estranheza. Além disso, a equipe precisa aproximar-se da família, orientando também quanto à sua importância no momento da visita. Percebe-se nas falas, relatos de situações em que os profissionais realizaram orientações pertinentes aos familiares.

Ai a família diz: “me dê que eu dou”, a gente diz: “deixe ele segurar, segure na mão dele”, mas que ele segure o copo, a gente estimula de certa forma e de certa forma a família desestimula. (Preto, TE)

A psicologia entra, prepara o familiar, deixa a par das rotinas e, no fim de tudo, eu observo que é uma coisa positiva, o familiar estar ao lado do paciente. (Azul, TE)

Na primeira fala, a participante expressa que a família desestimula que o paciente desenvolva o autocuidado, demonstrando o quão é importante que os profissionais se façam presentes no momento da visita, realizando orientações relevantes relacionados a vários aspectos, inclusive ao estímulo cognitivo. Como citado anteriormente, foi identificado nos registros do prontuário, apenas um item da prescrição de enfermagem relacionado à realização de orientações aos familiares para prevenção de queda.

Foi observado que um dos participantes relatou fornecer orientações à família relacionada à comunicação com a pessoa idosa, mesmo que esta esteja pouco contactante. É fundamental que, além de estar presente, a família estabeleça contato verbal e/ou não verbal, mantendo a pessoa idosa informada sobre fatos do seu cotidiano, como forma de estimular a cognição.

No horário da visita, quando chega os familiares, eu particularmente pergunto: “quem é?” Quando tá sonolento a gente acorda e pergunta: “fulano veio te ver, quem é essa pessoa? “Porque às vezes a pessoa chega e não fala mesmo né? (Preto, TE)

#### **4.2.2 Estímulo ao autocuidado**

Como pôde ser visto anteriormente, nas consultas aos registros de enfermagem, foi observado o diagnóstico de déficit de autocuidado, para higiene e alimentação, tendo como fatores relacionados: dor na ferida operatória, prejuízo neuromuscular e fatores ambientais. Já nos itens de prescrição e intervenções de enfermagem, não foi encontrado registro sobre o estímulo ao autocuidado. Nos encontros de GF, ao serem questionados sobre quais cuidados realizam para estimular a cognição da pessoa idosa na UTI, alguns participantes referiram que incentivam o autocuidado, possibilitando que o idoso possa se alimentar de forma independente e realizar seu próprio cuidado higiênico. Relatam que a equipe, muitas vezes, acha, equivocadamente, que por estas pessoas estarem hospitalizadas, não têm a capacidade de realizar essas atividades rotineiras ou ainda, são incapazes de executar tais ações, por simplesmente serem idosos.

Para estimular a cognição, a gente também auxilia o autocuidado. Na dieta, às vezes, tem problema ou dificuldade de segurar, então gente estimula, para retornar as rotinas que tinham em casa. (Preto, TE)

A gente às vezes quer fazer tudo, e algumas atividades ele pode fazer, não é que a gente não queira fazer, mas para mostrar que ele é capaz, que está ali internado, hospitalizado, mas é capaz de se cuidar. (Rosa, TE)

E no banho no leito, permitir ao paciente jogar água nas mãos, para ele sentir uma mão esfregando na outra, como ele fazia antes. [...] eu os oriento fazerem isso. Devem se sentir independentes. Escovar os dentes também, eu geralmente permito que ele pegue a escova, ele escova e vai fazer a sua higiene oral. (Vermelho, TE)

#### **4.2.3 Estímulo à manutenção da autonomia**

O estímulo à manutenção da autonomia é fundamental mesmo no ambiente de cuidados críticos. Nas informações obtidas no prontuário, não foi encontrado registro de diagnósticos ou ações relacionadas à autonomia, manutenção ou estímulo desta. Já nas reuniões de GF, apenas uma das participantes enfatizou sobre a importância de atentar-se para a manutenção da autonomia da pessoa idosa, valorizando sua capacidade de decisão.

Vamos supor, banho e ele fala que não quer tomar, [...] eu acho que vale a pena respeitar aquela decisão dele, para não retirar a sua autonomia naquele momento. (Preto, TE)

#### **4.2.4 Estímulo à memória e orientação quanto ao tempo e espaço**

Nos prontuários, não foram observados diagnósticos ou prescrição de cuidados relacionados ao estímulo à memória. Entretanto, durante as reuniões de GF, os participantes pontuaram que fazem questionamentos e fornecem informações importantes para reorientação e estímulo à memória da pessoa idosa.

[...] falo no olho, oriento ele: “você está onde?” Quantas vezes eu digo: “você está onde? se lembra que eu te falei que o senhor está no hospital tal?” E aquilo vai chamando atenção. (Vermelho, TE)

No horário das visitas [...] Acordo e pergunto quem é, se ele fala: “Ah, tenho três filhos”. Ai, eu, para tentar ver se é verdade pergunto: “qual é o nome dos seus filhos?” (Preto, TE).

Eu perguntava a ele, sempre estimulando: “você é de onde? Você conhece fulano?” (Prata, Enf.)

Alguns profissionais relataram informar ao paciente o dia, o horário, o local onde encontram-se, no entanto, alguns não fazem isso de forma rotineira, ou fazem apenas em casos de desorientação. Em relação à consulta ao prontuário, foram encontrados registros de quadros de agitação e desorientação, porém não foram identificadas, mesmo nesses casos, intervenções relacionadas à orientação quanto ao tempo e ao espaço.

É importante sinalizar: “a gente está em tal lugar, na sua frente, sempre falar o horário, o dia, pra orientar quanto ao espaço. (Lilás, Enf.)

Falo para uns e não falo para outros. Não uso parâmetros de seleção, mas assim, para alguns eu falo data, mostro o monitor, [...] peço para se basear na data, no relógio e no monitor. (Amarelo, Enf.)

Geralmente, quando eu vejo que o paciente está um pouco desorientado, eu o trago para a realidade: “O senhor se lembra onde o senhor está?” Aí eu informo. Dependendo, digo a hora. Mas geralmente eu trago a realidade “Onde o senhor está? O senhor lembra do que eu falei?”. (Vermelho, TE)

#### 4.2.5 Aproximação e comunicação adequada com a pessoa idosa

Metade dos participantes informou realizar escuta dos pacientes como uma maneira de estimular sua cognição, visto que consideram esta ação importante para aproximar-se da pessoa idosa, possibilitando conhecer mais sobre sua rotina, suas dúvidas em relação ao internamento na UTI e sentimentos vivenciados. Além disso, acreditam que a escuta é um cuidado de fácil realização, e que as pessoas idosas reconhecem essa estratégia como uma forma de acolhimento e demonstram satisfação quando é realizada.

Eu acho interessante ouvir as queixas do idoso, até porque muitos nunca foram hospitalizados. (Marrom, TE)

Ouvir o paciente com todo carinho, [...] aí ele vai falar que está com saudade, chora, eu acho que é o principal cuidado que a gente faz. (Preto, TE)

[...] eu acho que a gente precisa mesmo estar lançando mão da escuta, como uma escuta terapêutica com os pacientes, que isso faz uma diferença. Muitas vezes você ouve até o paciente agradecer porque você estava ali. (Amarelo, Enf.)

Apesar de não ser recomendado usar apelidos ao referir-se à pessoa cuidada, um dos profissionais relatou reportar-se dessa maneira aos idosos, pois assim consegue, na sua percepção, estabelecer uma melhor comunicação e fortalecer o vínculo.

Eu vejo que me aproximo mais deles, com aquela forma carinhosa de chamar: “oh veio, vamos fazer as coisas”, entendeu? [...] eu conquisto mais eles. (Vermelho, TE)

Foi identificado na prescrição de enfermagem o item: tranquilizar o paciente e, nas anotações e evoluções, observou-se o registro de um paciente que se encontra choroso e que, diante do quadro, é tranquilizado pela equipe. Observa-se nas falas abaixo, que os profissionais tentam através do diálogo explicar aos pacientes sobre as rotinas, para que estes compreendam melhor o que está se passando e o porquê de regras tão específicas. Os participantes acreditam

que esta ação tranquiliza, fazendo com que a internação nestas unidades não seja tão estressante, influenciando negativamente nos aspectos cognitivos.

Você tem que conversar com o idoso, desde o momento da admissão, porque tudo isso já é previsto. (Dourado, TE)

A importância de tranquilizar o idoso nesse momento serve para que ele fique confortável, ele sabe que ali, mesmo estando distante da família, tem pessoas que só querem melhorar o seu quadro. (Marrom, TE)

Com relação à rotina, explicar que o número de pessoas será reduzido, que existe o horário de descanso, que a gente fará o revezamento, existe um horário de medicação, explicar para ele que não precisa acordar, e que a gente vai fazer o máximo possível para não o acordar. (Lilás, Enf.)

Na análise dos prontuários, observou-se nas evoluções e anotações de enfermagem os seguintes problemas relacionados à comunicação: contato verbal monossilábico, verbalizando com dificuldade, comunicação não verbal devido à traqueostomia. A partir daí, pontuaram as seguintes intervenções: estimulação cognitiva pela equipe, estimulação com alfabeto pela equipe, uso de gestos e placas, mímica facial, quadro ilustrativo e tabela alfabética. Em contrapartida, nos diagnósticos e prescrições de enfermagem, não foram encontrados itens relacionados à comunicação.

Aspectos encontrados nas evoluções e anotações de enfermagem foram complementados pelas falas dos participantes durante o GF, onde profissionais enfatizaram que essa comunicação precisa ser realizada de forma clara, para que as pessoas idosas compreendam a mensagem a ser transmitida, utilizando-se para isso também da comunicação não verbal. Um dos participantes citou ainda a importância deste tipo de comunicação para melhor compreender o que a pessoa idosa quer dizer, levando em consideração as limitações fisiológicas do envelhecimento relacionadas à fala.

Muitos idosos têm dificuldade na fala, que às vezes é débil, não consegue falar, se expressar, às vezes, é envergonhado também. A maioria do interior, tem receio de falar com o profissional de saúde, muitas vezes é até medo, então, a gente precisa identificar outras formas de comunicação, através do olhar, da face, do corpo, às vezes trás expressões que a gente consegue perceber muitas coisas. (Lilás, Enf.)

Eu procuro olhar no olho do paciente idoso, que geralmente desorientou durante a noite [...] eu falo claro, eu falo a língua deles, eu olho no olho, eu oriento, eu falo a verdade para ele e parece que eles voltam à realidade. (Vermelho, TE)

#### 4.2.6 Cuidados com o intuito de amenizar agentes estressores da UTI

As rotinas e estrutura do ambiente crítico podem influenciar de forma negativa na cognição da pessoa idosa, por isso é relevante que os profissionais busquem estratégias para minimizar estressores intrínsecos da unidade. Participantes relataram realizar flexibilizações das rotinas da unidade, com o intuito de atender as preferências da pessoa idosa. Exemplificaram a questão do banho no período noturno, em que muitos questionam ou até recusam-se a realizar os cuidados higiênicos neste horário, e os participantes referiram esforçarem-se para que este cuidado aconteça no turno de preferência, amenizando mais um fator estressor.

A gente também alterou rotina, porque tinha idoso resistente ao banho noturno, por causa do frio, então mudou-se a rotina. (Azul, TE)

Os horários dos banhos são divididos, pares de dia e ímpares à noite [...]. Mas tem idoso que não aceita e a gente tem que esperar mesmo. (Rosa, TE)

Tomar banho à noite, tem a queixa do frio, a queixa que vai ficar gripado, então eles têm mesmo a resistência de tomar banho à noite. Precisa alternar, colocar um jovem para tomar banho à noite e o idoso passar para o dia. (Amarelo, Enf.)

Além da flexibilização das rotinas na unidade, observa-se que as profissionais tentam tornar o ambiente da UTI o mais semelhante possível com o domicílio das pessoas idosas, pois consideram que isso pode contribuir para o surgimento de distúrbios cognitivos. Foram relatadas ações para amenizar a temperatura fria, para manter a família mais próxima ou ainda a retirada de contenções.

Disponibilizar um cobertor, para o aquecimento, perguntar se está com calor ou com frio, saber das necessidades à noite. (Lilás, Enf.)

“Vamos conter”, não é assim? É de doer, o paciente idoso, eu nem falo o idoso, até no jovem. A partir do momento que você faz aquilo, você não leva para perto o familiar, você não tem um ambiente próximo a ele como a casa, que é o habitual, tudo vai descompensar naquele paciente. (Dourado, TE)

Sabe-se que as alterações cognitivas também podem estar relacionadas com a qualidade do sono e, muitos idosos, apresentam alterações no ciclo de sono-vigília. Nas UTIs, os procedimentos podem acontecer durante as 24 horas do dia, os profissionais desenvolvem suas atividades a todo momento, os ruídos e a luminosidade estão presentes constantemente, o que pode interferir de forma negativa no sono dos pacientes. Observou-se nos registros dos prontuários, apenas dois diagnósticos de enfermagem relacionados às questões do sono na UTI:

Insônia e Distúrbios no padrão de sono, ambos relacionados à fatores ambientais. Além disso, também foram identificados problemas nas evoluções e anotações de enfermagem como: dormir pouco e dificuldade para dormir, tendo como intervenção evitar procedimentos durante o sono e o uso da terapia farmacológica. Na prescrição de enfermagem, também foi visualizado o item: evitar procedimentos durante o sono.

Nos encontros de GF, os participantes citaram realizar cuidados com o intuito de preservar o sono da pessoa idosa na UTI, como reduzir a luminosidade e ruídos, antecipar procedimentos ou realizá-los de forma a não interromper o sono. Além disso, comunicam-se com a equipe com o intuito de avaliar a necessidade do uso de medicamentos ou viabilizam que os hábitos rotineiros que contribuem para indução e manutenção do sono sejam mantidos.

Fica aquela luz muito forte na cara do paciente, se ele é idoso e está acostumado a dormir no seu quarto, gosta de dormir com tudo apagado, ou com uma luz branda [...] A colega colocou o biombo na direção da lâmpada, de uma forma que fazia sombra no rosto da paciente e deu uma fronha ou foi um lençol menor, para poder colocar no olho e conseguir dormir. (Azul, TE)

Há uma tentativa de preservar o sono, no sentido de alguns procedimentos não serem feitos naquele horário em que o paciente está dormindo, por exemplo, a glicemia de um paciente que está estável, que você deixa de fazer naquele horário de madrugada, e não acorda o paciente. Também o cuidado com os monitores, para não ficar alarmando. (Branco, TE)

Eu acho que alguns idosos têm dificuldade para dormir e à noite tomam, já de rotina, algum medicamento. Então, conversar com o médico para verificar a possibilidade da administração, para que ele tenha um sono mais tranquilo. [...] às vezes, tem paciente habituado a tomar um chá-para dormir e a gente precisa se atentar para essas rotinas também. (Lilás, Enf.)

Algumas participantes relataram desenvolver ações para manter a privacidade do paciente, como o uso das cortinas ou ainda realizar orientações quanto às rotinas e a estrutura da unidade, para que este compreenda o porquê de algumas restrições como, por exemplo, o uso do banheiro. Nas duas unidades de terapia intensiva, os leitos são separados por cortinas, que ficam abertas a maior parte do tempo para a melhor vigilância. Além disso, os pacientes críticos, na maioria das vezes, utilizam fralda e fazem suas necessidades fisiológicas no próprio leito, sendo realizado o banho e a higiene íntima pelos profissionais de enfermagem, situações estas que dificultam a privacidade. É importante enfatizar, que ao referirmos à pessoa idosa, para muitos destes, mostrar seus corpos por completo aos profissionais, pode gerar grande desconforto, tornando a higiene íntima um momento de estresse e bastante incomodo, principalmente quando este cuidado é realizado por um profissional de sexo diferente do paciente.

Eu tive a experiência com um cliente nosso. Ele disse que nunca tinha ficado hospitalizado e, no momento do banho, falou que estava com vergonha porque era evangélico e nunca tinha tirado a roupa diante de outra pessoa [...] a importância de tranquilizar o idoso nesse momento, serve para isso também, para que ele fique confortável. (Marrom, TE)

Ele estava segurando as dejeções, porque estava com vergonha de chamar para a gente limpar. Então, entra a parte realmente do diálogo, da comunicação, a gente foi dizendo que tem a cortina, que não tem um banheiro disponível, informa que não pode se levantar, [...] e ele disse assim: “ainda bem que eu consegui com você, porque se chegasse o pessoal da noite, eu não ia conseguir.” (Azul, TE)

É comum o técnico homem dar banho em uma paciente mulher, eu, prata me importaria. Eu ia morrer de vergonha, eu ia me sentir invadida, não ia querer, entendeu? [...] às vezes a gente impõe algumas situações e esquece de perguntar pro outro a importância que ele atribui. (Prata, Enf.)

Uma participante relatou perceber ausência de privacidade para pacientes e familiares dialogarem de maneira mais reservada durante o período da visita, o que pode influenciar de forma negativa a comunicação, tão importante para o estímulo à cognição do idoso na UTI.

Uma certa vez, um familiar questionou sobre privacidade, se poderia fechar um pouco a cortina, porque o idoso queria falar algo com ela. Poderia melhorar esse momento de privacidade, mesmo que a gente deixe um ladinho da cortina para ver só o monitor. (Marrom, TE)

Um artifício bastante utilizado e que pode ser fator estressor na UTI é o uso da contenção mecânica. Um dos problemas identificados nas evoluções e anotações de enfermagem foi o relato de delirium, com agressão a equipe e tentativa de retirar a sonda vesical. Nesse caso, a intervenção instituída foi o uso da contenção mecânica, associada à terapia farmacológica. Semelhante situação foi identificada quando os profissionais relataram que consideram o uso da contenção mecânica como intervenção de primeira escolha quando os pacientes se encontram agitados, na prevenção na ocorrência de queda e na retirada de dispositivos.

Quando eu falo a contenção, eu me coloco no lugar, porque quando eu vejo um paciente começar a desorientar, eu falo: “vou conter” (risos). A minha questão do vou conter é imaginando a queda, porque a queda recai primeiramente na enfermagem. (Amarelo, Enf.)

Então, o primeiro sinal é conter para segurança do paciente, para não cair, para não retirar um dispositivo e na enfermagem tem o acompanhante, se lá tivesse, talvez não precisasse. (Preto, TE)

Nas informações colhidas dos prontuários, um dos itens da prescrição de enfermagem encontrado foi: implementar cuidados com a contenção mecânica. Nos encontros de GF, pode-se observar que parte dos participantes percebia que a contenção mecânica, apesar de útil nos casos citados acima, pode deixar os pacientes mais agitados, com sensação incômoda.

Relataram um caso em que o paciente se comparava a um animal preso. Houve dois relatos de retirada dessa contenção e posterior melhora do quadro de agitação.

A gente tirou a contenção dele, ele ficou super tranquilo. Ele disse que estava amarrado igual a um boi. (Prata, Enf.)

A contenção é realmente necessária por conta dessa agitação? Essa contenção pode ser o motivo dele estar expressando o desejo de falar do que talvez esteja desagradando, eu acho que a comunicação é um fator primordial. (Lilás, Enf.)

#### **4.2.7 Ações relacionadas à equipe multidisciplinar**

O papel da equipe multiprofissional no estímulo à cognição do idoso na UTI é fundamental. Os participantes citaram a importância de diversos membros dessa equipe, inclusive os terapeutas ocupacionais, enfatizando que estes profissionais atuam com o intuito de inserir na rotina dos idosos na UTI, atividades do seu cotidiano. No entanto, segundo os relatos, é reduzido o quadro desses profissionais na instituição. Também foi mencionado a importância da interação entre os membros da equipe multiprofissional para a realização do estímulo cognitivo a pessoa idosa e para a continuidade dessas ações.

Tem a equipe multi também, a terapia ocupacional que investiga quais atividades ele gosta de realizar, [...] a possibilidade da equipe ter maior envolvimento nas terapias de outros profissionais. (Lilás, Enf.)

A terapia ocupacional faz muita falta, tem pouquíssimos profissionais e é um profissional que ajudaria, somaria com a enfermagem, a enfermagem está 24h no leito, mas a terapia ocupacional somaria para esse cuidado com eles também. (Rosa, TE)

Como pode ser visto nos cuidados de enfermagem registrados no prontuário, foi identificado dois diagnósticos de enfermagem relacionados à mobilização: mobilidade física prejudicada, com os fatores relacionados: dor e prejuízo neuromuscular. Além disso, um dos itens encontrados na prescrição de enfermagem foi: estimular a movimentação no leito. Apenas um participante nas reuniões de GF citou a relação e a importância da mobilização do paciente crítico e os aspectos cognitivos. Sabe-se que na UTI, os pacientes ficam a maior parte do tempo deitados no leito e o fisioterapeuta, juntamente com os demais integrantes da equipe multidisciplinar atua na mobilização precoce, por meio da sedestração no próprio leito, em poltronas e, se possível, realizam a deambulação.

A própria fisioterapia de deambular em outros ambientes, de caminhar, o fato de estar sentado em uma poltrona ajuda. (Lilás, Enf.)

Uma profissional ainda citou a importância da psicologia na atuação junto às famílias, para orientá-las sobre as rotinas da unidade, fazendo com que o momento da visita traga repercussões positivas ao paciente e à equipe.

A psicologia entra, prepara o familiar, deixa a par das rotinas e no fim de tudo eu observo que é uma coisa positiva o familiar estar ao lado do paciente. (Azul, TE)

#### **4.2.8 Proporcionar atividades de lazer/habituais**

A realização de leitura, palavras-cruzadas, artesanato, ou ainda o acesso às informações por meio da televisão, rádio e o diálogo sobre assuntos rotineiros, estimulam a cognição em todas as etapas da vida. Por isso, é fundamental que estas ações sejam mantidas também durante o período de internação. Esteve presente na fala dos profissionais, o relato de que eles buscam, dentro das possibilidades, disponibilizar estes objetos ou incentivar estes hábitos, para que as pessoas idosas se mantenham ativas, realizando algum tipo de atividade do seu cotidiano no ambiente da UTI.

Distraí-lo dentro do ambiente cheio de aparelho, de dispositivo, dá alguma atividade para entretê-lo, porque muitas vezes a TV não está disponível, ou até alguém da família ou conhecido para conversar, para distrair um pouco [...] disponibilizar revista, livro, quem tem o hábito de ler, ou uma pintura. (Lilás, Enf.)

Fazendo uma atividade que eles tenham costume, um crochê, ler um livro, estar incentivando. (Rosa, TE)

Teve um caso que a gente se organizou, providenciou televisão para o paciente, perguntou para família: “ele gosta de escutar música? Traz um radinho. Ele gosta de que? Palavra cruzada, de ler, de revista?” A gente já se pegou procurando revista e livro na unidade. (Amarelo, Enf.)

Na instituição em que foi realizado o trabalho, principalmente em datas comemorativas, músicos comparecem às unidades e apresentam-se para os pacientes. Dois participantes relatam que esta atividade é importante no estímulo à cognição e uma delas cita, especificamente, que a música pode atuar de forma positiva na memória.

A parte da música que vai de vez em quando, faz lembrar as músicas, eles cantam junto, acho que vai reativando e estimulando. (Preto, TE)

Uma iniciativa que teve na nossa UTI [...], foi a música. Então, eu acho que a música ajuda muito. Eu digo por mim, às vezes eu me encontro triste e uma música alegre. (Branco, TE)

### 4.3 FATORES QUE INFLUENCIAM POSITIVAMENTE NO CUIDADO PARA O ESTÍMULO A COGNIÇÃO DOS IDOSOS NA UTI.

Os participantes discorreram sobre os fatores que influenciam positivamente no cuidado para o estímulo a cognição dos idosos na UTI, sendo organizados nas subcategorias: projeto visita estendida; prolongado tempo de internação; possibilidade do uso da tecnologia leve e trabalho no período diurno.

#### 4.3.1 Projeto visita estendida

Como visto na categoria anterior, os profissionais consideram a presença da família importante em vários aspectos da internação da pessoa idosa, inclusive no estímulo cognitivo. Por isso, realizam ações com o intuito de otimizar que os familiares estejam cada vez mais próximos aos pacientes na UTI. Ao serem questionados sobre quais fatores influenciam positivamente no cuidado para o estímulo à cognição do idoso, responderam que o projeto da visita estendida, que acontece em uma das unidades pesquisadas, favorece este cuidado, como pode ser visto nas falas abaixo:

Eu acho que um ponto positivo trazer a família, a visita estendida iria melhorar bastante. (Rosa, TE)

Na minha unidade a gente está trabalhando a visita estendida e temos observado resultados positivos. (Azul, TE)

#### 4.3.2 Prolongado tempo de internação

Um dos participantes declarou que considera o prolongado tempo de internamento como fator que influencia positivamente no estímulo à cognição dos pacientes que ele cuida. Relatou perceber que quando o paciente possui longo período na unidade, apresenta maior dificuldade em tolerar o cotidiano da UTI, por isso fica mais atento nessas situações, busca conhecer como era a rotina do paciente antes da hospitalização e, posteriormente, facilita a realização das atividades do dia-dia durante a internação.

Eu me preocupo mais quando o tempo de internação desse paciente vai se alongando [...] isso geralmente a gente só faz quando o paciente é de internação longa, que a gente tenta ocupar, a gente imagina que o paciente não está mais suportando? (Amarelo, Enf.)

### 4.3.3 Uso da tecnologia leve

Foi também percebido, a possibilidade de realizar cuidados que envolvam tecnologias leves, como o escutar e conversar.

O principal cuidado que a gente faz é ouvir e conversar, trocar experiência, é o cuidado mais acessível à gente, não precisa de nada e faz diferença. (Preto, TE)

A escuta, a conversa é algo simples, mas que tem um impacto assim considerável [...] o paciente fica muito agradecido, só o simples diálogo, uma simples conversa. (Amarelo, Enf.)

### 4.3.4 Trabalho no período diurno

Alguns participantes consideram o trabalho no período diurno como fator que favorece o estímulo e a manutenção da cognição da pessoa idosa na UTI. Estes relataram que as alterações cognitivas agudas acontecem com menor frequência no referido período, e atribuem isso à alguns fatores, como: um maior número de profissionais presentes na unidade neste turno, ambiente com menor sensação de frio e a presença da família.

A gente vê muito casos de desorientação, principalmente à noite, parece que o negócio é à noite. (Vermelho, TE)

E eu observo que os idosos agitam mais à noite, eu não sou do noturno, sou mais do serviço diurno, quando eu saio, eu deixo uma colcha ou um cobertor, porque eu observo que os idosos sofrem com o frio e dor. (Azul, TE)

## 4.4 FATORES QUE INFLUENCIAM NEGATIVAMENTE NO CUIDADO PARA O ESTÍMULO COGNITIVO DOS IDOSOS NA UTI.

Foram elencados pelos colaboradores diversos fatores que influenciam negativamente no cuidado para o estímulo cognitivo dos idosos na UTI, distribuídos nas seguintes subcategorias: peculiaridades do período noturno; estrutura física/ambiente da UTI; lacunas relacionadas à comunicação; rotinas da UTI/ alta demanda de trabalho; hábitos corriqueiros da equipe; escassez de treinamentos que envolvam a temática cognição da pessoa idosa na UTI; ausência de protocolos relacionados à cognição do idoso crítico; mecanização do trabalho da equipe de enfermagem na UTI.

### 4.4.1 Peculiaridades do período noturno

Geralmente, nas UTIs, as rotinas alteram-se de acordo com o turno de trabalho. Esta variação pode influenciar de forma negativa no cuidado para o estímulo cognitivo dos idosos.

Destacaram que durante a noite, há redução na circulação de pessoas, tanto da equipe fixa da unidade, quanto de outros profissionais, ficando, em especial, a equipe de enfermagem, por menos tempo ao lado paciente. Além disso, citaram a ausência da família e a diminuição da temperatura do ambiente, acentuando a sensação de frio neste turno, como fatores estressores para os pacientes. Exemplificaram situações nas quais as pessoas idosas internadas na UTI apresentaram quadros de agitação no período noturno, com melhora durante o dia, mostrando como essas mudanças podem trazer repercussões na área cognitiva e comportamental.

À noite, eu reduzo o quantitativo da equipe de enfermagem, então eu tenho menos tempo para estar beira-leito com o paciente, conversando, explicando, chamando e orientando. Por isso, a gente pode ver quadros mais frequentes de agitação à noite. (Amarelo, Enf.)

À noite ele, com certeza, se sente mais sozinho, durante o dia ele está vendo a movimentação, com mais pessoas, horário da visita da família, e à noite não tem. (Rosa, TE)

Às vezes à noite, devido à redução de quadro, que a gente sabe que a rotina é diferente, aí os idosos na UTI ficam confinados, não vê ninguém do lado dele, é uma pessoa que está acostumada a sempre ter alguém por perto durante a sua vida e o que a gente puder, fazemos para amenizar. (Azul, TE)

Apesar de terem sido relatados cuidados realizados com o intuito de preservar o sono dos pacientes críticos, os participantes consideram que o sono da pessoa idosa na UTI pode ser de má qualidade e percebem que isso pode dificultar o estímulo à cognição. Citaram como motivos para a interrupção do sono dos pacientes as atividades e procedimentos durante a madrugada, os ruídos, os banhos que acontecem também nesse período e, ainda, a luminosidade presente a todo o momento.

Há o ruído da noite que é o horário de dormi e tem outras atividades também no ambiente de internação que atrapalha o sono e isso tudo mexe com o psicológico dele. (Vermelho, TE)

Porque você não pode apagar todas as luzes, você tem que deixar alguma ligada. (Branco, TE)

A rotina da UTI é complicada para gente se esforçar e manter o sono do paciente. Porque de duas em duas horas, a gente tem que mexer para ver temperatura, quando tem o termômetro digital, beleza. (Azul, TE)

#### **4.4.2 Estrutura física/ambiente da UTI**

Foi também possível perceber que os profissionais reconhecem a importância de alguns cuidados para o estímulo à cognição da pessoa idosa na UTI. Porém, foram citados problemas estruturais da unidade que servem de obstáculos para que estas ações sejam realizadas.

Descreveram que o ambiente da UTI é quase que completamente fechado, com janelas pequenas, o que dificulta a orientação dos pacientes, tendo os mesmos dificuldades em diferenciar a noite do dia.

A estrutura física que me incomoda bastante. A UTI que a gente trabalha é totalmente fechada, têm uns vidrinhos, uns pequenos vidros que são foscos e o paciente nem observa se é dia ou noite [...] eu sinto essa dificuldade da estrutura física. (Amarelo, Enf.)

Embora, eu observe que não é só a UTI aqui a maioria das UTIs são muito escuras, não se sabe se é dia ou noite, isso é um ponto negativo, que precisa melhorar em estrutura. (Vermelho, TE)

Comentaram ainda sobre os relógios e aparelhos de televisão que estão em número reduzido ou ainda posicionados na unidade de forma que alguns pacientes não conseguem visualizar, o que prejudica a orientação dessas pessoas hospitalizadas e o acesso a um meio de comunicação.

Outro ponto negativo que a gente não tem, são as televisões, que estimula a visão, atualiza, eles veem jornal e tudo mais, [...] é isso que a gente não tem e quando tem é coletivo, nem sempre está funcionando. (Preto, TE)

Alguns que conseguem se mobilizar e dependendo do número da cama, eu peço pra se basear a data e o relógio no monitor. Alguns que estão na parte da frente na UTI têm a facilidade de ver o relógio a depender da visão, se tiver com óculos, dá pra enxergar. (Amarelo, Enf.)

[...] Já que TV não tem para todos, relógio não tem para todos, não é todo tempo que a gente está disponível para dizer o dia, o horário, às vezes, a gente fala de manhã e à tarde o paciente está meio confuso. (Lilás, Enf.)

Foi observado que problemas com questões estruturais também trazem efeitos negativos no que diz respeito à tentativa de manter a qualidade do sono. Os participantes referiram que têm dificuldade para reduzir a luminosidade, devido ao posicionamento das luzes e a presença de interruptores que não são exclusivos para uma lâmpada, ou ainda, a impossibilidade de desligar todas as luzes, em virtude do funcionamento ininterrupto das atividades nas UTIs.

Na minha unidade, tem uma lâmpada dessas que fica bem em cima de um leito, que é de frente para o corredor. (Azul, TE)

A questão da luminosidade é até difícil pela estrutura mesmo, porque é um interruptor para dois pacientes, então, se o outro está dormindo, se você tá em um que tá acordado e vai voltar pra aquele paciente, o outro vai acordar, porque se você liga um, acende o outro. (Preto, TE)

Um dos participantes referiu que, por conta da estrutura da UTI, quando existem pacientes de menor gravidade, estes acabam por ver de perto doentes graves com muitos dispositivos, o que pode gerar uma situação de estresse e medo. Além disso, enfatizou que alguns destes não têm restrições físicas, porém devido às rotinas e à estrutura da unidade, não podem andar sozinhos e ficam limitados ao ambiente fechado. Relataram ainda não haver uma sala ou local para que estes pacientes possam realizar atividades lúdicas ou ao menos sair do ambiente da UTI e ter mais privacidade como, por exemplo, no momento da visita.

Às vezes, eles caminham, são independentes [...] às vezes, estão ali por não ter a vaga[...]ele ficava tendo a visão de todo mundo, ficava choroso, você sentia que ele estava com medo, como quem diz: “se eu estou num lugar desses, eu não estou bom.” Em volta dele, vários intubados, [...] é um paciente que às vezes gosta de jogar cartas, se tivesse um cantinho para o paciente se afastar, pelo menos no momento que está com seu familiar. (Dourado, TE)

Outro aspecto relacionado à estrutura da UTI, que pode ser um fator estressor e com repercussão nos aspectos cognitivos da pessoa idosa é a falta de privacidade nestas unidades, com ausência de banheiros.

Eu lembrei de um caso, que ele estava segurando as dejeções porque ele estava com vergonha de chamar para a gente limpar, [...] “Ah, está muito gelada”, aí ele contraía e por fim, quase a gente conseguiu com a fralda, mas a principal queixa era a vergonha: “oh minha filha, como eu vou fazer aqui? Para você me limpar? (Azul, TE)

#### **4.4.4 Lacunas relacionadas à comunicação**

A comunicação é um fator fundamental nos mais diversos âmbitos da assistência na UTI. Alguns participantes relataram situações em que houve falha na comunicação com o paciente crítico e percebem que isso pode ser um fator prejudicial ao estímulo à cognição da pessoa idosa.

Um colaborador relatou que, por se tratar de um hospital escola, acontecem reuniões com grupos de estudantes e profissionais próximos aos leitos, onde é discutido o quadro de cada paciente, com uso da linguagem técnica. No entanto, não é dado um retorno aos pacientes sobre o que foi falado, deixando-os preocupados e com medo.

Como aqui é um hospital escola vem muitas pessoas em cima do paciente, acho que aquilo meio que assusta [...] ficam ali conversando sem a participação do paciente, debatendo o assunto e ele fica ali meio perdido, sem saber o que está falando dele, [...] aquilo ali confunde ele. (Preto, TE)

No outro exemplo citado, os profissionais da equipe comunicavam-se entre si sobre uma alteração clínica da paciente, porém não forneceram as devidas explicações à mesma, gerando uma interpretação equivocada e também uma condição de estresse e medo.

Em relação às conversas na frente do paciente, [...]eu vi a que a mão dela estava gelada, cianóticas, eu falei com o plantonista e ela falou comigo: “eu pensei que eu já ia embora agora, você falou que eu estava com a mão gelada e quando começa a gelar é a hora de morrer (riso)”. [...]a gente fala algo tão óbvio, tão natural para gente. (Amarelo, Enf.)

#### **4.4.5 Rotinas da UTI/ alta demanda de trabalho**

A maior parte dos participantes relatou como dificuldade para realização de ações que estimulem a cognição da pessoa idosa na UTI, a própria rotina diária e normas existentes nessas unidades. Referiram uma alta demanda de atividades relacionadas aos pacientes graves, os muitos detalhes que precisam estar atentos, tendo assim pouco tempo disponível para dialogar, estimular a memória e orientar quanto ao tempo e espaço. Citaram também que devido às rotinas rígidas, não é permitida a entrada e o uso de muitos objetos que poderiam auxiliar no estímulo cognitivo desses idosos críticos.

Na admissão, a gente fica focado, de fazer glicemia, eu tenho que pegar os sinais, eu acho que o que atrapalha é agonia de querer fazer a rotina, e às vezes, você não pensa que pode tirar cinco minutinhos e ir lá, proporcionar que a família entre. (Azul, TE)

Devido à rotina ser um pouco acelerada, eu acabo não falando data, dia da semana, horário. Acabo não tendo essa conversa mais prolongada que é tão importante para ele. (Branco, TE)

Tem coisas que a gente pode fazer para ajudar o paciente, mas a gente não faz por não ser permitido a entrada de tantos objetos diferentes dentro de uma unidade fechada. [...] às vezes, tem um idoso com uma saudade e não é nem permitido que ele veja uma foto no celular, que ele faça uma chamada. (Dourado, TE)

Outro aspecto relacionado às rotinas da UTI, foi o fato de, normalmente, a prótese dentária, aparelho auditivo, óculos e relógios serem utilizados de forma restrita ou a depender da situação, não poderem ser usados. Alguns participantes citaram que essa regra pode influenciar negativamente no estímulo à cognição dos idosos, pois os mesmos ficam com sua comunicação prejudicada e ainda podem ser avaliados do ponto de vista neurológico e cognitivo de maneira equivocada, devido à ausência desses objetos. Foi relatado também que a impossibilidade do uso de relógio, dificulta o processo de orientação do idoso, pois este fica impedido de ter acesso as horas de forma independente.

Às vezes, o idoso está sem óculos, e usa óculos, e a gente não proporciona que ele traga. Não diz: “pode trazer os óculos, a dentadura.” O relógio, principalmente, a gente não permitir, o relógio, e a gente fica dizendo as horas a ele: “tem horas? É de noite ou de dia?” (Lilás, Enf.)

A paciente tinha perda auditiva, ela parecia estar desorientada ou que não estava entendendo nada que a gente estava falando, ficava assim olhando e não respondia aos comandos, não obedecia. Pode ser avaliada como uma pessoa que não está respondendo à comando, mas era só porque não estava ouvindo, depois a família explicou. (Azul, TE)

#### 4.4.5 Hábitos corriqueiros da equipe

Alguns profissionais relataram como aspecto negativo não ter o hábito, dentro da sua rotina assistencial, de realizar ações para estimular a cognição da pessoa idosa na UTI, como orientar quanto ao tempo e espaço, investigar sobre os hábitos do cotidiano e viabilizar (dentro das possibilidades) que estes sejam realizados pelo paciente hospitalizado.

Eu acho que às vezes por falta de costume mesmo de falar para o paciente. A gente se apresenta, dá bom dia, boa tarde, mas não fala para o paciente: “Oh, bom dia, são tal horas da manhã do dia tal”. (Prata, Enf.)

Eu nunca me atentei para objetos aos quais eles familiarizem mais no seu dia a dia, na sua casa. (Vermelho, TE)

Eu percebo que essa é uma atitude de imediato dos profissionais da terapia ocupacional, de trazerem coisas familiares ao paciente, álbuns de fotos, jogos, livros, caça-palavras. Mas, a enfermagem que está ali beira leito, pode fazer a primeira identificação, no entanto, o que eu observo que são eles que têm essa primeira iniciativa. (Amarelo, Enf.)

Alguns participantes consideram que hábitos rotineiros da equipe podem prejudicar o estímulo à cognição da pessoa idosa na UTI como, por exemplo, falar em tom de voz mais elevado, discorrer sobre assuntos que não dizem respeito ao trabalho ou posturas inadequadas.

Eu acho que a gente também não se policia em relação ao barulho e conversas paralelas. A gente não se policia em relação a criar o hábito de fazer silêncio, de falar baixo. (Prata, Enf.)

Eu acho que a equipe poderia trabalhar mais alguns conceitos, um tom de voz que muitas vezes incomoda muito alto, a postura da equipe diante dos pacientes, do próprio colega de equipe, a gente precisa ter uma postura. (Lilás, Enf.)

#### **4.4.6 Escassez de treinamentos que envolvam a temática cognição da pessoa idosa na UTI**

Alguns profissionais atribuíram o fato de não se atentarem às questões relacionadas à cognição da pessoa idosa, a escassez de treinamentos sobre a temática. Estes relatos corroboram com os achados da caracterização dos colaboradores, a qual mostrou que apenas um deles participou de capacitações sobre cognição dos idosos. Falaram ainda que os treinamentos realizados na instituição são direcionados ao uso de materiais e equipamentos e sugerem que sejam elaboradas atividades educativas com temas que abordem a pessoa hospitalizada de maneira mais holística. Além disso, um dos participantes reconhece que estes momentos educativos são possíveis de acontecer até mesmo durante a própria rotina de plantão.

Eu creio muito que esse estímulo à cognição tem muito a ver com a humanização. Eu acho que até nos treinamentos deveria ser implementado essa questão de humanização, achar uma forma de conscientizar as pessoas de aplicar a humanização aos cuidados. (Branco, TE)

Às vezes, a gente tem carga horária disponível para fazer um treinamento em serviço. Eu sinto falta de treinamento de equipe, de treinamento em serviço, fora do serviço também, entendeu? (Lilás, Enf.)

Treinamentos da equipe, diferente de aparelhos, porque eu acho que seria uma coisa tão importante. (Dourado, TE)

#### **4.4.7 Ausência de protocolos relacionados à cognição do idoso crítico**

Alguns participantes relataram que a ausência de protocolos ou de padronizações institucionais que envolvam as ações relacionadas à cognição do idoso é um fator que influencia negativamente ao estímulo cognitivo dessas pessoas.

Na verdade, o ideal é que a gente tivesse uma estratégia para que fosse seguido para que todo mundo falasse a mesma língua, que a gente tivesse uma abordagem sistematizada, que existisse uma padronização, para que a equipe criasse um costume de seguir o passo a passo. (Prata, Enf.)

E eu acho que o serviço, ele pode oferecer isso para gente, mas cabe a gente também, profissional colocar essas questões em foco para discussão, para montar um protocolo e fazer a diferença. (Lilás, Enf.)

#### **4.4.8 Mecanização do trabalho da equipe de enfermagem na UTI**

Foi citado também que o agir de forma mecanizada e com rotinas muitas vezes engessadas dificultam a realização de ações que contribuam para o estímulo e a manutenção da cognição da pessoa idosa na UTI. Os participantes relataram que os cuidados realizados cotidianamente são, muitas vezes, relacionados, às questões técnicas e biológicas.

E a gente só pode estimular, se acreditar, se a gente quiser olhar para aquele ser humano, com olhar de amor. Eu digo por que às vezes eu percebo a mecanização, não é aquela coisa assim, com amor, com atenção. (Branco, TE)

A mecanização acontece muito, às vezes, enrijece até os nossos sentimentos, deixa a gente muito frio. Ficamos ali limitado às máquinas, a escrever, ao computador, à técnica e esquece do emocional, do físico, da atividade lúdica. (Lilás, Enf.)

Porque a gente se preocupa muito com isso: “ah, trocou a torneirinha, trocou a chave, colocar data”. Por isso, que a gente não tem tempo para as outras coisas, para o que realmente interessa. Esquece um pouco de máquina e vamos lembrar das pessoas que estão ali. (Dourado, TE)

## 5.0 DISCUSSÃO

Com relação aos dados coletados em prontuário, houve a predominância de pessoas idosas do sexo masculino. Semelhante resultado foi encontrado em uma pesquisa sobre o perfil de 103 idosos que receberam atendimento da fisioterapia na UTI de um hospital geral de Cuiabá, onde a maior parte dos participantes também foi de homens, isso pode acontecer pelo fato dos homens possuírem mais resistência em buscar o serviço de saúde quando comparado às mulheres, tornando-os mais vulneráveis a algumas patologias (BINI *et al.*, 2018).

Referente à idade, 81,2% das pessoas idosas internadas acompanhadas, eram mais jovens, apresentando idade entre 60 e 79 anos, enquanto 18,7% tinham 80 anos ou mais. Corroborando com o achado, estudo com amostra de 115 prontuários de idosos internados nas UTIs de um hospital estadual de grande porte, localizado na cidade de Teresina – Piauí, traz em seu resultado o predomínio de idosos mais jovens, correspondendo a 69,9%. Neste mesmo trabalho, a maior parte dos idosos eram também casados e aposentados, semelhante ao presente estudo (SIMÃO *et al.*, 2019).

As comorbidades mais incidentes foram Hipertensão Arterial (75%), seguido de Diabetes Mellitus (56,2%), tabagismo e etilismo, atingindo em 56,2% e 50% dos idosos, respectivamente. A hipertensão arterial, além de um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, tem influência na função cognitiva em pacientes geriátricos, pois esta comorbidade pode ocasionar mudanças na estrutura e funcionalidade cerebral. No entanto, essa associação entre a pressão arterial e a cognição pode ter influência de outros fatores como a idade, a cronicidade da hipertensão e o uso de anti-hipertensivo (YILDIRIM *et al.*, 2020; WALKER; POWER; GOTTESMAN, 2017)

Em relação ao perfil dos profissionais participantes, 90% eram do sexo feminino e 60% tinham entre 31 e 35 anos, seguido de 20% na faixa etária entre 41-45 anos. Um estudo sobre o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem com registro ativo no Conselho Federal de Enfermagem mostrou que 85,1% dos profissionais eram mulheres e 40% estava com idade entre 36-50 anos, seguido dos 38% que tinham entre 26-35 anos. Os autores comentam que o setor saúde no geral é historicamente feminino e a enfermagem, tradicionalmente, contribui com essa feminilização (MACHADO *et al.*, 2016).

Metade destes profissionais possuem especialização, 80% em terapia intensiva e 20% em enfermagem do trabalho, nenhum tem especialização na área de gerontologia. Resultados semelhantes foram encontrados em um trabalho sobre conhecimento do enfermeiro sobre delirium em UTI adulto, onde a maioria também somente possuía especialização em terapia intensiva (SOUZA *et al.*, 2019).

Ao serem questionados sobre o tempo de atuação na unidade, 60% possuía de dois a cinco anos, 30% menos de dois anos e 10% de cinco a dez anos. É importante salientar, que uma das unidades lócus, possui apenas três anos de funcionamento, o que pode ter influenciado nas respostas relacionadas a este quesito, e no preparo para lidar com a cognição de seus pacientes. Sobre ao tempo de formação, a maioria (60%) tem de 10 a 15 anos. Um trabalho realizado com enfermeiros sobre o cuidado aos idosos internados em uma UTI cardiológica, observou variação entre zero e 14 anos de tempo de atuação e o tempo de formação variou entre sete e 20 anos, com a média de 13,71 anos (ROSA, 2017).

Em relação aos registros dos cuidados de enfermagem associados à cognição da pessoa idosa, os DE risco de quedas com os fatores associados: extremos de idade, alterações neurológicas, mobilidade prejudicada e efeitos adversos aos medicamentos foram os mais encontrados. De acordo com a taxonomia da NANDA I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), os idosos estão incluídos na população de risco e as alterações cognitivas estão entre as condições associadas a esse DE. Embora o diagnóstico risco de quedas, com o fator associado extremo de idades, tenha sido o mais frequente neste estudo, as questões cognitivas não foram incluídas na sua composição. Foi também identificado um item de prescrição de enfermagem relacionado à queda: Orientar o paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas. A ocorrência de queda tem ligação com os aspectos cognitivos e o envelhecimento. Um estudo realizado com 452 idosos não institucionalizados em Juiz de Fora, Minas Gerais, concluiu que as pessoas idosas com comprometimento cognitivo apresentaram maior ocorrência de quedas, comparadas à população idosa em geral. Os autores explicam que os sistemas motor e sensorial estão relacionados à aspectos da cognição fundamentais para o planejamento motor,

concentração necessária para execução de dupla tarefa e respostas às condições do ambiente. Por isso, os idosos com déficit cognitivo têm maior predisposição à ocorrência de queda (CRUZ *et al.*, 2015). Nos encontros de GF, os participantes associaram o risco de queda com quadros de agitação e desorientação.

Foram também identificados diagnósticos, prescrições e intervenções de enfermagem relacionadas à dor, embora sem fazer associação com a cognição. Já nos encontros de GF, não foram citados cuidados associados à ocorrência de algia, reconhecendo a sua influência na cognição. Um estudo realizado com 125 idosos hipertensos, de ambos os sexos, atendidos no Programa de acompanhamento a pessoas com hipertensão e diabetes, de São Luís - MA, mostrou a associação entre dor e alterações cognitivas, visto que os idosos com hipertensão e declínio cognitivo apresentaram maior comprometimento na dimensão dor na sua qualidade de vida, comparados aos idosos hipertensos sem declínio cognitivo. As autoras justificam tal associação pelo fato de as estruturas neurais associadas aos processos álgicos serem as mesmas para o processamento das funções cognitivas (CHAVES *et al.*, 2015).

Na UTI, a dor não controlada pode ocasionar ansiedade, medo e delirium, sendo importante que haja avaliação de cada paciente crítico, com o manejo adequado da sedação e analgesia para prevenir situações que envolvam o comprometimento cognitivo (BRYANT; MCNABB, 2019). O enfermeiro tem papel relevante na implementação de medidas estratégicas para acompanhar de maneira sistematizada a ocorrência de dor ou desconforto, lançando mão de medidas não farmacológicas e auxiliando na otimização do uso de analgésicos e sedativos (MORI *et al.*, 2016).

Algo muito importante observado na busca nos prontuários, foi a utilização de medicamentos para controle dos quadros de agitação e desorientação. A equipe de enfermagem, por estar mais próxima aos pacientes em período integral, vivencia os quadros de agitação psicomotora e até agressões físicas e verbais e utiliza como primeira escolha os sedativos e antipsicóticos, por saberem da efetividade desses medicamentos no controle dessas manifestações (FAUSTINO *et al.*, 2016).

No entanto, mesmo sabendo que os mecanismos que ocasionam a disfunção cognitiva após a doença crítica não estão totalmente esclarecidos, alguns fatores podem contribuir para esse comprometimento, dentre eles a exposição aos próprios medicamentos psicotrópicos, como sedativos e opiáceos (BRYANT; MCNABB, 2019). Além disso, é importante ressaltar que na pessoa idosa, o delirium induzido por medicamento é acentuado pelas alterações renais e hepáticas comuns ao envelhecimento (FAUSTINO *et al.*, 2016).

No presente estudo, os profissionais não comentaram sobre os cuidados relacionados ao uso da sedação e analgesia nos idosos da UTI. Em contrapartida, o manejo desses medicamentos na pessoa idosa precisa ser realizado com cautela, levando em consideração as peculiaridades do envelhecimento e com base no uso de escalas específicas para avaliar intensidade da dor e nível de sedação. Não foi relatado também, sobre rotinas de interrupção diária da sedação, para avaliar o despertar dos pacientes, fazer o desmame precoce da ventilação mecânica e, assim, reduzir os prejuízos que a sedação profunda e o seu uso prolongado podem trazer para a cognição das pessoas idosas.

Nos encontros de GF, foi possível perceber que os profissionais consideram a participação da família importante para estimular a cognição das pessoas idosas hospitalizadas na UTI, e com isso, realizam ações com o intuito de inserir os familiares no cuidado ao idoso crítico, citando também a visita estendida, já adotada em uma das unidades.

A família é fundamental para a promoção da cognição em pessoas idosas, principalmente em situações de institucionalização ou hospitalização. Estudo realizado em instituições de longa permanência no Sri-Lanka mostrou que dentre outros fatores, a visita de familiares teve associação significativa com a cognição dos idosos (GAMAGE; HEWAGE; PATHIRANA, 2019). Além disso, a ausência da família pode contribuir para o sentimento de solidão e isolamento social, podendo influenciar de forma negativa no bem-estar, na mortalidade, nos aspectos físicos e cognitivos da pessoa idosa (PALMER, 2019).

Participantes relataram observar um forte vínculo entre a pessoa idosa e seus familiares, e por isso consideram que a família tem importante colaboração no estímulo à cognição do idoso crítico. Estudo realizado na cidade de Jequié-Ba descreveu a dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica dos idosos mostrando que o relacionamento entre a pessoa idosa e seus familiares é harmônico e com uma sólida ligação afetiva; os autores atribuíram isso ao fato dos idosos passarem a maior parte do tempo nas suas residências, levando as relações familiares a serem vivenciadas de forma frequente e intensa (SILVA *et al.*, 2015).

Os profissionais referiram ainda que solicitam a presença da família quando os pacientes se apresentam agitados e não colaborativos com a terapêutica, porém reconhecem que essa ação pode também ser realizada de forma preventiva, evitando a ocorrência desses quadros. Sousa, Simões e Araújo (2019) afirmam que a inclusão da família deve ser considerada na prevenção dos quadros de confusão aguda de pacientes críticos. Ademais, um trabalho que analisou o conhecimento dos enfermeiros de uma UTI sobre o delirium no paciente crítico mostrou que a extensão do horário de visita pode acentuar o sentimento de segurança do paciente nestas

unidades, sendo considerada uma medida não farmacológica relevante para prevenção e tratamento deste acometimento (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Outra situação em que os participantes referiram flexibilizar o horário de permanência da família, mantendo-a durante as 24h ao lado do paciente, foi em casos de cuidados paliativos exclusivos. Semelhante achado foi encontrado em um estudo multicêntrico realizados nas UTIs brasileiras que mostrou que somente 2,6% das unidades possuem políticas liberais de visitas, porém, em condições especiais, como por exemplo, em casos de fim de vida, onde 98,7% dessas UTIs permitiram a flexibilização das visitas (RAMOS *et al.*, 2014).

Em uma das UTIs lócus, os participantes relataram que existe o projeto de visita estendida, favorecendo a permanência da família por um período maior que o habitual, contando com a colaboração de toda a equipe da unidade. Um estudo realizado no Reino Unido, com o objetivo de determinar as dificuldades e facilidades para a implementação de um pacote para manejo do delirium mostrou, em falas obtidas através de GF, que os profissionais também consideram que a presença da família pode ser estimulada com a flexibilização das visitas. Relataram que a equipe acredita que a presença da família torna o ambiente crítico mais acolhedor, dando uma sensação de segurança aos pacientes e que, apesar de cotidianamente pouco participativos, os familiares são importantes na comunicação, orientação e cuidados pessoais do paciente crítico (BANNON *et al.*, 2018).

Foi citada também por um participante, a importância da família na coleta de informações relevantes para o estímulo cognitivo da pessoa idosa. Os resultados de um estudo realizado com enfermeiras da UTI de um hospital público no interior da Bahia, sobre o acolhimento no cuidado à família em uma unidade de terapia intensiva, também mostraram que a enfermeira, no primeiro contato com os familiares, investiga sobre a história da pessoa hospitalizada, orienta sobre as rotinas e normas do setor e tenta sanar as dúvidas existentes (PASSOS *et al.*, 2015).

Assim, por não estarem habitualmente inseridos no ambiente crítico, os familiares de fato precisam ser orientados antes de realizarem a visita. Os profissionais de enfermagem precisam conversar sobre as peculiaridades da unidade, fornecer informações sobre a situação do paciente e a importância do papel do familiar no momento da visita. Os relatos dos familiares de idosos em um estudo realizado na UTI de um hospital público do Rio Grande do Sul mostraram que estes consideram a unidade um local triste, pesado e frio, com muitos equipamentos e tecnologias e sentiram-se assustados ao ver o seu ente em uso de sedação e na ventilação mecânica. Isso mostra o quão é fundamental a família ser orientada quanto ao quadro clínico da pessoa hospitalizada, além de receber suporte para lidar com as dificuldades geradas

pela internação (LEITE *et al.*, 2015). E assim, sentirem-se mais confortáveis e poderem contribuir com o processo de recuperação e com a promoção da cognição de seu familiar.

Além das informações gerais sobre a UTI e o paciente a ser visitado, o familiar precisa também ser informado da possibilidade de realizar contato com a pessoa hospitalizada, auxiliando no processo de orientação no tempo e espaço, favorecendo o apoio emocional e, desta maneira, contribuir para a estimulação cognitiva (ERBELE *et al.*, 2019). Alguns participantes relataram que realizam orientações de como a família poderia se comunicar com os idosos no momento da visita. É fundamental que os familiares sejam orientados a falar com o seu ente, atualizá-lo sobre acontecimentos da sua vida cotidiana, informar dia, hora e comentar sobre assuntos de preferência do paciente, mesmo que não haja interação verbal por parte da pessoa hospitalizada. O contato não verbal, a partir do toque, por exemplo, também pode ser estimulado, caso a família deseje.

Um relato que também chamou bastante atenção e reforça a importância desse familiar ser orientado antes de realizar a visita, foi de um participante acreditar que a família também pode realizar ações que dificultam o estímulo cognitivo à pessoa idosa, ao privarem a pessoa idosa no hospital, de executarem algumas ações do seu cotidiano. Santos *et al.* (2019) corroboram com esta opinião, ao afirmar que a família pode privar o idoso na execução de algumas atividades que trazem sensação de prazer e utilidade, por conta do medo ou mesmo como forma de proteção.

É importante mencionar que durante a pandemia do COVID-19, vivenciada atualmente, a presença da família nas UTIs ficou ainda mais restrita, favorecendo o sentimento de solidão nas pessoas idosas internadas e prejudicando a participação da família na promoção à cognição. O isolamento completo necessário por conta da pandemia vem impossibilitando tanto a ocorrência de reuniões entre a família e a equipe, como a aproximação dos familiares ao seu ente hospitalizado, tornando frágil qualquer forma de representação e apoio que os pacientes necessitem ter durante o internamento (NEGRO *et al.*, 2020).

Diante do exposto, percebeu-se também que os registros sobre participação da família nos prontuários foram escasso, sendo citado em três anotações, uma prescrição e em nenhum diagnóstico de enfermagem. Nem mesmo a situação de isolamento social. Já nas reuniões do GF, os participantes demonstraram perceber a importância da presença da família junto à pessoa idosa, porém, relataram apenas situações pontuais em que solicitam a vinda dos familiares fora do horário pré-estabelecido, quando na percepção de confusão mental, e em nenhuma vez como prevenção, exceto nos casos da estratégia de visita estendida em uma das unidades. Tanto os gestores, quanto a equipe assistencial precisam pensar formas de manter a família a maior parte

do tempo junto às pessoas idosas internadas, tendo em vista os benefícios que essa permanência mais prolongada pode trazer, em especial aos aspectos cognitivos. Observou-se também através dos discursos, que as orientações realizadas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem aos familiares foram pertinentes e podem auxiliar no processo de estimulação cognitiva do idoso na UTI.

Foi identificado nos registros de enfermagem dos prontuários e nas falas durante as reuniões de GF, ações da equipe relacionadas ao estímulo do autocuidado. Nas UTIs, muitos cuidados como os de higiene, oferta de alimentação e medicamentos, que os próprios idosos costumavam realizar antes da internação, são executados pelos profissionais de enfermagem. Como visto nos resultados deste trabalho, o DE déficit de autocuidado –higiene e alimentação, com os fatores relacionados: dor na ferida operatória, prejuízo neuromuscular e fatores ambientais, foi estabelecido pelos enfermeiros aos idosos, apesar de numa frequência reduzida, apenas três vezes, mostrando a precária avaliação dos enfermeiros com relação a capacidade das pessoas idosas internadas para o autocuidado.

Um estudo realizado na UTI de uma cidade de Minas Gerais sobre a caracterização do diagnóstico de enfermagem: déficit no autocuidado para banho em pacientes críticos teve predomínio de pessoas idosas na sua amostra e o referido DE foi identificado em todos os prontuários consultados. Além disso, os fatores relacionados mais encontrados foram: barreira ambiental, dor e fraqueza, (TOLEDO *et al.*, 2020), semelhante aos achados do presente estudo.

Nos itens de prescrição e intervenções de enfermagem, não foi encontrado registro sobre o estímulo ao autocuidado. No entanto, os participantes referiram durante o GF, que estimulam o autocuidado nas pessoas idosas, em especial para alimentação e banho, percebendo que esta ação funciona como uma maneira de estimular a sua cognição, favorecendo, conseqüentemente, sua autonomia e independência.

O autocuidado pode ser considerado como a execução de ações sobre si mesmo, com o intuito de manter e melhorar a qualidade de vida; é importante que a pessoa idosa estabeleça uma relação entre as mudanças no seu organismo e a possibilidade de colocar em prática o autocuidado nas diversas situações (MORANDO; SCHIMIT; FERREIRA, 2017). Inclusive, durante a internação na UTI, onde existem diversas limitações à realização do autocuidado, tendo o profissional de enfermagem o papel de estimular o idoso a participar de ações mesmo que simples como na higiene corporal, na alimentação, ao pentear-se, e ainda, informar sobre os medicamentos e procedimentos realizados. Assim, além de mostrar que é possível executar tais atividades, é importante disponibilizar objetos, como escova de dente, pente e outros que a pessoa idosa deseje e favoreça a realização do autocuidado.

Esse cuidado pode trazer mais conforto ao idoso na UTI e amenizar as divergências entre o seu cotidiano habitual e o dia a dia durante a hospitalização em ambientes críticos. No estudo de Bannon e colaboradores (2018) para a implementação de um pacote para manejo do delirium, os pacientes acompanhados relataram que poder se movimentar na cama e participar do próprio cuidado higiênico fez com os mesmos sentissem-se com menos privações e tiveram a sensação de estarem retornando as suas rotinas.

É importante mencionar que o autocuidado tem ligação direta com os aspectos cognitivos e o envelhecimento, pois idosos com déficit cognitivo podem não desempenhar o autocuidado de forma efetiva. Um estudo realizado com 217 idosos de clínicas de cardiologia em Wrocław-Polônia mostrou que os participantes com insuficiência cardíaca podem apresentar comportamento de autocuidado prejudicado por conta dos seus déficits cognitivos (UCHMANOWICZ *et al.*, 2017).

Assim, observa-se um ciclo onde o prejuízo ao autocuidado prejudica a manutenção da cognição e vice-versa. Os profissionais de enfermagem precisam avaliar as particularidades da pessoa idosa internada e viabilizar que o autocuidado seja realizado mesmo diante as restrições do ambiente crítico. Uma vez que, ações simples fazem com que a pessoa idosa se sinta mais participativa, favorecendo os aspectos cognitivos e também sua recuperação de uma forma geral.

Apenas um colaborador citou a importância de atender às preferências da pessoa idosa e, com isso, colaborar para a manutenção da sua autonomia. Nos registros do prontuário, não foram encontrados cuidados relacionados a este aspecto. O idoso no ambiente crítico está longe do seu convívio habitual, por isso, os profissionais da equipe, em especial os de enfermagem, precisam auxiliar nesse processo de adaptação, respeitando a sua autonomia, não restringindo o cuidado às questões biológicas (LEITE *et al.*, 2015).

Assim, para a manutenção da autonomia da pessoa idosa, é importante que suas capacidades cognitivas estejam preservadas, portanto na UTI, a equipe de enfermagem precisa valorizar a sua opinião, fornecer informações relevantes e respeitar as suas preferências.

Outro cuidado mencionado foi o estímulo à memória dos pacientes, a partir de perguntas sobre a vida pessoal, ou questionamentos sobre informações dadas anteriormente. Uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de identificar as repercussões do efeito de estimulação de memória em idosos saudáveis mostrou que este estímulo pode funcionar como uma forma de prevenção ao déficit cognitivo, ou da sua capacidade funcional melhorando o desenvolvimento das atividades avançadas de vida diária e a qualidade de vida. Enfatizam ainda que a estimulação da memória tem efeitos mais satisfatórios, quando associada às tarefas

realizadas rotineiramente (GOMES *et al.*, 2020). Mesmo quando hospitalizados na UTI, esse estímulo é importante, visto que até as pequenas progressões na função cognitiva podem trazer repercussões positivas para o cotidiano e qualidade de vida (HERTZOG *et al.*, 2008).

Participantes relataram realizar de forma pontual, como em situações de agitação e longo tempo de internação, orientações quanto ao tempo e espaço aos idosos. Os enfermeiros podem realizar e estimular que sua a equipe chame o paciente pelo nome, diga onde o mesmo está internado e informe sobre o seu estado de saúde, pois ações como essas, de simples realização, contribuem para a prevenção do delirium (MORI *et al.*, 2016). Além disso, podem também dizer ao paciente o dia da semana, horário das refeições, do banho, exames de rotina e sobre a visita, pois a reorientação tempo espacial é importante não somente para o suporte cognitivo, mas também para fortalecer a função adaptativa no ambiente crítico (PINCELLI; WATERS; ZUPSEL, 2015).

Estudo que objetivou validar um protocolo multiprofissional para manejo de pacientes com delirium na UTI, foi unânime ao afirmar que as orientações cognitivas são realizadas de forma aleatória pelos profissionais, além de serem de fácil execução por não necessitarem de investimento financeiro e mudanças estruturais nas unidades, requisitando apenas da capacitação e empenho da equipe para sua realização (SOUZA; AZZOLIN; SOUZA, 2020).

Foi observado nas falas dos participantes que as ações relacionadas ao estímulo à memória e orientações no tempo e espaço são realizadas de forma esporádica ou em momentos pontuais, não fazendo parte da rotina desses profissionais. No entanto, a equipe de enfermagem precisa ser sensibilizada para que esse cuidado seja realizado de forma rotineira. Além disso, a família também pode ser incluída e incentivada a participar nesse processo de orientação e estímulo à memória.

Os participantes também consideraram a escuta um cuidado para o estímulo cognitivo, pois a partir dela, é possível conhecer melhor e estabelecer uma aproximação com a pessoa idosa. A escuta sensível é fundamental, pois escutar e entender o outro promove a formação de vínculos, fazendo com que a assistência à saúde abranja a promoção, a prevenção e que o cuidado seja permeado de aproximação entre as partes, além de afetuoso e singular (GUZZO *et al.*, 2019).

Ao referir-se à UTI, para se ter um cuidado de enfermagem qualificado, é fundamental propiciar momentos de escuta para os pacientes idosos e familiares. Assim, juntamente com a escuta qualificada, a comunicação efetiva e o respeito às vontades da pessoa idosa na UTI são de extrema relevância para planejar a assistência de enfermagem holística e individualizada (LEITE *et al.*, 2015).

Além da escuta sensível, um participante citou que se refere aos pacientes idosos por meio de apelidos. Este reconhece que esta ação não é o ideal, porém acredita que assim consegue ter melhor aproximação com a pessoa idosa. Apesar de tal prática ser bastante utilizada, em algumas situações, esta forma de falar pode denotar algo tão íntimo, sendo compreendido como um tanto desrespeitoso pelo idoso, podendo também ofendê-lo e prejudicar o processo de comunicação (MOTTA, 2018; CORREA *et al.*, 2016). Ademais, chamar o paciente pelo nome, é uma importante estratégia para a orientação do paciente crítico.

Os participantes também explicam as rotinas aos idosos na tentativa de tranquilizar e tornar a internação na UTI mais harmônica. Um estudo sobre os fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros, associados ao desenvolvimento de delirium, mostrou que tranquilizar o paciente por meio de medidas não farmacológicas faz parte de uma das ações para reduzir a incidência deste acometimento (PEREIRA *et al.*, 2016).

O presente estudo não encontrou nos registros de prontuário DE relacionados à comunicação, porém, um estudo realizado em um hospital privado do interior de São Paulo, sobre o DE: “comunicação verbal prejudicada” mostrou que a maior parte dos pacientes da UTI possuía este diagnóstico, principalmente os maiores de 65 anos. No mesmo trabalho, um dos fatores relacionados mais identificados foram barreiras físicas, como exemplo a traqueostomia e a intubação (VIEIRA; SANTOS; PUGGINA, 2019).

Um trabalho realizado em UTIs de cinco hospitais em Portugal sobre a comunicação de pacientes mecanicamente ventilados mostrou que 74% classificaram a experiência de "comunicar sem ser capaz de falar" e de “se fazer entender sem ser capaz de falar” como muito difíceis ou extremamente difíceis, além disso, 38,7% considerou extremamente difícil realizar comunicação relacionada à necessidade de aspiração, mudar de posição e queixas álgicas. As autoras ainda comentam que comunicar-se estando na ventilação mecânica e não ter êxito na tentativa pode ser uma vivência complexa, angustiante, podendo ocasionar sentimento de frustração e insegurança e que, ao identificar problemas na comunicação, a equipe precisa realizar intervenções a fim de amenizar suas repercussões negativas (MARTINHO; RODRIGUES, 2016).

Nas evoluções e anotações analisadas neste estudo, foram encontrados problemas associados com a comunicação verbal e o registro de formas alternativas para a sua manutenção com os idosos, utilizando-se mímica facial, gestos, tabela alfabética, placas e quadro ilustrativo. Estudo realizado na UTI do Hospital Universitário de Mansoura, no Egito, teve entre os seus resultados que o uso de prancha de comunicação por pacientes intubados reduziu o estresse, além de ter facilitado a comunicação. Este tipo de instrumento faz parte da comunicação

alternativa aumentada (CAA), que são formas de comunicação utilizadas para auxiliar na fala e na escrita, quando estes estão prejudicados, amenizando a sensação de frustração e ansiedade frente a estas dificuldades (EL-SOUSSI *et al.*, 2015).

Nas reuniões de GF, houve relatos sobre a importância de uma comunicação efetiva e o estímulo cognitivo. Uma participante também enfatizou a importância da comunicação não verbal com os idosos em ambientes críticos. A comunicação pode ser verbal ou não verbal, portanto, as emoções são muitas vezes expressadas de forma não verbal, além disso, são expostos inconscientemente. Assim, uma comunicação efetiva é essencial para o planejamento e a execução da assistência pautada na autonomia e na manutenção e estímulo das capacidades cognitivas e funcionais das pessoas (SCHIMIDT; DUARTE; SILVA, 2015).

Foi também identificado na fala dos colaboradores que falhas na comunicação, como uso de linguagem técnica e a passagem de informações incompletas podem gerar sensação de estresse e medo nos idosos, prejudicando o estímulo à cognição do idoso na UTI. Com isso, faz-se necessário estabelecer uma comunicação entre profissionais e paciente de forma a favorecer as relações interpessoais e ainda influenciar de maneira positiva no agir e pensar (MACIEL *et al.*, 2020). Ademais, a linguagem usada pelos profissionais deve considerar os aspectos culturais do paciente e os procedimentos devem sempre ser explicados de maneira clara e simples (NAVARRO; CAMPS, 2020).

Diante do exposto, pode-se perceber que a comunicação está diretamente relacionada à promoção da cognição das pessoas idosas em situação crítica de saúde, sendo importante instrumento para a manutenção do vínculo entre profissional e paciente, utilizada também nas orientações quanto ao tempo e espaço e no estímulo à memória. Em contrapartida, quando não realizada de forma efetiva, pode ser um agente estressor e desencadear eventos cognitivos indesejáveis.

Os registros nas anotações e evoluções de enfermagem mostraram que a equipe identifica problemas na comunicação e utiliza formas alternativas para comunicar-se com os idosos. Nas falas, durante o GF, percebem a importância de estabelecer uma comunicação efetiva e, com isso, favorecer os aspectos cognitivos das pessoas idosas assistidas. No entanto, observa-se uma inconsistência na execução da sistematização da assistência de enfermagem, pois problemas e intervenções pertinentes foram registrados nas anotações e evoluções, porém não houve registro de diagnóstico e itens na prescrição, relacionados à comunicação ineficaz.

É importante mencionar que as questões ambientais da UTI estão relacionadas ao delirium, a chamada síndrome de terapia intensiva e o comprometimento cognitivo associado à doença crítica. Os participantes citaram ações a fim de flexibilizar as rotinas da UTI e atender

as preferências dos idosos, tendo em vista os fatores estressores presentes nestas unidades. Estudo realizado para analisar e descrever as percepções sobre a unidade de terapia intensiva de pacientes adultos de um Hospital Universitário de Belém do Pará identificou os seguintes fatores estressores: alterações nas rotinas pessoais e aspectos ambientais, como banho no leito, baixas temperaturas, falta de privacidade, ficar parado na mesma posição e dificuldade em dormir (MACIEL *et al.*, 2020). Observa-se que as intervenções citadas pelos participantes do presente estudo vão de encontro com os agentes estressores identificados no trabalho citado.

Sobre os problemas na conciliação do sono e vigília, é importante mencionar que os distúrbios nesse processo têm relação direta com cognição, pois a insônia pode contribuir para a ocorrência de declínio cognitivo e demência (YAFFE; FALVEY; HOANG, 2014). Além disso, as privações de sono na UTI podem ocasionar desatenção, oscilações na capacidade mental e a própria disfunção cognitiva, características estas comuns em caso de delirium (NÉRIO *et al.*, 2020).

As modificações próprias do envelhecimento também podem acarretar alterações no sono, como pausas frequentes ao dormir, sonolência excessiva diurna, levando a uma diminuição no total de horas dormidas nas 24 horas e a queixas recorrentes em relação aos problemas com o sono (RAPOUSO, 2015).

Ademais, os distúrbios do sono também são comuns entre os pacientes críticos. Um estudo realizado em dois hospitais da Jordânia mostrou alguns fatores que influenciavam negativamente no sono dos pacientes, foram eles: a luz, ruído, aferição de sinais vitais, administração de medicamentos, procedimentos da enfermagem, toque do telefone e as conversas paralelas. Os mesmos autores comentam ainda que as pessoas no geral são adaptadas ao ambiente das suas casas e, muitas vezes, costumam ter hábitos rotineiros antes de dormir que não podem ser realizados na UTI, o que também influencia negativamente na qualidade do sono (YOUNIS; HAYAJNEH; RUBBAI, 2020). Um participante relatou atentar-se aos hábitos que os idosos costumavam ter em seus domicílios, para auxiliar na qualidade do sono.

Os colaboradores também citaram nos encontros de GF, realizar ações bastante pertinentes no intuito de contribuir para um sono de boa qualidade como reduzir a luminosidade, os ruídos e evitar procedimentos no momento em que os pacientes estão dormindo. Já nos registros dos prontuários, identificou-se apenas dois diagnósticos relacionados ao sono: Insônia e Distúrbios no padrão de sono, ambos relacionados à fatores ambientais; nas evoluções e anotações de enfermagem foram encontrados problemas relacionados ao sono e as seguintes intervenções: evitar procedimentos durante o sono e o uso de medicamentos.

Um estudo realizado para avaliar as práticas de promoção de sono nas UTIs brasileiras mostrou que uma reduzida parte das unidades tinham programa de promoção do sono e que 30% dos participantes não estavam habituados a avaliar o padrão do sono dos pacientes, além disso, 65% relatou que seus pacientes utilizavam algum medicamento para auxiliar na indução do sono. Os mesmos autores ainda comentaram que os pacotes de promoção do sono incluem medidas não farmacológicas e farmacológicas, sendo a primeira de implementação simples, com baixos custos e devem ser iniciadas antes do uso de medicamentos (RAMOS; TANIGUCH; AZEVEDO, 2020).

Desta forma, a equipe de enfermagem mostrou a partir das suas falas no GF que realizam ações para minimizar as interrupções no sono dos idosos por meio de medidas não farmacológicas e percebem que essas ações podem influenciar de forma positiva no estímulo à cognição. Porém, nos registros coletados em prontuário, foi identificado apenas o item de prescrição de enfermagem: evitar procedimentos durante o sono.

Os participantes também relataram a falta de privacidade em relação à exposição corporal durante a realização de procedimentos na UTI. Nestas unidades, os pacientes muitas vezes ficam expostos e restritos aos leitos, dependentes dos profissionais da unidade, o que pode culminar na falta de privacidade, afetar a sua recuperação, além de aumentar o estresse e o sofrimento diante a hospitalização (BETTINELLI; POMATTI; BROCK, 2010).

Um estudo realizado em dois hospitais de Belo Horizonte com objetivo de avaliar e comparar os fatores estressantes identificados entre os pacientes de uma unidade de terapia intensiva coronariana e uma unidade de terapia intensiva pós-operatória geral mostrou que na última, a falta de privacidade estava entre os dez fatores mais estressantes da unidade (DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015).

A fim de amenizar esse agente estressor na UTI e a sua possível influencia na promoção da cognição, é de suma importância que os profissionais de enfermagem sejam cautelosos e solicitem a permissão da pessoa idosa no momento em que necessitem despir e tocá-la, valorizando-a como ser singular, preservando a dignidade, não ferindo sua privacidade e identidade moral (DIAS *et al.*, 2015).

Houve ainda um relato onde o paciente não se sentia a vontade para conversar com o familiar, por perceber que não estava num local reservado. Nota-se com isso, que a falta de privacidade além de ser um fator estressor, pode dificultar a comunicação entre paciente e familiar no momento da visita, podendo ter influência nos aspectos cognitivos, quando leva a falta de estímulo e sofrimento mental.

Foi observado tanto nos registros do prontuário, quanto nos relatos dos profissionais no GF, o uso da contenção mecânica como a ação de primeira escolha em situações de agitação ou em casos em que os profissionais identificam o risco de queda ou perda de dispositivo. A contenção mecânica é bastante utilizada no ambiente crítico, como medida não farmacológica para minimizar os riscos de retirada acidental de dispositivos, em situações de agitação e quadros confusionais, no entanto, podem ocasionar delirium e lesão aos pacientes em uso (AZEVEDO; CAMARGO; OLIVEIRA, 2019; MORI *et al.*, 2016).

Estudo que objetivou detectar a incidência de delirium e os fatores associados à sua ocorrência em UTIs de um hospital público na cidade de Salvador-Ba encontrou associação positiva entre o uso de contenção física e a ocorrência de delirium e ainda observou que 75% dos pacientes estavam em uso da contenção no momento da aplicação da escala de Confusion Assessment Method for the ICU (LAGO *et al.*, 2020).

Diante disso, percebe-se que apesar de bastante utilizada, a contenção mecânica pode trazer prejuízos cognitivos. Portanto, a equipe multidisciplinar precisa atuar conjuntamente para uma avaliação criteriosa dos pacientes em uso, atentando-se para a indicação e a necessidade da sua manutenção. Ademais, devem antes da implementação da contenção, dialogar com os pacientes em situações de agitação, orientando quanto ao tempo e espaço e identificando outros fatores que possam estar desencadeando tal quadro.

Além do importante papel dos profissionais da equipe multidisciplinar no uso da contenção mecânica, alguns colaboradores pontuaram a importância da equipe em outras ações relacionadas ao estímulo à cognição do idoso crítico. Foi citada a importância do terapeuta ocupacional, mas enfatizado o reduzido número desse profissional na instituição onde foi realizado o estudo. Os terapeutas ocupacionais influenciam diretamente nas interações sociais, motoras, cognitivas, com ações relacionadas à parte física e social. Além disso, atuam na reabilitação cognitiva, realizando estimulação sensorial, treinamento cognitivo (atuando na memória, atenção e funções executivas), educação aos familiares, exercícios repetitivos e atividades específicas para estimular as ABVD (TOBAR; ALVAREZ; GARRIDO, 2017).

Outra ação que envolve a equipe multidisciplinar e é de suma importância para o estímulo à cognição na UTI é a mobilização precoce. A realização de exercício físico de forma regular é muito importante para a saúde de uma forma geral, em especial para a pessoa idosa. Um estudo realizado em uma UTI no sudoeste dos Estados Unidos analisou dois grupos: em um foi implementada a intervenção mobilidade e no outro não, no primeiro, observou-se menor tempo de duração de delirium, taxa de reinternação mais reduzida e melhor independência funcional em comparação com o segundo grupo (FRASER *et al.*, 2015).

É válido ressaltar, que é necessária a colaboração de todos da equipe multiprofissional na mobilização do paciente, desde a avaliação da situação clínica, até a execução propriamente dita, por ser algo considerado complexo no ambiente crítico. Além disso, toda a equipe precisa estar atenta para mobilizar de forma segura, criando barreiras à ocorrência de possíveis eventos adversos (SOUZA; AZZOLIN; SOUZA, 2020).

Apesar de ser um tema bastante comentado atualmente, tendo em vista os benefícios ao paciente crítico, a mobilização precoce foi citada como um cuidado relacionado ao estímulo a cognição por apenas um participante. Nos cuidados de enfermagem registrados no prontuário, foi encontrado DE e itens de prescrição de enfermagem em um número reduzido relacionado a esta questão. De forma divergente, um estudo realizado na UTI de um hospital privado de Fortaleza identificou, entre os diagnósticos de enfermagem nesta unidade, que a mobilidade física prejudicada apareceu em 85,7% dos prontuários analisados (GOMES; LOPES, 2103).

Com isso, é importante salientar que a interação de toda equipe é de extrema relevância para a execução das diversas ações que envolvem a cognição do idoso. Enfermeiros e técnicos de enfermagem, que acompanham os pacientes continuamente, têm papel fundamental na identificação das necessidades da pessoa idosa relacionada aos aspectos cognitivos e na manutenção de ações promovidas pela equipe multidisciplinar.

Foi citado pelos participantes nas reuniões de grupo focal que os mesmos estimulam que os idosos realizem atividades lúdicas ou habituais do seu dia a dia durante a internação nas unidades. As atividades lúdicas são de extrema importância para a promoção cognitiva dos idosos, pois estimulam os cinco sentidos dessas pessoas, exercitando suas funções neurológicas, tornam o ambiente mais agradável, proporciona lembranças e recordações, contribui para as habilidades de raciocínio e aprendizagem. Além disso, as funções cognitivas estão relacionadas ao prazer que as atividades lúdicas podem proporcionar (SANTOS *et al.*, 2016).

Assim, mencionaram um projeto de musicoterapia que acontece esporadicamente na unidade, e estes consideram que essa atividade é uma forma de estímulo à cognição dos idosos. No ambiente da UTI, muitas vezes percebido como invasivo e frio, a música possibilita momento de relaxamento e de estímulo cognitivo, sensorial e motor, possibilitando uma melhor comunicação entre paciente, familiares e equipe, favorecendo o cuidado seja holístico e singular (PAIANO; FERNANDES, 2014). Um estudo realizado em Portugal com idosos institucionalizados realizou uma intervenção associando a música e o exercício e mostrou que essas atividades podem trazer benefícios para função cognitiva, capacidade mental e para casos de depressão (COELHO *et al.*, 2020).

Diante disso, a equipe de enfermagem precisa criar estratégias para trazer para o ambiente crítico atividades de caráter lúdico e de lazer, mesmo diante das restrições inerentes a estas unidades. É importante que os profissionais conheçam o que os idosos costumam realizar para se distraírem e proporcionem, dentro das possibilidades, que essas ações sejam realizadas também na UTI, com o apoio da família e da equipe multidisciplinar.

Ao serem questionados sobre os fatores que facilitam o estímulo à cognição dos idosos na UTI, os colaboradores citaram aspectos relacionados ao projeto da visita estendida. Este projeto acontece em uma das unidades estudadas e possibilita a visita em um período maior no turno da manhã e da tarde e acrescenta ainda a possibilidade da presença da família no período noturno. Normalmente nestas unidades, os horários e o número de visitantes são bastante restritos, fazendo com que a pessoa idosa sintam-se sozinha em meio ao ambiente da UTI.

A presença da família auxilia no estímulo à cognição do idoso crítico de diversas formas, porém a visita estendida pode gerar incômodo e resistência em alguns profissionais, pois a família inserida na UTI, leva a mudanças na rotina da unidade, além de ocasionar alterações na organização do setor. Assim, é necessário um realinhamento entre as áreas assistenciais e gestoras e que se leve em consideração as contribuições que a visita estendida pode trazer tanto para familiares e pacientes, quanto para os profissionais (EUGÊNIO; BECK FILHO; SOUZA, 2017). Tendo isso em vista, os resultados do presente trabalho mostraram que a equipe da UTI tem percebido os benefícios da visita estendida e buscam colaborar para a manutenção deste projeto.

Outro aspecto relatado como facilitador para a promoção à cognição dos idosos na UTI foram os casos de idoso com elevado tempo de internação. Um estudo sobre o perfil dos idosos longevos na UTI de um hospital em Salvador mostrou que a maior parte dos idosos tiveram tempo de internação bastante expressivo, a maioria ficou internado de 11 a 20 dias, seguidos dos que ficaram internados por mais de 20 dias. Segundo as autoras, o elevado tempo de hospitalização na UTI pode contribuir para perda da autonomia, torná-los mais frágeis, dependentes e propensos à desfechos desfavoráveis (SILVA *et al.*, 2018).

Diante dos prejuízos que o prolongado tempo de permanência pode trazer para o idoso na UTI, é de suma importância intensificar o estímulo à cognição dos idosos que passam mais tempo internados. No entanto, os cuidados direcionados aos aspectos cognitivos devem ser realizados desde a admissão na unidade, a fim de evitar a ocorrência de eventos, como o delírium que prolonga ainda mais o tempo de permanência na UTI. Um estudo sobre a incidência e fatores relacionados ao delírium na UTI mostrou que os pacientes com tal acometimento tinham maior tempo de internação (MORI *et al.*, 2016).

Observa-se com isso um verdadeiro ciclo, onde a falta de estímulo cognitivo leva a um aumento do tempo de internação e as internações prolongadas também favorecem o comprometimento cognitivo. Sendo necessário que as ações de promoção à cognição aconteçam desde a entrada do idoso na UTI, e não apenas quando sua estadia na unidade é considerada prolongada.

Além de utilizarem a escuta e a conversa, como uma forma de promover a cognição do idoso na UTI, os participantes também percebem que são opções viáveis de serem realizadas, por se tratar de uma tecnologia leve. Este tipo de tecnologia pode amenizar os sentimentos negativos no ambiente crítico e podem ser colocados em prática por meio da escuta terapêutica, da comunicação clara e empática entre paciente, familiares e equipe, oferecendo meios para a realização do cuidado psicológico e espiritual, além de estabelecer vínculos e estimular diálogo e o toque terapêutico (ALMEIDA; FÓFANO, 2016).

Foi realizado um estudo onde os cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer realizavam a estimulação cognitiva por meio de estratégias com o uso da tecnologia leve que envolviam atenção, planejamento, raciocínio, linguagem, entre outros domínios da cognição. Os resultados demonstraram que os idosos apresentaram melhora na função cognitiva após três meses da introdução de tais atividades (CRUZ *et al.*, 2015). Assim, é possível perceber, que o uso da tecnologia leve, vai além da escuta e do diálogo, muitas ações de estímulo à cognição utilizam esse tipo de tecnologia e são viáveis para a realização no ambiente da UTI.

Os participantes também consideraram que o trabalho no período diurno favorece o estímulo a cognição da pessoa idosa na UTI e relataram que algumas peculiaridades do período noturno podem influenciar de forma negativa nesse cuidado voltado aos aspectos cognitivos. Para além, atribuíram algumas mudanças na rotina na unidade que divergem em relação aos turnos, como a sensação de solidão nos idosos, que pode ser exacerbada à noite, devido a um quantitativo menor de profissionais neste período e ausência da família. Além dos fatores estressores como a queda da temperatura do ambiente e as interrupções no sono, também já discutidas anteriormente.

Foi também relatado, que muitos idosos apresentam quadros de agitação e desorientação no período noturno, com melhora durante o dia. Além das mudanças na rotina da UTI relacionadas aos turnos, essa alteração de comportamento no período noturno pode ser justificada pela síndrome de sundown, onde há o surgimento súbito de sintomas como agitação, ansiedade e confusão no final tarde e durante a noite (SILVA *et al.*, 2017).

As causas desta síndrome ainda não são totalmente esclarecidas, porém pode ter influência de aspectos fisiológicos, psicológicos e ambientais. As alterações no ciclo circadiano

estão presentes em idosos com demência ou sem e pode ter associação com esta síndrome. No entanto, existem medidas farmacológicas e não farmacológicas que podem evitar ou amenizar os sintomas desta síndrome, sendo estas ações relacionadas à redução de ruídos, controle da luz, estimulação multissensorial, musicoterapia, dentre outros (CIPRIANI *et al.*, 2015).

Um estudo de caso-controle, realizado na unidade de memória e deficiência cognitiva de Hospital Universitário em Madrid- Espanha, com o objetivo de identificar o perfil clínico diferencial dos pacientes com demência que apresentam síndrome de sundown mostrou que a presença da síndrome foi associada à institucionalização e que o fato de não ser institucionalizado foi um fator de proteção para a ocorrência da mesma (SEVILLA *et al.*, 2018).

Diante da ocorrência dessa síndrome, fica ainda mais claro que é fundamental os profissionais de enfermagem conhecerem as especificidades do envelhecimento que levam às alterações comportamentais e cognitivas. Além disso, reforça a necessidade de a equipe de enfermagem atuar frente aos fatores modificáveis que interferem na cognição dos idosos hospitalizados na UTI.

Foi citado pelos participantes que aspectos relacionados ao ambiente e a estrutura da UTI dificultam o estímulo à cognição do idoso crítico, dentre eles, a ausência de janelas, iluminação inadequada no período noturno, falta de privacidade e o contato com pacientes mais graves. O ambiente crítico é bastante temido, por ter muitos fatores negativos como: a dor, ociosidade, sensação de que o tempo passa de maneira lenta, uso de dispositivos, ouvir o gemido de outros pacientes, iluminação excessiva, ruídos frequentes, homens e mulheres no mesmo ambiente, gerando falta de privacidade, equipe falando em tom de voz elevado (GOMES; CARVALHO, 2018; SILVA *et al.*, 2015).

Percebe-se que alguns dos fatores citados pelos autores acima também foram identificados pelos participantes do presente estudo como dificultadores ao estímulo da cognição do idoso na UTI. E como já discutido anteriormente, nos encontros de GF, foram relatadas ações pertinentes para amenizar a influência negativa dos aspectos estruturais do ambiente crítico na promoção à cognição da pessoa idosa.

Os participantes também citaram que a rotina acelerada da UTI, as regras e os vários aspectos que precisam estar atentos em relação ao paciente crítico influencia de forma negativa na realização de ações relacionadas ao estímulo cognitivo dos idosos na UTI. Foram citados exemplos das diversas atividades que são priorizadas, fazendo com que os profissionais não tenham tempo disponível para realizar ações direcionadas às questões cognitivas. Falaram também das restrições na entrada de objetos na unidade que poderiam facilitar o estímulo à cognição.

Alguns autores corroboram com a opinião dos colaboradores deste estudo, afirmando que nestas unidades pode haver sobrecarga de trabalho, excessivas horas de jornada, a necessidade de realização de intervenções rápidas e cronometradas, além das rotinas rígidas e o ambiente estranho que influenciam na atuação da equipe frente ao paciente e à família (LEITE *et al.*, 2015; PASSOS *et al.*, 2015).

Um estudo realizado em doze UTIs gerais para adultos Reino Unido com o objetivo de determinar as barreiras e facilitadores para um pacote multicomponente para o manejo do delirium em pacientes criticamente enfermo mostrou como fatores dificultadores para esta implementação a alta carga de trabalho na unidade, a presença de pacientes graves com necessidades prioritárias, deixando os profissionais com tempo restrito para atender as demandas dos outros pacientes (BANNON *et al.*, 2018).

Uma participante comentou sobre a possibilidade de realização de videochamadas com o intuito do idoso comunicar-se com familiares que moram distante ou ainda com crianças, que na maioria das vezes, não é permitido a entrada nas UTIs. Porém, esta cita que as regras das unidades críticas inviabilizam a utilização dos aparelhos que realizam esse tipo de ligação. Com a pandemia do COVID-19, a utilização de videochamadas tornou-se mais corriqueiras nesses ambientes devido à suspensão das visitas. Em uma UTI em Milão-Itália, foi criada uma lista de verificação para videochamada entre familiares e pacientes, para servir de suporte ao profissional que a realiza, garantindo que as informações necessárias sejam repassadas. É também realizada uma avaliação do estado clínico e emocional do paciente, preparação do ambiente e da família antes da ligação ser feita (NEGRO *et al.*, 2020). Com a realização de videochamadas neste período, é possível que essa prática se torne mais corriqueiras nas UTIs também com o término da pandemia, podendo ser utilizada como forma de aproximar a pessoa idosa de familiares que não possam comparecer no momento da visita.

Outro aspecto importante citado pelos colaboradores foi as restrições ao uso de prótese ocular, auditiva e dentária, pois estes objetos podem melhorar a interação do paciente com o meio e facilitar também a comunicação. Foi comentado ainda a importância do relógio, objeto bastante útil no processo da orientação na unidade fechada, onde muitas vezes não é possível distinguir se é noite ou dia.

Assim, é fundamental que o enfermeiro conheça o paciente e investigue se o mesmo faz uso de próteses dentárias, oculares e auditiva, proporcionando o uso destes, mesmo na UTI, pois a prótese dentária além de favorecer a comunicação, facilita a alimentação por via oral e evitando uso de sondas para nutrição e as oculares e auditivas acentuam a capacidade de percepção dos pacientes (PEREIRA *et al.*, 2016).

Com isso, esses autores confirmam que esses objetos podem ter um papel fundamental no estímulo à cognição do idoso na UTI. É importante que as unidades críticas estabeleçam critérios e avaliem cada paciente individualmente, permitindo o uso de próteses durante a internação. Além disso, é necessária a criação de rotinas para evitar a perda desses objetos, como a assinatura de protocolos e o armazenamento em local adequado.

Os participantes consideram o trabalho na UTI mecanizado, o que também dificulta o estímulo à cognição do idoso. Na UTI predominam a técnica, manuseio de máquinas, conhecimento tecnológico e atividades com foco nos aspectos biológicos e curativos, por isso, a equipe de enfermagem precisa incorporar a prática dos cuidados holísticos, atentando às necessidades biopsicossociais dos idosos e da sua família (PASSOS *et al.*, 2015).

A falta de treinamentos específicos relacionados à cognição do idoso crítico também foi citado com um fator que influencia negativamente nesses aspectos. Pode ser observado no perfil sócio demográfico dos participantes que nenhum dele tinha especialização na área de gerontologia e apenas um referiu já haver tido treinamento sobre os aspectos cognitivos da pessoa idosa. O estudo de BANNON *et al.* (2018) também mostrou que uma das dificuldades para colocar em prática o pacote para o manejo do delirium em UTIs do Reino Unido foi a escassez de conhecimento dos participantes sobre a temática e falta de educação em serviço sobre os impactos negativos do delirium.

Além da escassez de treinamentos sobre a temática, foi citada também a ausência de protocolos sobre a cognição do paciente crítico nas unidades estudadas. Nas UTIs, diante da complexidade do doente crítico, existem diversos protocolos sobre diferentes temas, trazendo para prática instrumentos objetivos e sistematizados, baseados em diretrizes e em opiniões de avaliadores, o que contribui para a uma assistência mais qualificada (PEDROSA; OLIVEIRA; MACHADO, 2018). Um estudo realizado em um hospital de Pittsburgh-EUA mostrou que após a implementação de um protocolo sobre medidas não farmacológicas sobre o delirium, houve uma diminuição no desenvolvimento deste acometimento cognitivo na unidade estudada (RIVOSECCHI *et al.*, 2016).

Diante dos relatos relacionados à ausência de treinamentos e protocolos, é possível notar que o estímulo à cognição do idoso na UTI é um tema pouco valorizado. Assim, é importante que os profissionais de enfermagem conheçam as especificidades cognitivas associadas ao envelhecimento e os prejuízos que a hospitalização em unidades críticas pode trazer para a cognição da pessoa idosa. Além disso, a educação em serviço e a construção de protocolos sobre a temática precisam ser realizadas para melhorar a assistência de enfermagem aos idosos críticos.

## 6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à coleta de dados nos prontuários, pode-se notar que foram encontrados registros de importantes aspectos relacionados à cognição do idoso crítico nos instrumentos consultados. No entanto, diante do número de impressos analisados, percebe-se que ainda há uma escassez de registros de enfermagem sobre a temática, principalmente intervenções no sentido de prevenir o déficit cognitivo. Observou-se também, que alguns problemas encontrados nas evoluções e anotações de enfermagem não tiveram intervenções, DE e cuidados de enfermagem prescritos, mostrando existir uma lacuna no registro da assistência.

Foram relatados cuidados de enfermagem pertinentes relacionados à cognição da pessoa idosa no GF, no entanto, muitas vezes são realizados de forma pontual e não fazem parte da rotina diária dos profissionais. Além disso, percebeu-se mais uma vez fragilidades em relação aos registros da assistência, onde muitas ações identificadas nos GFs não estavam presentes nos prontuários.

Não foram encontrados registros ou relatos de que sejam utilizadas nessas unidades escalas específicas para avaliar a cognição dos idosos ou que seja realizado o manejo da dor e da sedação baseado em protocolos específicos. Foi percebido que o uso da terapia medicamentosa e das restrições mecânicas ainda são predominantes na prática clínica, porém, como foi visto, essas ações podem trazer prejuízos à cognição do idoso na UTI.

Os aspectos que influenciam negativamente no estímulo à cognição do idoso foram relacionados aos aspectos estruturais, às regras e rotinas das UTIs estudadas, porém, os colaboradores relataram realizar adaptações para minimizar as dificuldades relacionadas à estrutura e ainda ações com o intuito de flexibilizar e alterar tais rotinas, como solicitar a presença da família fora do momento da visita e alterar o horário de alguns procedimentos.

Ainda em relação aos fatores que dificultam o estímulo à cognição, foi citada a ausência de treinamentos e protocolos relacionados sobre esta temática. Isso mostra o quanto às questões relacionadas ao envelhecimento e a própria cognição ainda são pouco valorizadas e precisam estar incluídas no planejamento da educação permanente da instituição.

Uma limitação do estudo foi a dificuldade de recrutar os participantes para reuniões de GF, pois os encontros aconteceram no horário que os mesmos estavam em serviço. As coordenadoras das UTIs disponibilizaram um quantitativo maior de profissionais nos dias dos encontros e foi acordado previamente o melhor horário para sua execução, no entanto, a participação dos colaboradores dependeu da demanda de serviço no momento das reuniões.

Além disso, dois colaboradores tiveram imprevistos e não compareceram ao serviço no turno que aconteceu o segundo encontro de GF, sendo necessário a inclusão de dois novos participantes. Outra limitação, foi a escassez de registros no prontuário relacionados aos aspectos cognitivos, dificultando que fosse realizada uma análise mais detalhada.

Diante do exposto, percebe-se a equipe de enfermagem é extremamente importante no estímulo à cognição do idoso na UTI, pois estes profissionais estão continuamente a beira leito dos pacientes críticos. Com isso, a equipe precisa ser sensibilizada quanto às especificidades relacionadas ao envelhecimento, aos fatores modificáveis que influenciam na cognição dos idosos no ambiente da UTI e terem ciência que muitas ações de estímulo à cognição são de fácil realização. Sugere-se, desta forma, que sejam realizados mais estudos relacionados à assistência de enfermagem e a cognição da pessoa idosa nessas unidades, assim como, sejam desenvolvidas estratégias educativas, com o intuito de aprimorar o conhecimento da equipe e com isso aperfeiçoar a prática assistencial.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G. A. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196, out. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2494/891>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- ALVARADO, C. *et al.* Estudio EDECO - Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población colombiana. **Acta Médica Colombiana**, v. 39, n. 3, p. 264-271, set. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-24482014000300010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-24482014000300010). Acesso em: 2 mar. 2019.
- ALVES, L. C; LEITE, I. C; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 468-478, 2010. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300010). Acesso em: 16 mai. 2019
- AZEVEDO, A. C. F.; CAMARGO, A. M. S.; OLIVEIRA, E. M. Delirium e tempo de permanência em unidade de terapia intensiva. **Rev. Baiana enferm.**, v. 33, e33554, p. 1-11, mar. 2019. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33554/20773>. Acesso em: 13 abr. 2020.
- BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, set. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf). Acesso em: 26 jun. 2020.
- BANNON, L. *et al.* Designing a Nurse-Delivered Delirium Bundle: What Intensive Care Unit Staff, Survivors, and Their Families Think?. **Australian Critical Care**, v. 31, n. 3, p. 174-179, mai. 2018. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(17\)30379-X/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(17)30379-X/fulltext). Acesso em: 10 mai. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BENTO, M. S. P.; MARQUES, R. M. D.; SOUSA, P. P. Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado – uma revisão bibliográfica. **Enfermaria Global**, v. 17, n. 4, p. 657-673, out. 2018. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt\\_1695-6141-eg-17-52-640.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-640.pdf). Acesso em 24 abr. 2020.
- BETTINELLI, L. A.; POMATTI, D. M.; BROCK, J. Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 1, p. 44-50, 2010. Disponível em: <https://saocamillo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/73/44a50.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2020.
- BINI, R. *et al.* Perfil dos Idosos Atendidos pela Fisioterapia na UTI Geral do Hospital Geral Universitário – HGU de Cuiabá/MT. **J. Health Sci.**, v. 20, n. 1, p. 25-28, mar. 2018. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/6134>. Acesso em: 3 set. 2020.

BORGES, J. *et al.* Impacto do declínio cognitivo pós-operatório na qualidade de vida: estudo prospectivo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 67, n.4, p. 362-369, ago. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v67n4/pt\\_0034-7094-rba-67-04-0362.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v67n4/pt_0034-7094-rba-67-04-0362.pdf). Acesso em: 02 mar. 2019.

BORIM, F. S. A.; FRANCISCO, P. A. S. B.; NERI, A. L. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-12, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006708>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BORTOLI, C. G. *et al.* Equilíbrio, quedas e funcionalidade em idosos com alteração da função cognitiva. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.587-597, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00587.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2020.

BOUZA, C.B. *et al.* Impacto dos episódios de delirium em pacientes cirúrgicos e clínicos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.25, Suplemento 01, p. S25, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/compaq/Downloads/RBTI\\_Suplemento\\_2013.pdf](file:///C:/Users/compaq/Downloads/RBTI_Suplemento_2013.pdf). Acesso em: 05 jan. 2019

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018

\_\_\_\_\_. **Resolução nº510**, de 7 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html).

BRITO, T. R. P.; PAVARINI, S. C. I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, ago. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_07.pdf). Acesso em: 06 abr. 2019.

BRYANT, S. E.; MCNABB, K. Postintensive Care Syndrome. **Crit. Care Nurs. Clin. North Am.**, v. 31, n. 4, p. 507-516, dez. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31685117/>. Acesso em 15 ago. 2020.

CHAVES, A. S. *et al.* Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 545-556, set. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232015000300545&script=sci\\_arttext&tlng=pt#:~:text=Os%20resultados%20encontrados%20neste%20estudo,quadros%20dolorosos%20e%20altera%C3%A7%C3%B5es%20emocionais](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232015000300545&script=sci_arttext&tlng=pt#:~:text=Os%20resultados%20encontrados%20neste%20estudo,quadros%20dolorosos%20e%20altera%C3%A7%C3%B5es%20emocionais). Acesso em: 05 ago. 2020.

CIPRIANI, G. *et al.* Sundown syndrome and dementia. **Eur. Geriatr. Med.**, v. 6, n. 4, p. 375-380, jul. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187876491500073X>. Acesso em: 30 jul. 2020.

COELHO, E. M. C. *et al.* Exercise with music: An innovative approach to increase cognition and reduce depression in institutionalized elderly. **Revista de Psicología del Deporte/Journal of Sport Psychology**, v. 29, n. 1, p. 49-56, 2020. Disponível em: <https://www.rpd-online.com/article/view/v29-n1-castro-gon%C3%A7alves-fernandes>. Acesso em: 30 jul. 2020.

COELHO, F. G. M. *et al.* Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 7-15, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232012000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 01 mar. 2019.

COMPLEXO HUPES. **Histórico**. 2019. Disponível em: <http://intranet.hupes.ufba.br/institucional/historico/>. Acesso em: 28 mai. 2019

CORREA, *et al.* Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 17, n. 3, p. 179-183, dez. 2016. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6793>. Acesso em: 16 jun. 2020.

CORREA, M. R. *et al.* Envelhecimento e subjetividade: experiência de atuação em psicologia com grupos de idosos. **Revista Ciência em Extensão**, v. 11, n. 2, p. 129-139, 2015. Disponível em: [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/1065](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1065). Acesso em: 15 mai. 2019.

CRUZ, D. T. *et al.* Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 386-393, dez. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414462X2015000400386&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2015000400386&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 08 ago. 2020.

CRUZ, T. J. P. *et al.* Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 510-516, jun. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672015000300510&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000300510&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 10 mai. 2020.

DALL' AGNOL, C. M. *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p.186-190, mar. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472012000100024&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000100024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 abr. 2020.

DALL' AGNOL C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>. Acesso em: 10 jun. 2020.

DEVLIN, J. W. *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. **Crit. Care Med.**, v. 46, n. 9, p.825-873, set. 2018. Disponível em:

[https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2018/09000/Clinical\\_Practice\\_Guidelines\\_for\\_the\\_Prevention.29.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2018/09000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Prevention.29.aspx). Acesso em: 13 mai. 2020.

DIAS, D. S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. C. L. M. Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 18-25, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n1/0103-507X-rbti-27-01-0018.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

DIAS, K. C. C. O. *et al.* Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. **J. res.: fundam. care. online**. v. 7, n. 1, p. 1832-1846, mar. 2015. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3470/pdf\\_1413](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3470/pdf_1413). Acesso em: 03 mai. 2020.

DIETRICH, C. *et al.* Capacidade funcional em idosos e idosos mais velhos após alta da unidade de terapia intensiva. Coorte prospectiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 293-302, set. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2017000300293&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2017000300293&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 04 mai. 2019.

DUARTE, S. T. *et al.* Praticando o silêncio: intervenção educativa para a redução do ruído em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 285-290, abr. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000200013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000200013&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 4 abr. 2019.

EDELMUTH, S. V. C. L. *et al.* Comorbidades, intercorrências clínicas e fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados por fratura de quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 543-551, out. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255497118301034?via%3Dihub>. Acesso em: 04 abr. 2019.

EL-SOUSSI A. H. *et al.* Augmented alternative communication methods in intubated COPD patients: Does it make difference. **Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis**. v. 64, n. 1, p. 21-28, jan. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0422763814001563>. Acesso em: 14 jun. 2020.

ENKVIST, A.; EKESTROM, H.; ELMSTAHL, S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 54, n.1, p. 140-145, fev. 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0171799>. Acesso em: 5 fev. 2019.

ERBELE, C. C. *et al.* O manejo não farmacológico do delirium sob a ótica de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. **J. res.: fundam. care. online.**, v. 11, n. 5, p. 1242-1249, dez. 2019. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7428/pdf\\_1\\_](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7428/pdf_1_). Acesso em: 10 ago. 2020.

EYSENCK, M. W.; KEANY, M. T. **Manual de psicologia cognitiva**. Porto Alegre: Edições 7, 2017

EUGENIO, C. S.; BECK FILHO, M. C.; SOUZA, E. N. Visita aberta em UTI adulto: Utopia ou realidade? **Rev. Enferm. UFSM**. v. 7, n. 3, p.539-549, set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22692/pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

FARIA, R. S.; MORENO, R. P. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Rev. Bras. de Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.137-147, jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2013000200012&script=sci\\_abstract&tlng=pt\\_](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2013000200012&script=sci_abstract&tlng=pt_) Acesso em: 05 mai. 2019.

FAUSTINO, T. N. **Prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico: realização de uma intervenção educativa com a enfermagem**. 2015.181f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2015. Disponível em:

[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18921/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_%20Enf\\_%20T%C3%A1ssia%20Nery%20Faustino.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18921/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Enf_%20T%C3%A1ssia%20Nery%20Faustino.pdf). Acesso em: 20 de out. 2020

FAUSTINO, T. N. *et al.* Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 725-732, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0725.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

FAUSTINO, T. N.; SILVA, L. C. P.; VIEIRA, S. L. Cuidado de enfermagem à pessoa idosa criticamente enferma. In: MENEZES, M. R. *et. al.* **Enfermagem Gerontológica: um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural**. 1.ed. São Paulo:Martinari, 2016, cap. 12, p. 225-243.

FICHMAN, H.C. *et al.* Predomínio de comprometimento cognitivo leve disexecutivo em idosos atendidos no ambulatório da geriatria de um hospital público terciário na cidade do Rio de Janeiro. **Neuropsicologia Latinoamericana**, Calle, v. 5, n. 2, p. 31-40, 2013. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S207594792013000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=PT](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S207594792013000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=PT). Acesso em: 08 mar. 2019.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, nov. 1975. Disponível em:

[https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-0022395675900266/first-page-pdf\\_](https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-0022395675900266/first-page-pdf_) Acesso em: 25 jan. 2019.

FRASER, D. *et al.* Original research: implementation of an early mobility program in an ICU. **Am. J. Nurs.**, v. 115, n. 12, p. 49-58, dez. 2015. Disponível em:

[https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/12000/Original\\_Research\\_\\_Implementation\\_of\\_an\\_Early.27.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/12000/Original_Research__Implementation_of_an_Early.27.aspx). Acesso em: 15 jul. 2020.

GAMAGE, M. W. K; HEWAGE, C.; PATHIRANA, K. D. Associated factors for cognition of physically independent elderly people living in residential care facilities for the aged in Sri

Lanka. **BMC Psychiatry**. v. 19, n. 10, p. 1-12, 2019. Disponível em:  
[https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-2003-5#:~:text=Factors%20affecting%20higher%20level%20of,activities%20\(p%20%3C%200.00.](https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-2003-5#:~:text=Factors%20affecting%20higher%20level%20of,activities%20(p%20%3C%200.00.)  
 Acesso em: 20 jul. 2020.

GATTI, B. A. **Grupo focal em ciências sociais e humanas**. 1 ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2017. 173 p.

GODIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2002000300004&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2002000300004&script=sci_arttext). Acesso em: 15 mai. 2020.

GOMES, A. G. A.; CARVALHO, M. F. O. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 167-185, dez. 2018. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 abr.2020.

GOMES, E. C. C. *et al.* Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2193-2202, jun. 2020. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000602193&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000602193&script=sci_arttext). Acesso em: 20 jul. 2020.

GOMES, R. Q. G; LOPES, M. V. O. Diagnósticos de enfermária em indivíduos ingresados em unidade de cuidados intensivos. **Av. enferm.**, v. XXI, n. 2, p.74-82, dez. 2013. Acesso em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42768/44276>. Disponível em: 13 ago. 2020

GRDEN, C. R. B. *et al.* Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. **Revista Rene**, v. 16, n. 3, p. 391-397, jun. 2015. Disponível em:  
[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14404/1/2015\\_art\\_crbgrden.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14404/1/2015_art_crbgrden.pdf). Acesso em: 15 jan. 2019.

GUZZO, M. *et al.* Diário dos diários: o cotidiano da escrita sensível na formação compartilhada em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e170705, p.1-14, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100508](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100508). Acesso em: 12 mai. 2020

HARRIA, P.L.; PROTTI, G.D. Velhice e envelhecimento: experiências de idosos em unidades de terapia intensiva. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, v. 61, p.8-12, 2016. Disponível em:  
<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/126/132>. Acesso em: 5 mai. 2019.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERTZOG, C. *et al.* Enrichment Effects on Adult Cognitive Development: Can the Functional Capacity of Older Adults Be Preserved and Enhanced?. **Psychol. Sci. Public Interest.**, v. 9, n. 1, p. 1-65, out. 2008. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x>. Acesso em: 30 jun. 2020.

HOLZ, A. W. *et al.* Prevalence of cognitive impairment and associated factors among the elderly in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 880-888, dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000400880](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000400880). Acesso em: 12 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro, 1991-2017. Disponível em: [estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html](http://estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html). Acesso em: 14 de dezembro 2018.

KINALSKIL, D. D. F. *et al.* Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 2, p. 424-429, abr. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672017000200424&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000200424&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 ago. 2020.

LAGO, M. S. *et al.* Delirium e fatores associados em unidades de terapia intensiva: estudo piloto de coorte. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 9, n. 1, p. 16-23, abr. 2020. Disponível em: <https://200.128.7.132/index.php/enfermagem/article/view/2501>. Acesso em: 21 ago. 2020.

LEE, S. *et al.* Influence of staff education on the function of hospitalized elders. **Nursing Outlook**, v. 61, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655412000954>. Acesso em: 04 abr. 2019.

LEITE, M. T. *et al.* A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.535-549, jan. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060/35456>. Acesso em: 19 abr. 2020.

LENARDT, M. H. *et al.* Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 585-592, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150078>. Acesso em: 05 fev. 2019.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm. Foco**, v. 7, n. esp, p. 9-14, fev. 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>. Acesso em: 18 jul. 2020.

MACIEL, D. O. *et al.* Percepções de pacientes adultos sobre a unidade de terapia intensiva. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p.147-152, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2071/720>. Acesso em: 14 set. 2020.

MARTINHO, C. I. F.; RODRIGUES, I. T. R. M. A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.132-140, jun. 2016. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2016000200132&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2016000200132&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 jun. 2020.

MATTA, S. M. *et al.* Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização.

**Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 241-245, jun. 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010128002014000200241&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010128002014000200241&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 mai. 2019.

MATUSIK, P. *et al.* Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 1, p. 22-24, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.034>.

Acesso em: 16 fev. 2019.

MELO, D. M. ; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, dez. 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001203865&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203865&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 06 fev. 2019.

MENG, X.; D'ARCY, C. Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: A systematic review with meta-analyses and qualitative analyses. **Plos One**, v. 7, n. 6, p. 1-16, jun. 2012. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0038268>. Acesso em: 25 jan. 2019.

MICHALSKA, A. *et al.* Cytokines, prostaglandins and nitric oxide in the regulation of stress-response systems. *Gądek*. Cytokines, prostaglandins and nitric oxide in the regulation of stress-response systems. **Pharmacol Rep.**, v. 65, n. 6, p. 1655-1662, 2013. Disponível:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24553014>. Acesso em: 05 abr. 2019.

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

MIRANDA, M. L.; BERSOT, C. D. A.; VILLELA, N. R. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular na unidade de terapia intensiva. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.102-109, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7537>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MORANDO, E. M. G; SCHIMIT, J.C; FERREIRA, M. E. C. Envelhecimento, autocuidado e memória: intervenção como estratégia de prevenção. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n.2, p. 353-374, 2017. Disponível em:

[file:///C:/Users/compaq/Downloads/35961-99160-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/compaq/Downloads/35961-99160-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 25 de ago. 2020

- MORI, S. *et al.*, Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 587-593, ago. 2016. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342016000400587&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000400587&lng=en&tlng=en). Acesso em: 30 ago. 2020.
- MOTTA, A. B. Idade e solidão: a velhice das mulheres. **Revista Feminismos**, v. 6, n. 2, p. 88-96, ago. 2018. Disponível em:  
<https://portalseer.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/30390>. Acesso em: 02 set. 2020.
- NASCIMENTO, R. A. S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 187-192, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000077>. Acesso em: 05 fev.. 2019.
- NAVARRO, M. P.; CAMPS, V. L. Medicina intensiva. Aspectos bioéticos. Información y comunicación. **Rev. Bioética y Derecho**, Barcelona, n.48. p. 23-48, 2020. Disponível em:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S188658872020000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S188658872020000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Acesso em: 30 ago. 2020.
- NAZARIO, M. P. S. *et al.* Déficit Cognitivo em Idosos Hospitalizados Segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM): Revisão Narrativa. **J. Health Sci.**, Londrina, v. 20, n. 2, p. 131-134, 2018. Disponível em:  
<http://revista.pgsskroton.com.br/index.php/JHealthSci/article/view/6146>. Acesso em: 05 fev. 2019.
- NEGRO, A. *et al.* Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. **Intensive Crit. Care Nurs.**, v. 60, out. 2020. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247985/pdf/main.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.
- NÉRIO *et al.* O enfermeiro frente ao risco de delirium em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva – Revisão de literatura. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n.4, p.10255-10265, ago. 2020. Acesso em:  
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14930>. Disponível em: 20 set. 2020
- OH, E.S *et al.* Preoperative risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair: a systematic review. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 30, n.9, p. 900-910, set. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25503071>. Acesso em: 6 fev. 2019.
- OLIVEIRA F.J.G. *et al.* Utilização de cateter venoso central em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene.**, v. 14, n.5, p.904-910, 2013. Disponível:  
<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i5.3614>. Acesso em: 06 fev. 2019.
- OLIVEIRA, C. M. S; LIMEIRA, I. S. J. Cuidado de enfermagem à pessoa idosa no contexto hospitalar. In: MENEZES, M. R. et. al. **Enfermagem Gerontológica: um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural**. 1.ed. São Paulo:Martinari, 2016, cap. 12, p. 225-243.

PAIANO, L. A. G.; FERNANDES, L. M. Uso de intervenção musical em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: estudo piloto. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 4, p. 813-824, dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13015/pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

PALMER, B. W. The effects of loneliness and social isolation on cognitive functioning in older adults: a need for nuanced assessments. **Int Psychogeriatr**, v. 31, n. 4. p. 447-449, abr. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830303/pdf/nihms-1033319.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

PASSOS, S. S. S. *et al.* O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 368-374, jun. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6259/13776>. Acesso em: 01 jul. 2020.

PEDREIRA, L. C.; BRANDÃO, A. S; REIS, A. M. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 429-436, jun. 2013. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300019). Acesso em: 2 fev. 2019.

PEDROSA, I. L. **Construção de um instrumento de avaliação prognóstica para idosos em unidade de terapia intensiva**. 2014. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica)- Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/6690/1/000459208-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

PEDROSA, K. K. A.; OLIVEIRA, S. A. M.; MACHADO, R. C. Validação de protocolo assistencial ao paciente séptico na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 1106-1114, mai. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S003471672018000301106&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003471672018000301106&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 14 jun. 2020.

PEREIRA, E. E. B. *et al.* Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Rev. Bras. Geriatr. e Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 165-176, 2014. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00165.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00165.pdf). Acesso em: 05 mai. 2019.

PEREIRA, J. M. *et al.* Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 9, p. 29-36, mai. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S087402832016000200004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832016000200004). Acesso em: 10 set. 2020

PEREIRA, S. *et al.* Desfechos psicológicos em longo prazo após alta da terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 28-34, mar. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2018000100028&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2018000100028&script=sci_abstract&tlng=pt) . Acesso em: 17 jan. 2019.

PEREIRA, S. R. M. *et al.* Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p.338-344, 2013. Disponível

em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400007). Acesso em: 05 mai. 2019.

PINCELLI, E. L.; WATERS, C.; HUPSEL, Z. N. Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, v. 60, n. 3, p. 131-139, 2015. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/143/592>. Acesso em: 24 ago. 2020.

PROENÇA, M. O.; AGNOLO, C. M. D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção dos pacientes. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 279-286, jun. 2011 Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200010). Acesso em: 03 abr. 2019.

RADANOVIC, M.; STELLA, F.; FORLENZA, O. Comprometimento cognitivo leve. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 94, n.3, p.162-168, set. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/108747>. Acesso em: 15 mai. 2019

RAMOS, F. J. S. *et al.* Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 339-346, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0339.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2020.

RAMOS, F. J. S. ; TANIGUCH, L. U.; AZEVEDO, L. C. P. Práticas de promoção de sono em unidades de terapia intensiva no Brasil: um inquérito nacional. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.32, n.2, p.268-272, jun. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2020000200268](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2020000200268). Acesso em: 30 ago. 2020.

RAPOSO, F. M. O. **As alterações do sono no idoso**. 2015. 74 f. Dissertação (Mestrado integrado em Medicina - Geriatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/43586353.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

RENGEL, K. F. *et al.* Long-term Cognitive and Functional Impairments After Critical Illness. **Anesth. Analg.**, v. 128, n. 4, p. 772-780, abr. 2019. Disponível em: [https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2019/04000/Long\\_term\\_Cognitive\\_and\\_Functional\\_Impairments.22.aspx](https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2019/04000/Long_term_Cognitive_and_Functional_Impairments.22.aspx). Acesso em: 10 jul. 2020.

RIBEIRO, S. C. L. *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 513-520, jun. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072015000200513&script=sci\\_arttext&tlng=p](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072015000200513&script=sci_arttext&tlng=p). Acesso em: 13 jun. 2020.

RIVOSECCHI, R. M. *et al.* The implementation of a nonpharmacologic protocol to prevent intensive care delirium. **J. Crit. Care**, v. 31, n. 1, p. 206-211, fev. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944115005304?via%3Dihub#!>. Acesso em: 20 jun. 2020.

RODAKOWSKI, J. *et al.* Can performance of daily activities discriminate between older adults with normal cognitive function and those with Mild Cognitive Impairment?. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 7, p. 1347-1352, jul. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107156/pdf/nihms574406.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2019.

ROSA, N. **Cuidado de Enfermagem a idosos em Unidade casdiovascular intensiva: o saber e o fazer**. 2017. 80 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Linha de Pesquisa: Sociedade e Cultura no Envelhecimento Humano, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/18935>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ROZYCKI, A. *et al.* Feasibility of a Nurse-Managed Pain, Agitation, and Delirium Protocol in the Surgical Intensive Care Unit. **Crit. Care Nurse**, v. 37, n. 6, p.24-34, dez. 2017. Disponível em: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/37/6/24/3573/Feasibility-of-a-Nurse-Managed-Pain-Agitation-and?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SAKUSIC, A. *et al.* Potentially Modifiable Risk Factors for Long-Term Cognitive Impairment After Critical Illness: A Systematic Review. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 93, n. 1, p. 68-82, jan, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002561961730808X>. Acesso em 10 set. 2020.

SAKUSIC, A.; RABINSTEIN, A. A. Cognitive outcomes after critical illness. **Current Opinion in Critical Care**, v. 24, n. 5, p. 410-414, out., 2018. Disponível em: [https://journals.lww.com/cocriticalcare/Abstract/2018/10000/Cognitive\\_outcomes\\_after\\_critical\\_illness.14.aspx#](https://journals.lww.com/cocriticalcare/Abstract/2018/10000/Cognitive_outcomes_after_critical_illness.14.aspx#). Acesso em: 15 jul. 2020.

SANTOS, J. L. P. *et al.* Adaptação de longevos no domicílio após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20180286, nov. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100389&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100389&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 01 mai. 2020.

SANTOS, M. C. B. *et al.* A Importância dos cinco sentidos para a memória dos idosos: um relato de experiência. **Memorialidades**, v. 13 n. 25e26, p. 161-174, 2016. Disponível em: <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/1421>. Acesso em: 30 ago.2020.

SCHIMIDT, T. C. G.; DUARTE, Y. A. O.; SILVA, M. J. P. Avaliação mediata na replicação do programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p.309-316, abr. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt\\_0080-6234-reeusp-49-02-0309.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0309.pdf). Acesso em: 11 jul. 2020.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Rev. Neurocienc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 220-226, 2010. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>. Acesso em 25 jan. 2019.

- SEVILLA, D. A. *et al.* Is There a Characteristic Clinical Profile for Patients with Dementia and Sundown Syndrome?, **J. Alzheimers Dis.**, v. 62, n. 1, p. 335-346, 2018. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad170488>. Acesso em: 13 set. 2020.
- SHIN, D. Y. *et al.*, Toxicities and functional consequences of systemic chemotherapy in elderly Korean patients with cancer: a prospective cohort study using comprehensive geriatric assessment. **J GeriatrOncol.**, v. 3, n. 4, p. 359-367, out. 2012. Disponível em: [https://www.geriatriconcology.net/article/S1879-4068\(12\)00064-1/fulltext](https://www.geriatriconcology.net/article/S1879-4068(12)00064-1/fulltext). Acesso em: 25 mar. de 2019.
- SILVA, D. M. *et al.* Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2183-2191, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2183.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.
- SILVA, J. B. V. B. *et al.* Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 39-45, fev. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000100039](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100039). Acesso em: 15 jun. 2020.
- SILVA, J. N. M. A. *et al.* Dimensões preditoras das condições clínico-funcionais e cognição em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 3, e20190162, p.1-8, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672020001500160&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020001500160&tlng=en). Acesso em: 15 set. 2020.
- SILVA, L. F. C. *et al.* Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. **Enferm. glob.**, São Paulo, v. 12, n. 32, p. 18-25, mar. 2015. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412013000400006&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000400006&lng=pt). Acesso em: 01 abr. 2020.
- SILVA, M. A. P. *et al.* Identificação do delirium em idosos internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Research, Society and Development.**, v. 9, n. 5, p.1-20, mar. 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340420075\\_Identificacao\\_do\\_delirium\\_em\\_idosos\\_internados\\_em\\_unidades\\_de\\_terapia\\_intensiva\\_revisao\\_integrativa](https://www.researchgate.net/publication/340420075_Identificacao_do_delirium_em_idosos_internados_em_unidades_de_terapia_intensiva_revisao_integrativa). Acesso em: 31 ago. 2020.
- SILVA, M. W. B. *et al.* Sundown syndrome and symptoms of anxiety and depression in hospitalized elderly. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 154-161, jun. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1980-57642017000200154](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642017000200154). Acesso em: 02 jun. 2020.
- SILVA, V. A. **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em unidade de terapia intensiva.** 2017. 354f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23517/1/TESE%20Valdenir.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SIMÃO, L. T. S. S. *et al.* Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 10, n.1, p. 76-80, jan. 2019. Disponível:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1329/499>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SOARES, M. I.; CAMELO, S. H. H.; RESCK, Z.M.R. A técnica de grupo focal na coleta de dados qualitativos: relato de experiência. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e942, p. 1-5, 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e942.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

SOUSA, L.; SIMÕES, C.; ARAÚJO, I. Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: intervenções autónomas do enfermeiro. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 22, p. 49-57, dez. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n22/n22a07.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.

SOUSA, R. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.732-741, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400012>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SOUZA, J. G. S. *et al.* Miniexame do estado mental: Capacidade psicométrica e formas de avaliação. **Revista de APS**, v. 17, n.1, p. 101-105, mar. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/compaq/AppData/Local/Temp/15248-Texto%20do%20artigo-65025-1-10-20141103.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SOUZA, L. K. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 52-66, jun. 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/13500>. Acesso em 30 ago. 2020.

SOUZA, R. A. *et al.* Conhecimento do enfermeiro sobre Delirium em Unidades de Terapia Intensiva Adulto. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2662-2676, ago. 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1965>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SOUZA, T. L.; AZZOLIN, K.O.; SOUZA, E. N. Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, e20190165, p. 1-10, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472020000100413&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472020000100413&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 13 jul. 2020.

STAMM, B. *et al.* Cognição e capacidade funcional e idosos que residem sós e com familiares. **Revista Bahiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17407>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SZERWIESK, L. L. D. *et al.* Capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 3, ago. 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/327351284\\_Capacidade\\_cognitiva\\_estilo\\_e\\_qualidade\\_de\\_vida\\_dos\\_idosos\\_estudo\\_transversal](https://www.researchgate.net/publication/327351284_Capacidade_cognitiva_estilo_e_qualidade_de_vida_dos_idosos_estudo_transversal). Acesso em: 12 mai. 2020.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Aspectos sociodemográficos e desempenho cognitivo de idosos residentes na zona rural. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 35, n. 3, p. 275-283, dez. 2017. Acesso em: [www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n3/0121-4500-aven-35-03-00275.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n3/0121-4500-aven-35-03-00275.pdf). Acesso em: 12 fev. 2019.

TOBAR, E.; ALVEREZ, E.; GARRIDO, M. Estimulação cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de delirium. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.248-252, jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-29-02-0248.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

TOLEDO, L. V. *et al.* Déficit no autocuidado para banho: caracterização do diagnóstico de enfermagem em pacientes críticos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. supl., n. 43, p. 1-9, abr. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3284/1737>. Acesso em: 17 set. 2020.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, mai. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

UCHMANOWICZ, I. *et al.* Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. **Clin. Interv. Aging**, v. 12, p. 1565-1572, out. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5633303/pdf/cia-12-1565.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020

VARGAS, L. S. *et al.* Conscientizando idosos e profissionais da saúde acerca das mudanças cognitivas relacionadas à idade. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 37-50, 2014. Disponível em: [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/882](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/882). Acesso em: 25 jan. 2019.

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**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 65-77, jun. 2013, Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18524>. Acesso em: 05 mai. 2019.

VEMURI, P. *et al.* Association of lifetime intellectual enrichment with cognitive decline in older population. **JAMA Neurology**, v. 71, n. 8, p. 1017-1024, ago. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266551/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

VESZ, P. S. *et al.* Aspectos funcionais e psicológicos imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva: coorte prospectiva. **Rev. Bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 218-224, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2013000300218&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2013000300218&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 mai. 2019.

VIEIRA, N. F. C.; SANTOS, M. R.; PUGGINA, A. C. G. Prevalência do diagnóstico de enfermagem “comunicação verbal prejudicada” nas unidades de um hospital privado. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 46-51, jul. 2019. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2577>. Acesso em: 16 jun. 2020.

WALKER, K. A.; POWER, M. C.; GOTTESMAN, R.F. Defining the Relationship Between Hypertension, Cognitive Decline, and Dementia: a Review. **Curr. Hypertens. Rep.**, v. 19, n. 3, p. 1-27, mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6164165/>. Acesso em: 11 ago. 2020.

WOH. 2020. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. Novas projeções da ONU Disponível em: <https://population.un.org/wpp2019/Download/Probabilistic/Population/>. Acesso em: 15 jun. 2020

YAFFE, K; FALVEY, C. M. ; HOANG, T. Connections between sleep and cognition in older adults. **Lancet Neurol**, v. 13, n. 10, p. 1017-1028, out. 2014. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(14\)70172-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(14)70172-3/fulltext) . Acesso em: 28 ago. 2010

YILDIRIM, E. *et al.* Relationship between blood pressure variability and cognitive function in geriatric hypertensive patients with well-controlled blood pressure. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 32, n. 1, p. 93-98, fev. 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/330809697\\_Relationship\\_between\\_blood\\_pressure\\_variability\\_and\\_cognitive\\_function\\_in\\_geriatric\\_hypertensive\\_patients\\_with\\_well-controlled\\_blood\\_pressure](https://www.researchgate.net/publication/330809697_Relationship_between_blood_pressure_variability_and_cognitive_function_in_geriatric_hypertensive_patients_with_well-controlled_blood_pressure). Acesso em 13 ago. 2020.

YOUNIS, M. B. ; HAYAJNEH, F. ; RUBBAI, Y. Factors influencing sleep quality among Jordanian intensive care patients. **British Journal of Nursing**, v. 29, n.5, p. 298-302, mar. 2020. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2020.29.5.298>. Acesso em: 02 set. 2020



## APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido

**Título do Projeto:** Cuidado de enfermagem relacionado á cognição das pessoas idosas na Unidade de Terapia Intensiva. Prezado (a) senhor (a),

Convido você a participar do estudo “Cuidado de enfermagem relacionado á cognição das pessoas idosas na Unidade de Terapia Intensiva” projeto de dissertação de mestrado de Fernanda Cajuhy dos Santos, discente do curso de Pós-Graduação stricto sensu em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob a orientação da Professora Doutora Larissa Chaves Pedreira.

- Este trabalho tem como objetivo geral analisar como ocorre o cuidado de enfermagem relacionado ao estímulo á cognição das pessoas idosas hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Para cumprimento do objetivo geral, serão seguidos os objetivos específicos:
- Aprender quais os cuidados de enfermagem realizados com o intuito de estimular a cognição das pessoas idosas hospitalizadas na UTI;
- Identificar quais fatores influenciam positivamente no cuidado para o estímulo a cognição dos idosos na UTI;
- Identificar quais fatores influenciam negativamente no cuidado para o estímulo cognitivo dos idosos na UTI.

Desta forma, caso aceite participar do estudo, serão realizadas rodas de conversa constituindo encontros de grupo focal, as quais serão gravadas, se assim permitir, onde você poderá dar sua contribuição relatando como ocorre o cuidado para o estímulo à cognição das pessoas idosas hospitalizadas em Unidades de Terapia Intensiva. Além disso, será realizada, a coleta de dados em prontuários, em impressos específicos utilizados pela equipe de enfermagem para detectar como ocorre o cuidado de enfermagem relacionado ao estímulo á cognição das pessoas idosas hospitalizadas na UTI. As informações fornecidas poderão contribuir para melhoria da assistência de enfermagem relacionada aos aspectos cognitivos do idoso, minimizando as repercussões negativas que a internação na unidade de terapia intensiva pode trazer a este público. Ademais, as discussões do grupo focal poderão gerar auto-reflexões em cada participante, com possíveis repercussões positivas na rotina de trabalho destes.

Em relação aos desconfortos e riscos da pesquisa, pode haver desgaste físico e constrangimento dos colaboradores, uma vez que se trata de uma pesquisa que envolve a prática profissional. Assim, caso forem identificados tais riscos, haverá interrupção da atividade proposta. Em caso de constrangimentos ou se rememorar situações que não gostaria, estaremos dispostos à apoiá-lo. De acordo com as leis brasileiras, você tem direito a indenização, caso seja prejudicado por esta pesquisa. É importante salientar que o presente estudo não tem o objetivo de avaliar competência técnica dos participantes, nem ocasionar danos aos mesmos ou ao setor pesquisado.

Informamos que você não será identificado, sendo sigilosos os dados; todas as informações dadas por você serão utilizadas somente para a pesquisa e os documentos digitais com as gravações serão armazenadas na sala da professora orientadora localizada na Escola de Enfermagem–UFBA, sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco anos, quando então, serão destruídas. Você não terá nenhum gasto financeiro para participar do estudo, caso haja, você deverá comunicar aos pesquisadores e o valor será ressarcido. Você também é livre para

desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, se assim quiser, pois é um direito garantido.

Caso você se sinta constrangido ou incomodado para responder algum questionamento ou durante a observação, a coleta de dados será interrompida prontamente. Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras que podem ser encontradas na EEUFBA, localizada Rua Augusto Viana, s/n, Canela, 40110-060, Salvador, ou pelo telefone: (71)988183799/ (71)999718301 e e-mail: [nanda\\_cajuhy@yahoo.com.br](mailto:nanda_cajuhy@yahoo.com.br) / [lchavesp@ufba.br](mailto:lchavesp@ufba.br). Ou ainda o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, localizado na Rua Augusto Viana, s/n, Canela, 40110-060, Salvador- BA, tel.: (71) 3283-7615 ou o Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Universitário Professor Edgard Santos, localizado também na Rua Augusto Viana, s/n Canela, 40110-060, Salvador – BA Tel.: (71) 3283-8043 Fax.: (71) 3283-8243

Sendo assim, caso concorde em participar desta pesquisa, você deve assinar este termo de consentimento em duas vias idênticas, ficando uma com você e a outra com as pesquisadoras.

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Cuidado de enfermagem relacionado á cognição das pessoas idosas na Unidade de Terapia Intensiva**”, li e entendi o conteúdo do texto com as informações do estudo e compreendi de que forma participarei nesta pesquisa. Declaro não ter dúvidas que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer fase e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízos ou perda. Estou ciente de que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido à coerção, indução ou intimação.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro (a) ou técnico de enfermagem

\_\_\_\_\_  
Fernanda Cajuhy dos Santos  
Mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Larissa Chaves Pedreira  
Orientadora da pesquisa



## APÊNDICE B- Roteiro de observação em campo

### REGISTROS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À:

- Ações para controle da dor;
- Controle da Sedação (despertar diário);
- Risco de queda;
- Cuidados com a higiene do sono (medidas farmacológicas e não farmacológicas);
- Contenção mecânica;
- Mobilização precoce;
- Comunicação verbal e não verbal;
- Estímulo à realização de atividade de vida diária (banho no leito, higiene íntima, higiene oral, pentear-se, alimentar-se sozinho, uso do banheiro ou aparadeira ou fralda.);
- Reorientação;
- Avaliação neurológica, cognitiva e no humor;
- Estímulo à memória;
- Estímulo às atividades de lazer e lúdica;
- Estímulo à presença da família;
- Orientações à família;
- Agitação psicomotora;
- Escuta;
- Promoção do conforto e privacidade;
- Estímulo ao uso de óculos, prótese dentária e auditiva.



## APÊNDICE C - Caracterização dos idosos internados

**1. Idade:** (1) 60 a 79 anos (2) 80 ou mais

**2. Sexo:** (1) Feminino (2) Masculino

### **3. Escolaridade**

- (1) Superior
- (2) Até o 2o grau
- (3) Até o 1o Grau
- (4) Analfabeto

### **4. Religião**

- (1) Católica
- (2) Espírita
- (3) Adventista
- (4) Batista
- (5) Não possui

### **5. Ocupação**

- (1) Aposentado sim
- (2) Aposentado não \_\_\_\_\_

### **6. Estado civil**

- (1) Casado
- (2) Solteiro
- (3) Viúvo
- (4) União estável

### **7. Antecedentes médicos e pessoais**

- (1) Diabete Mellitus
- (2) Hipertensão Arterial
- (3) Doença respiratória
- (4) IAM/Angina
- (5) Insuf. Renal
- (6) Insuf. Hepática
- (7) Osteoporose
- (8) Insuf. Cardíaca
- (9) Sedentarismo
- (10) Etilismo
- (11) Tabagismo
- (12) Dislipidemia

### **8. Alergias**

- (1) Sim
- (2) Não

**9. Cirurgia**

- (1) Sim
- (2) Não

DIAGNÓSTICO ATUAL/ CAUSA DO INTERNAMENTO

---

---

---

---

**APÊNDICE D- Caracterização dos profissionais**

**1. Idade:** ( ) Menor de 25 anos ( ) De 26 a 30 anos ( ) De 31 a 35 anos ( ) De 36 a 40 anos  
( ) De 41 a 45 anos ( ) 46 a 50 anos ( ) Mais de 51 anos

**2. Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**3. Profissão:** ( ) Enfermeiro (a) ( ) Técnico (a) de enfermagem

**Possui Especialização?** \_\_\_\_\_

**Qual área?** \_\_\_\_\_

**4. Tempo de formado:** ( ) Menos de 2 anos ( ) De 2 a 5 anos ( ) De 5 a 10 anos ( ) De 10 a 15 anos ( ) Mais de 15 anos

**5. Tempo de atuação nesta unidade:** ( ) Menos de 2 anos ( ) De 2 a 5 anos ( ) De 5 a 10 anos ( ) De 10 a 15 anos ( ) Mais de 15 anos

**6. Já participou de alguma capacitação, palestra ou curso sobre a cognição da pessoa idosa?** ( ) Sim ( ) Não Qual?  
\_\_\_\_\_



## APÊNDICE E- Roteiro das oficinas de grupo focal

### ENCONTRO 01 (Mesma proposta para grupos 1, 2)

- Apresentação da proposta pela moderadora, assinatura de TCLE e colocação dos crachás no grupo: tempo estimado de (10 minutos);
- Explicação sobre a importância do estímulo à cognição da pessoa idosa na unidade de terapia intensiva e apresentação de situação problema pela moderadora sobre a cognição da pessoa idosa hospitalizada para incitar discussão inicial (Cerca de 20 minutos)

#### **Disparo da primeira questão norteadora da discussão do dia:**

- Qual cuidado você presta no sentido de estimular a cognição da pessoa idosa na Unidade de Terapia Intensiva e evitar quadros como este? (aproximadamente 30 minutos);

#### **Disparo da segunda questão norteadora da discussão do dia:**

- Quais fatores, na sua unidade, você considera que podem interferir no cuidado realizado pela equipe de enfermagem relacionado ao estímulo cognitivo na pessoa idosa? Por quê? (aproximadamente 30 minutos);
- Encerramento de discussão pela moderadora: total de 90 minutos para o encontro.

**ENCONTRO 02** (Mesma proposta para grupos 1e 2)

- Abertura do encontro com boas-vindas ao grupo (5 minutos).
- Explicação sobre como estimular a cognição da pessoa idosa na unidade de terapia intensiva e apresentação de situação problema pela moderadora (25 minutos)

**Disparo da primeira questão norteadora do dia:**

- Em sua opinião, o que você poderia fazer e não faz para estimular a cognição dos idosos na unidade de terapia intensiva? Por quê? (30 minutos)

**Disparo da segunda questão norteadora do dia:**

- Na sua visão, qual a repercussão nos seus pacientes idosos, da falta do estímulo cognitivo? (30 minutos)
- Encerramento de discussão pela moderadora: total de 90 minutos para o encontro.



## ANEXO 01: Protocolo de aprovação do comitê de ética em pesquisa

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO A PESSOA IDOSA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO E TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO

**Pesquisador:** Larissa Chaves Pedreira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 87976818.8.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.699.510

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto matriz coordenado pelas Profas Larissa Chaves Pedreira e Juliana Bezerra do Amaral. É uma pesquisa do tipo quantitativa e qualitativa, observacional e descritiva que tem por objetivo principal investigar como estão sendo prestados os cuidados de enfermagem a pessoa idosa durante a sua hospitalização e na transição hospital-domicílio. A pesquisa será realizada em dois ambientes distintos: em uma instituição hospitalar pública e no domicílio de pessoas idosas que estiveram hospitalizadas, na cidade de Salvador-BA. Os participantes da pesquisa serão os enfermeiros que trabalham na gestão e na assistência de pessoas idosas hospitalizadas; e os idosos que estiveram internados em UTI e tiveram alta hospitalar para o domicílio. Quanto a participação de pessoas idosas, serão incluídas aquelas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que estiveram internadas na UTI e saíram de alta para o domicílio. As unidades lócus serão visitadas duas vezes por semana pela equipe de pesquisa. Esta fará a consulta nos prontuários, para preenchimento dos instrumentos de coleta, utilizando a ficha de cadastro e os instrumentos de enfermagem. A parte qualitativa será analisada mediante a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin e para a análise quantitativa, serão analisados a partir de frequência simples.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Continuação do Parecer: 2.699.510

- Investigar como são realizados os cuidados prestados pela equipe de enfermagem a pessoa idosa em situação crítica de saúde, durante a hospitalização e na transição hospital-domicílio.

Objetivos específicos:

- A) Caracterizar as pessoas idosas hospitalizadas em relação aos aspectos sócio demográficos e de saúde;
- B) Caracterizar os enfermeiros que atuam no cuidado de pessoas idosas hospitalizadas;
- C) Levantar os cuidados de enfermagem aplicados a essas pessoas e seus familiares/ cuidadores, durante a sua hospitalização, em relação aos cuidados com a pele e a cavidade bucal, com a mobilidade, com a manutenção da continência, da autonomia e da cognição;
- D) Conhecer as estratégias adotadas pelos profissionais para inclusão da família no cuidado ao idoso hospitalizado.
- E) Conhecer os cuidados prestados pelos enfermeiros a pessoa idosa no momento da transição hospital –domicílio.
- F) Conhecer os cuidados prestados pelos enfermeiros para a reabilitação da pessoa idosa.
- G) Conhecer as facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a prestação desses cuidados.
- H) Conhecer a adaptação do idoso no domicílio, após internamento na UTI e alta hospitalar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

"A pesquisa se classifica como risco mínimo. Será ressaltado aos colaboradores da pesquisa, que as entrevistas podem gerar alguns constrangimentos ou durante esta etapa lembrar situações que estes não gostariam, e caso isso ocorra, as pesquisadoras estarão disponíveis para oferta de apoio profissional se necessário. De acordo com as leis brasileiras, o colaborador terá direito a indenização, caso seja prejudicado por esta pesquisa. Caso não queira participar, ou desistir durante o curso da entrevista, a vontade deste será respeitada".

Benefícios:

"Os benefícios serão grandes, tanto para os profissionais de enfermagem como para as pessoas idosas hospitalizadas e seus familiares. Acredita-se que o conhecimento produzido poderá proporcionar maior visibilidade e vigilância a população idosa hospitalizada, oferecendo conhecimento e reflexões sobre as demandas de cuidado dessas pessoas, para uma melhor atenção da equipe de enfermagem, e intervenções futuras."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é inovador, factível, atual e trará inúmeras contribuições para melhoria do cuidado

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar		CEP: 41.110-060
Bairro: Canela	Município: SALVADOR	
UF: BA	Telefone: (71)3283-7615	Fax: (71)3283-7615
		E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA**



Continuação do Parecer: 2.699.510

prestado às pessoas longevas hospitalizadas e seu retorno ao domicílio.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi apresentada toda documentação exigida pela Plataforma Brasil e em consonância com os preceitos éticos e bioéticos emanados nas Resoluções 466/12 e 510/16.

**Recomendações:**

Atendida as recomendações solicitadas no parecer consubstanciado nº 2.672.323 (explicitado no TCLE os detalhes para operacionalização da coleta de dados no domicílio, para atender ao proposto no objetivo H, bem como acrescentado na brochura do projeto a descrição dos riscos conforme disposto na Resolução 466/12).

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

Opino pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Colegiado homologa parecer de aprovação emitido pelo relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1085247.pdf	04/06/2018 08:38:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMODIFICADO.pdf	04/06/2018 08:32:28	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2REFEITO.pdf	04/06/2018 08:31:53	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	cartaaorelator.pdf	04/06/2018 08:29:32	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	cronogramarevisado.pdf	19/04/2018 11:07:06	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	justificativadetermodeconcessao.pdf	19/04/2018 11:05:18	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	15apendices.pdf	18/04/2018 21:56:21	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	12brochuraprojetocompleto.pdf	18/04/2018 21:54:32	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Instituição e	4termoresponsabilidadeenf.pdf	18/04/2018 21:53:38	Larissa Chaves Pedreira	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA**



Continuação do Parecer: 2.699.510

Infraestrutura	4termoresponsabilidadeenf.pdf	18/04/2018 21:53:38	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3anuenciaservicogestaocuidado.pdf	18/04/2018 21:53:25	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2anuenciaservicoenfermagem.pdf	18/04/2018 21:53:07	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	1anuenciasuperintendente.pdf	18/04/2018 21:52:49	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13tcleenfermeira.pdf	18/04/2018 21:31:23	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	11termoconcordanciaprojeto.pdf	18/04/2018 21:30:28	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Cronograma	10cronograma.pdf	18/04/2018 21:30:08	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Orçamento	9orcamento.pdf	18/04/2018 21:29:57	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	8anuenciacamposolicitacao.pdf	18/04/2018 21:29:45	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7declaracaodeiniciodeprojeto.pdf	18/04/2018 21:29:32	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Folha de Rosto	6folhaderosto.pdf	18/04/2018 21:29:07	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5compromissopesqcoletaemarquivo.pdf	18/04/2018 21:28:12	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4CONFIDENCIALIDADE.pdf	18/04/2018 21:27:59	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	3concordanciacomdesenvolvimentopesqresponsavel.pdf	18/04/2018 21:27:46	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2termoproponente.pdf	18/04/2018 21:27:25	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1compromissopesqresponsavel.pdf	18/04/2018 21:26:37	Larissa Chaves Pedreira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.699.510

SALVADOR, 07 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Daniela Gomes dos Santos Biscarde**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **Município:** SALVADOR **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br