

Compreensão da equipe de enfermagem sobre o papel da família no *delirium* na pessoa idosa hospitalizada

Suellen Karina de Oliveira Giroti¹, Fabiana Amaral Longhi², Lorena Podmonski Silvério³,
Rafaela Rossi Signolfi⁴, Giovana Frazon de Andrade⁵, Mara Solange Gomes Dellarozza⁶

RESUMO

Objetivo: Compreender o papel do familiar no contexto da prevenção e do controle do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada na percepção da equipe de enfermagem. **Método:** Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Realizou-se uma entrevista semiestruturada com 24 profissionais de uma unidade de internação de um hospital terciário no norte do Paraná. A entrevista aconteceu após a concepção de um plano assistencial de prevenção e controle do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada, que foi idealizado coletivamente de maio a junho de 2021. **Resultados:** A equipe de enfermagem trouxe relatos positivos sobre a participação e o apoio dos membros da família, pois estes colaboram com a orientação do paciente no tempo e no espaço, mantendo-o informado sobre os familiares, trazendo objetos pessoais, estimulando o uso de órteses e de próteses e evitando a restrição física. **Conclusão:** Entender o papel do familiar e estabelecer com ele uma comunicação efetiva propiciam melhora na qualidade da assistência à pessoa idosa hospitalizada, possibilitando o uso de medidas não farmacológicas para prevenção e controle do *delirium*.

Descritores: Família; Idoso; Delírio; Enfermagem.

¹ Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0003-3415-1045

² Escola de Enfermagem de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0002-1500-8078

³ Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0001-6793-3858

⁴ Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0002-1546-1665

⁵ Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0002-9120-0600

⁶ Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 000-0002-7869-540X

INTRODUÇÃO

Com o crescimento da expectativa de vida, observa-se o aumento dos problemas de saúde da população idosa, fazendo com que a demanda por assistência e por hospitalizações seja uma realidade cada vez mais abundante nos serviços de saúde. Uma pessoa idosa hospitalizada, além de sair de seu ambiente habitual, enfrenta mudanças de rotina e de costumes, ficando mais propensa a desenvolver alterações cognitivas e fisiopatológicas, o que prejudica seu estado de saúde e intensifica o risco de morbimortalidade¹⁻². Dentre estas, o *delirium* é muito prevalente, podendo variar de 17 a 25% dos idosos hospitalizados, sugerindo que, todo ano, afeta milhões de pessoas idosas³.

O *delirium* é uma alteração neurocomportamental, ocasionada pelo declínio agudo no funcionamento cognitivo e manifestado por um comprometimento da consciência, da cognição, da atenção, da orientação e da memória, e por distúrbios da linguagem, da emoção, do ciclo sono-vigília e da área psicomotora⁴.

Com uma etiologia complexa e multifatorial, o quadro surge devido à interação entre os fatores de risco predisponentes – fatores que abarcam uma condição preexistente do paciente – e fatores precipitantes – relativos ao ambiente, a uma condição aguda ou até mesmo a uma falha na assistência⁵. Na medida em que os fatores precipitantes são suscetíveis a prevenção, considera-se o desencadeamento do *delirium* no ambiente hospitalar algo evitável em 30 a 40% dos casos, em média⁶⁻⁷.

A prevenção do *delirium* no meio hospitalar dá-se com procedimentos simples, como reorientar o paciente, situá-lo no tempo e no espaço, estimular o uso de objetos pessoais significativos, mobilizá-lo precocemente, ajudar a manter um ciclo sono-vigília fisiológico, evitar dispositivos invasivos, contar com o auxílio de calendários e de relógios de parede visíveis e com a presença de familiares/acompanhantes, entre outras⁵.

As intervenções podem ser mais frutíferas com o envolvimento a família, haja vista que ela pode colaborar com as orientações diárias, além de fornecer suporte psicológico e emocional para a pessoa idosa. Algumas diretrizes internacionais incentivam essa participação dos familiares como acompanhantes e como auxiliares em alguns cuidados, visando à melhora funcional do paciente⁸⁻⁹.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi compreender o papel da família no *delirium* na pessoa idosa hospitalizada, na percepção da equipe de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, representando um conjunto de práticas interpretativas que busca entender fenômenos, compreender e interpretar experiências, comportamentos, interações e contextos sociais¹⁰.

O estudo foi empreendido em um hospital terciário universitário do norte do Paraná, em uma unidade clínica mista, também conhecida como clínica integrada ou clínica multidisciplinar, que oferece uma variedade de serviços e tratamentos médicos de diferentes especialidades, constituída por 50 leitos,

cuja população foi composta da equipe de enfermagem, totalizando seis enfermeiros e 44 técnicos de enfermagem, distribuídos em três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite.

A entrevista semiestruturada foi conduzida após uma intervenção educativa com a estratégia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A intervenção se deu com a construção de um grupo de estudos composto por funcionários do setor pesquisado, com participação voluntária, onde pesquisador e pesquisados se reuniam para a troca de experiências teóricas e práticas, com encontros semanais, totalizando seis encontros. No primeiro encontro, pesquisador e pesquisados construíram um plano de estudos e reflexões com a finalidade de, ao final, construir um plano de assistência de prevenção e controle do delirium na pessoa idosa hospitalizada. A entrevista pós-intervenção, sucedeu com 24 profissionais, sendo quatro enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem, respectivamente identificados com as siglas “Enf.”, para enfermeiros, e “Tec.”, para técnicos de enfermagem, acompanhadas de uma numeração. Do total de profissionais convidados (28 profissionais), um enfermeiro e três técnicos recusaram-se a participar da pesquisa na fase pós-intervenção.

Com o número de 24 entrevistados, chegou-se ao critério de saturação, que se verifica quando o pesquisador percebe que nenhum elemento novo é encontrado e que as informações estão se repetindo-se entre os entrevistados. Então se infere que a continuação das entrevistas não acrescentaria informações novas para o estudo, sem alterar, todavia, a compreensão do fenômeno que se almeja desvelar¹¹.

Designou-se como critério de inclusão estar na assistência direta ao paciente na referida unidade por no mínimo 6 meses. Em contrapartida, excluíram-se os profissionais que estavam em período de experiência ou afastados por licença-prêmio, por licença médica e por férias.

As coletas de dados transcorreram em junho de 2020, contando com um instrumento composto de informações sobre o perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores da unidade (sexo, formação, idade, turno, contratação, tempo de formação, tempo de trabalho nesse hospital). Para tanto, as seguintes questões foram formuladas: No contexto do seu setor/unidade, com quem você contaria para ajudá-lo no controle do delirium? Fale para mim como poderia ser o envolvimento do familiar e como isso poderia te ajudar. As entrevistas cumpriram-se em uma sala reservada, na própria unidade de trabalho, conforme a disponibilidade dos participantes, com a duração média de 30 minutos. Todos os dados foram obtidos pela própria pesquisadora e registrados em gravador manual marca Sony ICD-PX470, atrelado a um telefone móvel, com posterior transcrição na íntegra, também manual, no programa Word, sendo analisados sem identificações.

A organização das entrevistas contemplou os critérios de análise de conteúdo de Bardin¹², com três etapas: pré-análise, exploração e inferência; já os resultados foram discutidos com o referencial teórico de Paulo Freire. Paulo Freire traz o processo de formulação do conhecimento pautado nas vivências do ser humano, acredita que o sujeito é capaz de entender e repensar o meio em que vive¹³⁻¹⁴. Buscou-se um teórico que compartilhasse de princípios semelhantes aos do PCA, onde teoria e prática se justapõem em um movimento de interposições, seguindo os constructos da dialogicidade,

imersibilidade e expansibilidade, com o propósito de mudança de realidade, mudança esta que contribua para a melhoria da assistência¹⁵.

O estudo respeitou as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina sob o CAAE nº 05507218.7.0000.5231. Todos os profissionais foram instruídos sobre a pesquisa e aceitaram participar após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹⁶.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características dos profissionais de enfermagem que participaram das entrevistas na fase de diagnóstico e na fase de pós-intervenção.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes das entrevistas. Londrina/PR, 2020

VARIÁVEIS		FASE DE DIAGNÓSTICO		FASE DE PÓS-INTERVENÇÃO	
		N	%	n	%
SEXO	Feminino	18	64,3	15	62,5
	Masculino	10	35,7	9	37,5
FORMAÇÃO	Técnico de enfermagem	23	82,1	18	75,0
	Enfermeiro	5	17,9	6	25,0
IDADE	21 a 30 anos	3	10,7	2	8,3
	31 a 40 anos	8	28,6	5	20,8
	41 a 50 anos	10	35,7	11	45,8
	51 a 60 anos	5	17,9	5	20,8
	Mais 60 anos	2	7,1	1	4,2
TURNO	Manhã	5	17,9	6	25,0
	Tarde	11	39,3	5	20,8
	Noite	12	42,9	13	54,2
CONTRATAÇÃO	Concursado	12	42,9	11	45,8
	Prestador de serviço	16	57,1	13	54,2
TEMPO DE FORMAÇÃO	6 meses a 1 ano incompleto (11 meses e 29 dias)	0	0,0	1	4,2
	1 ano a 5 anos	7	25,0	8	33,3
	6 a 10 anos	6	21,4	5	20,8
	11 a 20 anos	7	25,0	8	33,3
	21 30 anos	7	25,0	1	4,2
	31 anos acima	1	3,6	1	4,2
TEMPO DE TRABALHO NESSE HOSPITAL	6 meses a 1 ano incompleto (11 meses e 29 dias)	5	17,9	1	4,2
	1 ano a 5 anos	11	39,3	4	16,7
	6 a 10 anos	5	17,9	3	12,5
	11 a 20 anos	3	10,7	13	54,2
	21 a 30 anos	2	7,1	2	8,3
	31 anos acima	2	7,1	1	4,2

Fonte: Elaborada pela autora

Ao longo das entrevistas, os profissionais de enfermagem expuseram muitos relatos concernentes à participação e ao apoio da família na prevenção e no controle de delirium, posto que, no delineamento do plano de cuidados, durante a intervenção educativa, vários itens sinalizaram a atuação dos familiares/cuidadores como ponto elementar nas medidas.

A avaliação das respostas dos entrevistados resultou na criação de quatro categorias, elencadas após a realização da análise de conteúdos proposta por Bardin¹².

O familiar como agente de orientação para a pessoa idosa

Entre os profissionais entrevistados pós-intervenção, foram unânimes as falas em que pontuavam a importância do familiar como sendo um colaborador para reforçar as orientações da pessoa idosa no tempo e no espaço.

A família pode ajudar na orientação com a pessoa idosa só de ter alguém conhecido com ele, orientando, falando das pessoas que estão em casa, já deixa a pessoa idosa mais tranquilo, e isso ajuda a prevenir o delirium. (Tec6)

Orientando, falando sobre os familiares, falando sobre o dia a dia, o familiar pode ajudar a fazer a pessoa idosa entender que ele está temporariamente ali, que logo ele estará na casa dele. Pode ajudar nos cuidados mínimos também com a pessoa idosa. (Tec11)

Prevenção também é a presença do familiar ou cuidador próximo, eles ajudam muito, a gente orienta, fala o que é preciso fazer, o que tem que orientar. (Tec18)

O envolvimento da família ajuda, a maioria ajuda, a pessoa idosa se sente mais seguro com o acompanhante familiar. Se a gente orientar certinho o familiar, o que ele tem que fazer, conversar com a pessoa idosa, o familiar torna-se um aliado. (Enf 6)

Eu acho que a família pode ajudar nas orientações diárias, em manter a pessoa idosa atualizado das coisas que estão acontecendo fora do ambiente hospitalar com sua família, isso ajuda a prevenir o delirium, e o familiar é fundamental para isso. (Tec4)

[...] pensando no delirium, ter alguém da família ajudando a pessoa idosa é diferente. Orientamos o familiar sobre como agir com a pessoa idosa, orientando sempre no tempo e espaço, até quando ele fica agitado e não restringimos e vai atrás de medicação, e o familiar neste tempo ajuda a cuidar para a pessoa idosa não cair, retirar acesso, essas coisas. (Tec17)

A empatia entre o familiar e a pessoa idosa na prevenção e no controle do delirium

Alguns profissionais frisaram a relevância de que a pessoa responsável pelo cuidado seja um familiar próximo, alegando que, durante a prática profissional, já haviam presenciado cuidadores contratados que não se preocupavam com a pessoa idosa, no sentido de ajudar na orientação e nos pequenos cuidados.

Muitas vezes, eles pedem para amarrar, o que um acompanhante familiar mais próximo não deixa e fica atento. (Tec 9)

É diferente quando a pessoa idosa tem mais afinidade, a preocupação do acompanhante é diferente quando ele é mais próximo. Quando é um cuidador contratado ou um familiar com pouco contato, esses não dão muita atenção. (Tec13)

Para controlar o delirium na pessoa idosa, o ideal é manter um familiar de preferência pela pessoa idosa que tenha empatia por ele, pois muitas vezes é um acompanhante sem vínculo ou um familiar não muito próximo. (Enf1)

Eu acho que um familiar próximo traz segurança para o paciente e diminui o risco de a pessoa idosa o apresentar delirium. (Enf6)

Familiar sendo fundamental para evitar a contenção da pessoa idosa

A presença do familiar ajudando a evitar a contenção física, quando a pessoa idosa está em período de confusão e de agitação, foi relatada pelos profissionais como uma atitude que, de fato, deve ser fomentada, pois, quando há a necessidade de restringir o paciente, é visível a piora do quadro de *delirium*. Alguns profissionais revelaram que, muitas vezes, quando não há a presença do familiar, esse procedimento é exercido, uma vez que a administração de medicamento para acalmar a pessoa idosa não é feita rapidamente, em razão da não permanência de médico no setor para prescrição.

Para prevenção do delirium, a última coisa que você pensa é a restrição, com a família perto, se a pessoa idosa desenvolve delirium, ele pode acalmar o idoso. A gente explica que não pode restringir e pede a ajuda do familiar para cuidar um pouco enquanto vamos providenciar medicação para acalmar a pessoa idosa. (Enf5)

A presença do acompanhante ajuda bastante, principalmente porque evita as medidas de contenção mecânica [...] então, se tiver um acompanhante que possa ajudar, seja orientando, seja cuidando para não restringir, no período do delirium, ajuda muito. (Tec7)

Nós temos que evitar restringir a pessoa idosa, e nessas horas o acompanhante é fundamental, [...] o acompanhante junto ajuda a diminuir a ansiedade da pessoa idosa. (Tec9)

Familiar auxiliando nos cuidados com a pessoa idosa

Os profissionais de enfermagem apontaram a participação dos familiares como parte do processo dos cuidados com as pessoas idosas, não os cuidados técnicos específicos da profissão, mas aqueles cuidados com alimentação, com higiene pessoal, auxiliando a pessoa idosa a sentar fora do leito e em atividades que ela gostava de realizar em casa. Ainda, mencionaram que a presença do familiar/accompanhante nesse momento agrega na prevenção e no controle de *delirium*.

Com o cuidador também, nós aprendemos a colocar ele para ajudar, em todos os sentidos, assim como na prevenção do delirium, como nos cuidados. (Tec12)

Além da prevenção do delirium, o familiar nos ajuda nas pequenas atividades do dia, como na alimentação, na higiene, quando é possível, leva a pessoa idosa ao banheiro, já ajuda a pessoa idosa a sair da cama. (Enf4)

Ajudar a pessoa idosa nas atividades, tipo alimentação, higiene oral, só de ser um familiar ali com ele, tudo dá certo, é uma pessoa conhecida junto do paciente, traz segurança, apoio psicológico, e pode ajudar muito. (Tec13)

[...] e a família ajuda também nos cuidados simples com a pessoa idosa, às vezes sentar ele fora do leito, com a alimentação, entre outras coisas, que podem prevenir o delirium, como a orientação (Tec10).

A família, quando quer ajudar, nos ajuda muito, tanto nos cuidados como prevenir o delirium (Tec12).

Os familiares poderiam ajudar nas tarefas cotidianas, como sair para tomar banho de sol, ajudar a deambular, conversar diariamente com o paciente, orientar no tempo e espaço. (Enf3)

A gente pede para eles trazerem alguma coisa de casa. Teve um familiar que trouxe palavra cruzada. (Tec18)

Podemos solicitar para o familiar trazer objetos, trazer algo que o paciente tem hábito de fazer, como ler um livro, revista, entre outros. (Tec1)

Trazer pertences do paciente, óculos, a dentadura, algo que a pessoa idosa goste de fazer em casa, mostrar fotos do celular, estar estimulando a memória e raciocínio dele. (Tec2)

[...] se a família tiver celular, ele pode mostrar fotos da família, fazer uma ligação para alguém, ou trazer um crochê, caça palavras, alguma leitura, se a pessoa idosa tiver costume. (Tec 14)

DISCUSSÃO

A família é considerada o ambiente natural de atenção e cuidado para seus membros, especialmente, para as pessoas idosas. Essa rede de apoio familiar é reconhecida como aquela que oferece a melhor qualidade de vida e saúde às pessoas idosas, sendo a presença da família altamente desejada por elas, pois se sentem mais confortáveis e seguras na companhia de entes queridos^{17,18}. Ter o cuidador familiar como apoio no ambiente hospitalar traz conforto e segurança para a pessoa idosa hospitalizada, sendo este o principal sujeito colaborador nas medidas de orientações à pessoa idosa¹⁸.

Não obstante, há que se preocupar quando é incumbida a um familiar a obrigação de cuidar da pessoa idosa e esse familiar não tem uma relação positiva com ela¹⁹, o que se configura uma circunstância reportada por vários profissionais neste estudo. Nesse sentido, eles citam que, quando o familiar não possui afinidade com a pessoa idosa, também não demonstra muita disposição para cooperar nos cuidados simples, por exemplo, na orientação de tempo e espaço. Por outro lado, quando o familiar é mais próximo da pessoa idosa, por conhecê-la e/ou por saber de seus costumes e de suas preferências, acaba colaborando mais nos cuidados gerais e conseguindo trazer o paciente para a realidade com mais facilidade²⁰.

Informar o familiar acerca do estado de saúde da pessoa idosa e esclarecê-lo sobre como ele pode contribuir para uma assistência mais humanizada e confortadora é função precípua da enfermagem. Quando os profissionais valorizam e priorizam essa comunicação, aproximam esse familiar dos cuidados com a pessoa idosa, pelo entendimento dos procedimentos, das condutas e das regras da instituição. Além disso, o profissional assimila e respeita a decisão, as crenças, os valores, a identidade e a privacidade dos envolvidos²¹⁻²².

Atribuições valiosas que o familiar/cuidador pode desempenhar nos cuidados com a pessoa idosa são orientá-la no tempo e no espaço, diariamente conversar a respeito dos familiares, trazer fotos, objetos da vida cotidiana que exercitem a memória, estimular o uso de órteses e de próteses, que geralmente os familiares não deixam com a pessoa idosa quando estão sem acompanhante²²⁻²³. Os profissionais de enfermagem devem entender o imprescindível papel da família no contexto hospitalar e consolidar com ela uma comunicação efetiva acerca da temática delirium.

Confirmando essa aceção, um estudo coordenado na China, cujo intento era mensurar a eficácia do “Programa de Vida para Idosos” em Hospital Personalizado e Envolvido pela Família (t-HELP), constatou que o envolvimento da família e sua presença no ambiente hospitalar como cuidadora

da pessoa idosa foi competente na redução do delirium pós-operatório, diminuindo o tempo de permanência ($p < 0,001$) e preservando as funções físicas ($p < 0,001$) e cognitivas do paciente ($p = 0,009$)⁸.

Outro ponto de destaque foi a indicação da presença dos familiares como um apoio para prevenir a restrição do paciente, isso porque, quando a pessoa idosa desenvolve um delirium hiperativo que coloque sua integridade física em risco, o familiar pode ajudar a mantê-la calma até que medidas sejam tomadas pela equipe. Uma investigação conduzida com enfermeiros de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) mostrou que, ao serem questionados sobre quais medidas para prevenção e controle do delirium eram passíveis de serem efetuadas com a presença do familiar/cuidador, uma das principais foi relacionada à prevenção de restrição mecânica, pois, como o familiar estava exclusivamente à disposição da pessoa idosa, podia ajudar com uma comunicação adequada e profícua, no seu conforto e na sua reorientação, além de ser um esteio emocional²³.

A família, mais do que ser uma ponte entre a equipe de enfermagem e a pessoa idosa, por conhecer suas fragilidades e suas potencialidades, é um amparo que alenta a pessoa idosa nesse período de hospitalização e auxilia no cenário diário do cuidado para prevenção e controle do delirium. Acredita-se, ainda, que os benefícios se estendam aos membros das famílias, pois eles se sentem parte dos cuidados e emocionalmente mais confortáveis, por estarem próximos do seu ente querido, tal como percebem maior respeito, suporte e colaboração da equipe de enfermagem²⁰.

Essa parceria entre profissionais e familiares intencionando o bem da pessoa idosa seria discernida por Paulo Freire como a construção de um novo saber¹³, que integra o conhecimento técnico da equipe de saúde com a afetividade e o autoconhecimento da família, visando transformar a realidade de risco de delirium durante a hospitalização em um prognóstico positivo e favorável para todos os envolvidos. Assim, a construção desse novo saber, baseada na parceria entre profissionais e familiares, contribui para uma abordagem mais completa e holística da saúde da pessoa idosa, buscando o bem comum e promovendo melhor qualidade de vida para todos os envolvidos no processo de cuidado.

Pesquisas também sinalizam que, junto de medidas não farmacológicas, a simples ampliação de um horário de visita em UTIs já exhibe resultados positivos na prevenção e no controle de delirium^{3,8,24}. Ademais, um estudo que avaliou os fatores de risco para o surgimento do delirium averiguou que pacientes internados em UTI que não receberam visitas apresentaram 3,7 vezes mais chances para a incidência dessa síndrome²⁴.

Os profissionais de enfermagem, ao partilharem diversos relatos sobre a participação dos familiares e incluí-los no plano de cuidados para prevenção e controle de delirium, concordam com o que vem sendo disseminado em vários trabalhos e corroboram o quanto o cuidador familiar pode contribuir com a pessoa idosa em um momento em que ela manifesta uma fragilidade física e emocional.

Por fim, neste estudo, a percepção do papel do familiar na prevenção e no controle do delirium na pessoa idosa hospitalizada deu-se na perspectiva dos profissionais de enfermagem. Os dados podem diferenciar-se quanto a outros profissionais que componham a gestão do cuidado hospitalar, o que impede a generalização dos resultados e requer apurações específicas.

CONCLUSÕES

A presença do familiar no ambiente hospitalar como acompanhante da pessoa idosa é vista pela maioria dos profissionais de enfermagem como fator essencial no auxílio às medidas não farmacológicas para prevenção e controle de delirium, sendo comprovadamente eficaz na redução dessa síndrome.

Viabilizar a aproximação da tríade equipe de saúde, paciente e familiares acarreta benefícios para todos os abrangidos na assistência, o que, por seu turno, é alcançado com a capacitação do profissional de enfermagem acerca do tema, de modo a auxiliar o membro da família na atuação junto à pessoa idosa hospitalizada com riscos para o desencadeamento do delirium, associando sua prática profissional ao conhecimento teórico e aprimorando a competência técnica e a capacidade de estabelecer uma comunicação profícua com o familiar e com a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Melo LA, Braga LC, Leite FP, Bitar BF, Oséas JM, Lima KC. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [citado 2021 Abr 10];22(1): e180154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>
2. Sousa CM, Sousa AA, Gurgel LC, Brito EA, Sousa FR, Vieira WJ, et al. Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: uma revisão integrativa. *Id on Line Rev Mult Psic* [Internet]. 2019 [citado 2022 Jan 15];13(47):320-326. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1988/0>
3. Cechinel C, Lenardt MH, Rodrigues JAM, Binotto MA, Aristides MM, Kraus R. Fragilidade e delirium em idosos hospitalizados: revisão sistemática com metanálise. *Rev. Latino-Am Enfermagem*; 2022; 30:e3688. Disponível em: doi.org/10.1590/1518-8345.6120.3688
4. Longhi FA.; Giroti SKO, Haddad MCFL, Carreira L, Dellarozza MSG. The role of the health team in the management of delirium in the elderly: analysis according to Freire. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e24811427313, 2022. Disponível em: doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27313.
5. Prayce R, Quaresma F, Galriça Neto I. Delirium: o 7º parâmetro vital? *Acta Med Port* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 12];31(1):51-58. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp9670>
6. Davis DH, Muniz-Terrera G, Keage HA, Stephan BC, Fleming J, Ince PG, et al. Association of delirium with cognitive decline in late life: a neuropathologic study of 3 population-based cohort studies. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 2021 Mar 10];74(3):244-251. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2598162>
7. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 2021 Mar 10];26(10):1015-1033. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.06.007>
8. Wang YY, Yue JR, Xie DM, Carter P, Li QL, Gartaganis SL, et al. Effect of the tailored, family-involved Hospital Elder Life Program on postoperative delirium and function in older adults: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 [citado 2021 Jul 30];180(1):17-25. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2753259>
9. Souza RL, Myint PK. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: guidelines on risk reduction and management of delirium. *Medicina* [Internet]. 2019 [citado 2021 Mar 10];55(8). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina55080491>
10. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
11. Nascimento LC, Souza TV, Oliveira IC, Moraes JR, Aguiar RC, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 10];71(1):228-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
13. Carvalho AF, Gallo S. Paulo Freire e a Educação: cem anos de dialogação, problematização e transformação. *Pro-Posições*. 2021 [citado 2023 Ago 07];32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2021-ED02>

14. Walter O.K. Paulo Freire e o valor da iguladade em educação. Educ. Pesqui. 2019 [citado 2023 Ago 07]; 45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201945201600>
15. Trentini M, Paim L, Silva DGV, Peres MAA. Pesquisa convergente assistencial sua qualificação na investigação científica. Rev. bras. enferm. 2021 [citado 2021 Mai 17];74 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657>., 1
16. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Rigo II, Bós J. Disfunção familiar em nonagenários e centenários: importância das condições de saúde e suporte social. Cien Saude Colet [Internet]. 2021 [citado 2021 Abr 10];26(6):2355-2364. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.15082019>
18. Minayo MC. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2021 [citado 2021 Jul 30];26(1):7-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>
19. Estevam EA, Francisco PM, Silva RA. Privatização da velhice: sofrimento, adoecimento e violência na relação entre cuidadores e idosos. Saúde Soc [Internet]. 2021 [citado 2021 Jun 12];30(3):e200928. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200928>
20. Assis LO, Pinto ACS, Moraes EN, Cintra MTG, Bicalho MAC. Hospital Elder Life Program na unidade de urgência e emergência de um hospital público universitário: um programa de intervenção multicomponente para prevenção de delirium. 2022, Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 30, e3064. Disponível em: doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO232830641
21. Cardoso RB, Pacheco ST, Caldas CP, Souza PA, Peres PL, Nunes MD. Prática confortadora ao idoso hospitalizado à luz da bioética. Rev Bioét [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 15];27(4):595-599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274342>
22. Silva VA, Piagge CSLD, Mélo CB, Robazzi MLCC, Melo LB, Moreira MASP, et al. Intensive nursing care to older adults with delirium: a protocol of scoping review. Online Braz J Nurs. 2023; 22 Suppl 1:e20236614. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236614>
23. Eberle CC, Santos AA, Macedo Junior LJ, Martins JB. O manejo não farmacológico do delirium sob a ótica de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. Rev Fund Care Online [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 20]; 11(5):1242-1249. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
24. Rosa RG, Tonietto TF, Silva DB, Gutierrez FA, Ascoli AM, Madeira LC, et al. Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. Crit Care Med [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 30];45(10):1660-1667. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2017/10000/Effectiveness_and_Safety_of_an_Extended_ICU.9.aspx
25. Van Rompaey B, Sabbe K, Dilles T, Van den Boogaard M. Delirium, introduction to a confused mind. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 10]; 47:1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.06.003>

Recebido: novembro/2022

Accito: abril/2024

Autor(a) correspondente:

Suellen Karina de Oliveira Giroti, Rua: Robert Koch, 60 –
Bairro Vila Operária. Cep: 86038-350 Londrina, Paraná, Brasil.
E-mail: suellengiroti@uel.br