

Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa

Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention

Prevención y monitorización del delirium en personas mayores: intervención educativa

Tássia Nery Faustino¹, Larissa Chaves Pedreira¹, Yasmin Seixas de Freitas¹,
Rosana Maria de Oliveira Silva¹, Juliana Bezerra do Amaral¹

¹ Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Salvador -BA, Brasil.

¹¹ Universidade do Estado da Bahia, Curso Bacharelado em Enfermagem. Salvador-BA, Brasil.

Como citar este artigo:

Faustino TN, Pedreira LC, Freitas YS, Silva RMO, Amaral JB. Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(4):678-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i>

Submissão: 23-07-2015

Aprovação: 11-04-2016

RESUMO

Objetivo: realizar uma intervenção educativa com membros da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI), com vistas a ampliar o conhecimento e introduzir melhorias nas suas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos. **Método:** pesquisa-ação em que foram realizadas oficinas com onze enfermeiras e uma técnica em enfermagem de uma UTI de Salvador, Bahia-Brasil. **Resultados:** dez problemas relacionados a práticas de enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* foram identificados. Planejaram-se ações de caráter educativo, prático, técnico e gerencial, envolvendo a articulação intersetorial para o equacionamento desses problemas. O grupo relatou mudanças significativas nas práticas, com a implementação de medidas não farmacológicas para prevenção e gestão do quadro. **Conclusão:** a intervenção educativa contribuiu para a melhoria nas práticas da enfermagem da UTI pesquisada, assim como favoreceu o desenvolvimento da consciência crítica acerca da problemática levantada, possibilitando a revisão permanente do cuidado ofertado.

Descritores: Delirium; Demência; Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos; Idoso; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to conduct an educational intervention with the nursing team members of an intensive care unit (ICU), aiming to increase knowledge and to introduce improvements in their practices regarding prevention and monitoring of delirium in older patients. **Method:** this is an action research, in which workshops were conducted with eleven nurses and a nursing technician from an ICU unit in Salvador, Bahia, Brazil. **Results:** ten problems regarding nursing practices for prevention and monitoring of delirium were identified. Educational, practical, technical, and managerial actions were planned, involving cross-sector connections for planning ways to solve these problems. The groups reported significant changes in the practices, with the implementation of drug-free measures for preventing and managing the situation. **Conclusion:** the educational intervention contributed to improve the nursing practices in the ICU unit studied, and it also favored the development of critical thinking about the problems mentioned, thus enabling permanent review of offered treatments.

Descriptors: Delirium; Dementia; Amnesic Disorder, and Other Cognitive Disorders; Older adults; Nursing Team.

RESUMEN

Objetivo: realizar intervención educativa en un personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos (UCI), con el objetivo de ampliarles conocimiento e introducirles mejoras en sus prácticas de prevención y monitorización del *delirium* al tener a las personas mayores como pacientes. **Método:** investigación-acción en la que se llevaron a cabo talleres con 11 enfermeras y 1 técnica de enfermería de una UCI de Salvador de Bahía. **Resultados:** se identificaron diez problemas relacionados a las prácticas de enfermería en la prevención y monitorización del *delirium*. Se planearon acciones educativas, prácticas, técnicas y de gestión, que implican la articulación intersectorial en la resolución de los problemas. El grupo señaló cambios significativos en las prácticas, con la implementación de medidas no farmacológicas para prevenir y gestionar el cuadro clínico. **Conclusión:** la intervención educativa contribuyó a la mejora de las prácticas de enfermería en la UCI investigada, así como

le permitió desarrollar al personal la consciencia crítica sobre el problema, lo que les posibilita una revisión permanente del cuidado prestado.

Descritores: Delirium; Demencia; Trastorno Amnésico y Otros Trastornos Cognitivos; Personas Mayores; Personal de Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Tássia Nery Faustino

E-mail: tassiafaustino@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Definido como uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição, o *delirium* é considerado o distúrbio neurocomportamental mais frequente em idosos hospitalizados, podendo acometer de 56% a 72% daqueles internados em unidade de terapia intensiva (UTI)⁽¹⁻²⁾. A sua relevância resulta não apenas da expressiva incidência/prevalência nesses indivíduos, mas também do seu impacto na morbimortalidade, elevação de custos hospitalares, risco de demência e institucionalização pós-alta hospitalar⁽³⁻⁴⁾.

Em relação às manifestações clínicas, os pacientes em *delirium* podem apresentar distúrbios do ciclo sono-vigília, alterações emocionais, perda da memória (principalmente a recente), ilusões, interpretações errôneas e incapacidade de colaborar. A flutuação do quadro ocorre ao longo do dia, geralmente com exacerbação dos sinais no fim da tarde e período noturno, quando há redução dos estímulos de orientação. Em virtude dessa variedade de sinais clínicos, essa disfunção é classificada, de acordo com o nível de atividade psicomotora, entre os tipos hipoativo, hiperativo ou misto⁽⁵⁾.

No que se refere às complicações a curto prazo relacionadas à disfunção, estudos comprovaram a associação do *delirium* com elevados índices de queda, remoção de dispositivos (tubos e cateteres) e surgimento de lesões, como as autoprovocadas e úlceras por pressão⁽⁶⁻⁸⁾. Consequentemente, uma vez identificado precocemente que o idoso se encontra em *delirium*, deve haver uma vigilância ainda maior por parte da equipe, e ações para redução da duração do quadro precisam ser implementadas.

A equipe de enfermagem, em seu processo de trabalho, assume importante papel nesse cenário, pois as estratégias para evitar a ocorrência e duração do *delirium*^(2,9) estão intimamente direcionadas à assistência prestada por essa categoria profissional, por desenvolver cuidados à beira do leito e em horário integral aos pacientes críticos.

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

Assim, dada a pertinência deste assunto, acredita-se que para promover a transformação efetiva nas práticas da enfermagem para prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico é necessário ir além de uma pontual e isolada capacitação sobre a temática. É imprescindível realizar uma intervenção em que enfermeiras e técnicas em enfermagem sejam estimuladas a repensar sua prática, identificando problemas reais e buscando alternativas para melhoria do cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com esse quadro, por meio da articulação das atuais evidências científicas com os seus saberes prévios.

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) revela-se uma opção, por estar integrada ao cotidiano das organizações e do trabalho, de modo que o profissional é visto como protagonista das alterações desejadas⁽¹⁰⁾. Por meio da problematização das práticas e da busca de alternativas para sua transformação pelos sujeitos diretamente implicados, a EPS estimula, concomitantemente, a autoanálise, a autogestão e a tomada de decisão compartilhada, o que possibilita a proposição de soluções viáveis para mudança da realidade vivida e o desenvolvimento de uma atuação compromissada, qualificada e crítico-reflexiva⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Se houver a reflexão coletiva sobre as práticas e a aprendizagem significativa, é possível rever processos de trabalho, implicar sujeitos e desenvolver a consciência crítica necessária para o alcance das transformações⁽¹⁰⁻¹¹⁾ no cuidado para prevenção e monitorização do *delirium*, de forma a garantir melhores resultados para o idoso assistido.

Diante desse contexto, objetivou-se neste estudo: realizar uma intervenção educativa com membros da equipe de enfermagem de uma UTI, com vistas a ampliar o conhecimento e introduzir melhorias nas suas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* nos pacientes idosos.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação (PA), caracterizada como estratégia metodológica “associada a diversas formas de ação coletiva que é orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação”⁽¹²⁾. Na fase do diagnóstico situacional⁽¹²⁾, fez-se o levantamento da realidade a ser pesquisada por meio do conhecimento da unidade *locus* e da identificação dos principais problemas trazidos pela equipe de enfermagem. Na fase de planejamento das ações⁽¹²⁾ foram definidas ações que contribuiriam para a solução/equacionamento dos problemas detectados, assim como os seus objetivos e as profissionais que iriam executá-las. Os planos de ação estabelecidos deveriam ser executados (fase de execução das ações) pelas participantes logo após a sua indicação nesses encontros. Na última etapa, de avaliação, verificaram-se os resultados das ações no contexto em que a pesquisa foi desenvolvida⁽¹²⁾.

A intervenção educativa proposta consistiu na execução de oficinas pedagógicas em que membros da equipe de enfermagem, após exposição de evidências científicas atualizadas sobre a temática e reflexão sobre o cotidiano do seu trabalho, identificaram problemas na prática de prevenção e monitorização do *delirium*, planejaram ações para a sua resolução e avaliaram os resultados obtidos.

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em uma UTI geral de um hospital de ensino de Salvador, escolhida por apresentar prevalência

de *delirium* de 23,8% nos pacientes cirúrgicos e de 43,8% naqueles clínicos⁽¹³⁾. A escolha associou-se ainda à ausência de um programa para prevenção e detecção do quadro por meio de instrumentos validados.

Fonte de dados

Participaram do estudo onze enfermeiras e uma técnica em enfermagem. Constituíram critérios de inclusão: profissionais de enfermagem que atuassem na UTI *locus* e que comparecessem às oficinas pedagógicas.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados durante cinco oficinas, correspondentes às fases da PA e direcionadas por roteiro previamente elaborado, realizadas no período de janeiro a outubro de 2014. As falas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas em arquivo *Word*.

Nas oficinas pedagógicas foram apresentadas, por uma das pesquisadoras, evidências científicas sobre o *delirium* no idoso crítico, e distribuídos às participantes, antes de cada encontro, artigos e capítulos de livros sobre a temática para subsidiar as discussões. Essas ações possibilitaram instrumentalizar o grupo com aporte teórico atualizado para identificação dos problemas existentes nas práticas e planejamento das respectivas ações para a sua resolução.

Análise dos dados

Os resultados referentes aos problemas levantados e as ações determinadas pelo grupo foram sintetizados em frases/parágrafos e expostos em quadros. Todos os dados apresentados foram analisados com base em uma construção teórica acerca do *delirium* no idoso crítico e nas seguintes premissas da EPS: a problematização das práticas e a aprendizagem significativa⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Aspectos éticos

A pesquisa atendeu às recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do

Hospital Universitário Professor Edgar Santos. Optou-se por identificar as falas pelas letras E e T, para enfermeiras e técnicas de enfermagem, respectivamente.

RESULTADOS

Identificando problemas e planejando ações para resolvê-los/equacioná-los

Foram detectados coletivamente dez problemas, de diferente naturezas, passíveis de resolução/minimização pelo grupo: Falta de sensibilização da equipe em relação ao cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que curse com o quadro; Orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais; Comunicação insuficiente entre profissionais e familiares; Interrupção do sono dos pacientes no período noturno; Ruídos excessivos na unidade; Não utilização de escalas para detecção do *delirium* (Ordem Formativa/Técnica); Dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes; Luminosidade excessiva durante o período noturno (Ordem Estrutural); Material inadequado para a realização de contenção física (Ordem Material); Ausência de rotinas para permissão de uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária (Ordem Gerencial).

Após a fase de identificação dos problemas, iniciou-se o planejamento das ações para a sua resolução/minimização, consolidando o reconhecimento da possibilidade de mudança da prática. Todas as ações pactuadas foram determinadas consensualmente e as responsáveis por efetuar-las se autoindicaram; no entanto, todas as participantes foram direcionadas à execução de, no mínimo, uma dessas medidas. As ações voltadas para a resolução dos problemas envolvendo as práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso crítico no cenário do estudo estão expostas no quadro 1.

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

Quadro 1 – Quadro de ações pactuadas pelas participantes da pesquisa para resolução/equacionamento dos problemas relacionados às práticas de prevenção e monitorização do *delirium* no idoso em uma unidade de terapia intensiva, Salvador, Bahia, Brasil, 2014

Problemas detectados	Ações necessárias para solucioná-los/equacioná-los
Falta de sensibilização da equipe em relação ao cuidado ao idoso em risco para <i>delirium</i> ou que curse com o quadro.	Promover seminário sobre a temática; Convidar algum integrante do grupo de pesquisa para expor os dados coletados dos pacientes com <i>delirium</i> da UTI do estudo; Divulgar o seminário para a equipe de enfermagem: elaborar um cartaz informativo e promover informações orais.
Dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes.	Verificar a possibilidade de aquisição de mais três relógios para a unidade; Verificar com o serviço de engenharia e manutenção a possibilidade de instalação dos relógios nas paredes.
Orientação deficiente dos pacientes por parte dos profissionais.	Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância da orientação periódica do paciente: seminário; Incluir na prescrição de enfermagem os cuidados referentes à orientação periódica/estímulo à memória do paciente.

Continua

Quadro 1 (conclusão)

Problemas detectados	Ações necessárias para solucioná-los/equacioná-los
Comunicação insuficiente entre profissionais e familiares.	Informar/sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a importância da instrução da família sobre o quadro de <i>delirium</i> : seminário; Incluir na cartilha “Orientações para visitantes” informações sobre <i>delirium</i> : o que é e como prevenir; Elaborar um cartaz informativo sobre <i>delirium</i> : o que é; o que causa; como identificar; como prevenir.
Ausência de rotinas para permissão de uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária.	Informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de evitar privação sensorial: seminário; Instituir, como rotina, a flexibilização do uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária, conforme condição clínica; Verificar a disponibilidade de caixas plásticas para acondicionamento das próteses dentárias. Como segunda alternativa, utilizar sacos plásticos.
Material inadequado para a realização de contenção física.	Entrar em contato com o grupo responsável, a fim de verificar a possibilidade de adquirir contenções em número adequado para a unidade; Entrar em contato com a lavanderia para determinar a forma de controle (entrega e devolução) das contenções encaminhadas para lavagem; Orientar a equipe em relação ao uso e controle (entrega e devolução) das contenções.
Luminosidade excessiva durante o período noturno.	Verificar com a manutenção a possibilidade de separar o interruptor do posto de enfermagem daquele do corredor e a viabilidade de instalar um regulador de luminosidade no posto de enfermagem; Verificar com o setor de lavanderia/costura a possibilidade de confeccionar tapa-olhos.
Interrupção do sono dos pacientes no período noturno.	Elaborar cartaz informativo para informar/sensibilizar a equipe sobre a importância de evitar a interrupção do sono dos pacientes no período noturno; Verificar a aquisição de novos cabos de termômetro axilar com a engenharia clínica; Reforçar com a equipe de enfermagem a importância do ajuste dos medicamentos administrados via oral, subcutânea e colírios nos horários das 24h, 02h e 04h, conforme a condição clínica do paciente.
Ruídos excessivos na unidade.	Elaborar cartaz informativo para informar/sensibilizar a equipe sobre a importância da redução dos ruídos; Instituir a rotina de manter os celulares no modo vibratório durante o plantão; Verificar com o setor de compras a possibilidade de adquirir tampões auriculares.
Não utilização de escalas para detecção do <i>delirium</i> .	Estabelecer, como rotina, a descrição de alterações no estado mental do paciente na evolução/anotação de enfermagem; Treinar as enfermeiras <i>in loco</i> para aplicação da escala CAM-ICU; Estabelecer rotina de aplicação da CAM-ICU 1x por período (manhã, tarde e SN) e sempre que o paciente apresentar alterações agudas do estado mental.

Avaliando os resultados da intervenção educativa

Constatou-se, entre os dez problemas detectados, que apenas “ausência de rotinas para permissão do uso de aparelho auditivo, óculos e prótese dentária” e “dificuldade de visualização dos relógios por alguns pacientes” foram solucionados. Os demais foram minimizados, visto que as ações necessárias para a sua resolução são de alcance a médio/longo prazo, como a disponibilização de novas contenções pela lavanderia, tapa-olhos e tampões auriculares pelo setor de compras e cabos de termômetro axilar pela engenharia clínica, condutas que requerem a realização de processos licitatórios.

Apesar da não resolução da maior parte dos problemas identificados, os depoimentos revelaram que a intervenção educativa contribuiu para alterar a visão inicialmente superficial das participantes acerca da temática:

[...] as pessoas aqui não tinham muito contato com o tema delirium, o que despertou a gente na UTI foi justamente a pesquisa do coordenador! Mas a gente não sabia muito bem o que era, então a gente tinha vontade de saber e as oficinas conseguiram esclarecer pra gente [...] eu acho que tem melhorado e muito a nossa atenção depois do conhecimento que a gente teve nessas oficinas. Como a Enfermagem que está mais lado a lado do paciente, ela consegue perceber de primeira instância essas alterações! Então a

gente se torna agente do processo, é o que identifica e é o que age né, em primeira instância! [...] a gente sente uma certa independência de estar intervindo, de estar prevenindo, sem a necessidade de precisar o tempo todo da interferência médica! [...]. (E09)

Outros achados importantes após essa intervenção educativa referem-se à sensibilização do coletivo sobre as consequências do *delirium* para o idoso e a valorização do espectro hipotativo, mais frequente nessa população⁽¹⁾, anteriormente desconhecido por todas as profissionais:

Por causa do delirium o paciente pode aumentar o tempo de internamento, pode evoluir para entubação e até óbito. (E03)

Aquele paciente do leito 5, vocês estão caracterizando mais depressão ou delirium hipotativo? (E01)

Para mim ele está em delirium hipotativo. (E06)

Assim, a intervenção educativa permitiu que a atualização dos conhecimentos sobre a temática se fundamentasse na problematização das práticas, no cuidado efetuado pelo coletivo para prevenção e na monitorização do quadro na UTI, por

meio da reflexão crítica sobre o trabalho. Como resultado, ocorreram importantes mudanças:

O fluxo de atendimento mudou totalmente. Porque antes a gente via o paciente desorientado, o que a gente fazia? Colocava a contenção, entrava em contato com o médico, fazia Haldol, ia para todas as medidas invasivas primeiro. Hoje já é ao contrário, eu vejo que o paciente está agitado, eu já tento orientar ele no tempo, espaço, tento conversar com ele primeiro, eu faço o CAM para ver se ele está em delirium, para depois eu tentar uma conduta com a fisioterapia, para tentar mobilizar o paciente, só para depois eu ir até a equipe médica e tentar intervir, depois de todas as intervenções que eu já tentei fazer. (E06)

Percebe-se, desse modo, significativa modificação das práticas anteriores da enfermagem, as quais se respaldavam na contenção física e farmacológica para controle do quadro. Ressalta-se que a relevante participação da família no processo de reorientação do idoso que, até o momento da primeira oficina, não apresentava benefício conhecido pelas participantes, passou a ser amplamente estimulada:

Ainda conversei com a filha dele, falei que ela tinha que conversar com ele, trazer dados da atualidade, lembrar a ele situações de casa, para vê se ele melhorava [...]. (E03)

A problematização das práticas da enfermagem possibilitou ainda um pensar reflexivo ao estimular a ruptura de normas adotadas pela equipe na medida em que abriu caminhos para a experimentação de novas ações, assim proporcionando a construção de um olhar diferenciado e contextualizado sobre o cuidado ao idoso em risco para *delirium* ou que já apresente o quadro:

Teve um paciente lá que eu cheguei com a prancheta escrevendo, ele tinha muito tempo lá, aí ele disse “eu quero fazer palavra cruzada”. Mas ele mesmo pediu, ele sentiu a necessidade de fazer alguma coisa, a gente já facilitou para poder não perder o nível de orientação dele. [...] A gente já se sensibiliza com essas pequenas coisas que em outro momento a gente deixava passar. (E09)

A fala acima expressa sensibilização em relação à importância da implementação das medidas preventivas, efetuando ações anteriormente não valorizadas. Da mesma forma, a grande resistência do grupo em permitir o uso de próteses dentárias e óculos, face ao receio de perdas, foi superada.

Os discursos também demonstraram que a aprendizagem significativa possibilitou a progressão da consciência ingênua para a crítica sobre a prática efetuada:

Foi muito válido, perceber que pequenas ações, às vezes 5 minutos do seu tempo que você investe para poder sinalizar o paciente no tempo e no espaço, já gera uma melhora tão grande! Eu nunca tinha feito isso pensando em prevenir o delirium e hoje eu já faço. (E03).

A gente fazia, mas é como a gente falou aqui, a gente tinha pouco conhecimento e agora, todas às vezes que eu vou falar com o paciente, eu me lembro do delirium, já tenho uma

percepção melhor do que é [...]. Então, eu já faço a reorientação realmente pensando na questão do delirium. (E09)

Observou-se que o desenvolvimento da consciência crítica favoreceu a revisão e a vigilância de comportamentos e ações que contribuíam para o excesso de ruído na unidade:

Eu saio desligando a TV que está ligada e não tem ninguém assistindo. E os alarmes ninguém liga, parece que estão tão acostumados, mas me incomoda muito[...]. Eu saio ajustando todos! (E06)

Além das mudanças perceptíveis nas práticas da equipe participante após a intervenção educativa, o grupo referiu observar também algumas alterações nas condutas das técnicas de enfermagem que não participaram do estudo, no que se refere à prevenção da interrupção do sono e à reorientação do idoso:

Quando o paciente não está apresentando temperatura elevada, está estável, dormindo, então elas não fazem a mensuração da temperatura. As meninas estão bem atenciosas em relação a isso e estão sinalizando pra gente, orientando também o paciente no tempo e no espaço. (E03)

No que diz respeito à monitorização do *delirium*, as participantes já (re)conhecem as distintas manifestações clínicas do quadro e os seus subtipos:

T até fala para a gente: “Olhe, ele está entrando em delirium!” (E03)

Entretanto, apesar de considerarem essa disfunção uma grave ocorrência no idoso crítico e terem ciência das implicações associadas, apenas uma das onze enfermeiras participantes da pesquisa incorporou a avaliação, em sua prática cotidiana, com base nas escalas validadas:

Na verdade, a aplicação da escala tem sido ainda bem reduzida. A gente vê apenas E03 aplicar a escala. Mas a maioria, mesmo as que participaram da oficina, ainda não aplicam, eu não diria que é resistência, mas acho que é a dinâmica do tempo. (E05)

Observou-se também que a intervenção promoveu a produção de conhecimentos que poderão ser relevantes em outros contextos, o que estimula, consequentemente, avanços nas práticas de outros serviços.

Para mim teve muito benefício, inclusive no meu outro trabalho! Porque lá eu tenho mais pacientes lúcidos, eu consigo detectar muita coisa, não vejo as pessoas lá muito preocupadas e a parte de enfermagem nem sabe o que é isso, acho que nunca nem ouviu falar em delirium, muita gente ainda não sabe, não leu, mas eu fico procurando falar, incentivar, né?! (E06)

DISCUSSÃO

Verificou-se que a maioria dos problemas identificados pelas participantes contemplou fatores de risco para o

desenvolvimento do *delirium* e estava relacionada ao ambiente da UTI e à assistência ofertada pela equipe multiprofissional, como a privação do sono e sensorial, os ruídos excessivos e a ausência de orientação dos pacientes por parte dos profissionais⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Os achados enfatizam a importância da reflexão sobre o trabalho, subsidiada pela integração entre os saberes formais (literatura especializada) e informais (operadores da realidade)⁽¹¹⁾. Tal reflexão, por sua vez, proporciona a articulação entre teoria e prática e torna visíveis os problemas ao grupo.

Em relação à monitorização do *delirium* no cenário do estudo, a enfermagem, assim como as outras categorias profissionais, não utilizava escalas para detecção da disfunção, postura que se contrapõe ao preconizado pelas diretrizes para manejo da dor, agitação e *delirium* em pacientes críticos adultos⁽³⁾. Contudo, após a exposição das evidências científicas, o coletivo identificou essa conduta como um dos problemas existentes e reconheceu a importância do diagnóstico precoce do quadro, com a finalidade de evitar eventos adversos e implementar medidas para redução da sua duração.

Em um contexto de desconhecimento ou déficit de conhecimento sobre as manifestações clínicas do *delirium*, implicações para o paciente, os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, medidas para prevenção e ferramentas para sua detecção, a enfermagem poderá favorecer a ocorrência do quadro e elevar a sua duração. Por outro lado, diante das estratégias divulgadas para prevenir essa disfunção⁽⁹⁾, relacionadas diretamente ao cuidado efetuado por essas profissionais, e pelo fato de acompanharem continuamente o idoso à beira do leito, sendo, portanto, fundamentais para identificação precoce de alterações agudas ou flutuações no estado mental, torna-se imprescindível a capacitação destes membros da equipe acerca do assunto.

Neste estudo, as participantes apresentaram aprimoramento das estratégias a serem utilizadas para prevenir a disfunção e detectar a sua instalação, passando a adotá-las, por reconhecerem o seu relevante papel nesse contexto. Demonstraram também estarem cientes da sua responsabilidade e autonomia na execução das medidas preconizadas na literatura, recorrendo, apenas em última instância, à equipe médica. Isso expressa a valorização do cuidado por elas prestado a estes pacientes.

Quanto aos avanços obtidos pelo grupo nas práticas de monitorização do *delirium*, os resultados evidenciaram que as participantes já reconhecem o seu espectro hipotativo, anteriormente desconhecido. Contudo, a detecção do quadro ainda permanece sendo realizada por quase a totalidade das enfermeiras com base apenas na avaliação clínica usual, embora cientes da importância da utilização das escalas validadas para tanto. Esse dado corrobora o encontrado em estudos internacionais cujos resultados têm evidenciado a não adoção, por parte da enfermagem, de escalas apropriadas para detecção do quadro⁽¹⁴⁾. Acredita-se que o subdiagnóstico da disfunção ocorra também pela inexistência de protocolos voltados à sua identificação no ambiente crítico⁽¹⁴⁾.

Face ao exposto, uma vez que a avaliação clínica não é confiável para o diagnóstico do *delirium*, recomenda-se a utilização dessas escalas, cuja implementação como rotina já foi comprovada como viável na UTI⁽³⁾, com tempo necessário

para aplicação de, em média, três a cinco minutos. Assim, uma vez que o dimensionamento do número de pacientes por enfermeira na UTI *locus* é de, no máximo, quatro pacientes para cada profissional, o fator tempo não justificaria tal resistência das profissionais. Enfatiza-se, portanto, a necessidade de dar continuidade à promoção de medidas educativas para sensibilização da importância de aplicarem a escala e a sua determinação como rotina.

Sabe-se que o acesso a novos conhecimentos e competências envolve mudanças nas ações dos sujeitos capazes de levar à associação entre o saber e o fazer, entre a teoria e a prática⁽¹¹⁾. Contudo, pelo fato da aprendizagem ocorrer durante a reflexão sobre a ação, do pensamento sobre o vivido, para que resulte em transformações efetivas nas práticas, é imprescindível haver reflexão crítica sobre tais mudanças, tendo como base um aporte teórico atualizado e as experiências/saberes prévios do indivíduo, de modo a abranger o movimento dinâmico entre o fazer e o pensar sobre o fazer⁽¹⁶⁾.

Constata-se então, nas falas, que as mudanças alcançadas decorreram do desenvolvimento da aprendizagem significativa pelo coletivo, proporcionada pela problematização das práticas, visto que esta apresentou significado, compreensão e sentido para as participantes, em oposição à aprendizagem mecânica, fundamentada na memorização e que não gera entendimento⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, para a ocorrência da aprendizagem significativa é imprescindível que esta tenha origem nas necessidades dos profissionais envolvidos e que o cotidiano do trabalho seja adotado como fonte de conhecimento⁽¹¹⁾, elementos considerados e valorizados durante a realização desta intervenção educativa.

No decorrer da problematização das práticas foi desenvolvido ainda a autoanálise sobre a assistência prestada, considerada uma autointerrogação a respeito das condutas promotoras de cuidado no plano individual e coletivo⁽¹⁸⁾. Esta atividade favoreceu o surgimento de novos olhares sobre o cotidiano de trabalho e acerca de situações específicas, o que possibilitou às participantes um outro modo de perceber a realidade e o cuidado ofertado para prevenção e monitorização do *delirium*.

As falas também revelaram a progressão da consciência ingênua, presente na aproximação espontânea da realidade, ainda que esta não fosse analisada criticamente, para o alcance da consciência crítica, em que há uma correlação entre fatores causais e circunstanciais que afetam a realidade vivida⁽¹⁶⁾. Esta progressão foi expressa pelo despertar da valorização dos fatores de risco relacionados ao ambiente e à assistência ofertada, assim como da importância da prevenção, gestão e monitorização do *delirium* pelo grupo. Neste caso, o reconhecimento da necessidade de assumir uma nova postura profissional revelou-se elemento fundamental para a revisão permanente do processo de trabalho e possibilitou transformar uma prática até então estática, eminentemente tecnicista, adotando outra, reflexiva, permeada pelo constante diálogo com a realidade vivenciada.

Adicionalmente, a problematização da realidade favoreceu a elaboração de novas maneiras de gerir o processo de trabalho para reordenação das práticas de atenção, segundo acordos construídos coletivamente. Nesse sentido, a co-gestão ou

gestão participativa, uma das premissas da EPS, também foi estimulada durante esse processo, promovendo a descentralização das decisões e a aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho^(11,19). No estudo em tela, a cogestão e autogestão das atividades pelos membros da equipe de enfermagem propiciaram a tomada de decisão participativa e o compartilhamento de poder e responsabilidades, igualmente, entre as diferentes integrantes da categoria de enfermagem da unidade.

Limitações do estudo

Como limitações desta pesquisa encontram-se: a não execução de parte das ações pactuadas pelas participantes, ao passo que outras foram implementadas; contudo, não resultaram em resolução/equacionamento dos problemas, pois dependiam de processos licitatórios e mudanças na estrutura física da unidade para a sua concretização. Nessa perspectiva, a pesquisa-ação não pertence ao pesquisador e, portanto, apenas o seu desejo não é suficiente para o alcance de resultados imediatos. Além disso, os ganhos obtidos com a realização do estudo são direcionados ao cenário investigado, necessitando do comprometimento dos implicados na situação com a efetivação das medidas programadas. Dessa forma, infere-se que se as ações não efetuadas fossem executadas poderiam gerar mudanças de maior alcance nas práticas dessa UTI por meio da sensibilização de toda a equipe de enfermagem, e até mesmo de outras categorias profissionais, em relação à problemática levantada.

Contribuições do estudo

A pesquisa tornou visíveis ao grupo a complexidade dos problemas identificados e a existência de alternativas, assim como de dificuldades, para solucioná-los e alcançar a situação desejada. Possibilitará ainda a utilização dos conhecimentos produzidos pelas próprias participantes em outros serviços.

De forma complementar, os idosos, a equipe de enfermagem e o cenário/serviço investigado receberam importantes contribuições com a realização deste estudo. O serviço, por meio do fortalecimento do grupo, do desenvolvimento de novas habilidades pelas participantes e da percepção que elas incorporaram do cotidiano de trabalho como espaço de aprendizagem. Já as profissionais foram beneficiadas pelo reconhecimento da capacidade individual/coletiva em propor e conquistar mudanças em suas práticas, assumindo-se

protagonistas das transformações almejadas e valorizando a importância da reflexão crítica sobre o trabalho efetuado. Por fim, destacam-se os benefícios aos idosos, assim como a todos os outros pacientes em risco para *delirium* ou que cursarem com o quadro, visto o cuidado seguro, efetivo e de qualidade a que serão submetidos, reduzindo os resultados clínicos negativos associados. Ganhos que, certamente, ultrapassarão a conclusão desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção educativa realizada contribuiu para ampliação do conhecimento e melhorias no que se refere a novas práticas de prevenção e monitorização do *delirium* em pacientes idosos internados na UTI pesquisada. Verificou-se que as evidências científicas expostas durante a intervenção educativa favoreceram o esclarecimento, a atualização e a sensibilização das participantes sobre o *delirium* como um grave problema para a pessoa idosa. Este resultado pôde ser ratificado pelo reconhecimento que demonstraram acerca da existência de importantes fatores de risco para a disfunção na unidade, assim como pela utilização de escalas para o seu diagnóstico, antes não adotadas para esta finalidade. A valorização das opiniões, dos saberes/experiências prévios e do conhecimento prático apresentado pelo coletivo foi primordial para a determinação de soluções viáveis e adequadas à minimização dos problemas detectados.

Percebeu-se também que medidas não farmacológicas para prevenção e gestão da disfunção têm sido adotadas pelo grupo, o qual já reconhece os diferentes subtipos do *delirium*. Ademais, mudanças nas práticas de profissionais não participantes da pesquisa são observadas na unidade. No entanto, ressalta-se a necessidade de aplicação sistemática de escalas validadas para detecção do quadro pelo coletivo investigado.

Além das melhorias alcançadas nas práticas da enfermagem em geral, a intervenção educativa favoreceu o desenvolvimento da consciência crítica das participantes em relação ao objeto do estudo e à importância do cuidado por elas prestado. Nessa perspectiva, sugere-se a oferta permanente de programas abordando outras temáticas pertinentes ao setor, que utilizem os princípios da EPS, partindo-se do que as pessoas sabem e do lugar em que se encontram, por meio da problematização do seu fazer e da avaliação contínua do seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(3):479-84. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x/full>
2. Pisani MA, Kong SYJ, Kasl SV, Murphy TE, Araujo KLB, Ness PH. Days of Delirium Are Associated with 1-Year Mortality in an Older Intensive Care Unit Population. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2009[cited 2015 Mar 28];180(11):1092-7. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.200904-0537OC>
3. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* [Internet]. 2013[cited 2015 Mar 28];41(1):263-306. Available from: <http://www.learnicu.org>

- org/SiteCollectionDocuments/Pain,%20Agitation,%20Delirium.pdf
4. Witlox J, Eurelings LSM, Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, Van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2010[cited 2015 Mar 28];304(4):443-51. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186304>
 5. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Artmed: Porto Alegre, 2014.
 6. Boogaard MV, Schoonhovenemail L, Van der Hoevenemail JG, Van Achterbergemail T, Pickkersemail T. Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: a prospective observational cohort study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012[cited 2015 Mar 28];49:775-83. Available from: <http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489%2811%2900460-3/abstract>
 7. Brooks P. Postoperative delirium in elderly patients. *Am J Nurs* [Internet]. 2012[cited 2015 Mar 28];112(9):38-49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22902900>
 8. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care* [Internet]. 2008[cited 2015 Mar 28];12(3):1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2391269/>.
 9. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med* [Internet]. 2011[cited 2015 Mar 28];154:746-51. Available from: <http://annals.org/article.aspx?articleid=746969>
 10. Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 11. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005;9(16):161-77.
 12. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011. 136p.
 13. Bouza CB, Amorim DM, Zenaide PV, Alvim RP, Carvalho JPLM, Martins JCS, et al. Impacto dos episódios de delirium em pacientes cirúrgicos e clínicos. XVIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva; 2013 Nov 06-09; Rio de Janeiro, BR. São Paulo: RBTI; 2013.
 14. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit. Care* [Internet]. 2009;13(3):R77. Available from: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc7892>
 15. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia* [Internet]. 2014[cited 2015 Mar 28];69(6):540-49. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.12638/abstract>
 16. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez e Moraes; 1979. 102p.
 17. Moreira MA. Aprendizagem significativa crítica[Internet]. 2010[cited 2014 Mar 28]. Available from: <http://www.if.ufrgs.br/servicos/biblioteca/biblioteca.html>.
 18. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface*. 2005;9(16):161-77.
 19. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. [Participative management in permanent health education: view of the nurses]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010[cited 2015 Mar 28];63(1):38-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a07.pdf> Portuguese.