



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 01, pp. 53650-53655, January, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23843.01.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Fabiana Amaral Longhi¹; Suellen Karina de Oliveira Giroti²; Alicia Tamanini Dorigon²; Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad²; Lígia Carreira¹ and Mara Solange Gomes Dellarozza²

¹Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Paraná, Brasil; ²Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, Paraná, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th October, 2021

Received in revised form

20th November, 2021

Accepted 19th December, 2021

Published online 30th January, 2022

Key Words:

Delirium; Idoso; Equipe de enfermagem; Percepção; Conhecimento.

*Corresponding author: Fabiana

ABSTRACT

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

Copyright © 2022, Fabiana. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Fabiana. “Delirium no idoso hospitalizado: conhecimento da equipe de enfermagem”, *International Journal of Development Research*, 12, (01), 53650-53655.

INTRODUCTION

O aumento significativo do número de pessoas idosas é realidade em muitos países, inclusive no Brasil, onde constitui o segmento que mais tem crescido, ultrapassando hoje 30 milhões na população geral (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2020). É sabido que o envelhecimento pode ocorrer em simultaneidade com doenças e com a necessidade de uso frequente de serviços de saúde. Não é incomum a hospitalização provocar a ocorrência de delirium, cuja prevalência em idosos pode chegar a 20% no momento da admissão hospitalar e ir aumentando essa porcentagem no decorrer da internação incluindo um total de 108 enfermarias, identificou o delirium em 22% dos pacientes com idade média de 75 anos (Belleli *et al.*, 2016). Delirium é definido como um distúrbio de atenção, percepção, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoção e alterações do sono-vigília (Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 2018). Investigar o delirium propicia uma janela para observar a ligação entre a fisiopatologia do cérebro e as manifestações comportamentais, que podem ter consequências mais amplas para outros distúrbios neurológicos e psiquiátricos, por isso é essencial uma avaliação clínica inicial (Chagas, Borges & Chagas, 2016). O quadro de delirium no idoso hospitalizado é uma combinação de muitos fatores, todavia um deles já basta para desencadear o transtorno, por isso abordagens amplas como forma de

prevenção são importantes para um tratamento adequado e precoce (Marcantonio, 2017). O reconhecimento precoce dos fatores de risco associados ao delirium e seus sinais e sintomas ainda é a estratégia de controle mais eficaz (Oliveira *et al.*, 2020). O delirium é subestimado, ou seja, nem sempre é reconhecido, por isso deve ser avaliado de forma efetiva e precisa, para se puder distingui-lo de algumas síndromes psiquiátricas, como depressão e outras (Marcantonio, 2017). O idoso hospitalizado não desenvolve depressão rapidamente, porém os sintomas do delirium hipoativo, um subtipo do distúrbio, podem confundir-se com o quadro depressivo, portanto é fundamental uma avaliação de diagnóstico inicial de forma adequada. A ferramenta mais eficaz na identificação do delirium é o Método de Avaliação de Confusão, pois pode auxiliar a equipe de saúde desde a admissão e durante a internação do idoso; Traduzido para mais de 20 idiomas, é usado em todo o mundo. Referido método constitui-se de duas fases: a primeira se compõe de uma entrevista semiestruturada em que avalia nove sintomas de delirium: início agudo, desatenção, pensamento desorganizado, alteração do nível de consciência, desorientação, perda de memória, percepção prejudicada, agitação ou retardo psicomotor e ciclo sono-vigília perturbado. A segunda fase baseia-se num algoritmo de diagnóstico, em que são avaliados o início agudo e episódios flutuantes, desatenção, pensamento incoerente e alteração do nível de consciência (Marcantonio, 2017; Oliveira *et al.*, 2020; Tobar, & Alvarez, 2020). Um teste-piloto

realizado por estudantes de Medicina e Psicologia em uma população idosa, esclarece que o tratamento de forma não farmacológica, adotado pela equipe de saúde com objetivo de prevenir os fatores de risco associados podendo reduzir a necessidade do uso de medicação e o tempo de internação do idoso (Gorki *et al.*, 2017). A prevenção é uma ação positiva e totalmente sem custo e, uma vez que a equipe de enfermagem passa a maior parte de seu tempo próximo do paciente, pode atuar de forma significativa na identificação precoce através de instrumentos validados, reconhecendo os sinais e sintomas que podem agravar e levar ao quadro de delirium. Para conseguir intervir com estratégias futuras a partir da realidade encontrada, busca responder a seguinte questão de pesquisa: Qual o conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade clínica acerca do delirium em idosos hospitalizados?

Saber identificar o delirium é muito importante para garantir assistência adequada e assim reduzir impactos negativos sobre a saúde do idoso. Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o delirium no idoso hospitalizado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa com abordagem qualitativa (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2016) do tipo descritivo e exploratório, onde o referencial teórico utilizado para a discussão foi embasado nas evidências científicas sobre a temática. O local ocorreu em uma unidade clínica de um hospital público na Região Sul do Brasil, referência de atendimento para a população de 250 cidades do estado do Paraná e de mais 100 cidades de estados próximos. Os participantes da pesquisa foram 28 profissionais de enfermagem, sendo eles enfermeiros e técnicos em enfermagem, selecionados de forma intencional, tipo bola de neve. Adotou-se como critério de inclusão exercer as funções diretamente ligadas à assistência de enfermagem por, no mínimo, seis meses; como critério de exclusão, encontrar-se em férias no período da coleta de dados, afastamento por motivo de doença e qualquer tipo de licença. A pesquisa utilizou o critério de saturação dos dados, visto que as respostas começaram a se repetir para os profissionais técnicos em enfermagem. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2019, enviou-se por e-mail uma carta-convite sobre o projeto de pesquisa à coordenadora da unidade e a cada enfermeira responsável pelos diferentes turnos. Após ciência e concordância das chefes enfermeiras, informou-se às equipes de enfermagem que iniciassem o agendamento por meio de entrevista, previamente agendadas. Fez-se uma primeira abordagem de coleta de dados com a equipe, objetivando o levantamento do perfil sociodemográfico (idade, gênero, formação), logo após se realizou a entrevista semiestruturada de forma individual, o que ocorreu em uma sala reservada na própria unidade de trabalho, conforme a disponibilidade dos participantes, com duração média de 30 minutos, partindo das seguintes perguntas abertas: 1- Fale o que lhe vem à mente quando pensa em um idoso com quadro de delirium. 2- Você, como integrante da equipe de enfermagem, diante de um idoso em delirium, como percebe seu papel? 3- No contexto do seu setor ou unidade, com quem você contaria para ajudá-lo(a) no controle do delirium? 4- Fale-me sobre sua percepção quanto à sua capacidade técnica de cuidar de um idoso com quadro de delirium. Todos os dados foram obtidos pela própria pesquisadora, gravados digitalmente com gravador Sony ICD-PX470 associado ao telefone móvel, com posterior transcrição na íntegra, manualmente, utilizando-se o Microsoft Word, corrigidos de acordo com as normas ortográficas, sem perder a essência das falas. Empregaram-se as siglas “Enf.” e “Téc.” seguidas da sequência numérica da entrevista e das iniciais do turno de trabalho, manhã “M”, tarde “T” ou noite “N”, mantendo-se o anonimato dos entrevistados.

A organização dos dados seguiu os critérios de técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016), com três etapas: pré-análise, exploração e inferência. Na primeira etapa, objetivou-se leitura flutuante e organização do material. Na segunda, explorou-se o material, transformando os dados brutos, após a leitura, em conteúdos

representativos, formando as unidades de registros; na última etapa, ocorreu a interpretação do material, formando-se as categorias temáticas. Como suporte para as análises das entrevistas foi utilizado o software NVivo (QSR International, 2020), que possui capacidade de fazer análises de dados em grande escala a partir de arquivos de textos, PDF, áudio, entre outros tipos de documentos. Esse software apresenta, como saída de dados, relatórios do tipo textuais, numéricos e visuais (gráficos, esquemas, mapas, entre outros e também possibilita a organização e o gerenciamento do material analisado (Jackson & Bazeley, 2019). Seguiu as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer n.º 3.141.954/2019 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 28 participantes entrevistados da equipe de enfermagem, a maioria era do sexo feminino (64,3%), faixa etária média de 43 anos. Em relação à contratação, destacou-se o vínculo chamamento público (57,1%), em que se contrata por hora para as atividades. Verificou-se a frequência de codificações geradas pelo software NVivo em função dos atributos dos entrevistados. Na Tabela 1, optou-se por referências cruzadas, que possibilitaram verificar o caso em que, por exemplo, não se soube informar as possíveis causas do delirium. Os discursos dos participantes fizeram emergir duas categorias temáticas, a saber: Conhecimentos expressos pela equipe de enfermagem sobre o Delirium; Limitações no reconhecimento do delirium e intervenções/ações de cuidado da equipe de enfermagem.

Conhecimentos expressos pela equipe sobre o delirium: Considerando a importância de se identificar o conhecimento da equipe de enfermagem frente ao delirium no idoso hospitalizado, analisou-se as considerações corretas dos participantes acerca desta temática. Identificou-se o delirium pela ocorrência de confusão mental e por meio de manifestações identificadas no idoso, como agitação, agressividade, desorientação:

“Um idoso confuso, agitado, que precisa de alguém sempre perto, para o estar auxiliando. Desorientado, agressivo.” (Enf.02M)

“Apresenta confusão, você não pode deixá-lo só; ele vai pensar coisa, vai fazer coisa, porque ele não sabe o que está fazendo, ele pode até cometer suicídio.” (Téc.02T)

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

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

“Tempo de internação, muito tempo no mesmo lugar, não se locomover.” (Enf.01M)

“Durante o dia, eles falam que o paciente estava tranquilo, que não delirou, estava orientado, e eu noto que, à noite, o delírium começa. Eu não sei se é que eu noto, muito tempo de internação, que eles começam a perder a noção de tempo e orientação de espaço. Às vezes também quando está com começo de alguma infecção.” (Téc.17N)

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

“Dor, febre, Alzheimer, da mente da gente mesmo, que nossa mente é igual uma máquina, às vezes vai funcionando menos.” (Téc.07T)

Tabela 1. Distribuição das categorias em função do gênero e tipo de formação dos entrevistados. Londrina, PR, Brasil, 2019

Codificações sobre delirium	Masculino (n=10)		Feminino (n=18)		Total (n=28)
	Técnico em enfermagem (8)	Enfermeiro (2)	Técnico em enfermagem (15)	Enfermeiro (3)	
Autopercepção da capacidade técnica	5	1	7	2	15
Causas	8	2	14	3	27
Não soube informar causas	0	0	1	0	1
Consequências	4	2	14	2	22
Não soube informar consequências	2	0	1	0	3
Sinais e sintomas	8	2	15	3	28
Total	8	2	15	3	28

"(...) Delirium? Eu penso em Alzheimer. Assim, parece que eles ficam meio confuso, eles esquecem as coisas." (Téc.07T)

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

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

"Pegar um foco infeccioso, mais ou menos isso, não sei explicar muito bem. Pode ser que a infecção não melhore." (Enf.01M)

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

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

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

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

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

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

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

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

Limitações no reconhecimento do delirium e intervenções/ações de cuidado da equipe de enfermagem: Ao analisar as respostas da equipe de enfermagem sobre o desenvolvimento do delirium no idoso hospitalizado, os entrevistados, em sua totalidade, quando questionados sobre o conhecimento do instrumento Método de Avaliação de Confusão, para o diagnóstico do delirium no idoso, responderam "não" ter conhecimento, sem saber, assim, identificar o que seria o instrumento e de que forma utilizá-lo. O delirium é uma síndrome que requer que o paciente hospitalizado passe por constante avaliação; é importante as instituições utilizarem instrumentos de avaliação para o diagnóstico inicial.

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

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

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

O quadro de delirium no idoso hospitalizado foi associado ao delirium tremens, ocasionado pela abstinência alcoólica, demonstrando falta de atualização profissional em relação ao delirium no idoso, a causas precipitantes ou predisponentes:

"A maioria já tem um quadro de alcoolismo, porque psiquiatria, assim, tenho pouco conhecimento." (Téc.06N)

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

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

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

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

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

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

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

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

"O meu papel, que pertence a mim, é, assim, tomar os cuidados para evitar quedas, como já falei para você, por isso faço restrição; eu restrinjo mesmo! Muitas vezes a família fala: Eu

não quero que restrinja! Porque o familiar estando junto, ele não quer.” (Téc.06N)

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

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

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

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

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

“Eu penso que poderia ser melhor através de atualização, cursos, treinamentos. Ainda ontem comentei com a chefe em ter cursos, tipo treinamento. De vez em quando aparece, mais reciclagem.” (Téc.10T)

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

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

“Eu acredito que não tem. Nós, profissionais, não temos como. Porque, no meu ponto de vista, não é científico.” (Enf.04T)

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

ao idoso com quadro de delirium e sobre os cuidados necessários para este paciente. Daí deriva a relevância desta pesquisa para conhecer a percepção dos profissionais sobre o quadro de delirium no idoso hospitalizado e a importância de as instituições desenvolverem protocolos para uma assistência segura frente a esta síndrome. Nota-se a dificuldade da equipe em expressar como seria um idoso com sintomas do distúrbio, o que pode ocasionar falha na sua identificação, dificultando a atuação de forma preventiva a fim de evitar um desfecho negativo ao idoso hospitalizado. Verificou-se pelo conteúdo das falas que a equipe associa os sintomas de agitação e confusão mental descritos por eles como sendo quadro de delirium. A incidência de delirium em pacientes idosos hospitalizados é alta e seu diagnóstico é sempre insatisfatório (Maciel *et al.*, 2021). Ressalta-se a importância da inclusão de uma avaliação sistemática do idoso pela equipe de enfermagem que saiba identificar precocemente sintomas flutuantes ao longo do dia, comprometimento do nível de atenção e alteração da fala. Há uma ineficiência no reconhecimento do delirium por parte da equipe de enfermagem. O conhecimento individualizado do idoso no momento da internação ajudará o diferencial no diagnóstico (Oh *et al.*, 2017). É possível realizar a identificação do delirium através de uma pequena avaliação clínica feita no leito do idoso hospitalizado (Oh *et al.*, 2017). Porém quase nunca é identificado de forma adequada, ainda que requeira apenas uma breve triagem e observação quanto à cognição do idoso hospitalizado. Grande parte dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente consideram o delirium uma ocorrência comum. Sabe-se que essa síndrome pode gerar sérios riscos para o idoso e que frequentemente é possível evitá-la. Já no início da internação, alguns sintomas da linha de base do estado mental do idoso podem ajudar a diferenciar de outras condições clínicas, como, por exemplo, a desatenção: muito comum no delirium, mas só ocorre em estágios mais avançados de demência. Também a alteração repentina no nível de consciência é fortemente relacionada ao quadro de delirium, sendo incomum na demência e sintomas de depressão (Oh *et al.*, 2017).

Nos serviços de saúde, o delirium pode demandar altos custos, por requerer maior tempo de enfermagem e de internação, por isso a importância de uma avaliação precisa por meio de uma identificação correta, para não relacionar sintomas de delirium com possíveis demências existentes na admissão do idoso. Demência é definindo como declínio progressivo da memória interferindo nas atividades do dia a dia do idoso (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA, 2018). O nível de atenção de forma flutuante acompanha o quadro de delirium. (Marcantonio, 2017). A equipe apresenta insegurança quanto à identificação precoce dos fatores de risco. Esses fatores são de dois tipos: os predisponentes, relacionados ao próprio paciente, e os precipitantes, relacionados à internação do paciente, os quais desencadeiam o quadro de delirium (Marcantonio, 2017). Os fatores predisponentes ligam-se ao momento de internação do idoso — algo fundamental para a prevenção precoce — e podem contribuir para o desenvolvimento do delirium, quadros já instalados de depressão, comorbidades, idade avançada, dor crônica e uso de medicação. Já os fatores associados à própria internação, definidos como precipitantes, incluem sedativos, longo tempo de internação, quadros de infecções, uso de contenção (Marcantonio, 2017). A identificação precoce do delirium é fundamental, pois fatores predisponentes precisam de apenas um pequeno gatilho para desencadear a síndrome. O delirium hipoativo não apareceu nos depoimentos, o que causa preocupação, por ser de alta incidência na população idosa. Este subtipo apresenta-se na fala esparsa, movimentos lentos, olhar fixo ou apatia, o que, na maioria das vezes, passa despercebido diante da equipe, é subdiagnosticado, portanto, com pouca possibilidade de tratamento (Oh *et al.*, 2017). Não raro o quadro é confundido, em alguns casos, com depressão ou demência, o que causa maior preocupação, porque na maioria das falas o delirium hipoativo não é citado pela equipe. A depressão pode ser um fator predisponente, ou seja, acompanha o idoso no momento de sua internação (Maciel *et al.*, 2021).

É importante a equipe estar interligada e saber identificar os fatores que podem desencadear o delirium, já que muitos deles são modificáveis e passíveis de tratamento eficaz (Bellelli *et al.*, 2016), como: providenciar a iluminação do ambiente associado ao uso de

óculos de grau para melhorar a deficiência visual; estimular a mobilidade quando possível, para evitar comprometimento funcional; evitar o uso das restrições físicas, que podem colaborar para a persistência do quadro de delirium, incentivar a presença do acompanhante, manter o ciclo sono vigília de acordo com a rotina do paciente. A equipe de enfermagem precisa constantemente considerar suas práticas, identificar problemas reais e informar aos gestores as dificuldades encontradas no manejo do idoso com quadro de delirium, buscando, através da educação permanente, capacitação para conseguir alternativas de melhoria sobre a realidade vivida (Faustino *et al.*, 2016). Intervenções não farmacológicas são eficazes na prevenção do delirium e estão ligadas diretamente a ações preventivas da equipe de enfermagem focando nos fatores de risco, como imobilidade, deficiência visual ou auditiva, desidratação, privação do sono (Faustino *et al.*, 2016). As ações de enfermagem relativas ao ambiente hospitalar podem dificultar ou mesmo impedir o desenvolvimento do delirium. A equipe envolver-se com a temática, com ações de prevenção baseadas na literatura científica, ajuda o profissional a promover a esse idoso uma assistência digna, reduzindo possíveis riscos ocasionados pela síndrome. Ações não farmacológicas ligadas diretamente aos fatores de risco podem reduzir significativamente o tempo de internação do idoso durante sua hospitalização (Avelino-Silva *et al.*, 2018; Ludolph *et al.*, 2020). Para prevenir o delirium incidente, que surge durante a hospitalização, é recomendável avaliação inicial precoce e cuidados personalizados, incluindo estimulação cognitiva, prevenção da desidratação, promoção de bons padrões de sono, suporte nutricional e mobilização precoce (Siddiqi *et al.*, 2016). Também incluem abordagem multidisciplinar: além da equipe médica, recomendam atuação da fisioterapia, terapia ocupacional e serviço social no controle do delirium. Destaca a importância de as instituições promoverem a atuação de equipes de diversas áreas da saúde no manejo do paciente com quadro de delirium para uma redução significativa em sua incidência evitando altos custos hospitalares (Faustino *et al.*, 2016; Pezzullo *et al.*, 2019). Os resultados indicam elevada taxa de contratação da equipe de enfermagem pela modalidade por hora, uma vez que se trata de hospital universitário, onde a maior parte das contratações se faz por vínculo de chamamento público. Esse regime de contrato pode causar maior rotatividade na equipe e ausência de continuidade na assistência. As equipes frequentemente eram diferentes, e parte delas encontrava-se na escala noturna ou realizando horas extras em outros turnos. Muitos estavam em vários turnos durante sua jornada de trabalho para garantir a assistência em razão da falta de profissionais na instituição, fato que permite relativizar o maior número de entrevistados do período noturno no momento da entrevista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

REFERÊNCIAS

- Avelino-Silva, T. J., Campora, F., Curiati, J. A. E., Jacob-Filho, W. (2018). Prognostic effects of delirium motor subtypes in hospitalized older adults: a prospective cohort study. *PLoS One* 13(1), e0191092. Recuperado em 30 abril, 2021, de: doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191092>
- Bardin, L. (2016.) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bellelli, G., Morandi, A., Santo, S. G., Mazzone, A., Cherubini, A., & Mossello E. (2016). "Delirium day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Medicine*, 14(1), 106. Recuperado em 30 abril, 2021, de: <https://bmccommons.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-016-0649-8.pdf>
- Chagas, N. M. S., Borges, D. G. S., & Chagas, M. H. N. (2016). Delirium como fator de risco para demência em idosos: uma atualização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 94-98. Recuperado em 30 abril, 2021, de: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000109>
- Faustino, T. N., Pedreira, L. C., Freitas, Y. S., Silva, R. M. O., & Amaral, J. B. (2016). Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4):678-685. Recuperado em 10 de junho, 2021 de: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166904161>
- Faustino, T.N., Pedreira, L. C., Rosana, M. O. S., & Freitas, S. Y. (2016). Conhecimento e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(3), 1-10. Recuperado em 30 abril, 2021, de: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15794/pdf_61
- Gorski, S., Piotrowicz, K., Rewiuk, K., Halicka, M., Kalwak, M., & Rybak, P. (2017). Nonpharmacological interventions targeted at delirium risk factors, delivered by trained volunteers (medical and psychology students), reduced need for antipsychotic medications and the length of hospital stay in aged patients admitted to an acute internal medicine ward: pilot study. *BioMed Research International*, 2017,1297164. Recuperado em 30 abril, 2021, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5259647/pdf/BMRI2017-1297164.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2020). Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060. Recuperado em 21 junho, 2021, de: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.
- Jackson, K., & Bazeley, P. *Qualitative data analysis with NVivo*. (2019). Londres: SAGE Publications.
- Ludolph, P., Stoffers-Winterling, J., Kunzler, A.M., Rösch, R., Geschke, K., & Vahl C. F. (2020). Non-pharmacologic multicomponent interventions preventing delirium in hospitalized people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8), 1864-1871. Recuperado em 30 abril, 2021, de: <https://agjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.16565>
- Maciel, M. C., Niwa, L. M. S., Ciosak, S. I., & Najas, M. S. (2021). Fatores precipitantes de delirium em pacientes idosos hospitalizados. *Revista de Divulgação Sena Aires*, 10(1), 117-126. Recuperado em 10 junho, 2021, de: doi: <https://doi.org/10.36239/revista.v10.n1.p117a126>
- Marcantonio, E. R. Delirium in hospitalized older adults. (2017). *The New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456-1466. Recuperado em 30 abril, 2021, de: doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMcpl605501>
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., Gomes, R. (2016). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Oh, E. S., Fong, T. G., & Hshieh, T. T., & Inouye, S. K. (2017). Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *Journal of the American Medical Association*, 318(12),1161-1174. Recuperado em 30 abril, 2021, de: doi: <https://doi.org/10.5902/217976923877810.1001/jama.2017.12067>
- Oliveira, K. P., Picanço, C. M., Oliveira, A. R., Assis, Y. I. S., Souza, A. C. F., & Ribeiro, A. G. (2020). Strategies used by nurses to minimize the occurrence of delirium in critically ill patients. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10(e2), 1-18. Recuperado em 30 abril, 2021, de: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/38778/pdf>
- Pezzullo, L., Streatfeild, J., Hickson, J, Teodorczuk, A., Agar, M. R., Caplan, G. A. (2019). Economic impact of delirium in Australia: a costs of illness study. *BMJ Open*. 9(9), e027514. Recuperado em 30 abril, 2021, de: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/9/e027514.full.pdf>
- Qsr International. NVivo for Windows 11. (2020). Recuperado em 30 abril, 2021, de: <http://www.qsrinternational.com/nvivo-product>

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. (2018). Linha guia da saúde do idoso. Recuperado em 10 junho, 2021, de: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf

Siddiqi, N., Harrison, J. K., Clegg, A., Teale, E. A., Young, J., & Taylor, J. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:CD005563. Recuperado em 30 abril, 2021, de: doi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005563.pub3/full>

Tobar, E., Alvarez, E. (2020). Delirium in elderly hospitalized patients. *Revista Medica Clinica de las Condes*, 31(1), 28-35. Recuperado em 30 abril, 2021, de: doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.008>
