

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa
Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa
Hospitalizada com Risco de *Delirium*

Andreia Cação Sansana

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa
Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa
Hospitalizada com Risco de *Delirium*

Andreia Cação Sansana

Orientador: Professora Doutora Deolinda Antunes da Luz

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Deolinda Luz, pela orientação pedagógica e apoio no decorrer da implementação do projeto e elaboração do presente relatório...

Às Enfermeiras Especialistas Isabel, Lúcia e Daniela, orientadoras de estágio, pela disponibilidade demonstrada...

Aos meus pais e irmão, um muito obrigada pelo amor e amparo ao longo deste desafio. Em especial à minha mãe, que muitas vezes sofreu a par comigo perante as dificuldades encontradas...

Ao meu namorado, pelo amor e estímulo para o meu crescimento pessoal e profissional...

Um agradecimento especial aos meus avós, pelos seus exemplos de vida...

Aos meus amigos, pela amizade e palavras de incentivo...

À Graça, companheira neste percurso académico, pela força transmitida nos momentos de desânimo...

A todos os que se cruzaram comigo, no meu caminho pessoal e profissional, que de algum modo contribuíram como estímulo para estudar... com vista a melhor cuidar...

A todos, o meu profundo agradecimento!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychiatric Association*

CAM – *Confusion Assessment Method*

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECN – Escala de Confusão de *Neecham*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MMSE – *Mini Metal State Exame*

NICE – *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

p. - página

RESUMO

O presente relatório surge no seguimento do estágio realizado no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem à Pessoa Idosa, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e deteve como tema central a “*Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa com Risco de Delirium.*”

Em Portugal, no ano de 2015, 20,5 % da população residente estimava-se ser idosa (Pordata, 2016). A população desta faixa etária tem muitas vezes incrementada uma vulnerabilidade e fragilidade, associadas à alteração da sua capacidade funcional e cognitiva e ao desenvolvimento de síndromes dos quais destacamos o *delirium* (Fulmer, 2007). A presença de *delirium*, na pessoa idosa hospitalizada, pode trazer várias consequências, pelo que se torna importante a intervenção de enfermagem especializada em conciliação com a equipa multidisciplinar no sentido de prevenir, identificar e intervir a nível deste problema.

Assim, com a finalidade de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre em Médico-Cirúrgica, na saúde da pessoa idosa, considerou-se pertinente a implementação de um projeto que englobasse dois contextos de estágio, um num serviço de Medicina de um hospital central e outro, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). O período de estágio decorreu de 28 de setembro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016. Teve como objetivos gerais, desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa com risco de *delirium*, tendo por base o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) e contribuir para a sensibilização da equipa multidisciplinar na prevenção, diagnóstico e gestão do *delirium* na pessoa idosa.

Este trabalho foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto.

Concluimos que, a prevenção do *delirium* na pessoa idosa só se fará notar através da combinação das ações dos vários elementos da equipa multidisciplinar, no qual se inclui os enfermeiros, devendo ser valorizado o CCP. O enfermeiro especializado na área da pessoa idosa constitui uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados, sendo o elemento de unificação e articulação dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: *Delirium*; Pessoa Idosa; Hospitalização; Intervenção de Enfermagem; Cuidados no Domicílio

ABSTRACT

This report is a follow-up to the internship carried out in the 6th Master Class in Nursing, in the area of Medical-Surgical expertise – Nursing the Elderly Person – carried out at Lisbon School of Nursing. It had as its main issue “Nursing Intervention concerning the Elderly with Risk of Delirium”.

In 2015, 20.5 percent of the Portuguese inhabitants were elderly (Pordata, 2016). The population of this age group often develops a certain vulnerability and fragility that associated with the changings of their functional and cognitive capacities often develop into syndromes, such as the delirium (Fulmer, 2007). The presence of delirium in the hospitalized elderly people is responsible for several other problems. Therefore, the specialized nursing intervention together with the multidisciplinary team is of great importance in order to prevent, identify and deal with these situations.

Thus, in order to develop the skills of a specialist nurse and master in medical-surgical area, working the care of the elderly, it was considered useful to implement a project concerning two different areas of internship: one in a medical service of a central hospital and another, in an Integrated Continuing Care Team. The internship took place from September 28, 2015 to February 12, 2016. Its main goal was develop skills as a specialist nurse and master in the care of the elderly person in risk of delirium and sensitize a multidisciplinary work and its role in the prevention, diagnosis and management of delirium in the elderly patient.

This work was developed according to the project methodology.

In conclusion, we may say that the prevention of delirium in the elderly will only be noticed by combining the actions of the various elements of the multidisciplinary team, which includes nurses' work, with a special attention given to a person-centred care. The specialized nurse in the elderly care plays a very important role in the quality of care provided, being an element of unity and coordination of health care.

Keywords: Delirium; Elderly Person; Nursing Intervention; Hospitalization; Home Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	20
2.1. Envelhecimento	20
2.2. O <i>delirium</i> na Pessoa Idosa.....	21
2.3. A ação de enfermagem direcionada para pessoa Idosa com risco de <i>delirium</i>	23
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS	27
3.1. Caracterização dos contextos de estágio	28
3.2. Finalidade e Objetivos	30
3.3. Revisão da literatura	31
3.4. Questões éticas e deontológicas.....	32
4. DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	33
4.1. Divulgação do projeto às equipas multidisciplinares	34
4.2. Integração nos serviços/ instituições.....	36
4.3. Prestação direta de cuidados à pessoa idosa/família.....	37
4.4. Sensibilização da equipa multidisciplinar para a problemática da pessoa idosa com risco de <i>delirium</i>	42
CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

ANEXOS

Anexo I – Autorização Comissão de Ética do Hospital

Anexo II – Instrumentos para Avaliação Multidimensional Geriátrica

Anexo III – Pedido de autorização para utilização da Escala de Confusão de Neecham

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão Sistemática da Literatura

Apêndice II – Consentimento Informado – Questionário A (Serviço de Medicina)

Apêndice III – Folheto Informativo (ECCI): “Risco de *Delirium* na Pessoa Idosa”

Apêndice IV – Apresentação para divulgação do projeto (Serviço de Medicina)

Apêndice V – Estudo de Caso – Cuidados de Saúde Primários (ECCI)

Apêndice VI - Estudo de Caso – Contexto Hospitalar (Serviço de Medicina)

Apêndice VII – Sessão de Formação (ECCI): “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa”

Apêndice VIII – Questionário A (Serviço de Medicina)

Apêndice IX – Sessão de Formação 1 - “*Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de Delirium*” (Serviço de Medicina)

Apêndice X – Questionário pré-sessão de formação 1 (Serviço de Medicina)

Apêndice XI – Questionário pós-sessão de formação 1 (Serviço de Medicina)

Apêndice XII – Relatório dos resultados dos questionários pré e pós-sessão de Formação 1

Apêndice XIII – Póster (Serviço de Medicina): “Risco de *delirium* na pessoa idosa hospitalizada - prevenção, um trabalho em equipa”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos gerais e específicos do projeto 30

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no seguimento do estágio realizado no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-licenciatura na área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem à Pessoa Idosa, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no ano letivo 2015/2016 e deteve como tema central a *“Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de Delirium.”*

A nível mundial e europeu, o envelhecimento da população é um fenómeno social crescente, o mesmo se constata em Portugal. No ano de 2015, 20,5 % da população residente, estimava-se ser população idosa (Pordata, 2016). Esta é a atual realidade em Portugal, que tem várias implicações a nível social e económico. Neste sentido, nos últimos anos tem sido efetuado um grande esforço na reorganização do sistema nacional de saúde, sobretudo a nível dos cuidados de saúde primários, sendo reconhecida a importância de estratégias que conduzam a melhores práticas de cuidados de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) corrobora esta informação, perspetivando que a população idosa deverá constituir 22% do total da população mundial, em 2050. Face a esta realidade, verifica-se um investimento em políticas de saúde que dêem resposta às necessidades desta população, traduzidas, no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, através dos objetivos¹ e indicadores de ganhos em saúde² delineados (Ministério da Saúde, 2013). O Plano Nacional de Nacional de Saúde foi estendido até ao ano de 2020 e embora, se continue a dar importância à promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida, não há qualquer referência direcionada para a população idosa.

Envelhecer é um dos desafios mais importantes para o século XXI obrigando-nos, portanto, a refletir sobre as questões que lhe estão inerentes nomeadamente éticas, económicas e sociais. O envelhecimento é um fenómeno natural e universal, no qual ocorre diversas mudanças. Este processo, independentemente do contexto de vida, origina uma maior vulnerabilidade à ocorrência de processos patológicos

¹ Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida, com destaque para o Envelhecimento Ativo (Ministério da Saúde, 2013)

² Esperança de Vida sem Incapacidade aos 65 anos (Ministério da Saúde, 2013)

irreversíveis (Fontaine, 2000; Young & Inouye, 2007). Assim, compreende-se que a população idosa seja a principal consumidora de cuidados de saúde nomeadamente: no consumo de medicamentos, ida a consultas e internamento hospitalar (Simões, 2006; Silva e Gonçalves, 2010).

Face a este panorama tivemos como finalidade desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente às pessoas idosas hospitalizadas com risco de *delirium*, tendo em conta que este síndrome afeta 14- 24% dos idosos na admissão hospitalar e cerca de 56% durante o internamento (Inouye, Fearing & Marcantonio 2009). E ao contrário dos outros focos de intervenção de enfermagem, o *Delirium* é um foco onde predomina a subjetividade, pelo que é mais difícil a sua identificação precisa (Marques, 2012).

Uma vez que a taxa de internamento bruta no grupo etário com 65 ou mais anos, de 35833,9 (Ministério da Saúde, 2008) e o referido por Marques (2012), pareceu-nos pertinente desenvolver competências na área da intervenção de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com risco de *Delirium*.

Importa, assim, compreender em que medida o cuidado de enfermagem nas suas bases teóricas se faz representar na prática de cuidados relativamente a esta problemática. À luz do modelo do Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) (McCormack, 2003) e a Teoria das Transições de Meleis (2010).

Para a consecução deste projeto e conseqüente realização do estágio foram definidos, os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da saúde da Pessoa Idosa³, concretamente no cuidado à pessoa idosa com risco de *delirium*;
- Contribuir para a sensibilização da equipa multidisciplinar no cuidado à pessoa idosa com risco de *delirium* no âmbito da prevenção, do diagnóstico e da intervenção.

³ Estas competências permitem, ao enfermeiro, cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2015).

- Contribuir para o conhecimento da enfermagem, nesta problemática específica da pessoa idosa hospitalizada com risco de *delirium*, através de projetos de investigação na prática clínica

Com vista a dar resposta ao desenvolvimento das competências de mestre expressas no Regulamento de Mestrado da ESEL (2014), que corroboram com o definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) para reconhecimento de enfermeiro especialista.

As atividades descritas neste relatório são as alocadas ao estágio que decorreu no período compreendido entre 28 de setembro de 2015 e 12 de fevereiro de 2016. O primeiro período de estágio, 28 de setembro a 23 de outubro de 2015, foi realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em Lisboa, especificamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e o segundo período, de 26 de outubro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016, num serviço de medicina de um hospital da Região Centro.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos apresentados, recorreu-se à metodologia de projeto, por assentar na investigação centrada num problema real, identificado, e na implementação de intervenções e estratégias eficazes para a resolução do mesmo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O relatório está dividido em seis capítulos. O primeiro diz respeito à definição da problemática e justificação do projeto. No segundo capítulo é feita a abordagem concetual e teórica fundamental à compreensão da problemática apresentada, com base na evidência científica, atual, sobre o fenómeno do envelhecimento e a hospitalização, o *delirium* na pessoa idosa hospitalizada, as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa idosa com risco de *delirium* e modelos teóricos de enfermagem subjacentes às mesmas. Do terceiro capítulo, consta a referência à metodologia, com descrição da finalidade, dos objetivos, da caracterização dos contextos de ação, do universo/população, da revisão da literatura e das questões éticas. Num quarto capítulo, procede-se à análise e discussão das atividades e os resultados obtidos, bem como, as competências adquiridas. No final do relatório as

conclusões do trabalho. Em anexos e apêndices⁴, estão os documentos considerados relevantes para melhor compreensão do trabalho realizado.

Na elaboração das citações e referências bibliográficas, deste relatório, foram tidas em conta as indicações do “Guia de Normas para a Apresentação de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações”, da ESEL, seguindo a norma APA⁵.

⁴ Os documentos apresentados nos Anexos e Apêndices foram alvo de edição, de forma a ocultar a informação que pudesse identificar os contextos de ação, zelando assim pelo respeito ao anonimato dos mesmos.

⁵ APA neste contexto significa American Psychological Association, diferente da sigla utilizada ao longo do documento.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

As alterações físicas, biológicas e psíquicas inerentes ao envelhecimento propiciam a vulnerabilidade da pessoa idosa conduzindo ao aparecimento de doenças ou agudização de doenças crônicas o que, na grande maioria das vezes leva ao internamento, sendo este um dos fatores de risco para o desenvolvimento do quadro de *delirium* (Young & Inouye, 2007). O *delirium* de acordo com Inouye et al (2009) tem uma prevalência, como referimos na introdução, na admissão hospitalar de 14-24%, surgindo até 56% de novos casos no internamento. Compreende-se assim a necessidade de desenvolver competências na área da saúde da pessoa idosa hospitalizada com risco de *delirium*.

Tal como referimos, por vezes, existe dificuldade em diferenciar os conceitos *delirium*, delírio e confusão aguda. Assim, de forma a tornar mais clara a definição do objeto de estudo, procurámos esclarecer os conceitos mencionados.

De acordo com a APA (2014), o delírio é uma percepção distorcida da realidade, uma crença fixa que não é alterada quando confrontada com a realidade. Este conceito, comumente, confundido com *delirium* não tem o mesmo significado. Contudo num episódio de *delirium* poderá haver manifestações de delírio. Pelo que importa esclarecer o conceito de *delirium*, sendo referido na APA (2014), como uma perturbação neuropsiquiátrica da atenção, consciência e uma alteração da cognição (alterações na orientação, memória, linguagem e pensamento), que se pode desenvolver na pessoa idosa, perante determinados fatores.

Na análise dos estudos encontrados na revisão da literatura, verificámos que *delirium* é muitas vezes utilizado com a mesma aceção que confusão aguda. Tornando-se premente a clarificação destes conceitos. De acordo com Marques, Cruz & Marques (2013) os enfermeiros utilizam preferencialmente o termo confusão aguda, estando este definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como “confusão”, ou seja, um processo de pensamento distorcido, englobando um compromisso da memória, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2011). Constata-se que na definição de *delirium* da APA, há referência a alteração da cognição, o que não se

verifica no conceito acima definido de confusão aguda. Já no que diz respeito à prática médica, o termo *delirium*, está contemplado na Classificação Internacional das Doenças e das doenças mentais.

Em 2012, Marques havia referido a existência de falta de rigor e imprecisão na utilização dos termos confusão aguda e *delirium*, na investigação e na prática clínica.

Neste sentido Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder (2009) e Marques (2012), referem que confusão aguda é um conceito mais global que o conceito de *delirium*. Tendo em conta o aludido, foi para nós pertinente debruçar-nos sobre o conceito de *delirium* como o foco do desenvolvimento do nosso projeto, dada a dificuldade da sua conceptualização na prática do cuidado (Marques, 2012)

Durante o exercício da nossa prática profissional, num serviço de internamento médico-cirúrgico, denotámos que os enfermeiros tinham dificuldade em diferenciar *delirium* e confusão aguda no doente idoso, pelo que não atuavam adequadamente e, por consequência, não planeavam as ações dirigidas para a prevenção, nem minimização da sintomatologia relacionada com o problema evidenciado, tal como Marques (2012) e Varghese, Macaden, Premkumar, Mathews & Kumar (2014), haviam já referido nos seus trabalhos. Também, a equipa médica aparentava estar pouco sensibilizada, não definindo as diretrizes terapêuticas em consonância com a mesma.

Mais, a equipa de saúde parecia não dominar a problemática do *delirium* dado que não procediam à avaliação objetiva da mesma, pois não recorriam aos instrumentos de avaliação existentes no serviço para este efeito. A intervenção face a esta problemática limitava-se à aplicação de contenções físicas e químicas, nomeadamente, a elevação das grades da cama, colocação de imobilizadores de punhos e abdominal e/ou o recurso à administração de benzodiazepinas e haloperidol nos doentes idosos mais agitados. Ciente que estas medidas podem colocar em causa a saúde das pessoas idosas, desencadeando problemas relacionados com a iatrogenia, motivou-nos para o desenvolvimento do projeto de estágio, nesta área, considerando que poderíamos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, ou seja para qualidade de vida dos idosos.

Como síntese, realçamos o interesse de intervirnos face à situação de *delirium* na pessoa idosa internada dada a dificuldade de objetivação, desta temática, e conseqüente adequação dos cuidados de saúde.

No capítulo seguinte, é feita a abordagem concetual e teórica fundamental à compreensão da problemática apresentada, com base na evidência científica, atual, sobre o fenómeno do envelhecimento e a hospitalização, o *delirium* na pessoa idosa hospitalizada, as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa idosa com risco de *delirium* e modelos teóricos de enfermagem subjacentes às mesmas, conforme referimos na introdução (p. 15).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo, pretendemos aprofundar a problemática do *delirium* na pessoa idosa e do envelhecimento humano, clarificando conceitos e explorando a temática de forma a sustentar as atividades executadas ao longo da implementação do projeto. Com o intuito de justificar a pertinência desta temática como um problema para a enfermagem, baseámo-nos no modelo do CCP (McCormack, 2003) e a Teoria das Transições de Meleis (2010).

No primeiro subcapítulo será feita uma abordagem ao fenómeno do envelhecimento e da hospitalização. Prosseguimos com a contextualização da temática do *delirium* na pessoa idosa. Por fim, tendo como foco o modelo de cuidados de enfermagem subjacentes ao CCP (McCormack, 2003) e à Teoria das Transições de Meleis (2010), definimos a intervenção do enfermeiro.

2.1. Envelhecimento

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005), nos países desenvolvidos, é considerado velho, aquele que tem 65 ou mais anos. No entanto esta designação encerra em si apenas uma característica da pessoa idosa, a cronologia. Outros autores descreveram o processo de envelhecimento dando-lhe várias perspectivas científicas, sendo que nenhum deles é universalmente aceite. Importa referir que, segundo Touhy e Jett (2014) o envelhecimento é considerado um processo multidimensional, em que as transformações biológicas, psicológicas, sociais e espirituais são dinâmicas e progressivas, traduzindo-se na perda gradual da capacidade de adaptação da pessoa ao meio.

De acordo com Gruner, Antunes, Magalhães & Castro (2014) a população idosa apresenta características próprias, relacionadas com o *continuum* de saúde-doença, muitas vezes associadas a uma elevada incidência e prevalência de doenças crónicas. Esta multiplicidade de problemas de saúde manifesta-se pela vulnerabilidade acrescida da pessoa idosa, a eventos adversos. Segundo Brown-O'Hara (2014) as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, associadas às doenças crónicas podem originar um conjunto de condições específicas

multifatoriais, denominadas de Síndromes Geriátricas. Diversos autores, entre os quais Fulmer (2007) e Brown-O'Hara (2014), têm vindo a identificar várias destas síndromes, sendo as mais comuns: alterações do sono e da nutrição, a incontinência urinária, a frequência de quedas, as úlceras de pressão e o *delirium*. Estes problemas que podem ser alvo de prevenção, pela equipa de saúde, influenciam a autonomia, a funcionalidade, a qualidade de vida e, em caso de hospitalização, a duração do tempo de internamento.

Ainda Fulmer (2007), refere que quando ocorre um desequilíbrio na homeostasia, quer por doença súbita ou agudização da doença crónica, surge com frequência a necessidade de recorrer à hospitalização da pessoa idosa, interferindo na satisfação das necessidades humanas, como por exemplo: sono e repouso, alimentação, eliminação e a segurança face ao ambiente hospitalar. De acordo com Fernandes & Silva (2014), o ambiente hospitalar não favorece a atenção individualizada da pessoa idosa e família pelas condições estruturais e modelo organizacional.

Por fim, tendo em atenção as alterações enunciadas verifica-se o compromisso na adaptação da pessoa idosa ao internamento, que se manifesta pela perda de autonomia e se traduz, por vezes, na alteração do comportamento manifestado através do *delirium*.

2.2. O *delirium* na Pessoa Idosa Hospitalizada

Conforme o já referido, de acordo com a APA (2014), o *delirium* é uma perturbação neuropsiquiátrica da atenção, consciência e uma alteração da cognição. Esta pode desenvolver-se num curto espaço de tempo, com tendência a flutuar ao longo do dia. Frequentemente, assiste-se a um agravamento no final da tarde ou na noite, relacionado com a redução dos estímulos externos, e que é percebido pela equipa de saúde como alteração de comportamento.

O *delirium* pode classificar-se em hiperativo, hipoativo e misto. De acordo com Phillips (2013) caracterizam-se:

- o *delirium* hiperativo, por aumento da atividade psicomotora, presença de sintomatologia psicótica (delírio), com agitação, agressividade e recusa em colaborar nos cuidados, sendo este o mais facilmente reconhecido;

- *delirium* hipoativo, por lentificação e letargia;

- *delirium* misto, por um quadro flutuante, com sintomas de ambos os subtipos anteriores.

Alguns autores, entre os quais Faught (2014), referem ser mais frequente o *delirium* hipoativo podendo este ser confundido com depressão, pois a alteração cognitiva e comportamental na pessoa idosa pode ser indicador de *delirium*, de depressão ou demência dificultando o diagnóstico. Denotando-se a importância da realização de uma avaliação cognitiva rigorosa⁶.

Para avaliar o *delirium* na pessoa idosa podemos recorrer aos instrumentos que estão traduzidos e validados, para a população portuguesa, como a Escala de Confusão de Neecham (ECN) e a *Confusion Assessment Method* (CAM). No entanto, a dificuldade de rigor na conceitualização de *delirium* e confusão aguda é tal, que os próprios autores não são claros na sua terminologia, damos como exemplo a CAM que tem como propósito a avaliação diagnóstica do *delirium* é denominada *Confusion Assessment Method (Método de Avaliação da Confusão)*, conforme referido por Marques (2012).

De acordo com Adamis, Sharma, Whelan e Macdonald (2010), a CAM ajuda a identificar a presença ou ausência de *delirium*, permitindo estabelecer um diagnóstico, porém, nas fases iniciais este problema pode não ser conseguido detetado com este instrumento.

De acordo com Dupplis e Johansson (2010), a ECN possibilita o rastreio e vigilância do *delirium*, sendo um instrumento que pode ser utilizado na prática diária para identificação do risco do seu desenvolvimento, pois permite identificar os seus

⁶ Para avaliação da função cognitiva, na pessoa Idosa, podemos recorrer ao Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein. Este instrumento é o mais utilizado, estando validado em Portugal. Permite avaliar a orientação temporal e espacial, a capacidade de atenção e cálculo, a memória de retenção e de evocação, a capacidade de linguagem e a habilidade construtiva (Ernida, 2014).

sinais numa fase precoce. Esta escala foi a primeira a ser validada e traduzida, em Portugal por Neves, Silva e Marques (2011).

Segundo Ahmed, Leurent & Sampson (2014), o desenvolvimento do *delirium* é multifatorial. Porém, Phillips (2013) reconhece alguns dos fatores de risco que potenciam o aparecimento de *delirium*, designando-os como fatores de risco predisponentes e precipitantes. Considera fatores predisponentes: o défice cognitivo (por exemplo demência), a depressão, a alteração da capacidade visual e auditiva, os antecedentes de alcoolismo e o episódio prévio de *delirium*. Como fatores precipitantes: a desnutrição e desidratação, a polimedicação, as situações de doença grave, a presença de cateter urinário e a utilização de contenções físicas.

Logo, quando a pessoa idosa é internada, pode sofrer de *delirium* e, por isso, ficar mais tempo internada, tendente ao declínio funcional e cognitivo, à ocorrência de quedas, à necessidade de cuidados de longa duração (APA, 2014) e consequente precipitação da morte.

No subcapítulo seguinte abordamos a ação do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa com risco de *delirium*.

2.3. A ação de enfermagem direcionada para pessoa Idosa com risco de *delirium*

Tendo em conta as complicações e problemas decorrentes do *delirium*, na pessoa idosa hospitalizada, é relevante que a intervenção de enfermagem enfatize a prevenção da sua ocorrência. Tal como Faught (2014) refere, a incidência de *delirium* pode ser reduzida entre 30-40% se houver um maior investimento na sua prevenção. Em acréscimo Baker, Taggart, Nivens & Tillman (2015), concluíram que os enfermeiros apresentam baixo nível de conhecimentos relativamente ao *delirium* e seus fatores de risco.

Daí a necessidade dos enfermeiros investirem na aquisição de conhecimentos sobre esta temática, de forma a compreenderem os sinais e sintomas que lhe são inerentes. A identificação precoce permite, aos enfermeiros, implementar medidas terapêuticas que minimizem os efeitos dos fatores de risco de *delirium* na pessoa idosa. Os autores Reston & Schoelles (2013) e Varghese et al

(2014) reforçam a importância de os elementos da equipa de saúde receberem formação na problemática do *delirium*.

Múltiplas pesquisas concluíram que a forma mais eficaz de cuidar da pessoa idosa com *delirium*, se baseia num planeamento de ações interdisciplinares, direcionadas para a prevenção e tratamento precoce (NICE, 2010; Phillips, 2013; Reston e Schoelles, 2013; Rivosecchi, Smithburger, Svec, Campbell & Kane-Gill 2015).

Sendo o enfermeiro, o profissional de saúde, que está mais presente na assistência à pessoa idosa internada e família, tem a responsabilidade de reconhecer os fatores de risco e os primeiros sinais de *delirium*, prevenindo a sua progressão (Phillips, 2013; Baker et al, 2015). A prevenção inicia-se com uma avaliação precisa e completa, que deve ser realizada na admissão da pessoa idosa (Baker et al, 2015).

Reston & Schoelles (2013) e Rivosecchi et al (2015) mencionam que os protocolos de intervenção multicomponente são os mais eficazes para a prevenção do *delirium*. A aplicação destes protocolos implica o envolvimento de toda a equipa de saúde e é composto por um conjunto de intervenções direcionadas aos vários fatores de risco presentes na pessoa. Reston & Schoelles (2013) na sua pesquisa sintetizam algumas das intervenções para a prevenção do *delirium*: a mobilização precoce; o controlo de hidratação e eletrólitos; a compensação de alterações da visão e audição; a remoção de medicamentos não necessários; as terapias de orientação; a nutrição extra; o controlo da dor; o controlo do padrão do sono; e a avaliação e controlo da eliminação vesical e intestinal. Rivosecchi et al (2015) acrescenta ainda a musicoterapia e reforça a importância da mobilidade precoce e reorientação espaço-temporal. O mesmo autor defende que a ação do enfermeiro na prevenção do *delirium* deve ter em conta: como é que o utente gosta de ser tratado; a frequente reorientação no tempo; a informação ao utente sobre o seu estado clínico e a interação de forma a estimular a memória.

É relevante neste contexto dar oportunidade à pessoa idosa/família para que esta mantenha a sua autodeterminação, assumindo as escolhas e decisões em relação aos cuidados de saúde (McCommarck, 2003; NICE, 2010). No caso da

pessoa idosa com risco de *Delirium* ou incapacidade cognitiva, a família torna-se um elemento essencial.

Neste sentido, o cuidado de enfermagem deve ter como foco a pessoa idosa/família, sendo que a tomada de decisão do plano terapêutico deve ser realizado em equipa interdisciplinar. Portanto, o enfermeiro necessita de estabelecer uma comunicação eficaz de forma a identificar os problemas *major* da pessoa idosa/família, para o que deverá ter um desapego das representações sociais sobre o idoso (estereótipos e mitos), um conhecimento da complexidade da pessoa e do conceito de consciência autêntica⁷, conforme refere McCormack (2003).

Segundo McCormack e McCance (2006) são múltiplas as variáveis que afetam a prática do Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), nomeadamente no que se refere: ao ambiente de cuidados; à diversidade de competências do enfermeiro; aos sistemas facilitadores/ou não da tomada de decisão partilhada; à efetividade da interação da equipa; aos sistemas organizacionais de suporte de partilha de poder; e à autonomia do enfermeiro na gestão dos cuidados de saúde.

De acordo com Fernandes e Silva (2014) a cultura organizacional dos serviços de saúde influencia a forma como as equipas multiprofissionais e, concretamente, a de enfermagem interagem com a pessoa idosa/família. A tomada de consciência desta abordagem é essencial para a centralidade do cuidado à pessoa idosa, em contexto hospitalar, sendo indispensável a articulação de conhecimentos entre os diferentes campos do saber, atender à complexidade que caracteriza o processo de envelhecimento, com vista à satisfação integral das necessidades da pessoa idosa/família com risco de *delirium*.

O processo de transição que é vivenciado pela pessoa idosa durante a hospitalização, constitui uma ameaça à sua independência. Por conseguinte, McCormack (2003) refere que a ação do enfermeiro deve procurar manter a autonomia da pessoa idosa/família, através do CCP.

Tal como temos vindo a referir, ao longo do envelhecimento, a pessoa atravessa várias fases de mudança no seu projeto de vida e saúde, ocorrendo momentos de transição, nomeadamente nas alterações da sua situação de saúde sem ou com hospitalização. Segundo Meleis (2010, p. 25) a transição é “uma

⁷ É a capacidade do enfermeiro que permite o reconhecimento da singularidade e dos valores da pessoa idosa/família, na tomada de decisão negociada, acerca do seu plano terapêutico (McCormack, 2003).

passagem ou movimento de um estado, condição, ou lugar para outro”. Nesta circunstância o enfermeiro deve facilitar a transição saudável, assegurando que haja uma boa adaptação da pessoa idosa/família e dando apoio na vivência desses processos (Meleis, 2010).

Ainda de acordo com Meleis (2010), a teoria das transições detém sete conceitos centrais que estabelecem o domínio da enfermagem sendo eles, cliente, interação, ambiente, processo de enfermagem, saúde, “terapêuticas” de enfermagem e transições.

O cliente é uma pessoa com necessidades próprias que está em interação constante com o ambiente, sendo capaz de adaptar-se às mudanças, mas que pode experimentar desequilíbrio quando uma doença (Meleis, 2010). O caso específico da pessoa Idosa que é hospitalizada, é um bom exemplo deste conceito, pois conforme anteriormente descrito, com facilidade a hospitalização pode ser desencadeadora de desequilíbrio.

A interação é também um conceito central da teoria das transições, pois sem esta, os cuidados de enfermagem não existiriam, uma vez que estes só ocorrem através da comunicação (Meleis, 2010). Além da relação interpessoal, o enfermeiro tem de equacionar a interação com o ambiente, que no que respeita à pessoa Idosa percebemos que esta sofre influência pelas suas crenças e expectativas.

Cabendo, também, ao enfermeiro a resolução/colmatação dos problemas de saúde o processo de enfermagem é o caminho que se segue para a tomada de decisão de enfermagem e para a resolução de problemas de saúde, sendo necessário para isso competências cognitivas, técnicas e interpessoais (Meleis, 2010).

Para cuidar da pessoa idosa/família com risco de *delirium*, é necessário que o enfermeiro tenha formação específica na área e mantenha um desenvolvimento contínuo de competências (Silva, Silva & Marques, 2011; Varghese et al 2014), pois só desta forma conseguirá prestar cuidados com vista a resolução do problema, implementando “terapêuticas” de enfermagem (Meleis, 2010).

No seguinte capítulo, abordamos as opções metodológicas que guiaram a execução do nosso trabalho.

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

No presente capítulo descrevemos a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de estágio, a caracterização dos contextos de estágio e os objetivos definidos.

Perante a problemática do contexto real, tornou-se relevante compreender a metodologia de projeto, na qual se baseia o nosso projeto de estágio. Assim a metodologia de projeto, tem por base uma

“investigação centrada num problema real identificado, e na implementação de intervenções e estratégias eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.” (Ruivo et al, 2010, p.2).

Segundo Ruivo et al, (2010), através desta metodologia desenvolvem-se capacidades e competências, na interligação da teoria com a prática. Sendo esta constituída pelas seguintes fases (Ruivo et al, 2010):

- diagnóstico de situação, nesta etapa procura-se identificar o problema real na prática clínica, com vista a reconhecer as necessidades sentidas e planear as atividades a desenvolver ;
- definição de objetivos, que podem ser gerais e específicos, determinam os resultados que se deseja atingir relativamente ao problema identificado;
- planeamento, planeia-se as atividades a desenvolver, tendo em conta a seleção de estratégias e avaliação dos recursos necessários, bem como, a definição de indicadores para avaliação;
- execução, contempla a realização do planeamento elaborado;
- avaliação, é um processo contínuo e rigoroso, que se define pela comparação dos objetivos propostos inicialmente e os que foram concretizados;
- divulgação dos resultados, após a implementação do projeto é redigido um relatório final do percurso realizado, permitindo a difusão dos resultados junto dos profissionais e conseqüente melhoria dos serviços prestados.

Embora na implementação do projeto tenham sido respeitadas as diferentes fases, as mesmas não foram delimitadas entre si, no presente relatório.

Perante as características da metodologia de projeto, nomeadamente a resolução de problemas reais, foi necessário definir locais de estágio onde

podéssemos identificar o problema e implementar o projeto, tendo em conta a questão de partida “Quais as intervenções de enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com risco de *delirium*?”

Passamos, assim a caracterizar os contextos de estágio.

3.1. Caracterização dos contextos de estágio

Para a consecução do projeto foram selecionados dois locais de estágio, um em contexto de cuidados de saúde primários e outro em contexto hospitalar.

Numa fase inicial (de 28 de setembro de 2015 a 23 de outubro de 2015), o percurso foi desenvolvido numa UCSP em Lisboa, mais precisamente numa ECCI⁸, uma vez que esta desenvolve cuidados de enfermagem domiciliários, sendo a maioria dos utentes pessoas idosas. Esta equipa é constituída por um médico, uma assistente social, uma psicóloga e 5 enfermeiras, sendo uma delas, especialista e minha orientadora. De forma, a realizar o diagnóstico de situação, neste contexto, foi realizada uma entrevista não dirigida (Fortin, 2009; Ruivo et al, 2010), com a enfermeira orientadora do estágio. Esta permitiu a expressão das suas ideias sobre a temática. Referindo que, apesar da baixa prevalência da problemática no domicílio, compreendia a necessidade de formação da equipa, nesta área.

Inicialmente, aquando da construção do projeto, o contexto hospitalar escolhido seria um serviço de internamento de um Hospital Privado em Lisboa. No entanto, e tal como explica Ruivo et al (2010), caso surjam alterações ao planeado, estas devem ser analisadas e aplicadas medidas de recuperação para que os objetivos definidos não fiquem comprometidos. Por motivos profissionais, durante a implementação do projeto, mudámos a nossa localização da região de Lisboa para Coimbra. Motivo pelo qual alterámos o contexto de estágio, em meio hospitalar, para um serviço de Medicina de um hospital da região centro do país. Correspondendo, este, a um segundo período de estágio (de 26 de outubro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016). Este serviço apresenta capacidade para 33 utentes do sexo masculino,

⁸ A ECCI é uma equipa multidisciplinar que tem como objetivo prestar serviços domiciliários, decorrentes da avaliação global de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho).

sendo o horário das visitas num período de 4 horas (das 15h às 16h e das 17h às 20h).

A equipa de enfermagem é constituída por 29 elementos, dos quais: 1 desempenha o cargo de chefia; outro dá apoio nas funções de gestão; 2 são enfermeiros especialistas de reabilitação e desempenham funções de gestão de cuidados de saúde; e os restantes prestam cuidados diretos pelo método individual, destes, 2 são especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria e 1 em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Na realização do diagnóstico de situação neste contexto, recorremos a entrevista não dirigida ao enfermeiro chefe de serviço e às enfermeiras orientadoras de estágio. Também, recorremos à observação participante não estruturada, que nos permitiu abstrair-nos do papel de estudante e integrarmo-nos na equipa (Fortin, 2009). E ainda aplicámos um questionário para identificar a necessidade de formação dos enfermeiros sobre a temática da intervenção de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com risco de *delirium* (Apêndice VIII).

Para a construção do questionário recorremos a Fortin (2009) que o define como “um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões” (Fortin, 2009, p. 380) e exige da parte do investigador uma definição clara do foco de estudo, o conhecimento do estado da arte sobre aquele e uma ideia clara dos dados a recolher. As questões delineadas foram de encontro ao tema a explorar. Formulámos questões abertas, pois este tipo de questões deixam o sujeito livre para responder como entender, sem que tenha que escolher respostas pré-determinadas e têm a vantagem de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante (Fortin, 2009). Dado o número de participantes ser reduzido consultámos outros tipos de questionários de forma a que as questões fossem facilmente compreendidas e permitissem respostas claras. Salientamos a realização do pré-teste em elementos noutra equipa de outro serviço, sem que tenha sido expresso a necessidade de correção.

Ainda, fizemos uma análise do serviço de Medicina verificando que a existência de uma elevada percentagem de doentes idosos internados por infeções respiratórias e urinárias, desequilíbrios hidroeletrólíticos e patologia hepática, apresentando concomitantemente uma ou mais doenças crónicas associadas e

alterações da funcionalidade. Constatámos que, frequentemente, na passagem de turno se fazia alusão a doentes “confusos”, em função das alterações de comportamento existentes. Daí a pertinência do desenvolvimento do projeto neste contexto.

O diagnóstico de situação foi referido na Definição da Problemática (p.17). Decorrente do diagnóstico de situação, delineámos os objetivos que apresentamos de seguida.

3.2. Finalidade e Objetivos

A implementação deste projeto teve como finalidade desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da saúde da pessoa idosa. Assim, definimos como objetivos gerais e específicos para este projeto, os descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Objetivos gerais e específicos do projeto

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<p>1. Desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na saúde da pessoa idosa, concretamente no cuidado à pessoa idosa com risco de <i>delirium</i></p>	<p>a) Aprofundar conhecimentos técnico-científicos relativos à problemática do <i>delirium</i> na pessoa idosa</p> <p>b) Mobilizar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos relativamente à problemática</p> <p>c) Avaliar os resultados técnico-científicos adquiridos relativamente à problemática</p> <p>d) Envolver a família no cuidado à pessoa idosa com risco de <i>delirium</i></p>
<p>2. Contribuir para a sensibilização da equipa multidisciplinar na prevenção, diagnóstico e gestão do <i>delirium</i> na pessoa idosa</p>	<p>a) Divulgar o projeto de estágio à equipa de enfermagem</p> <p>b) Motivar a equipa multidisciplinar para a problemática</p> <p>c) Identificar os conhecimentos e necessidades da equipa de enfermagem relacionadas com o cuidado à Pessoa Idosa com risco de <i>delirium</i></p> <p>d) Envolver a equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa com risco de <i>delirium</i> e definição de estratégias</p>

e) Informar a equipa multidisciplinar de acordo com as suas necessidades, sobre a problemática da pessoa idosa com risco de *delirium*

Para avaliação da concretização dos objetivos foram construídos indicadores que serão apresentados na sequência, na definição das atividades desenvolvidas.

3.3. Revisão da literatura

Numa fase inicial foi desenvolvida, uma revisão da literatura de forma a melhor definir o problema em estudo e saber o estado da arte acerca da temática do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada (Fortin, 2009). Esta possibilitou, um melhor entendimento sobre as Síndromes Geriátricas, bem como o conhecimento de escalas de avaliação geriátrica que integram a avaliação multidimensional da Pessoa Idosa. Para este efeito, recorreremos a bases de dados electrónicas, livros, páginas da Internet de entidades de referência científica na temática e *guidelines* emitidas pelas mesmas.

Por forma a dar consistência e fundamento ao nosso trabalho foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) (Apêndice I), com base na questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com risco de *delirium*?”, recorrendo aos seguintes palavras-chave: *delirium*, *elderly*, *older*, *old people*, *hospitalization*, *inpatient*, *nursing care*, *nursing interventions*, *nursing* e *prevention*. A pesquisa foi realizada na plataforma científica EBSCO host, (MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Database Of Systematic Reviews Cinahl) e foram incluídos os documentos em inglês e português, com texto integral disponível gratuitamente e num horizonte temporal de 2005-2015. Definimos os critérios de inclusão e exclusão (Apêndice I), com base nos quais foram analisados e selecionados 4 artigos para a RSL, destes: 2 são RSL, 1 é um estudo quasi-experimental no pré e pós teste no grupo de controlo (estudo controlado não randomizado) e o outro é um estudo não-experimental descritivo. Tendo em conta as conclusões obtidas da análise dos artigos, compreendemos a importância da

intervenção de enfermagem, em interdisciplinaridade com a restante equipa de cuidados de saúde, com especial ênfase na prevenção do *delirium* na pessoa idosa.

Os resultados encontrados vão surgindo ao longo deste relatório, quer no enquadramento teórico, quer na análise das atividades desenvolvidas com vista a justificar a prática baseada na evidência.

3.4. Questões éticas e deontológicas

Para a implementação deste projeto remetemos para a Comissão de Ética do Hospital, um pedido de autorização do qual obtivemos resposta positiva, conforme documento presente no Anexo I.

De acordo com o OE (2005) e reiterado na Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (2009), durante a implementação do projeto tivemos em atenção que o enfermeiro na sua prática tem o dever de garantir o respeito pela dignidade e direitos da pessoa idosa, através da promoção da independência física, psíquica e social e o autocuidado. Portanto, foram respeitados os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros, relativamente à proteção da confidencialidade, privacidade e autodeterminação da pessoa idosa e família, tal como é preconizado nas competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010).

Durante a implementação do projeto, aplicámos um questionário à equipa de enfermagem para diagnóstico das necessidades formativas, tendo sido respeitados os princípios éticos e os valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009). Assim, produzimos um documento de consentimento informado (Apêndice II), onde nos identificámos e descrevemos o trabalho que estava a ser realizado, garantido o anonimato e confidencialidade das informações obtidas junto dos participantes, bem como o carácter voluntário da participação, informando que podiam a qualquer momento negar o consentimento e abandonar o estudo.

4. DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo, descrevemos as atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular e procedemos à análise e discussão dos resultados obtidos.

Para atingir os objetivos acima elencados, desenvolvemos as seguintes atividades:

- Divulgação do projeto às equipas multidisciplinares, em reuniões na equipa de enfermagem;
- Integração nos serviços/ instituições, através da consulta de documentos normativos e observação informal;
- Prestação direta de cuidados à pessoa idosa/família, para a qual recorreremos:
 - à identificação dos problemas de saúde, com recurso ao processo clínico, informação obtida através do doente/família, aplicação do instrumento de avaliação inicial usado no serviço, instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa (no qual incluímos a ECN) e observação direta;
 - ao planeamento de cuidados em função dos problemas apresentados e tendo em conta a tomada de decisão do doente/família, respeitando assim o modelo de CCP;
 - à promoção da continuidade de cuidados, através dos registos de enfermagem e da passagem de informação à equipa nas mudanças de turno;
 - à realização de estudos de caso de pessoas idosas com *delirium*, seguido de discussão em equipa.
- Sensibilização da equipa multidisciplinar para a problemática da pessoa idosa com risco de *delirium*, através do diagnóstico da necessidade de formação nesta área, para o qual recorreremos a um questionário de perguntas abertas:
 - Sessão de formação com base nos dados recolhidos;
 - Aplicação de um questionário de avaliação com perguntas fechadas, que analisámos por estatística descritiva;
 - Realização de um póster, que afixámos no serviço num local acessível à equipa multidisciplinar.

Para dar continuidade ao exposto prosseguimos com a descrição, discussão e análise das atividades desenvolvidas e resultados obtidos.

No processo de análise das atividades realizadas suportámo-nos no Ciclo Reflexivo de Gibbs⁹ (1988) de forma a organizar e sistematizar o pensamento, traduzindo pela escrita a experiência vivida e o que daí adveio em termos de resultados na prática clínica e no desenvolvimento de competências.

4.1. Divulgação do projeto às equipas multidisciplinares

Esta atividade foi desenvolvida através de reuniões com as equipas de enfermagem, de forma a envolver os participantes e obter a sua colaboração. Assim, na ECCI, realizámos a 8 de outubro de 2015, uma reunião de equipa, com o objetivo de divulgar o projeto, elucidar acerca da temática do mesmo e esclarecer dúvidas identificadas através da reflexão conjunta. Recorreu-se ao suporte de um folheto informativo, com o título “Risco de *Delirium* na Pessoa Idosa” (Apêndice III), para que a informação pudesse ser consultada em momentos posteriores ao da formação e fosse acessível para a restante equipa multidisciplinar. O folheto incluiu informação geral sobre o *delirium*, os fatores de risco, as intervenções de enfermagem para prevenção do *delirium* e, mais especificamente, a função do enfermeiro no âmbito da avaliação da pessoa idosa na comunidade, recorrendo a instrumentos de Avaliação Multidimensional Geriátrica (Anexo II).

No serviço de Medicina, a divulgação do projeto e consequentemente da temática em foco foi realizada numa reunião formal, organizada com o apoio da enfermeira responsável pela formação em serviço e das tutoras.

A reunião foi realizada no dia 30 de novembro de 2015, com o objetivo de apresentar o projeto de estágio à equipa de enfermagem do serviço, abordando a problemática em questão, bem como as atividades planeadas para a consecução dos objetivos. Para esta reunião, recorreremos ao apoio do *powerpoint* (Apêndice IV) com o intuito de apresentar uma síntese das ideias principais a transmitir e reforçar a aprendizagem através da imagem (Rodrigues & Ferrão, 2012). No final da reunião

⁹. O Ciclo Reflexivo de Gibbs é composto pelas seguintes etapas: descrição – o que aconteceu?; Sentimentos – o que pensou e sentiu?; avaliação – o que foi bom e mau na experiência?; análise – que sentido pode tirar da situação?; planejar a ação - no futuro, o que faria?.

foi dada possibilidade aos enfermeiros de participar, no sentido de aferir as suas opiniões e dúvidas, pois segundo Rodrigues & Ferrão (2012) é necessário ter o feedback da formação desenvolvida para identificar o impacto da mesma.

Resultados

Na reunião, realizada na ECCL, participaram 4 dos 5 enfermeiros da equipa de Enfermagem. Os enfermeiros presentes demonstraram interesse em saber mais informações sobre a avaliação multidimensional da pessoa idosa e aplicabilidade da ECN, pelo que foram planeadas duas sessões de formação, de forma a colmatar estas necessidades.

No serviço de Medicina, a reunião de divulgação do projeto serviu para apresentação do mesmo e esclarecimento de questões relacionadas com os objetivos propostos, incluindo desta forma a equipa na sua implementação. Pois, para o sucesso de um projeto é essencial que os enfermeiros da equipa estejam envolvidos (Ruivo et al, 2010). O recurso a esta metodologia permitiu que os enfermeiros presentes debatessem a temática, contribuindo com as suas opiniões e experiência para a consecução do projeto.

Estiveram presentes 12 dos 29 enfermeiros que constituem a equipa, ou seja, cerca de 40%. Após a apresentação do projeto, alguns enfermeiros, questionaram sobre a finalidade do mesmo, a forma como iríamos desenvolver as atividades relacionadas com os objetivos propostos e, mais concretamente, como atuaríamos no sentido de prevenir o *delirium* e interviríamos no aparecimento súbito do mesmo. Ainda pediram informação detalhada sobre a utilização do instrumento de avaliação – ECN, pelo que foi definido a realização de uma sessão de formação especificamente para o efeito.

O referido questionamento revelou-se um contributo favorável para a reflexão acerca do desenvolvimento do projeto, conduzindo a mudanças processuais dos resultados a obter. Neste sentido, objetivámos os resultados a alcançar com a implementação do projeto. Ou seja, os resultados deveriam ser direcionados para a mudança de atitude da equipa face à prevenção ou diagnóstico precoce do *delirium* “em pessoas idosas hospitalizadas” e não diretamente para a pessoa idosa internada.

Uma equipa que tenha o domínio do conhecimento desta problemática, de acordo com OE (2001 e 2010), reúne os requisitos para melhor interagir com o utente/família, conhecendo os problemas de saúde (individualizando-os), intervir na resolução dos mesmos e avaliar os resultados obtidos. Por fim, é necessário registá-los de forma personalizada, clara e concisa no sentido de dar continuidade aos cuidados de saúde. Esta conjugação de atividades tem como foco o cuidado ao utente/família e é indispensável para melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Deste modo, contribuímos para o alcance dos objetivos específicos delineados “divulgar o projeto de estágio à equipa de enfermagem” e “motivar a equipa multidisciplinar para a problemática”. Esta atividade promoveu o desenvolvimento de competências ao nível do domínio das aprendizagens profissionais e capacidade de liderança, através da comunicação e apresentação do projeto ao grupo.

4.2. Integração nos serviços/ instituições

O facto de, inicialmente, nos terem proporcionado as reuniões de equipa de enfermagem para divulgação do projeto permitiu, não só, informar sobre a finalidade do estágio no serviço/instituição, mas também, iniciar um relacionamento com a equipa propício à integração.

Assim procurámos integrar as equipas da ECCI e do serviço de medicina, consultando os documentos normativos e realizando observação informal das dinâmicas de funcionamento e dos métodos em que se baseiam para a prática de cuidados de enfermagem. Neste sentido, tentámos aprofundar as relações profissionais recorrendo a uma comunicação assertiva, partilhando experiências, colocando dúvidas e aceitando as opiniões sobre a implementação do projeto (Eraut & Hirsh, 2007).

Resultados

Para a consecução desta atividade muito contribuiu a orientação das enfermeiras responsáveis pela tutoria do nosso estágio. Começando pela explicação da dinâmica do serviço e promovendo a prestação direta de cuidados, inicialmente, sob sua supervisão e posteriormente de forma autónoma. De acordo com Antunes

(2007) a socialização profissional de enfermagem é um processo complexo e progressivo que induz à tomada de consciência dos diferentes papéis e por consequência das competências a desenvolver.

Uma boa integração, no contexto clínico, permite a construção de um ambiente favorável ao desenvolvimento de aprendizagem (OE, 2009). Pois este processo contempla a participação em atividades de grupo, o trabalho em equipa e a partilha de conhecimentos e experiências (Eraut & Hirsh, 2007).

Podemos afirmar que a realização desta atividade foi essencial para conseguirmos concretizar os objetivos específicos “motivar a equipa multidisciplinar para a problemática” e “envolver a equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa com risco de delirium e definição de estratégias”. Uma vez que, a consecução do referido anteriormente, só é possível através de uma capacidade de liderança e comunicação eficaz, que não é viável desenvolver sem estarmos integrados nos serviços, nas suas equipas e dinâmicas.

Esta atividade permitiu-nos desenvolver competências relacionadas com a gestão de cuidados. Pois, a integração no serviço, possibilitou-nos o desenvolvimento das atividades adequando-as aos cuidados prestados à pessoa idosa com risco de *delirium* e sua família.

4.3. Prestação direta de cuidados à pessoa idosa/família

Para a concretização desta atividade destaco a mobilização dos conhecimentos adquiridos tanto no período teórico do curso de mestrado, como na revisão de literatura realizada. O *background* teórico permitiu o cuidado global à pessoa idosa nos diferentes contextos (hospital e ECCI), que sendo tão distintos, requerem uma adaptação das intervenções de enfermagem às necessidades específicas da Pessoa nesta faixa etária. Conforme Rodrigues (2007) a formalização dos conhecimentos adquire-se nos saberes da prática de enfermagem.

Durante o estágio na ECCI, esta atividade foi desenvolvida durante as visitas domiciliárias, com acompanhamento da enfermeira tutora, durante as quais se prestaram cuidados a pessoas idosas/família no seu *habitat*.

No serviço de internamento, após a integração, iniciámos de forma autónoma a prestação de cuidados à pessoa idosa/família partindo do CCP (McCormack, 2003). Após a atribuição dos utentes pelo chefe de equipa e, conseqüente passagem de informação para a continuidade de cuidados, em cada turno, tentámos fazer uma avaliação minuciosa através dos registos e da observação direta do utente/família, com base na qual planeámos, desenvolvemos e avaliámos os cuidados de saúde de acordo com as necessidades identificadas. Neste sentido colaborámos na realização dos registos de acordo com a avaliação efetuada, pois não nos era permitido ter acesso livre para registos na base de dados.

Resultados

Cuidar a pessoa idosa/família, no domicílio, revelou-se um desafio pois, até ao momento, a nossa experiência profissional tinha sido, apenas, em meio hospitalar. No decorrer do estágio percebemos que o cuidado no domicílio é rodeado de particularidades, que o diferenciam do cuidado em meio hospitalar, sendo necessário um ajuste constante das intervenções de enfermagem aos problemas de saúde da pessoa/família, aos recursos existentes no seu contexto social e habitacional.

O contexto do cuidado de enfermagem, no domicílio, permitiu-nos refletir sobre a individualização dos cuidados, na medida em que a prestação de cuidados de enfermagem em casa, depende da aceitação da pessoa/família e, ainda, da adaptação aos recursos materiais e habitacionais que estão ao nosso alcance. Esta circunstância levou-nos a pensar sobre quão importante é o estabelecimento de uma relação favorável à construção de um conhecimento mútuo, conducente ao cuidado de enfermagem centrado na pessoa (McCormack, 2003).

A experiência do estágio na comunidade possibilitou a percepção da falta de interligação, entre os cuidados de saúde primários e diferenciados e vice-versa, relacionada, fundamentalmente, com a partilha de informação necessária à continuidade de cuidados nos dois contextos. É de salientar, o referido no PNS 2012-2016¹⁰, do Ministério da Saúde (2013), quando identifica os Cuidados de

¹⁰ O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 foi avaliado e sofreu extensão até 2020. Pelo que algumas recomendações se mantêm até 2020, contudo foram redefinidas novas metas.

Saúde Primários, como cuidados globais, de proximidade, de continuidade, com melhor desempenho, melhores resultados, maior equidade, melhor relação custo-benefício e maior satisfação da Pessoa cuidada (Atun, 2004). Neste sentido, a Direção Geral da Saúde (DGS, 2017), reconhece a necessidade de uma comunicação eficaz, durante a transição de cuidados entre os vários atores do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que esta pode comprometer a continuidade dos cuidados e a segurança do doente, por falta de informação ou informação imprecisa.

No hospital, o utente idoso tem predisposição para desencadear *delirium* pois de acordo com Phillips (2013), como o referido na p.23 deste trabalho, existem fatores precipitantes para o seu desenvolvimento durante o internamento como, a desnutrição e desidratação, a polimedicação, as situações de doença grave, como a infeção, a presença de cateter urinário e utilização de contenções físicas. Com a agravante de, no contexto hospitalar, a pessoa idosa se encontrar num meio ao qual não está adaptado, submetido a constante tratamento e exames auxiliares de diagnóstico. Assim, a prestação de cuidados de enfermagem, especializados, centrados na pessoa idosa/família, no hospital, implica uma dinâmica complexa.

Também é desafiante conciliar o trabalho de uma equipa multidisciplinar, numerosa e com diversas valências e preocupações. Em concordância com esta ideia, Vicente (2011) refere que, o trabalho interdisciplinar numa equipa de saúde implica que os intervenientes tenham em conta os papéis dos vários membros da equipa, havendo influência, nos mesmos, na troca de informação, nos conhecimentos e nos recursos. Assim, a consecução dum plano terapêutico individual, pode ficar comprometida pela dificuldade na articulação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar. Reston & Schoelles (2013), no estudo que incluímos na RSL, confirmam esta problemática aludindo que para a aplicação de um protocolo de intervenções para prevenção do *delirium* é essencial envolver toda a equipa de saúde.

A recorrência ao modelo do CCP (McCormack, 2003) teve como preocupação conhecer e respeitar as expectativas e valores das pessoas idosas, independentemente do contexto. Tentámos, assim, na prestação de cuidados de enfermagem assegurar as intervenções congruentes às necessidades concretas da

pessoa idosa/família, de forma a facilitar o processo de transição vivenciado, conforme o preconizado pela Teoria das Transições de Meleis (2010).

Nesta conformidade, durante a prestação de cuidados de enfermagem, foram mobilizados conhecimentos científicos e técnicos de acordo com a problemática do *delirium* na pessoa Idosa, para o qual recorreremos à aplicação de instrumentos de avaliação multidimensional (Anexo II), conducentes ao desenvolvimento de intervenções específicas (Ermida, 2014), à qual incluímos, o instrumento ECN. Tal como Faught (2014) referiu, para a prestação de cuidados de enfermagem globais é necessário envolver a família quer seja no internamento, ou no domicílio, uma vez que é essencial o máximo de informação para uma implementação do plano terapêutico centrado na pessoa alvo de cuidados.

O plano terapêutico, segundo Andrade & Vieira (2005), é baseado nos diagnósticos de saúde definidos pelo enfermeiro, que têm como finalidade a sua resolução ou minimização, recorrendo às intervenções de enfermagem centradas na pessoa/família. Foi neste sentido, que realizámos a colheita de dados dos doentes, cujo cuidado estava à nossa responsabilidade, para o qual recorreremos à leitura do processo clínico, à entrevista informal da família segundo o instrumento de colheita de dados do serviço, a instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa (no qual incluímos a ECN¹¹) e observação do utente (Touhy & Jett, 2014).

Decorrente da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com risco de *delirium* e com o objetivo de aprofundar a problemática, relacionando as intervenções implementadas com a teoria, foram desenvolvidos estudos de caso (Apêndices V e VI). Neste sentido, Benner defende que "os enfermeiros (...) aprendem melhor quando se utilizam estudos de casos que põe à prova e requerem a capacidade de aprender numa situação" (2005, p.56).

Os estudos de caso contribuíram para a análise aprofundada da pessoa idosa/família, permitindo identificar o risco de desenvolvimento de *delirium*, as necessidades de intervenção, criar um ambiente terapêutico e seguro e planificar as intervenções de enfermagem, de acordo com as preferências da pessoa idosa. É de

¹¹ A ECN foi escolhida em detrimento da CAM, pois permite identificar sinais de *delirium* ainda numa fase precoce, possibilitando identificar o risco de ocorrência. Realizámos pedido de autorização para utilização desta escala na versão traduzida e validada para Portugal (Anexo III)

salientar a inclusão da pessoa idosa/família na tomada de decisão, tal como é preconizado no CCP (McCormack, 2003).

Neste sentido, realizámos a avaliação multidimensional da pessoa idosa nas dimensões: sócio-demográficas; estado de saúde; estado funcional; estado nutricional; estado mental; e avaliação sócio-económica (Santos, Carvalheiro, Silva, Barlem, Feliciani & Valcarenghi, 2010; Ramani, Furmedge & Reddy, 2014).

Esta avaliação permitiu o conhecimento global da pessoa idosa/família e, conseqüentemente, o estabelecimento do plano terapêutico direcionado para a mesma, donde resultou maior eficácia do cuidado conforme os resultados obtidos (OE, 2010).

Apresentamos como exemplo, o estudo de caso realizado em meio hospitalar. Relativamente ao Senhor A fizemos uma colheita de dados para conhecer o seu estado de saúde atual, os dados sócio-demográficos, genograma familiar e ecomapa, percebendo a rede de apoio e suporte social e as suas preferências e expectativas, tendo por base o CCP (McCommarck, 2003). Pois, conhecer o utente, os seus interesses e envolvê-lo no processo de tomada de decisão, promove a manutenção/recuperação da sua autonomia e independência.

Foram aplicados instrumentos de Avaliação Multidimensional Geriátrica para avaliar os problemas de saúde que necessitariam de resolução e identificados os fatores de risco presentes, para o possível desenvolvimento de *delirium* (idade; sexo masculino; internamento atual, com presença de infeção; diminuição da acuidade visual; imobilidade). Desta forma, delineámos um plano de intervenções que abrangesse os problemas identificados, pelos instrumentos de avaliação, e que em simultâneo, fossem direcionadas aos fatores risco modificáveis, tendo em vista a prevenção do *delirium*.

A família do senhor A foi envolvida, desde o início, na prestação de cuidados de enfermagem, tornando-se uma fonte de informação para colheita de dados e um elemento de cooperação e colaboração na implementação do plano terapêutico delineado.

A prestação de cuidados foi, concomitantemente, sustentada pelo *background* teórico e registos de enfermagem, através dos quais procurámos demonstrar, não só, a efetividade dos cuidados prestados, mas também os resultados obtidos através da avaliação dos mesmos.

Desta forma, o desenvolvimento desta atividade permitiu-nos concretizar os objetivos específicos “aprofundar conhecimentos técnico-científicos relativos à problemática do delirium na pessoa idosa hospitalizada”, “mobilizar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos”, “avaliar os resultados adquiridos relativamente à problemática” e “envolver a família e/ou cuidadores informais no cuidado à Pessoa Idosa com risco de delirium”. Pois, de acordo com o referido na p.24, são múltiplas as variáveis que afetam a prática do CCP, nomeadamente, a diversidade de competências do enfermeiro.

Nesta perspetiva, contribuímos para o desenvolvimento de competências na área do cuidado à pessoa idosa: no **domínio da melhoria da qualidade**, promovemos a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, dinamizando o desenvolvimento de estratégias de cuidados à pessoa idosa/família com risco de *delirium*, no sentido da conseqüente melhoria dos cuidados (como por exemplo, a gestão do recurso às contenções na pessoa idosa com agitação, conforme o defendido por Marques (2012)); no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, recordamos o respeito pelos princípios éticos e deontológicos no cuidado à pessoa idosa/família, de forma a manter a segurança, a privacidade e a dignidade; no **domínio da gestão dos cuidados**, colaborámos nas decisões da gestão dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa/família, na equipa interdisciplinar, sempre que oportuno e tendo em vista o CCP (McCormack, 2003).

4.4. Sensibilização da equipa multidisciplinar para a problemática da pessoa idosa com risco de *delirium*

Na ECCI, depois da avaliação das necessidades de formação sobre a temática, que aferimos na divulgação do projeto, realizámos duas sessões de formação, uma sobre a “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa” (Apêndice VII), para a qual recorremos ao *powerpoint* com momentos de exposição e

discussão. E numa segunda sessão, para complementar a formação, apresentámos um estudo de caso, de modo a demonstrar a aplicabilidade dos instrumentos da avaliação multidimensional, num caso prático.

Da mesma forma, com o intuito de compreender as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de Medicina, na área do *delirium* na pessoa idosa em serviço de internamento, recorreu-se à aplicação de um questionário (Apêndice VIII). Na aplicação do questionário foram respeitados os princípios éticos e os valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009), tal como explicámos no sub-capítulo 3.4.

Com base nos resultados encontrados, realizámos uma sessão de formação no dia 18 de janeiro de 2016 às 14h, com a temática “*Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de Delirium*” (Apêndice IX), para a qual definimos os seguintes objetivos: aprofundar os conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com risco de *delirium* e avaliação com recurso da ECN; informar envolvendo a equipa de enfermagem sobre esta problemática.

No sentido de avaliar a eficácia da formação explicámos, aos enfermeiros presentes, a importância do preenchimento do questionário de avaliação a aplicar antes e depois da formação, este foi construído com questões fechadas. Segundo Fortin (2009), a questão fechada tem como principais vantagens ser simples de responder, permitir a codificação fácil, análise rápida e ser pouco dispendiosa. O mesmo autor refere, serem mais uniformes, aumentarem a fidelidade dos dados e permitirem a comparação das respostas. Por contribuírem para o diagnóstico da aprendizagem, no primeiro questionário a ênfase é dada à formação prévia, sobre a temática, enquanto no segundo o foco era a sessão de formação realizada, conforme se pode constatar nos Apêndices (X e XI).

Resultados

No estágio, na ECCL, a equipa de enfermagem referiu que as diferentes abordagens da temática tinham sido interessantes e favoráveis à compreensão da mesma. Reconheceu, também, que a Avaliação Multidimensional Geriátrica, é um recurso pertinente para a prestação de cuidados globais à pessoa idosa/família em

contexto domiciliário. No entanto, não deixaram de aludir a baixa incidência do desenvolvimento de delirium na pessoa idosa, em contexto domiciliário e a dificuldade em implementar um método de avaliação com vários instrumentos que carecem de tempo e formação para a sua utilização.

Relativamente ao estágio em meio hospitalar, verificámos a baixa adesão ao questionário aplicado. As respostas obtidas seriam tratadas por análise de conteúdo¹², segundo Bardin (2013), no entanto dado que apenas obtivemos 2 respostas, estas foram analisadas de forma direta. Por conseguinte, passamos a referir os achados encontrados após análise das respostas às questões efetuadas:

1. “De que forma a organização dos cuidados influencia a sua prestação de cuidados à Pessoa Idosa com *Delirium* ou confusão aguda?”- as repostas são consonantes, no sentido em que referem que a maior limitação para a gestão dos cuidados é a quantidade de exames complementares de diagnóstico, tratamentos e avaliações médicas a que o doente está sujeito.
2. “Narre a sua experiência no cuidado a doentes com *Delirium* ou confusão aguda. Descreva uma situação específica e reflita sobre como agiu na mesma. Com que dificuldades se deparou?” – os participantes optaram por não dar resposta a esta questão.
3. “Quais são as estratégias que utiliza para prevenir e intervir nos doentes com risco de *Delirium* ou confusão?” – as respostas salientam como intervenções, a manutenção de um ambiente e comunicação calmos e a reorientação espaço-temporal.
4. “Considera diferente cuidar de uma pessoa idosa (idade superior a 65 anos) em relação a um adulto? Enuncie quais as principais diferenças.” – as repostas obtidas, mencionam que não é diferente cuidar de um adulto ou de uma pessoa idosa. Uma delas justifica, referindo que em ambas as situações o cuidado de enfermagem deve ser personalizado e individualizado.

¹² A análise de conteúdo consiste "num conjunto de técnicas de análise (...) visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (p.44) (Bardin, 2013).

5. “Considera existir diferenças entre os conceitos *Delirium* e confusão aguda? Se achou que há diferenças, enumera-as.” – as respostas obtidas são concordantes, em que não há diferenças entre os conceitos.

Com base nos resultados encontrados, realizámos uma sessão de formação no dia 18 de janeiro de 2016 às 14h, com a temática “*Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de Delirium*”. Participaram nesta sessão 12 dos 29 enfermeiros, ou seja cerca de 40%, que compõem a equipa de enfermagem. Recorremos à metodologia expositiva seguida de discussão, com o suporte do *powerpoint*.

No final da sessão de formação, alguns dos presentes manifestaram interesse na apresentação de um estudo de caso para melhor compreender a utilização da ECN e, ainda, terem acesso direto ao instrumento para o conhecerem melhor e perceberem a viabilidade da sua utilização no serviço.

As respostas obtidas no questionário de avaliação (antes e após a sessão) foram analisadas com base na estatística descritiva, tendo sido posteriormente feita a comparação dos resultados dos questionários nos diferentes tempos de aplicação e da qual se elaborou um relatório (Apêndice XII), tendo sido este apresentado à equipa de enfermagem.

Do relatório elaborado, salientámos dois resultados:

- Relativamente à questão “Qual o instrumento de avaliação do *Delirium*?” verificámos que 26,7% dos formandos responderam incorretamente, sendo que a resposta selecionada o “Mini Exame do Estado Mental” (um instrumento que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas em geral) em vez de “Escala de Neecham”. Daí, concluímos, ser pertinente investir na formação sobre os instrumentos de avaliação da função cognitiva aplicáveis à pessoa idosa e, especificamente, sobre os instrumentos de avaliação direcionados para avaliação do *delirium*;

- Quanto à questão “Qual das seguintes, é uma intervenção de enfermagem para a prevenção do *Delirium*?”, constatámos que 46,7% dos formandos responderam incorretamente. Os resultados encontrados salientam a insuficiência de conhecimentos relativamente à temática, pelo que denotamos a necessidade de

investimento na formação dos enfermeiros. Esta conclusão está em consonância com o referido pelos autores Varghese, et al (2014) e Baker et al (2015).

Também, Reston, & Schoelles (2013) no seu estudo, concluíram que os protocolos de intervenção para prevenção do *delirium*, só seriam eficazes através do envolvimento de toda a equipa multidisciplinar. Baseando-nos numa prática baseada na evidência, foi relevante a divulgação da referida temática à restante equipa multidisciplinar, do serviço de Medicina. Em consequência, elaborámos um póster (Apêndice XIII), a ser exposto no serviço, em local acessível e a definir pelo chefe do serviço, subordinado ao tema “Risco de *delirium* na pessoa idosa hospitalizada - prevenção, um trabalho em equipa”. Este instrumento teve como propósito difundir a informação sobre a avaliação, fatores de risco e intervenções na prevenção do *delirium* na pessoa idosa, donde salientámos a importância do trabalho em equipa.

Através desta atividade, alcançámos os objetivos específicos: “identificar os conhecimentos e necessidades da equipa de enfermagem relacionadas com o cuidado à Pessoa Idosa com *delirium*”; “envolver a equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa com risco de *delirium* e definição de estratégias”; e “informar a equipa multidisciplinar de acordo com as suas necessidades, sobre a problemática da pessoa idosa hospitalizada com risco de *delirium*”.

Por fim, consideramos ter desenvolvido competências de especialista e mestre:

- no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, identificámos as necessidades formativas nas equipas e desenvolvemos ações de formação em contexto de trabalho;

- no domínio da gestão dos cuidados, colaborámos nas decisões da gestão dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com *delirium* ou em risco de desenvolver, sempre que oportuno. Divulgámos, à equipa, o conhecimento relativamente à necessidade de um CCP (McCommarck, 2003), para obtenção de cuidados de qualidade à pessoa idosa. Avaliámos as sessões de formação e apresentámos os resultados de forma a motivar e envolver os profissionais de enfermagem na continuidade do cuidado à pessoa idosa/família em função das manifestações da necessidade de cuidados de saúde.

Por último, apresentamos as principais conclusões da implementação do projeto, as repercussões na nossa aprendizagem para a prática de cuidados e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da profissão.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de desenvolver conhecimentos sobre os cuidados que prestam, com o intuito de aprimorar as suas competências. A reflexão e avaliação das intervenções de enfermagem, fundamentadas pela prática baseada na evidência, permitem a melhoria contínua dos cuidados de saúde (Ruivo et al, 2010).

Assim, antes de frequentar o curso de mestrado em Enfermagem e implementar o projeto de estágio, considerávamos estar num estadio de desenvolvimento de competências como enfermeira generalista num nível de “competente” de acordo com Benner (2005).

E se, ao iniciarmos este percurso académico, nos situávamos no nível de “competente”, enquanto enfermeira generalista, findo este trajeto de formação, consideramos ter atingido um nível de “Iniciado avançado”, enquanto enfermeira especialista e mestre. De acordo com Benner (2005), neste nível é possível avaliar alguns fatores significativos numa situação, apresentando, contudo, alguma dificuldade em ultrapassar regras e estabelecer prioridades. Nomeadamente, na situação da pessoa idosa com risco *delirium*, estamos certos da dificuldade na implementação de intervenções mais adequadas.

Através da reflexão acerca das práticas e a evidência científica, definimos a problemática foco “Intervenção de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com risco de *delirium*”.

Recorrendo à metodologia de projeto, foi-nos possível a envolvência e a sensibilização das equipas de enfermagem para a identificação desta problemática e implementação de intervenções que permitissem a prevenção, deteção e gestão do *delirium*

Uma das conclusões a que chegámos é a da necessidade de investir na formação dos enfermeiros e restantes técnicos de saúde, quer a nível da graduação, da pós-graduação e da formação contínua, relativamente à problemática em estudo. Tal como indicam os resultados obtidos na aplicação dos questionários (sub-capítulo 4.4) e os autores, identificados na RSL, Varghese et al (2014) e Baker et al (2015). Salientamos o facto de ficarmos mais despertos para a problemática da prevenção do *delirium* na pessoa idosa/família, na medida em que nos questionamos na prática

dos cuidados, cada vez mais, procurando sinais ou sintomas de *delirium* nas pessoas idosas internadas ao nosso cuidado.

O percurso acadêmico proporcionou-nos um desenvolvimento pessoal e profissional, possibilitando a aquisição de competências como enfermeira especialista e mestre na área da saúde da pessoa idosa, concretamente na área da pessoa idosa com risco de *delirium*, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2010). Consideramos ter ainda adquirido as competências ao nível de formação, capacidade de liderança e de investigação, como preconizado pelo regulamento de Mestrado (ESEL, 2014).

Contudo este caminho de construção pessoal e profissional não termina aqui, pelo que o intento é progredir na consolidação de competências até atingir o patamar de “perito”, demonstrando assim, um elevado grau de adaptabilidade e de competência para cada situação específica de cuidados a prestar à pessoa idosa/família (Benner 2005). De futuro pretendemos desenvolver estudos direcionados para o cuidado à pessoa idosa/família, por forma a prevenir situações de *delirium* quer em contexto hospitalar ou na comunidade. Com isto pretendemos contribuir para a construção do conhecimento do cuidar em enfermagem nesta área, suportado no CCP (McCommarck, 2003).

A implementação do projeto foi condicionada pela limitação temporal para a consecução do mesmo. Um período de estágio maior permitiria uma melhor gestão do tempo e mais eficácia nas atividades desenvolvidas, facilitando a nossa mudança e das equipas, bem como o ancorar das competências profissionais. Salientamos que, em tão curto espaço de tempo, não foi possível, na nossa perspectiva, ver a pessoa idosa/família na globalidade. Apesar de termos intenção de suportar as nossas intervenções, no modelo do CCP (McCormack, 2003) e na Teoria das Transições (Meleis, 2010), chegámos à conclusão que devido à falta de continuidade na prestação de cuidados e no contato com a pessoa idosa/família, não podíamos criar uma relação, que nos desse a possibilidade do conhecimento da pessoa, em profundidade.

De futuro, recomendamos o investimento no conhecimento mais aprofundado dos contextos de estágio, para que os projetos sejam elaborados numa perspetiva mais realista.

Em suma, apesar do referido, concluímos ter adquirido as competências específicas de enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidas pela OE (2010) e pelo regulamento de Mestrado (ESEL, 2014), no que diz respeito ao cuidado à pessoa idosa, como o definido por Benner (2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamis, D., Sharma, N., Whelan, P., & Macdonald, A. (2010). Delirium scales: a review of current evidence. *Aging & Mental Health*, 14(5), 543-555. DOI: 10.1080/13607860903421011
- Ahmed, S., Leurent, B., & Sampson, E. L. (2014). Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age & Ageing*, 43(3), 326-333. DOI:10.1093/ageing/afu022
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais.- DSM V. (5ªed.)*. Lisboa – Climepsi Editores.
- Andrade, J. & Vieira, M. (2005). Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3), 261-265. DOI:10.1590/S0034-71672005000300002
- Antunes, L. (2007). Processos e trajetórias de socialização em enfermagem uma reflexão sociológica sobre a construção de identidades sociais e profissionais dos estudantes. In: A. Rodrigues et al. *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. (pp. 92-123). Loures: Lusociência.
- Atun, R. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a healthcare system to be more focused on primary care services? Health Evidence Network report. Europe: WHO
- Baker, N. D., Taggart, H. M., Nivens, A., & Tillman, P. (2015). Delirium: Why Are Nurses Confused? *MEDSURG Nursing*, 24(1), 15-22. Acedido em: 20/12/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103755795&site=ehost-live>
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2005) – *De iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*.(2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

- Brown-O'Hara, P. (2014). Geriatric Syndromes and Their Implications for Nursing. *Journal Of Legal Nurse Consulting*, 25(2), 8-11. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000423097.95416.5
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados. Diário da Republica I Série A, N.º 109 (06-06-2006), 3856-3865.
- DGS (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Lisboa: Direção Geral de Saude.
- Duppils, G. S., & Johansson, I. (2010). Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(2), 133-142. DOI:10.1111/j.1748-3743.2010.00232.x
- Eraut, M., & Hirsh, W. (2007). The Significance of Workplace Learning for Individuals, Groups and Organizations. Skope Web site.. Acedido 04/02/2017. Disponível em: <http://www.skope.ox.ac.uk/sites/default/files/Monogrpah%209.pdf>.
- Ermida, J. (2014). Avaliação geriátrica global. In M. Veríssimo (Coord.), *Geriatría fundamental-Saber e Praticar* (pp. 103-117). Lisboa: LIDEL
- ESEL (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL.
- ESEL (2015). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2014/2015. 6ºCurso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL
- Faught, D. (2014). Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment. *MEDSURG Nursing*, 23(5), 301-305. Acedido em: 20/05/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103907434&site=ehost-live>

- Fernandes M., Silva A. (2014). Envelhecimento populacional e modelo de gestão hospitalar: contradições organizacionais. *Revista Nursing on-line*. Acedido em 25/01/2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/envelhecimento-populacional-e-modelo-de-gestao-hospitalar-contradicoes-organizacionais/>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fulmer, T. (2007). How to try this. Fulmer SPICES: a framework of six 'marker conditions' can help focus assessment of hospitalized older patients. *American Journal Of Nursing*, 107(10), 40-49. Acedido em: 20/05/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106189476&site=ehost-live>
- Gibbs, G. (1988) - *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods* Oxford: Oxford Brookes University.
- Gruner,H., Antunes, M., Magalhães, F. & Castro, S. (2014). O idoso frágil. In M. Veríssimo (Coord.), *Geriatría fundamental-Saber e Praticar* (pp. 359-364). Lisboa: LIDEL.
- Inouye, S.; Fearing, M.; Marcantonio, E. (2009) – Delirium. In: HALTER, J [et al.] (Ed.). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* (6ª ed). EUA: McGraw-Hill Companies.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série,N.º 180 (16-09-2009, 6528-6550.
- Marques, P. (2012) - *O doente idoso com confusão e a acção de enfermagem*. Loures : Lusociência.
- Marques, P., Cruz, S., & Marques, M. L.. (2013). Conceito de delirium versus confusão aguda. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(10), 161-169. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1228>

- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209. DOI: 10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4.ªed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde (2008). *Análise dos Internamentos Hospitalares na região Norte*. Acedido a 02/02/2016. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/PDF_MorbHosp_2008.pdf
- Ministério da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2010). Delirium; diagnosis, prevention and management. *NICE Clinical Guideline 103*. Acedido em: 20/05/2015. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/evidence/full-guideline-134653069>
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P.. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência*. Acedido a 12/05/2015 Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100011&lng=es&tlng=pt
- OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- OE (2010). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 25-04-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (S. Gontijo, Trad.). (1ª edição traduzida para o português). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS (2014). *Ageing and Life Course - facts about ageing*. World Health Organization. Acedido: 10-05-2016. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à análise de Casos. Lisboa
- Phillips, L. A. (2013). Delirium in Geriatric Patients: Identification and Prevention. *MEDSURG Nursing*, 22(1), 9-12. Acedido a 20-06-2015. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=4d1e67c2-d4f8-4b81-94c4-67b130b857e4%40sessionmgr113&hid=122>
- Pordata (2016). *Números de Portugal--quadro resumo*. Acedido em: 30/04/2016. Disponível em: www.pordata.pt.
- Ramani, L., Furmedge, D. S., & Reddy, S. H. (2014). Comprehensive geriatric assessment. *British Journal Of Hospital Medicine* (London, England: 2005), 75(8), C122-C125. **DOI:** 10.12968/hmed.2014.75.Sup8.C122
- Reston, J. T., & Schoelles, K. M. (2013). In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals Of Internal Medicine*, 158375-380. **DOI:**10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00003
- Rivosecchi, R. M., Smithburger, P. L., Svec, S., Campbell, S., & Kane-Gill, S. L. (2015). Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review. *Critical Care Nurse*, 35(1), 39-51. **DOI:**10.4037/ccn2015423

- Rodrigues, A. (2007). Da teoria à prática: Necessidades de formação dos formadores. In: A. Rodrigues et al. *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. (pp. 77-91). Loures: Lusociência.
- Rodrigues, M. & Ferrão, L. (2012). *Formação Pedagógica de Formadores*. (10ªed.) Lisboa: LIDEL.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Santos, S., Carvalheiro, B., Silva, B., Barlem, E., Feliciani, A., & Valcarenghi, R. (2010). Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(1), 129-136. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.5530>
- Sendelbach, S., Guthrie, P. F., & Schoenfelder, D. P. (2009). Acute confusion/delirium. *Journal Of Gerontological Nursing*, 35(11), 11-18. DOI: 10.3928/00989134-20090930-01
- Silva, A. & Gonçalves, L. (2010). *Cuidado à pessoa idosa : estudos no contexto Luso-Brasileiro*. Porto Alegre : Ed. Sulina.
- Silva, R., Silva, A. P. & Marques, P. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Rev. Latino-Am.* 19(1). Acedido a 20-06-2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Touhy, T. A. ; Jett, K. F. (2014). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging*. (4ª ed).. St. Louis : Elsevier Mosby
- Varghese, N. C., Macaden, L., Premkumar, B., Mathews, P., & Kumar, S. (2014). Delirium in older people in hospital: an education programme. *British Journal Of Nursing*, 23(13), 704-709. DOI: 10.12968/bjon.2014.23.13.704

Vicente, J. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental. (Aspectos sociológicos e organizacionais)*. Dissertação de Mestrado. Disponível em:
https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17822/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Jos%C3%A9_Vicente_MISIE_2011.pdf

ANEXOS

Anexo I – Autorização Comissão de Ética do Hospital

Ref.º:

A pedido de A pedido de **Enf.º Andreia Cação Sansana**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **“INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM RISCO DE DELIRIUM”**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl' A Directora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

Instrumentos para Avaliação Multidimensional Geriátrica

Com este anexo, pretendemos mostrar os instrumentos utilizados para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, ao longo do estágio.

Existem vários autores, como iremos demonstrar, que exploraram quais os instrumentos que devem ser incluídos na avaliação multidimensional geriátrica. A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), através do seu Núcleo de Estudos de Geriatria, disponibiliza um conjunto de instrumentos que permitem a avaliação da pessoa idosa em várias dimensões, consoante as necessidades identificadas. Os instrumentos que seleccionámos são na sua grande maioria, os propostos pela GERMI. Contudo, sentimos a necessidade de complementar a avaliação multidimensional da pessoa idosa noutras vertentes, pelo que se recorreu ainda a outros instrumentos.

Assim, realizámos a avaliação multidimensional da pessoa idosa nas dimensões: sócio-demográficas; estado de saúde; estado funcional; estado nutricional; estado mental; e avaliação sócio-económica (Santos, Carvalheiro, Silva, Barlem, Feliciani & Valcarenghi, 2010; Ramani, Furmedge & Reddy, 2014).

De seguida apresentamos os instrumentos a que recorreremos.

AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL

Índice de Barthel

Sexo _____ - Idade _____

Estado Civil _____

Habilitações Literárias _____

Actividades

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Pontuação _____

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)

Pontuação_____

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contigente (por mais de 7 dias)

Pontuação _____

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Pontuação_____

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Pontuação_____

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Pontuação_____

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Pontuação_____

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Pontuação _____

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Pontuação_____

Banho

0 = Dependente

5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Pontuação_____

Pontuação Total (0 - 100) _____

Este instrumento foi construído por Mahoney e Barthel, em 1965. De acordo com Sequeira (2007), o Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa para a execução de dez actividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Apóstolo,

2011). A versão portuguesa deste instrumento de Sequeira (2007) aponta os seguintes resultados: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente.

Escala de Lawton e Brody

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria
- 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares
- 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- 0 Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0 Realiza independentemente pequenas compras
- 0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- 0 É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- 1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- 0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- 1 Lava sozinho toda a sua roupa
- 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa
- 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- 0 Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- 0 Incapaz de manusear o dinheiro

Este instrumento, tomado pelo GERMI, permite avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

A escala de Lawton e Brody, permite avaliar oito dimensões nas seguintes atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação. Cada dimensão admite vários níveis de dependência, sendo cada atividade pontuada. A maior pontuação total significa um maior grau de dependência e resulta da soma da pontuação do total das dimensões.

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

AValiação Nutricional

Mini-Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
<p>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</p> <p>0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão <input type="checkbox"/></p>	<p>J Quantas refeições faz por dia?</p> <p>0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições <input type="checkbox"/></p>
<p>B Perda de peso nos últimos 3 meses</p> <p>0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso <input type="checkbox"/></p>	<p>K O doente consome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <p>0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim» <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>C Mobilidade</p> <p>0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal <input type="checkbox"/></p>	<p>L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?</p> <p>0 = não 1 = sim <input type="checkbox"/></p>
<p>D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</p> <p>0 = sim 2 = não <input type="checkbox"/></p>	<p>M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?</p> <p>0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>E Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = de memória ou depressão graves 1 = de memória ligeira 2 = sem problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p>	<p>N Modo de se alimentar</p> <p>0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade <input type="checkbox"/></p>
<p>F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])</p> <p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p>	<p>O O doente acredita ter algum problema nutricional?</p> <p>0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional <input type="checkbox"/></p>
<p>Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido</p> <p>Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R</p>	<p>P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?</p> <p>0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Avaliação global

- G** O doente vive na sua própria casa
(não em instituição geriátrica ou hospital)
- 1 = sim 0 = não
- H** Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?
- 0 = sim 1 = não
- I** Lesões de pele ou escaras?
- 0 = sim 1 = não

Referências

1. Velles B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-465.
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Balve A, Gulgoz Y, Velles B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.
 3. Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-467.
- © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. NS7200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Q Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21

0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22

1.0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31

1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos

estado nutricional normal

de 17 a 23,5 pontos

sob risco de desnutrição

menos de 17 pontos

desnutrido

Esta escala é adotada pela GERMI, servindo para avaliar a presença ou risco de desnutrição. A cada questão é atribuída uma pontuação, a soma total dos valores encontrados possibilita a identificação das seguintes categorias: estado nutricional normal, sob risco de desnutrição e desnutrição.

ESTADO MENTAL (COGNITIVO E AFETIVO)

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Este instrumento é também seleccionado pela GERMI. O MMSE foi criado para a avaliação do estado cognitivo em doente geriátricos. Permite avaliar a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo e a evocação, o cálculo, a coordenação de movimentos, as habilidades de linguagem e a capacidade visual e espacial. A sua utilização permite fazer um rastreio de perda cognitiva (Apóstolo, 2011).

A soma da pontuação permite a avaliação do défice cognitivo em função do grau de escolaridade. Assim pode dizer-se que o utente tem défice cognitivo se:

- analfabetos: pontuação ≤ 15 ;
- 1 a 11 anos de escolaridade: pontuação ≤ 22 ;
- mais que 11 anos de escolaridade: pontuação ≤ 27 .

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

	Sim	Não
1. Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2. Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3. Sente a sua vida vazia?	1	0
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5. Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11. Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12. Sente-se inútil?	1	0
13. Sente-se cheio de energia?	0	1
14. Sente-se sem esperança?	1	0
15. Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

Este instrumento, também, integra os seleccionados pela GERMI. A escala apresentada é uma versão curta desenvolvida por Yesavage e seus colaboradores. Permite identificar sintomas de depressão na pessoa idosa, através de respostas dicotómicas (sim/não) em relação aos sentimentos da pessoa na última semana.

Significado da Pontuação Total: 0-5 pontos Sem Depressão; 6-10 Depressão Ligeira; 11-15 Depressão Grave.

OUTROS INSTRUMENTOS CONSIDERADOS RELEVANTES

Escala de Quedas de Morse

1. HISTÓRIA DE QUEDAS (últimos 3 meses) NÃO - 0 SIM - 20

2. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (> 2 patologias) NÃO - 0 SIM - 15

3. AJUDA NA MARCHA
 Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado _____ 0
 Bengala / canadiana / andarilho _____ 15
 Apoio nos móveis _____ 20

4. TERAPÊUTICA Intravenosa _____ 20

5. MARCHA
 Normal / cadeira de rodas / acamado _____ 0
 Com dificuldade, mas sem ajuda _____ 10
 Incapaz, sem ajuda _____ 20

6. ESTADO MENTAL
 Orientado _____ 0
 Dificuldade de orientação _____ 15

Este instrumento permite a avaliação do risco de queda. A soma da pontuação permite a classificação do nível de risco, da seguinte forma:

- 0 – 24: baixo risco
- 25 – 50: médio risco
- > 50: elevado risco

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____ Data da avaliação: _____

Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra à nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descal frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmodicidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desca.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2011)

A utilização desta escala é recomendada pela Direção Geral de Saúde. Permite avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia em função dos valores obtidos na pontuação total da seguinte forma (Apóstolo, 2011): risco baixo, pontuação ≥ 17 ; alto risco, pontuação ≤ 16 .

Entrevista de Zarit – Sobrecarga do Cuidador

ENTREVISTA DE ZARIT PARA A SOBRECARGA DO CUIDADOR

ZARIT BURDEN INTERVIEW

VERSÃO PORTUGUESA DE:

M. G. Pereira & M. Sobral (2006), autorizada pelo Autor.

gpereira.sm@fcm.unl.pt

margaridasobral@hmiemos.min-saude.pt

1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele(ela) realmente precisa?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio(a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
3. Sente-se em "stress" por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
5. Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

6. Acha que o seu familiar está presentemente a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
8. Acha que o seu familiar está dependente de si?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
16. Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?

nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?

nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?

nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?

absolutamente nada um pouco moderadamente muito muitíssimo

Cotação dos itens:

nunca/absolutamente nada=0

raramente/um pouco=1

algumas vezes/moderadamente=2

bastantes vezes/muito=3

quase sempre/muitíssimo=4

Fonte: Apóstolo (2011)

É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes (Apóstolo, 2011).

A pontuação das respostas varia entre 0 (nunca) e 4 (quase sempre). A soma total pode ir até aos 88 sendo que: pontuações < 21 indicam ausência de sobrecarga; 21-40 sobrecarga moderada; 41-60 sobrecarga moderada a severa; > 60 sobrecarga severa.

Referências Bibliográficas

Apóstolo, J. (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola

GERMI (n.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 01-10-2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Ramani, L., Furmedge, D. S., & Reddy, S. H. (2014). Comprehensive geriatric assessment. *British Journal Of Hospital Medicine* (London, England: 2005), 75(8), C122-C125.

Santos, S., Carvalheiro, B., Silva, B., Barlem, E., Feliciani, A., & Valcarenghi, R. (2010). Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(1), 129-136.
DOI:<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.5530>

Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Anexo III – Pedido de autorização para utilização da Escala de Confusão de
Neecham



ANDREIA CAÇÃO SANSANA <a.sansana@campus.esel.pt>

09/11/15 ☆



para hugoneves ▾

Exmo Senhor

O meu nome é Andreia Cação Sansana, sou enfermeira no [REDACTED] e estou de momento a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Defini como tema de projeto para realização de estágio "A intervenção de Enfermagem na pessoa Idosa Hospitalizada com risco de Delirium". Durante a pesquisa bibliográfica, verifiquei que foi um dos autores da tradução e validação da Escala de Confusão de NEECHAM. Assim venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização da mesma, bem como o fornecimento do instrumento e outros documentos que considere pertinentes.

Grata pela sua atenção,
Andreia Sansana



Hugo Neves <hugoneves@live.com>

10/11/15 ☆



para mim ▾

Olá Andreia

Autorizo o uso da Escala de Confusão NEECHAM para o trabalho em questão. O único pedido que fazemos é que coloques referência ao artigo da revista "Referência" https://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2219&id_revista=9&id_edicao=35
Em anexo segue a escala e instruções para aplicação da mesma.

Atentamente,
Hugo Neves

P.S.: Caso seja necessário, estou à tua disposição para qualquer dúvida

Date: Mon, 9 Nov 2015 12:27:39 +0000
Subject: Pedido de Autorização - Escala de Confusão de NEECHAM
From: a.sansana@campus.esel.pt
To: hugoneves@live.com

Escala de Confusão de Neecham

<p>PROCESSAMENTO – ORIENTAÇÃO (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/discurso)</p> <p>5 Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa: processos do pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequados. Memória de curto prazo intacta.</p> <p>4 Orientado em relação às pessoas e ao espaço: distúrbio mínimo na memória/recordação, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequadas; pode ser repetitivo, necessária estimulação para manter o contacto. Geralmente coopera.</p> <p>3 Orientação inconsistente: voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns, poderá sofrer alucinações ou ilusões. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de protecção cognitivos cooperantes)</p> <p>2 Desorientado e memória/recordação perturbada: orientado para si próprio/reconhece a família. Poderá questionar acções do enfermeiro ou recusar pedidos/procedimentos (comportamentos de protecção cognitivos de resistência). Conteúdo da conversação/pensamento perturbado. Ilusões e/ou alucinações são comuns.</p> <p>1 Desorientado, reconhecimento perturbado: reconhece, de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objectos. Sons/discurso inadequados.</p> <p>0 Processamento de estímulos deprimido: resposta mínima a estímulos verbais</p>
<p>NÍVEL 2 – COMPORTAMENTO</p>
<p>COMPORTAMENTO – APARÊNCIA</p> <p>2 Controla a postura, mantém a aparência, higiene: vestido e arranjado de forma adequada, asseado, limpo. Postura na cama/cadeira normal.</p> <p>1 Postura ou aparência alteradas: algum desarranjo na roupa/cama ou aparência pessoal, ou alguma falta de controlo de postura, posição.</p> <p>0 Postura e aparência anormais: desarrumação, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.</p>
<p>NÍVEL 1 – PROCESSAMENTO</p>
<p>PROCESSAMENTO – ATENÇÃO (Atenção-Alerta-Reacção)</p> <p>4 Atenção/alerta total: responde imediata e correctamente à chamada pelo nome ou toque – olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma normal.</p> <p>3 Atenção/alerta diminuída ou aumentada: atenção diminuída quer à chamada, toque ou a estímulos ambientais ou hiper-alerta, hiperactivo a estímulos/objectos circundantes</p> <p>2 Atenção/alerta inconstante ou inadequada: requer chamada ou toque repetidos para obter/manter contacto visual/atenção; capaz de reconhecer objectos/estímulos, embora possa adormecer entre estímulos.</p> <p>1 Atenção/alerta perturbada: abre olhos em resposta a sons ou toque; pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contacto ou pode mostrar-se retraído/agressivo.</p> <p>0 Despertar/resposta deprimida: pode ou não abrir os olhos; só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos; incapaz de reconhecer contacto.</p>
<p>PROCESSAMENTO – ORDEM (Reconhecimento-Interpretação-Acção)</p> <p>5 Capaz de obedecer a uma ordem complexa: "Ligue a luz de chamar os enfermeiros" (Tem de procurar o objecto, reconhecê-lo e executar a ordem)</p> <p>4 Resposta lenta a ordem complexa: requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/executar a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.</p> <p>3 Capaz de obedecer a uma ordem simples: "Levante a mão ou o pé Sr." (Usar apenas 1 parte do corpo)</p> <p>2 Incapaz de obedecer a uma ordem directa: obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual – bebe do copo colocado perto da boca. Responde de forma calma ao contacto, tranquilização ou segurar a mão do enfermeiro</p> <p>1 Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente: responde com expressões faciais atordoadas ou assustadas, e/ou resposta de afastamento/resistência, comportamento hiper/hipoactivo; não responde a leve apertar de mão pelo enfermeiro.</p> <p>0 Hipoactivo, letárgico: respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais</p>

COMPORTAMENTO – MOTOR	
4	Comportamento motor normal: movimento, coordenação e actividade adequados, capaz de descansar tranquilamente na cama, movimento de mãos normal.
3	Comportamento motor lentificado ou hiperactivo: quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (mãos/braços cruzados ou sobre o peito ou ao longo do corpo) ou hiperactivo (mexer para cima/baixo, agitado). Pode ter tremores nas mãos.
2	Movimento alterado: inquieto ou com movimentos rápidos. Movimentos manuais parecem anormais – apanhar objectos da cama ou da coberta, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.
1	Movimentos inapropriados, disruptivos: puxar tubos, tentar passar por cima das grades de protecção, acções intencionais frequentes.
0	Movimentos deprimidos: movimentos limitados a não ser que seja estimulado; movimentos de resistência.
COMPORTAMENTO – VERBAL:	
4	Inicia discurso de forma adequada: capaz de conversar, consegue iniciar e manter uma conversa. Discurso normal para problema diagnosticado, tom de voz normal.
3	Início de discurso limitado: respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tom de voz pode ser anormal e o ritmo pode ser lento.
2	Discurso inadequado: pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.
1	Discurso/sons perturbados: sons/tom alterados. Balbucia, grita, diz palavrões ou está anormalmente em silêncio.
0	Sons anormais: grunhidos ou outros sons distorcidos. Não há discurso claro.

AVALIAÇÕES FISIOLÓGICAS		
Valores registados:	Normal:	
_____ Temperatura	(36-37°)	_____ Períodos de apneia/hipopneia presentes? 1=sim, 0=não
_____ TA sistólica	(100-160)	_____ Prescrita terapia de oxigénio? 0=não, 1=sim, mas desligado, 2= sim, ligado no momento
_____ TA diastólica	(50-90)	
_____ Freq. cardíaca (FC)	(60-100)	
	Regular/ Irregular (circular um)	
_____ Ciclos respiratórios	(14-22) (Contar durante 1 minuto)	
_____ Saturação O ₂	(93 ou acima)	
ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS: (Contar anomalias da TA sist. e/ou TA diast. como um valor contar ritmo cardíaco anormal e/ou irregular como um contar apneia e/ou respiração anormal como um e temp. anormal como um)		
2	TA, RC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular	
1	Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal (mas não todos)	
0	Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais	
ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO		
2	Sat. O ₂ normal (93 ou acima)	
1	Sat O ₂ entre 90 e 92 ou está a receber oxigénio	
0	Sat. O ₂ abaixo de 90	

CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA		
2 Mantém o controlo da bexiga		
1 Incontinente nas últimas 24 horas ou tem preservativo urinário.		
0 Incontinente no momento ou tem globo vesical, ou necessita de algáliação intermitente/permanente ou tem anúria		
	Pontuação total:	Indica:
_____ Pontuação NÍVEL 1: Processamento (0-14 pontos)	0-19	Confusão moderada a severa
_____ Pontuação NÍVEL 2: Comportamento (0-10 pontos)	20-24	Confusão moderada ou início de desenvolvimento de confusão
_____ Pontuação NÍVEL 3: Controlo Fisiológico (0-6 pontos)	25-26	"Não confuso", mas com alto risco de confusão
_____ NEECHAM TOTAL (0-30 pontos)	27-30	"Não confuso", ou função normal

Escala traduzida e validada para Português por Hugo Neves, Paulo Marques e Abel Silva.
Para utilização da escala, por favor contactar hugoneves@gmail.com

APÊNDICES

Revisão Sistemática da Literatura

Introdução

Durante o estágio, foi necessária uma pesquisa constante de informação científica, de forma a dar suporte teórico ao projeto, bem como ao planejamento de intervenções, baseado na evidência. Neste sentido, surge esta revisão sistemática da literatura (RSL) com o objetivo de analisar e sintetizar a melhor evidência científica, no que diz respeito às intervenções de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com risco de *delirium*.

Metodologia

Tal como refere Fortin (2009), para a realização de uma RSL importa primeiro definir claramente o problema de investigação por uma questão que determine os conceitos a estudar. Assim, recorrendo à estratégia PICO, definimos como questão norteadora para a nossa investigação *Quais as intervenções de enfermagem à pessoa Idosa Hospitalizada com risco de Delirium?*

Tabela 1 - Critérios para formulação da questão em formato PICO

				Palavras-chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa idosa hospitalizada com risco de <i>delirium</i>	- elderly - old people - older - hospitalization - inpatient - delirium
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem	- nursing care - nursing interventions - nursing
C	Comparações	Podem ou não existir		
O	<i>Outcomes</i> /Resultados	Resultados/ efeitos ou consequências	Prevenção do <i>delirium</i>	- prevention

Procedeu-se à pesquisa de artigos recorrendo à plataforma científica EBSCO host, nomeadamente: MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Database Of Systematic Reviews.

A pesquisa foi realizada em dezembro de 2015 e recorremos aos seguintes descritores: delirium AND elderly OR older OR old people AND hospitalization OR inpatient AND nursing care OR nursing interventions OR nursing OR prevention. Deste procedimento resultaram 430 artigos, tendo sido selecionados os que se encontravam com texto integral disponível e horizonte temporal de publicação de 2005 a 2015, apurando 29 artigos.

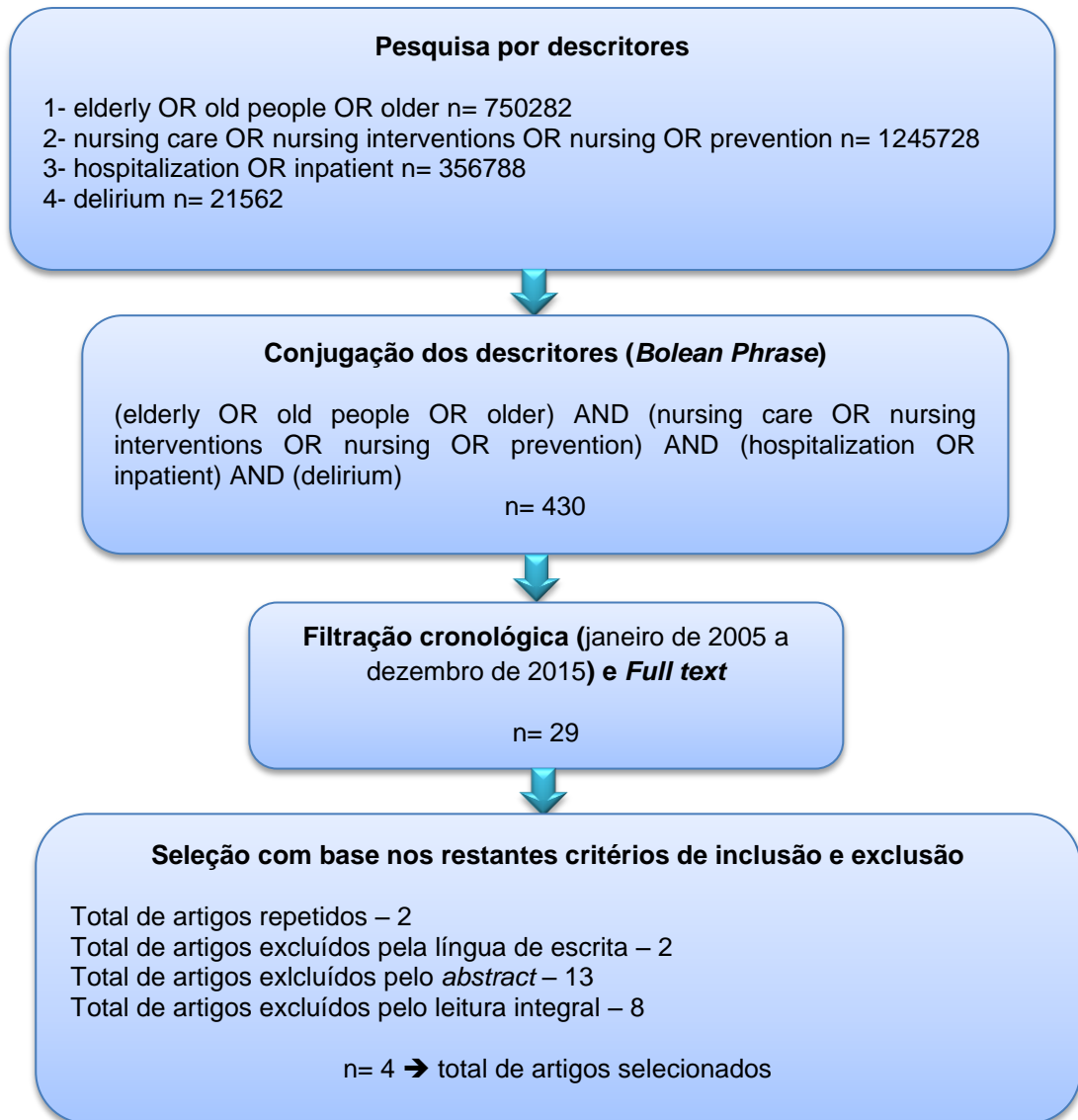
Os artigos encontrados foram selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão definidos na tabela seguinte.

Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos para RSL

Critérios	Inclusão	Exclusão
Participantes	Pessoas idosas (com idade igual ou superior a 65 anos) hospitalizadas com risco de <i>delirium</i>	Pessoas com idades fora da faixa etária considerada inclusiva
Intervenções	Artigos que abordem as intervenções de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com risco de <i>delirium</i>	Artigos: que não contemplem a problemática em estudo; que não tenham texto integral disponível (<i>full text</i>); repetidos
Desenho de Estudo	Estudos que apresentem metodologia científica (qualitativa ou quantitativa) ou RSL e que se encontrem publicados em português ou inglês.	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica (qualitativa ou quantitativa) ou RSL. E que se encontrem em outras línguas que não sejam, português e inglês.
Data da publicação	Artigos publicados entre janeiro 2005 e dezembro 2015	Artigos publicados antes de janeiro de 2005.

Assim, após a análise dos referidos artigos através da leitura do *abstract* e posteriormente do texto integral foram incluídos 4 artigos da RSL.

Passamos a apresentar um esquema do percurso efetuado na referida pesquisa.



Para a análise dos artigos selecionados, construímos uma tabela que contempla a informação inerente aos vários artigos, relativamente: ao autor, ao título do estudo, ao ano, à publicação, ao nível de evidência, ao tipo de estudo, ao objetivo do estudo, aos participantes, aos métodos de colheita de dados e aos resultados.

A análise da evidência dos artigos foi realizada com base nos autores Cruz & Pimenta (2005), que os classificam em 5 níveis. Estes referem que a evidência deve ser o sustentáculo para as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados.

Apresentação de resultados

Após a análise dos artigos da presente RSL, foi produzido um resumo dos principais resultados.

Quadro 2 - Resumo dos resultados obtidos

Artigos

1. Reston, J. & Schoelles, K. (2013). In-Facility Delirium Prevention Programs as a Patient Safety Strategy. <i>Annals of Internal Medicine</i>	<p>Tipo de Estudo: Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Nível de Evidência: I</p> <p>Objetivo do Estudo: Avaliar a eficácia e a segurança dos programas de intervenção multicomponente para prevenção do delirium</p> <p>Participantes: Dois revisores analisaram 19 estudos que demonstrassem as vantagens e desvantagens dos programas de intervenção multicomponente para prevenção do delirium</p> <p>Colheita de Dados: Realizada pesquisa em 6 bases de dados. Foram incluídos estudos controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados; estudos de coorte (prospetivo ou retrospectivo) e estudos de caso-controle, com data de publicação de 1999 a setembro de 2012. 19 artigos abordaram uma intervenção única ou intervenção multicomponente e foram os escolhidos para a RSL.</p> <p>Resultados: Os estudos, que trataram a intervenção multicomponente, referem que esta diminui a incidência de <i>delirium</i> e não foram reportadas desvantagens.</p> <p>Na aplicação de programas de intervenção multicomponente, salienta-se a importância do envolvimento de toda a equipa de saúde e a necessidade de formar e treinar os profissionais para garantir a eficácia dos mesmos.</p> <p>Os programas de intervenção multicomponente para prevenção do <i>delirium</i> incluem protocolos de mobilidade precoce, controlo de hidratação e eletrólitos, compensação de alterações da visão e audição, remoção de medicamentos não necessários. Um estudo refere ainda como intervenções a formação da equipa, a existência de consulta geriátrica, as terapias de orientação, a nutrição extra, o controlo da dor, o controlo do padrão do sono, a avaliação de eliminação vesical e intestinal e a prevenção e tratamento dos efeitos medicamentosos.</p> <p>Os autores salientam que esta RSL tem como limitações, o fato de os estudos incluídos apresentarem um elevado risco de viés. Tendo em conta a heterogeneidade das intervenções multicomponentes seria importante o estudo de cada intervenção específica, para perceber</p>
--	--

quais as mais eficazes para a prevenção do *delirium*.

2. Varghese, N. et al (2014). Delirium in older people in hospital: an education program. *British Journal Of Nursing*

Tipo de Estudo: Estudo quasi-experimental no pré e pós teste no grupo de controlo (estudo controlado não randomizado)

Nível de Evidência: III

Objetivo do Estudo: Determinar a eficácia de um programa educacional a enfermeiros, em identificação e gestão do *delirium*, em serviços de medicina.

Participantes: 32 enfermeiros no total. Um grupo experimental de 15 enfermeiros e um grupo controlo com 17 enfermeiros, de dois serviços diferentes.

Colheita de Dados: Para a colheita de dados foi utilizado um questionário para avaliar os conhecimentos dos participantes e uma *checklist* para avaliação da prática. A colheita de informação foi realizada durante 6 semanas.

Resultados: Os enfermeiros não possuem conhecimentos adequados relativamente ao *delirium*. O que se traduz em ausência de capacidades para identificar ou controlar o *delirium*, o que influencia o cuidado às pessoas idosas.

Os resultados foram melhores no serviço, em que os participantes foram alvo de formação, havendo níveis de conhecimento significativamente mais elevados.

Os programas de educação favorecem o aumento de conhecimentos dos enfermeiros e as suas percepções relativamente ao reconhecimento de *delirium*.

Os resultados deste estudo demonstraram que os enfermeiros, dos serviços de medicina, obtém ganhos após um programa educacional. O que permite uma identificação precoce do *delirium* nas pessoas idosas, implementação de protocolos de gestão do *delirium*, redução das complicações associadas ao *delirium*, e aumento da qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas.

Como limitação do estudo, os autores referirem a amostra pequena.

3. Baker, N. et al (2015). Delirium: Why Are Nurses Confused? *Medsurg Nursing*

Tipo de Estudo: Estudo não-experimental descritivo

Nível de Evidência: IV

Objetivo do Estudo: Explorar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente à problemática do *delirium*, bem como a sua percepção relativamente ao seu nível de conhecimento.

Participantes: Foram distribuídos 150 questionários a enfermeiros, nos vários serviços de um hospital para se voluntariarem à participação no estudo. 60 enfermeiros responderam ao questionário.

Colheita de Dados: As respostas aos questionários foram analisadas

perante uma lista de categorias de informação criada para o efeito.

Resultados: Os enfermeiros apresentam uma significativa falta de conhecimentos relativamente ao *delirium* e seus fatores de risco.

A maioria dos enfermeiros, participantes no estudo, reconhecer ter um baixo conhecimento relativamente à temática.

Não há correlação entre o nível de educação, os anos de experiência, a área de atuação e os conhecimentos dos enfermeiros sobre o *delirium* e os seus fatores de risco.

Os enfermeiros têm responsabilidade na avaliação dos utentes, no reconhecimento de fatores de risco predisponentes e precipitantes, na utilização de escalas de avaliação do *delirium* com vista a prevenção e o tratamento do mesmo.

Como limitações do estudo, os autores referem que o questionário utilizado não é um instrumento formalmente validado, contudo foi utilizado também por outros autores.

4. Rivosecchi, R. et al (2015). Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review. Critical Care Nurse

Tipo de Estudo: Revisão Sistemática da Literatura

Nível de Evidência: I

Objetivo do Estudo: Sintetizar a informação disponível acerca do controlo do *delirium*, através de técnicas não-farmacológicas. Identificar quais as estratégias que podem ser benéficas para um protocolo de intervenções não-farmacológicas direccionado para o doente crítico.

Participantes: Dois revisores investigaram 17 estudos que analisassem intervenções não-farmacológicas para o controlo do *delirium*

Colheita de Dados: Realizada pesquisa em 2 bases de dados (MEDLINE e EMBASE). Foram incluídos estudos controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados; estudos de coorte (prospetivo ou retrospectivo) e estudos de caso-controle, com data de publicação de 1946, a outubro de 2013.

Resultados: Foram identificadas 28 tipos de intervenções não-farmacológicas para controlo do *delirium*. As mais comuns com benefícios clínicos comprovados são, a mobilização precoce, a reorientação, a formação dos enfermeiros e a musicoterapia. Sendo que o mais eficaz é a utilização de protocolos que incluam os vários tipos de intervenções. Assim, o princípio deverá ser reconhecer os fatores de risco do *delirium* e implementar intervenções direccionadas para os mesmos. O estudo revela a estratégia de Inouye et al, que criou um protocolo de intervenções direccionadas para 6 fatores de risco: o deficit cognitivo, as alterações do padrão do sono, a

imobilidade, a alteração da acuidade visual e auditiva e a desidratação. A prevenção do *delirium* é a melhor estratégia, especialmente quando não existem opções de tratamento efectivo. Sendo que, os estudos relacionados com protocolos de intervenção obtém melhores resultados a nível da redução do *delirium*.

Seis artigos mencionam a importância da formação dos enfermeiros. As intervenções de enfermagem devem ter em conta, como é que o utente gosta de ser tratado, a frequente reorientação no tempo, informar acerca do seu estado clínico e interagir de forma a estimular a memória do utente.

Os resultados da RSL estão incluídos no presente relatório, designadamente no quadro de referência, servindo de suporte às atividades de estágio baseadas.

Referências Bibliográficas

- Baker, N. D., Taggart, H. M., Nivens, A., & Tillman, P. (2015). Delirium: Why Are Nurses Confused? *MEDSURG Nursing*, 24(1), 15-22. Acedido em: 20/12/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103755795&site=ehost-live>
- Cruz, D. & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 13(3):415-22. Acedido: 12/01/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Reston, J. T., & Schoelles, K. M. (2013). In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals Of Internal Medicine*, 158375-380. DOI:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00003
- Rivosecchi, R. M., Smithburger, P. L., Svec, S., Campbell, S., & Kane-Gill, S. L. (2015). Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review. *Critical Care Nurse*, 35(1), 39-51. DOI:10.4037/ccn2015423
- Varghese, N. C., Macaden, L., Premkumar, B., Mathews, P., & Kumar, S. (2014). Delirium in older people in hospital: an education programme. *British Journal Of Nursing*, 23(13), 704-709. DOI: 10.12968/bjon.2014.23.13.704

Estimado(a) Colega

Assunto: Questionário sobre a intervenção de enfermagem à pessoa Idosa com risco de Delirium

O meu nome é Andreia Cação Sansana, Enfermeira ;
estou a realizar o Mestrado em Enfermagem e Pós-licenciatura – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Venho solicitar, a sua participação na realização do projeto de estágio que se enquadra no âmbito da intervenção de enfermagem à pessoa Idosa com risco de *Delirium* e, tem por finalidade, averiguar os conhecimentos e fundamentos que guiam a vossa intervenção neste tipo de doentes.

A sua participação é fundamental para a consecução do trabalho relacionado com o projeto, sem ela será impossível levar a bom termo, pelo que peço a sua colaboração no sentido do preenchimento do presente questionário.

Desde já, me disponibilizo para esclarecer qualquer dúvida e caso necessite de futuros esclarecimentos, pode contactar-me através de e-mail

Os **dados fornecidos** são **absolutamente confidenciais**, destinam-se unicamente ao tratamento estatístico, sendo efetuado de uma forma global e não sujeito a uma análise individualizada, garantindo que o **anonimato** será sempre respeitado.

É importante que **leia atentamente** todas as **instruções** e que responda a todas as questões colocadas com a máxima sinceridade.

O questionário é constituído por 2 partes uma parte de resposta rápida e outra de resposta aberta e o preenchimento demora, aproximadamente, 20 minutos.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade!

__ de dezembro de 2015

Andreia Cação Sansana

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, relativamente ao projeto a desenvolver por Andreia Cação Sansana, com o título “Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de *Delirium*”, fui informado(a) sobre o âmbito, finalidade, objectivos, garantia de confidencialidade e carácter voluntário da minha participação e concordo participar no estudo.

./././

Apêndice III – Folheto Informativo (ECCI): “Risco de *Delirium* na Pessoa Idosa”

INTERVENÇÃO

- ◊ Farmacológica
- ◊ Não Farmacológica
 - promover o sono
 - controlo de ambiente
 - promover mobilização
 - minimizar agentes invasivos
 - encorajar a autonomia
 - comunicação orientadora

Cuidados na Comunidade:

- ◆ Reconhecer o *Delirium*, como uma alteração à saúde da pessoa idosa;
- ◆ Realização de uma Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, para uma intervenção global nas necessidades encontradas, tendo em conta um cuidado centrado na pessoa.

Continuidade de cuidados após alta hospitalar:

- ◆ Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa e intervenção em consonância com os problemas encontrados, tendo em conta um cuidado centrado na pessoa;
- ◆ Apoiar e educar a família na continuidade dos cuidados à pessoa Idosa com *Delirium*

Referências Bibliográficas:

- Ahmed, S., Leurent, B., & Sampson, E. L. (2014). Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age & Ageing*, 43(3), 326-333. DOI:10.1093/ageing/afu022

- American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. DSM V, 5ª Edição. Lisboa - Climepsi Editores

-Baker, N. D., Taggart, H. M., Nivens, A., & Tillman, P. (2015). Delirium: Why Are Nurses Confused? *MED-SURG Nursing*, 24(1), 15-22.

- Inouye, S.; Fearing, M.; Marcantonio, E. (2009) – Delirium. Em: HALTER, J [et al.] – *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 6ª ed. EUA: McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 978-0-07-148872-3.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2010). Delirium; diagnosis, prevention and management. NICE Clinical Guideline 103

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

— Cuidados Continuados —

Risco de *Delirium* na Pessoa Idosa



Autora: Andreia Cação Sansana

Realizado no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica—Vertente Pessoa Idosa da ESEL

Orientado por: Prof. Doutora Deolinda Antunes Luz

Outubro de 2015

O que é o *Delirium*?

É uma perturbação da atenção, consciência e uma alteração da cognição que se desenvolve num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia. (APA, 2013)

- ♦ **Hiperativo**—quando existe aumento de atividade psicomotora
- ♦ **Hipoativo**—quando existe lentificação e letargia
- ♦ **Misto**

O desenvolvimento do Delirium é multifatorial....

Ahmed, Leurent & Sampson (2014)

Fatores de risco:

- Idade (≥ 65 anos)
- Sexo masculino
- Episódios anteriores de *Delirium*
- Fragilidade
- Múltiplas patologias
- Polimedicação
- Demência
- Depressão
- Hospitalização
- Imobilidade
- Desidratação/desnutrição
- Existência de Infecção
- Insuficiência Renal
- Alterações sensoriais (diminuição da acuidade auditiva e visual)



O que podemos fazer dentro da equipa multidisciplinar?



Inouye, Fearing, Marcantonio(2009) ; NICE (2010)

A importância dos instrumentos de avaliação!

Baker, Taggart, Nivens & Tillman (2015)

Avaliação Mutidimensional Geriátrica

- ◊ Escala de Confusão de Neecham

Apêndice IV – Apresentação para divulgação do projeto (Serviço de Medicina)

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa



Projeto de Estágio: Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de *Delirium*



Docente Orientadora:
Prof. Deolinda Luz

30 de novembro de 2015

Realizado por:
Andreia Sansana
Nº6123

Sumário

- * 1. Justificação do Projeto
- * 2. Filosofia de Cuidados
- * 3. Locais de Implementação do Projeto
- * 4. Finalidade do Projeto
- * 5. Objetivos do Projeto
- * 6. Cronograma

1. Justificação do Projeto

Envelhecimento Demográfico

19,6% em 2013 (Pordata, 2015)

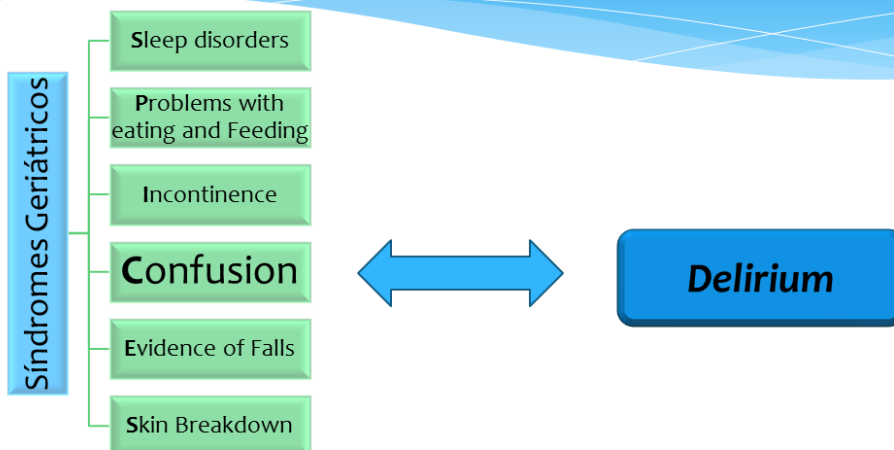
Prevalência de Doenças Crónicas

Hospitalização

Síndromes Geriátricas (Fulmer, 2007)

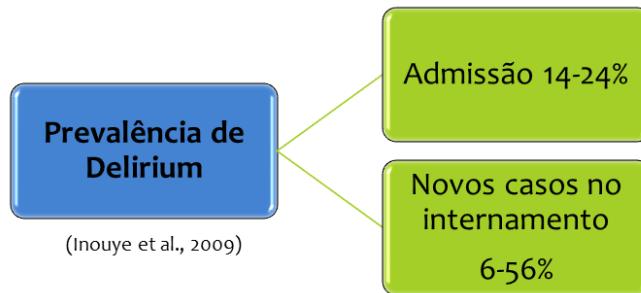
Cuidado de Enfermagem

1. Justificação do Projeto

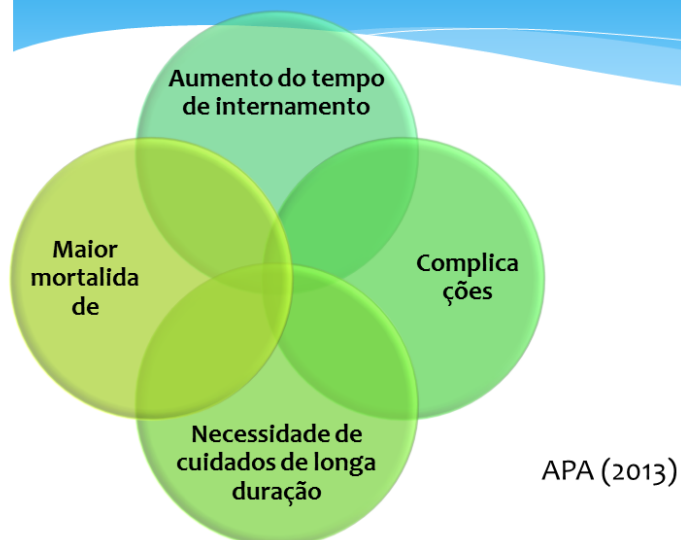


Fulmer (2007)

1. Justificação do Projeto



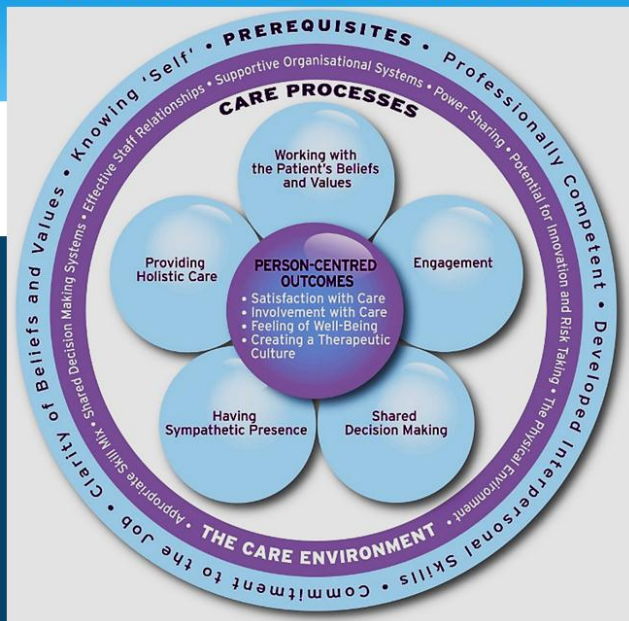
1. Justificação do Projeto



1. Justificação do Projeto



2. Filosofia de Cuidados



(McCormack e McCance, 2010)

2. Filosofia de Cuidados

* Teoria de Médio Alcance de Meleis

Transição - *“a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra ... refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente”*

Chick e Meleis
(1986, p.239-240)

Enfermeiros - ajudar as pessoas a vivenciarem processos de transições, cuidando delas para assegurar uma boa adaptação e efetuar a transição de forma saudável.

Meleis (2010)

3. Locais de Implementação do Projeto

UCSP

- 28/09 a 23/10/2015

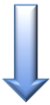
Medicina

- 26/10/2015 a 12/02/2016
- Equipa Multidisciplinar
- Maioria dos doentes são Idosos
- Doentes do Sexo masculino
- Visitas

4. Finalidade do Projeto

* Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da saúde da Pessoa Idosa

Benner (2001)



Iniciado

Especialidade

(OE, 2010)



- Responsabilidade profissional, ética e legal
- Melhoria Contínua da Qualidade
- Gestão de Cuidados
- Aprendizagens Profissionais

Mestrado



5. Objetivos do Projeto

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na saúde da pessoa idosa, concretamente no cuidado à pessoa idosa hospitalizada com risco de *Delirium*;

- **Aprofundar conhecimentos técnico-científicos** relativos à problemática do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada
- **Mobilizar os conhecimentos** técnico-científicos adquiridos
- **Avaliar os resultados** adquiridos relativamente à problemática
- **Envolver a família e/ou cuidadores informais** no cuidado à Pessoa Idosa com risco de *delirium*



5. Objetivos do Projeto

Objetivo Geral 2: Contribuir para a sensibilização da equipa multidisciplinar na prevenção, diagnóstico e gestão do *Delirium* na Pessoa Idosa hospitalizada

- **Divulgar o projeto** de estágio à equipa de enfermagem
- **Motivar a equipa multidisciplinar** para a problemática
- **Identificar os conhecimentos e necessidades da equipa** de enfermagem relacionadas com o cuidado à Pessoa Idosa com *delirium*
- **Envolver a equipa de enfermagem** no cuidado à pessoa idosa com risco de *delirium* e definição de estratégias
- **Informar a equipa multidisciplinar** de acordo com as suas necessidades, sobre a problemática da pessoa idosa hospitalizada com risco de *delirium*

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. DSM V, 5ª Edição. Lisboa – Climepsi Editores.
- * Benner, P. (2001) – *De iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
 - * Chick, N., & Meleis A. (1986). *Transition: a nursing concern*. *Nursing research Methodology*. Reckeville: aspen. pp. 237-257.
 - * Instituto Nacional de Estatística (2011) - **Indicadores resumo sobre população** Acedido em: 30/04/2015. Disponível em: www.ine.pt.
 - * Inouye, S.; Fearing, M.; Marcantonio, E. (2009) – Delirium. Em: HALTER, J [et al.] – **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**, 6ª ed. EUA: McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 978-0-07-148872-3. pp 647-658
 - * Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48
 - * McCance, T., McCormack, B., Dewing, J., (May 31, 2011) "An Exploration of Person-Centredness in Practice" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 16, No. 2, Manuscript 1. DOI: 10.3912/OJIN.Vol16Noo2Mano1
 - * Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4.ªed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 - * Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.
 - * National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2010). Delirium; diagnosis, prevention and management. NICE Clinical Guideline 103
 - * Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 25-04-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;
 - * Ruivo, A.; Ferrito, C., et al. Metodologia de projecto: Colectânia descritiva das etapas. Revista Percursos. nº 15. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Janeiro – março, 2010. ISSN: 1646-5067
 - * Wass, S., Webster, P. J., & Nair, B. R. (2008). Delirium in the elderly: a review. *Oman Medical Journal*, 23(3), 150-157. .

PERGUNTAS, DÚVIDAS, CRÍTICAS
E/OU SUGESTÕES...



Estudo de Caso

-Resumo-

Outubro de 2015

Realizado por: Andreia Cação Sansana
No âmbito do 6º Curso de Mestrado em
Enfermagem , Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica—Vertente Pessoa Idosa
Orientado por: Prof. Doutora Deolinda Antunes Luz

Objetivos:

- Aplicar a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa;
- Analisar e refletir sobre os resultados obtidos na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa;
- Elaborar um plano de cuidados.

1. Dados Sócio demográficos

- **Nome:** L.
- **Sexo:** masculino
- **Idade:** 84 anos
- **Naturalidade:** Algarve
- **Residente:** Lisboa (com esposa – principal cuidadora e neta)
- **Estado Civil:** casado, tem 3 filhos
- **Profissão:** foi auxiliar num hospital
- **Habilitações literárias:** 4ª classe
- **Crenças Religiosas:** cristão

Segundo a esposa a principal atividade de lazer do utente era ocupar-se com os netos; nunca fez grandes amigos; não ligava a televisão, rádio ou jornal...
- Utente utilizava óculos, que agora recusa

2. Estado de Saúde

- Internamento de 14 a 21 de Setembro, por hematoquésias, com repercussão hemodinâmica;



- Cuidados domiciliários de Enfermagem, para tratamento de úlceras de pressão, por utente ser acamado.

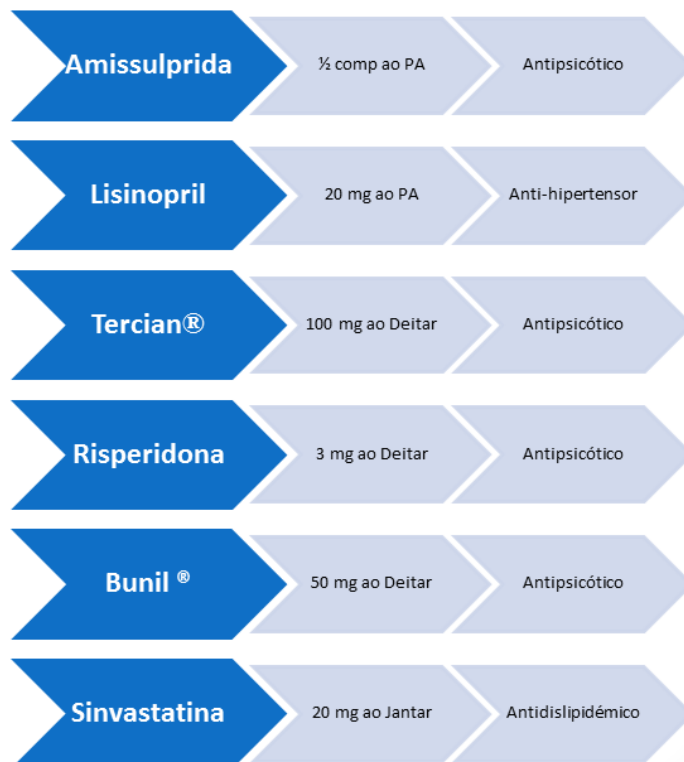
Utente com vários internamentos recentes:

- julho por retenção urinária; necessidade de algaliação crónica
- agosto por cistite nosocomial

- **Antecedentes Pessoais:**

HBP operado há 35anos, desde julho de 2015 com necessidade de algaliação permanente, seguido em consulta de Urologia; anemia; demência associada a doença cerebro-vascular; HTA; são desconhecidas alergias.

Medicação habitual:



Esposa do utente gere terapêutica

Escala de Quedas de Morse

- A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos e os indivíduos são discriminados em função do risco de queda
- Pontuação total: 50 pontos
- Baixo Risco

Escala de Braden

- Constituída por 6 dimensões (percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento) que contribuem para o desenvolvimento de UP
- Pontuação total: 12
- Alto Risco

Escala de Confusão de Neecham

- Escala observacional com 9 itens interativos, dividindo-se em três subescalas: processamento, comportamento e controlo fisiológico
- Pontuação total: 22
- Delirium ligeiro ou início de desenvolvimento de delirium

3. Estado Funcional

Índice de Barthel

- Avaliação do nível de independência do idoso para realizar **Atividades Básicas de Vida Diária**: Higiene Pessoal, Evacuar, Urinar, Ir à casa de banho, Alimentar-se, Transferências, Mobilidade, Vestir-se, Escadas, Banho
- Pontuação total: 5
- Dependência total

Escala de Lawton e Brody

- Permite avaliar a independência do idoso para realizar actividades necessárias para viver de forma independente na comunidade – **Atividades Instrumentais de Vida Diária**: utilização de telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa....
- Pontuação total: 0
- Dependência total

4. Estado Nutricional

Mini Nutritional Assessment

Permite detetar a presença ou risco de desnutrição na pessoa Idosa

Pontuação total: 17 pontos

Desnutrido

5. Estado Mental (cognitivo e afetivo)

Escala de Depressão Geriátrica – versão curta



Serve para o rastreio da depressão, avaliando aspectos cognitivos e comportamentais

Pontuação total: 11 pontos

Depressão grave

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein



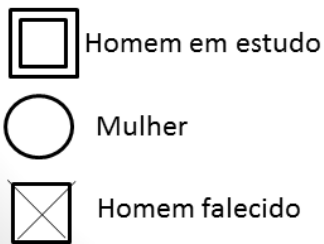
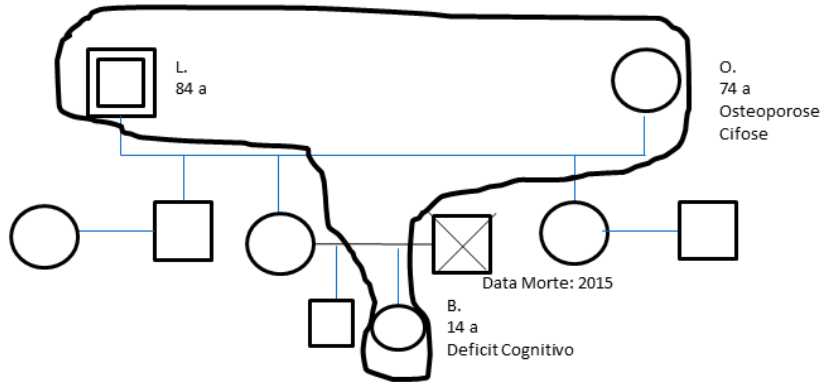
Avaliação Sumária das Funções Cognitivas

Pontuação total: 19 pontos

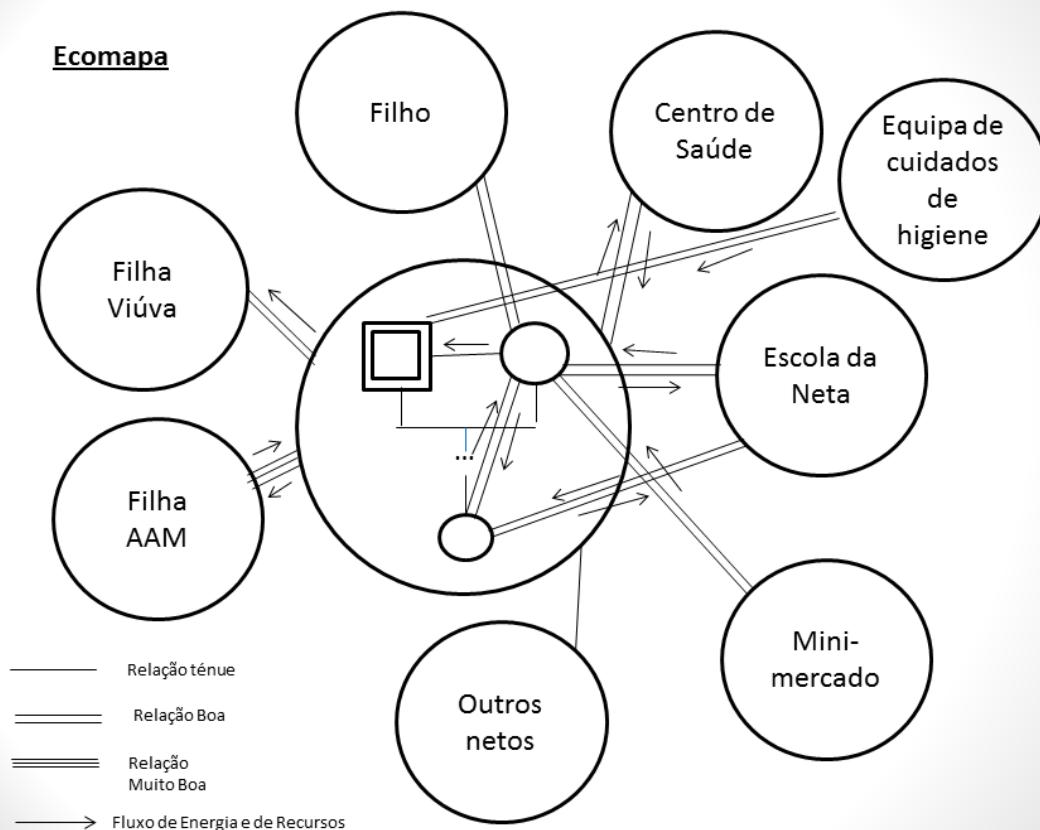
Presença de deficit cognitivo

6. Avaliação económico-social

Genograma familiar



Ecomapa



Entrevista de Zarit de Sobrecarga do Cuidador

Permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador, incluindo informações sobre a saúde, vida social e pessoal, situação financeira/económica, situação emocional e tipo de relacionamento.

Pontuação total: 32

Sem sobrecarga

Segundo a cuidadora (esposa do utente):

- Estão a habitar apartamento arrendado tipo t2; tem água canalizada e quente, luz, gás, telefone e saneamento; consegue manter condições mínimas de limpeza. Fica no 3º andar e não tem elevador
- Situação económica frágil (reformas)

6. Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Risco de Delirium (Resultado da Escala de Confusão de Neecham → <i>Delirium</i> Ligeiro; presença de fatores de risco → idade; sexo masculino; demência; hospitalização recente; desnutrição)	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar a cuidadora sobre cuidados de prevenção de <i>Delirium</i>: promoção do sono; controlo do ambiente; promoção da mobilização; encorajar a autonomia; comunicação orientadora- Monitorizar presença de <i>Delirium</i>
Risco de queda baixo (pontuação total de 50 na Escala de Quedas de Morse)	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar cuidadora sobre prevenção e risco de quedas:<ul style="list-style-type: none">Manter grades elevadas;Estimular a mobilidade;Realizar levante para sofá, com imobilização- Verificar existência de fatores de risco para quedas em casa

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Risco de Úlcera de Pressão elevado (Resultado da Escala de Braden → 12)</p> <p>Presença de úlcera de Pressão no calcâneo esq e região plantar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a cuidadora sobre cuidados de prevenção de Úlceras de Pressão (manter a pele limpa) - Monitorizar risco de úlcera de pressão (Escala de Braden), conforme o definido pela equipa - Avaliar regularmente o estado da pele - Hidratar a pele seca - Providenciar dispositivos auxiliares de alívio de pressão - Supervisionar e assistir nos posicionamentos - Executar tratamento às úlceras de pressão, conforme avaliação e discussão em equipa - Monitorizar úlceras de pressão - Vigiar pele - Vigiar penso

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Risco de Infecção por presença de catéter urinário – sonda folley de silicone nr 16 (Índice de Barthel “controlo a urinar” com score de 0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar características da urina - Otimizar catéter urinário (substituição trimestral de sonda e em caso de obstrução) - Ensinar cuidadora sobre sinais de alerta
<p>Depressão Grave (pontuação total de 11 na Escala de Depressão Geriátrica – versão curta), provavelmente associada a transição de saúde doença (aumento progressivo de dependência nos últimos meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar um ambiente facilitador de uma transição saudável - Escutar o Sr. L. - Encorajar a comunicação de emoções

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Desnutrição presente (pontuação total de 17 no Mini Nutritional Assessment)	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar cuidadora sobre a alimentação adequada, no que respeita a ingestão de hidratados de carbono, proteínas e lípidos, tendo em conta a presença de úlceras de pressão - Incentivar cuidadora para o Reforço Hídrico ao utente - Monitorizar o risco de desnutrição, através da aplicação da escala, de acordo com o definido em equipa

Avaliação

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados
Risco de Queda de baixo	Foi feito levante para cadeirão, com imobilização
Presença de úlcera de Pressão no calcâneo esq e região plantar	Evolução favorável da cicatrização da úlcera da região plantar

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Ferrudi L. e Marchionni N. (2001). Grupo di Lavoro sulla Valutazione Multidimensionale Linee Guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. *Giornale de Gerontologia*, 49: S1 – S76.
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (3), pp. 105-112.
- Ramani, L., Furmedge, D. S., & Reddy, S. H. (2014). Comprehensive geriatric assessment. *British Journal Of Hospital Medicine (London, England: 2005)*, 75(8), C122-C125.
- Rengo, F., Parisi, V., Rengo, G., Femminella, G. D., Rengo, C., Zincarelli, C., & ... Leosco, D. (2012). Instruments for geriatric assessment: new multidimensional assessment approaches. *Journal Of Nephrology*, 25 Suppl 19S73-S78. doi:10.5301/jn.5000164
- Santos, S., Carvalheiro, B., Silva, B., Barlem, E., Feliciani, A., & Valcarenghi, R. (2010). Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(1), 129-136. DOI:<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.5530>
- Sörensen Duppils, G., & Johansson, I. (2011). Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(2), 133-142. DOI:10.1111/j.1748-3743.2010.00232.x

Estudo de Caso

Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada
com risco de *Delirium*

fevereiro de 2016

Realizado por: Andreia Cação Sansana

No âmbito do 6º Curso de Pós-licenciatura e
Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica—
Vertente Pessoa Idosa

Orientado por: Prof. Doutora Deolinda Antunes Luz

Objetivos:

- Aplicar a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa;
- Analisar e refletir sobre os resultados obtidos na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa;
- Elaborar um plano de cuidados, tendo em conta o cuidado centrado na pessoa;
- Implementar o plano de cuidados e avaliar os resultados.

1. Dados Sócio demográficos

- **Nome:** A.
- **Sexo:** masculino
- **Idade:** 80 anos
- **Naturalidade:** Tábua
- **Residente:** Tábua (vive sozinho)
- **Estado Civil:** viúvo
- **Profissão:** serralheiro (emigrante na Alemanha durante 25 a 30 anos)
- **Habilitações literárias:** 4ª classe
- **Crenças Religiosas:** católico, vai à missa

Segundo a nora:

Atividades de lazer: de vez em quando vai ao café; passa a maior parte do tempo a fazer trabalho de campo (produção de azeitonas; vinho)

- Nunca quis ir viver para Ericeira (onde está o filho, nora e neto), por se sentir melhor no campo

- Acuidade auditiva normal; diminuição da acuidade visual

2. Estado de Saúde

- Admitido a 04/11/2015 com diagnóstico médico de Síndrome Febril a Esclarecer;



- Do diário clínico: Era independente nas Atividades de Vida Diária (AVD's), foi encaminhado da UCSP por alteração do estado de consciência, com tremores generalizados, com evolução de 1 semana. Queixas de odinofagia e diminuição do fluxo urinário. Há entrada no Serviço de Urgência apresentava discurso delirante.

- Antecedentes Pessoais:

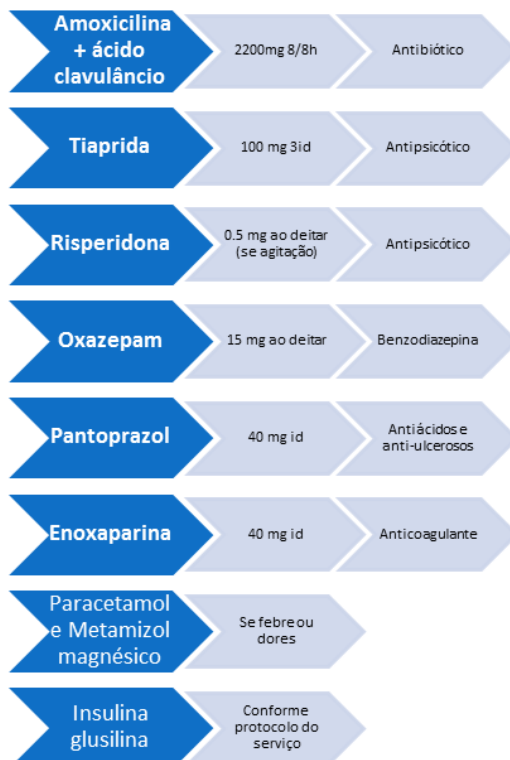
Diabetes Mellitus tipo II não Insulino Tratada; dislipidemia não medicada; gonartrose à direita; glaucoma; lesão vegetante da língua (com 1 ano de evolução, recusou fazer excisão)

- Medicação Habitual:

- Metformina 1000 mg 2id
- eterocoxib

O utente fazia a gestão do regime medicamentoso

Medicação no internamento:



3. Estado Funcional (antes do internamento)

Índice de Barthel

- Avaliação do nível de independência do idoso para realizar **Atividades Básicas de Vida Diária**: Higiene Pessoal, Evacuar, Urinar, Ir à casa de banho, Alimentar-se, Transferências, Mobilidade, Vestir-se, Escadas, Banho
- Independente

Escala de Lawton e Brody

- Permite avaliar a independência do idoso para realizar atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade – **Atividades Instrumentais de Vida Diária**: utilização de telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa....
- Independente

3. Estado Funcional (no internamento)

Índice de Barthel

- Necessita de ajuda para a higiene pessoal; tem continência fecal; tem episódios ocasionais de incontinência vesical; dependente no uso de sanitário; necessita de ajuda moderada para alimentar-se; necessita de ajuda elevada para se transferir; não é capaz de deambular; Necessita de ajuda moderada para vestir-se
- Pontuação total: 30
- Dependência grave

(Data: 08/11/15)

Escala de Quedas de Morse

- A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos e os indivíduos são discriminados em função do risco de queda
- Pontuação total:90 pontos
- Alto Risco
- (Data: 08/11/15)

Escala de Braden

- Constituída por 6 dimensões (percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento) que contribuem para o desenvolvimento de UP
- Pontuação total: 15
- Alto Risco
- (Data: 08/11/15)

4. Estado Nutricional

Mini Nutritional Assessment

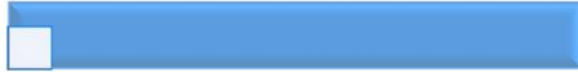
Permite detetar a presença ou risco de desnutrição na pessoa Idosa

Não foi possível a aplicação deste instrumento, uma vez que o utente se encontrava com discurso delirante (Data: 08/11/15).

Há referência pela nora, de que o Sr. A, terá perdido cerca de 13 kg no último mês. Não consegue explicar o número e características das refeições, pois não vive com o utente.

5. Estado Mental

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein



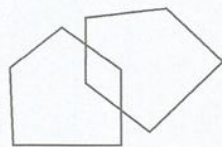
Avaliação Sumária das Funções Cognitivas

Pontuação total: 14 pontos

Presença de deficit cognitivo

(Data: 08/11/15)

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)
Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____

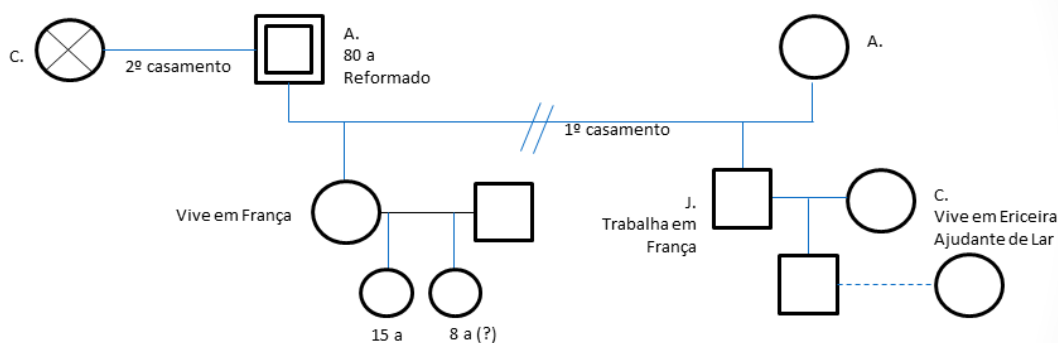


TOTAL(Máximo 30 pontos): _____



6. Avaliação económico-social

Genograma familiar



Homem em estudo

Homem

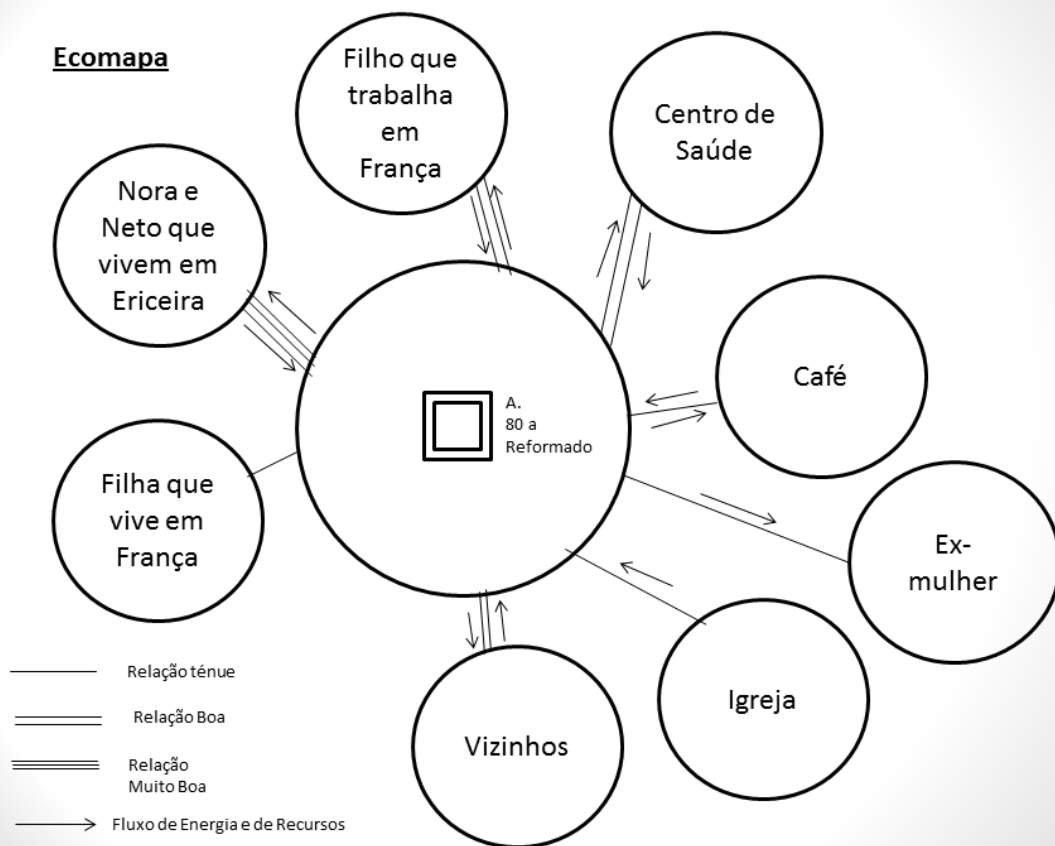
Mulher

Divórcio

Mulher falecida

União de fato

Ecomapa



Segundo a nora do Sr. A:

- Habitava em moradia própria tipo t3 em meio rural, com quintal e terrenos; tem água canalizada e quente, luz, gás, telefone e saneamento; consegue manter condições mínimas de limpeza.
- Situação económica favorável (reforma do trabalho na Alemanha)

7. Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem (Data: 08/11/15)	Intervenções de Enfermagem
Risco de Delirium (Resultado da Escala de Confusão de Neecham → <i>Confusão moderada a severa</i> ; presença de fatores de risco → idade; sexo masculino; internamento atual; diminuição da acuidade visual; imobilidade)	<ul style="list-style-type: none">- Estimular a memória- Gerir a comunicação- Estabelecer relação com a pessoa- Facilitar o envolvimento da família- Gerir o ambiente físico (luz; temperatura; ruído)- Incentivar a deambulação- Vigiar <i>delirium</i>, através da aplicação da Escala de Confusão de Neecham
Risco de queda elevado (pontuação total de 90 na Escala de Quedas de Morse)	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar a família sobre prevenção de quedas- Gerir o ambiente físico- Limitar a atividade física segundo procedimento do serviço- Manter grades da cama- Promover medidas de segurança: Queda (travar cadeira de rodas e cama)

Diagnóstico de Enfermagem (Data: 08/11/15)	Intervenções de Enfermagem
Risco de Úlcera de Pressão elevado (Resultado da Escala de Braden → 15)	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar risco de úlcera de pressão (Escala de Braden), conforme o definido pela equipa- Avaliar regularmente o estado da pele- Hidratar a pele seca- Providenciar dispositivos auxiliares de alívio de pressão- Assistir nos posicionamentos- Aplicar creme

Diagnóstico de Enfermagem (Data: 08/11/15)	Intervenções de Enfermagem
Alimentar-se, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a pessoa a alimentar-se - Assistir a pessoa no alimentar-se (cortar os alimentos; dispor os alimentos) - Vigiar a refeição
Posicionar-se, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa a posicionar-se (manter o alinhamento correto do corpo na cama; alternar decúbitos) - Incentivar a pessoa a posicionar-se
Transferir-se, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa a transferir-se (para cadeira de rodas, 1x no período da manhã e 1x no período da tarde)
Deambular, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir pessoa a deambular (utente com desequilíbrio na marcha) - Supervisionar a deambulação

Diagnóstico de Enfermagem (Data: 08/11/15)	Intervenções de Enfermagem
Autocuidado: Higiene, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa no autocuidado: Higiene (ajuda para lavar costas e membros inferiores) - Lavar a boca - Incentivar o autocuidado: higiene
Autocuidado: Vestuário, Dependência, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Vestir a pessoa
Autocuidado: Uso do sanitário, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa no autocuidado: Uso do sanitário (ajudar na manipulação do urinol; providenciar cadeira sanitária)

Avaliação

Data: 12/11/2017

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados
Risco de <i>Delirium</i> (Resultado da Escala de Confusão de Neecham → <i>Confusão moderada a severa</i>)	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar o envolvimento da família (nora e neto): adquiriram conhecimentos acerca do problema e como lidar com ele; demonstram interesse em colaborar nos cuidados; estimulam o Sr. A para comunicar e fazem tentativas de orientação Espaço-temporal.- Gerir a comunicação: comunicação com tom de voz calmo e pausado.- Estimular a memória: recordando o que foi a última refeição
Risco de queda elevado	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar a família sobre prevenção de quedas: informam a equipa sempre que se ausentam do serviço.

Avaliação

Data: 12/11/2017

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados
Alimentar-se, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none">- Incentivar a pessoa a alimentar-se: o Sr. A alimenta-se por mão própria, após serem cortados os alimentos.
Transferir-se, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none">- Assistir a pessoa a transferir-se: fez levante para cadeira de rodas no período da manhã.
Autocuidado: Higiene, Dependência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none">- Incentivar o autocuidado: higiene: o utente colabora na higiene da face, membros superiores, tronco anterior e genitais.

Avaliação

Data: 16/11/2017

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados
Risco de <i>Delirium</i> (Resultado da Escala de Confusão de Neecham → Confusão moderada)	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar o envolvimento da família (nora e neto): demonstram interesse em colaborar nos cuidados.- Incentivar a deambulação: tentativa de deambulação com o utente, deu alguns passos dentro do quarto.- Estimular a memória: utente sabe dizer onde está; mantém-se desorientado no tempo.- Gerir a comunicação: utente calmo; discurso coerente na maior parte do tempo.

Goldberg, Straus, Hamid & Wong (2015), referem que a mudança de quarto é um fator de risco para o aparecimento de *delirium*.



Observações:

- No dia 16/11/17 foi aumentada dosagem de Risperidona.
- No dia 19/11/17 o Sr. A, foi mudado de quarto por necessidade do serviço.

Avaliação

Data: 21/11/2017

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados
Risco de <i>Delirium</i> (Resultado da Escala de Confusão de Neecham → Confusão moderada a severa)	<ul style="list-style-type: none">- Estimular a memória: o utente sabe dizer o ano, o mês, mas não sabe o dia; não sabe o local onde está.- Gerir a comunicação: utente calmo, mas com alucinações visuais.- Incentivar a deambulação: o utente não consegue fazer carga dos membros inferiores.

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Ferruci L. e Marchionni N. (2001). Grupo di Lavoro sulla Valutazione Multidimensionale Linee Guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. *Giornale de Gerontologia*, 49: S1 –S76.
- Goldberg, A., Straus, S. E., Hamid, J. S., & Wong, C. L. (2015). Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case-control study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1-9. DOI:10.1186/s12877-015-0070-8
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (3), pp. 105-112.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2010). Delirium; diagnosis, prevention and management. NICE Clinical Guideline 103
- Ramani, L., Furmedge, D. S., & Reddy, S. H. (2014). Comprehensive geriatric assessment. *British Journal Of Hospital Medicine (London, England: 2005)*, 75(8), C122-C125.
- Rengo, F., Parisi, V., Rengo, G., Femminella, G. D., Rengo, C., Zincarelli, C., & ... Leosco, D. (2012). Instruments for geriatric assessment: new multidimensional assessment approaches. *Journal Of Nephrology*, 25 Suppl 19S73-S78. doi:10.5301/jn.5000164
- Santos, S., Carvalheiro, B., Silva, B., Barlem, E., Feliciani, A., & Valcarenghi, R. (2010). Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(1), 129-136. DOI:<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.5530>
- Sörensen Duppils, G., & Johansson, I. (2011). Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(2), 133-142. DOI:10.1111/j.1748-3743.2010.00232.x

Apêndice VII – Sessão de Formação (ECCI): “Avaliação Multidimensional da
Pessoa Idosa”

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

-Escala de Confusão de NEECHAM-



Realizado por: Andreia Cação Sansana

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em
Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica—Vertente Pessoa Idosa

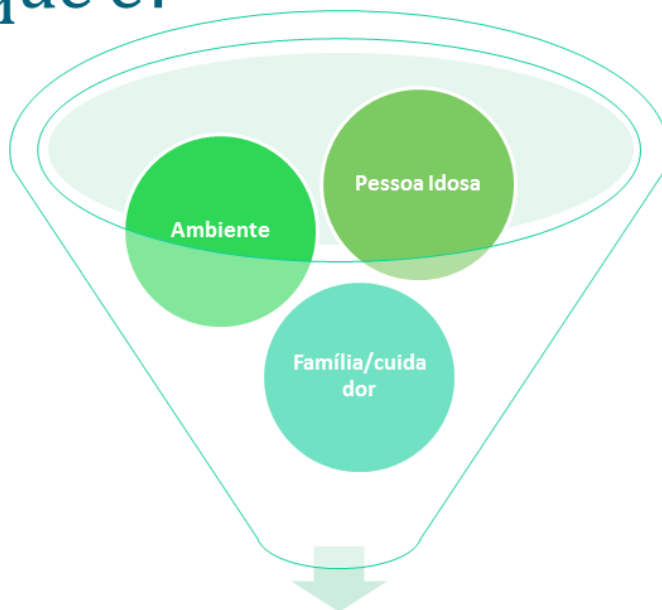
Orientado por: Prof. Doutora Deolinda Antunes Luz

Outubro de 2015

Sumário

- 1. O que é?
- 2. Para que serve?
- 3. O que avaliar?
- 4. Avaliação do *Delirium* na Pessoa Idosa
 - 4.1. Escala de Confusão de NEECHAM

1. O que é?



Avaliação da Situação de Cuidados
em Equipa Multidisciplinar

2. Para que serve?

Avaliar múltiplos problemas

Avaliar os recursos e potencialidades

Determinar a necessidade de Serviços

Desenvolver a coordenação do plano de cuidados
para focar as intervenções nos problemas
individuais

Ferreira, Rodrigues & Nogueira (2006); Ferrucci e
Marchionni (2001); Ramani, Furmedge & Reddy (2014)

3. O que avaliar?



4. Avaliação do *Delirium* na Pessoa Idosa

Escalas Validadas em Portugal

CAM (*Confusion Assessment Method*)

Escala de Confusão de NEECHAM

4.1. Escala de Confusão de NEECHAM

Este instrumento pode ser utilizado, para identificar os doentes que estão em risco de desenvolverem delirium de forma a implementar medidas de prevenção.

Sörensen, Dupplis & Johansson (2011)

Sörensen, Dupplis & Johansson (2011)

É uma escala observacional com 9 itens interativos, dividindo-se em três subescalas: *processing* (processamento), *behavior* (comportamento) e *physiologic control* (controlo fisiológico).

Neves, Silva, & Marques (2011)

Neves, Silva, & Marques (2011)

4.1. Escala de Confusão de NEECHAM (cont.)

ESCALA DE CONFUSÃO NEECHAM

Nível 1 - PROCESSAMENTO

Processamento - ATENÇÃO (Atenção-Alerta-Reacção)

- Atenção/alerta total
- Atenção/alerta diminuída ou aumentada
- Atenção/alerta inconstante ou inadequada
- Atenção/alerta perturbada
- Despertar/resposta deprimida

Processamento - ORDEM (Reconhecimento-Interpretação-Acção)

- Capaz de obedecer a uma ordem complexa
- Resposta lenta a ordem complexa
- Capaz de obedecer a uma ordem simples
- Incapaz de obedecer a uma ordem directa
- Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente
- Hipoactivo, letárgico

Processamento - ORIENTAÇÃO (orientação, memória a curto prazo, conteúdo pensamento/discurso)

- Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa
- Orientado em relação às pessoas e ao espaço
- Orientação inconsciente
- Desorientado e memória/recordação perturbada
- Desorientado, reconhecimento perturbado
- Processamento de estímulos deprimido

4.1. Escala de Confusão de NEECHAM (cont.)

Nível 2 - COMPORTAMENTO

Comportamento - APARÊNCIA

- Controla a postura, mantém a aparência, higiene
- Postura ou aparência alteradas
- Postura e aparência anormais

Comportamento - MOTOR

- Comportamento motor normal
- Comportamento motor lentificado ou hiperactivo
- Movimento alterado
- Movimentos inapropriados, disruptivos
- Movimentos deprimidos

Comportamento - VERBAL

- Inicia discurso de forma adequada
- Início de discurso limitado
- Discurso inadequado
- Discurso/sons perturbados
- Sons anormais

4.1. Escala de Confusão de NEECHAM (cont.)

Nível 3 - CONTROLO FISIOLÓGICO

Avaliações Fisiológicas

	Valores registados	Normal	Períodos de apneia/hipopneia presentes?
Temperatura	<input type="text"/>	(36-37°C)	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
TA Sistólica/Diastólica	<input type="text"/> / <input type="text"/>	(100-160) / (50-90)	
Frequência Cardíaca	<input type="text"/>	(60-100)	
Ritmo	<input type="text"/> ▼	(escolher um)	Prescrita terapia de Oxigénio?
Ciclos Respiratórios	<input type="text"/>	(14-22) (contar durante 1 minuto)	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, mas desligado <input type="radio"/> Sim, ligado no momento
Saturação O2	<input type="text"/>	(93 ou acima)	

Estabilidade das Funções Vitais

(Contar anomalias da TA sist. e/ou TA diast. como um valor; contar Ritmo Cardíaco anormal e/ou irregular como um; contar apneia e/ou respiração anormal como um; e temperatura anormal como um.)

- TA, RC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular
- Qualquer um dos parâmetros anteriores normal
- Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais

Estabilidade de Saturação de Oxigénio

- Sat. O2 normal (93 ou acima)
- Sat. O2 entre 90 e 92 ou está a receber oxigénio
- Sat. O2 abaixo de 90

Controlo de Continência Urinária

- Mantém o controlo da bexiga
- Incontinente nas últimas 24 horas ou tem penrose
- Incontinente no momento, ou necessita de algáliação intermitente ou permanente ou tem anúria

4.1. Escala de Confusão de NEECHAM (cont.)

- Os scores da NEECHAM variam entre 0 (resposta mínima) a 30 (função normal).
- Um score abaixo dos 25 pontos prediz *Delirium*.

Neves, Silva, & Marques (2011)

Em síntese...

- A Avaliação Multidimensional Geriátrica**
 - “A pedra angular dos Cuidados ao Idoso”

A avaliação geriatrica dos cuidados ao idoso

Núcleo de Estudos de Geriatria da
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI)

Referências Bibliográficas

- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Ferruci L. e Marchionni N. (2001). Grupo di Lavoro sulla Valutazione Multidimensionale Linee Guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. *Giornale de Gerontologia*, 49: S1 – S76.
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (3), pp. 105-112.
- Ramani, L., Furmedge, D. S., & Reddy, S. H. (2014). Comprehensive geriatric assessment. *British Journal Of Hospital Medicine (London, England: 2005)*, 75(8), C122-C125.
- Rengo, F., Parisi, V., Rengo, G., Femminella, G. D., Rengo, C., Zincarelli, C., & ... Leosco, D. (2012). Instruments for geriatric assessment: new multidimensional assessment approaches. *Journal Of Nephrology*, 25 Suppl 19S73-S78. doi:10.5301/jn.5000164
- Santos, S., Carvalheiro, B., Silva, B., Barlem, E., Feliciani, A., & Valcarenghi, R. (2010). Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(1), 129-136. DOI:<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i1.5530>
- Sörensen Duppils, G., & Johansson, I. (2011). Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(2), 133-142. DOI:10.1111/j.1748-3743.2010.00232.x

9. Considera diferente cuidar de uma pessoa idosa (idade superior a 65 anos) em relação a um adulto? Enuncie quais as principais diferenças.

10. Considera existir diferenças entre os conceitos *Delirium* e confusão aguda? Se acha que há diferenças, enumera-as.

Apêndice IX – Sessão de Formação 1 - “Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de Delirium” (Serviço de Medicina)

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa



Sessão de Formação: Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de *Delirium*



Docente Orientadora:
Prof. Deolinda Luz

janeiro de 2016

Realizado por:
Andreia Sansana
Nº6123

Conceitos

Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com Risco de *Delirium*

1. Pessoa Idosa Hospitalizada
2. Risco de *Delirium*
3. Intervenção de Enfermagem

1. Pessoa Idosa Hospitalizada

Envelhecimento Demográfico

19,6% em 2013 (Pordata, 2015)

Prevalência de Doenças Crônicas

Hospitalização

Síndromes Geriátricas

(Fulmer, 2007)

1. Pessoa Idosa Hospitalizada

Síndromes Geriátricas

Sleep disorders

Problems with eating and Feeding

Incontinence

Confusion

Evidence of Falls

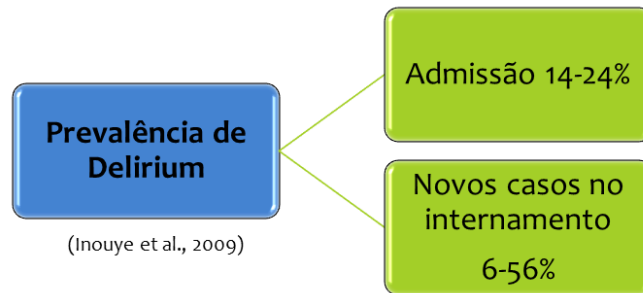
Skin Breakdown



Delirium

Fulmer (2007)

2. Risco de Delirium



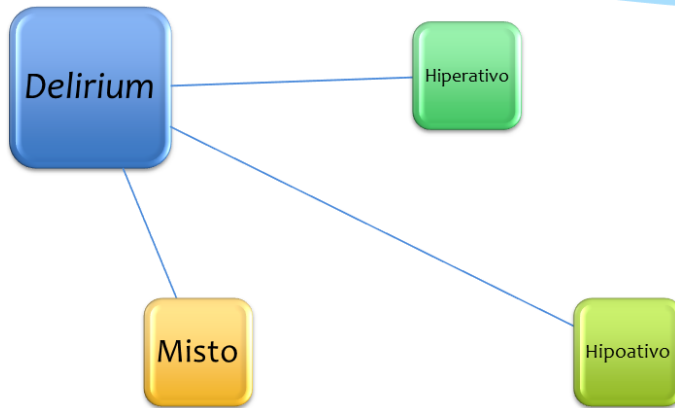
2. Risco de Delirium

* O que é o Delirium?

É uma perturbação da atenção, consciência e uma alteração da cognição que se desenvolve num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia.

(APA, 2013)

2. Risco de Delirium



(APA, 2013)

2. Risco de Delirium

* Delirium ≠ Demência

Delirium

- Progressão rápida (horas a dias).
- Os sinais e sintomas variam de um dia para o outro.
- Os problemas de pensamento e memória podem piorar.
- Normalmente pode desaparecer ao fim de alguns dias ou semanas

Demência

- É uma condição permanente.
- É um distúrbio do pensamento.
- Tem uma evolução de meses a anos.
- Maior suscetibilidade de desenvolver *delirium*.

(ACI, 2014)

2. Risco de Delirium

Fatores de Risco

Idade (≥ 65 anos)*
Sexo masculino
Episódios anteriores de Delirium
Fragilidade
Múltiplas patologias
Polimedicação*
Demência*
Depressão
Imobilidade*
Desidratação/desnutrição*
Existência de Infecção*
Insuficiência Renal
Alterações sensoriais (diminuição da acuidade auditiva e visual)
Privação de sono*
Abuso de álcool*



Spivack (2010)

2. Risco de Delirium



APA (2013)

3. Intervenção de Enfermagem



3. Intervenção de Enfermagem

* Teoria de Médio Alcance de Meleis

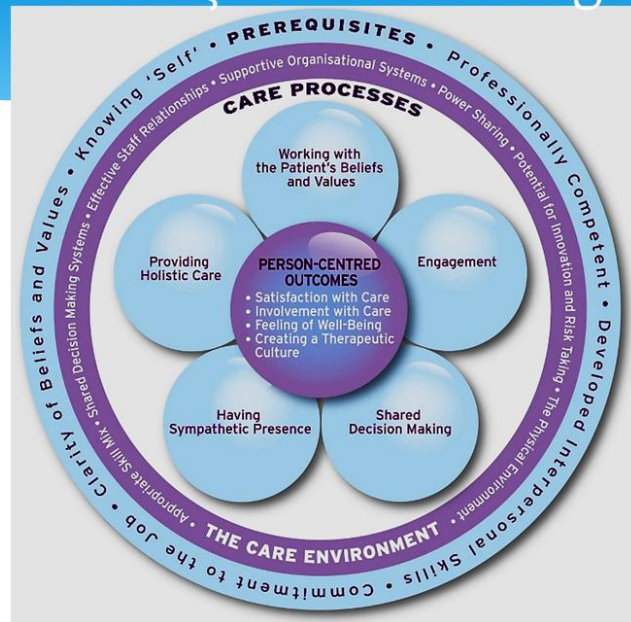
Transição - *“a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra ... refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente”*

Chick e Meleis
(1986, p.239-240)

Enfermeiros - ajudar as pessoas a vivenciarem processos de transições, cuidando delas para assegurar uma boa adaptação e efetuar a transição de forma saudável.

Meleis (2010)

3. Intervenção de Enfermagem



(McCormack e McCance, 2010)

3. Intervenção de Enfermagem

* Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

- * História de saúde
- * Recolha de informação colateral para validação de informação (família ou amigos)
- * Avaliação cognitiva (MMSE – Mini Exame do Estado Mental)
- * Avaliação da dor com escalas apropriadas
- * Avaliação da nutrição (Mini Nutritional Assessment)

Spivack (2010)

3. Intervenção de Enfermagem

* **Avaliação específica perante a pessoa Idosa:**

- * Avaliação do estado cognitivo (MMSE)
- * Identificação do Risco de *Delirium*
- * Avaliação do *Delirium*
 - * Escala de Confusão de Neecham

ACI (2014)

3. Intervenção de Enfermagem

Escala de Confusão de NEECHAM

Este instrumento pode ser utilizado, para identificar os doentes que estão em risco de desenvolverem *delirium* de forma a implementar medidas de prevenção.

Sörensen, Dupplis & Johansson (2011)

É uma escala observacional com 9 itens interativos, dividindo-se em três subescalas: *processing* (processamento), *behavior* (comportamento) e *physiologic control* (controlo fisiológico).

Neves, Silva, & Marques (2011)

Neves, Silva, & Marques (2011)

(controlo fisiológico)

Intervenções para prevenção do *Delirium* (cont.)

Imobilização	<ul style="list-style-type: none">• Deambulação e realização de movimentos ativos
Dor	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar e controlar a dor (atenção aos aspetos não verbais)
Medicação	<ul style="list-style-type: none">• Evitar fármacos perigosos (exlo anticolinérgicos)
Défices sensoriais	<ul style="list-style-type: none">• Corrigir défices quando possível (óculos; próteses auditivas)
Sono	<ul style="list-style-type: none">• Promover sono adequado• Avaliar alterações do ciclo do sono

Nice (2010)

PERGUNTAS, DÚVIDAS, CRÍTICAS
E/OU SUGESTÕES...



Este questionário é confidencial, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte. A concretização da avaliação da sessão de formação, só será possível se obtiver a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

Questionário

Tema: “Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa

Hospitalizada com risco de *Delirium* (confusão aguda)” (versão 1)

Assinale a resposta com uma cruz às questões colocadas:

1 - No último ano leu algum artigo sobre a problemática?

Sim

Não

2 – Já assistiu a alguma formação sobre a temática?

Sim

Não

3- O que são “Síndromes Geriátricas”?

- a) Condições clínicas, muito prevalentes em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que não se incluem facilmente no diagnóstico de uma doença específica, que têm múltiplas causas e afectam a qualidade de vida.
- b) Conjunto de sinais e sintomas, em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que explicam uma doença específica e que afectam a qualidade de vida.
- c) Condições clínicas, prevalentes em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que não se incluem facilmente no diagnóstico de uma doença específica, que têm causa única e afectam a qualidade de vida.

4- O *delirium* é...

- a) É uma perturbação da atenção, consciência e uma alteração das emoções que se desenvolve num período de tempo longo, na grande maioria dos casos de meses a anos.
- b) É uma perturbação da atenção, consciência e uma alteração da cognição que se desenvolve num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia.
- c) É uma perturbação do pensamento que se desenvolve num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia.

5- Quais dos seguintes conjuntos, são fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*?

- a) Demência, Infecção, Privação do sono, Imobilidade, Polimedicação
- b) Demência, Infecção, Sexo feminino, Depressão, Imobilidade
- c) Depressão, Demência, Úlcera de Pressão, Imobilidade, Sexo masculino

6- Qual o instrumento de avaliação do *Delirium*?

- a) Mini Nutritional Assessment
- b) Mini Exame do Estado Mental
- c) Escala de Neecham

7- Qual das seguintes, é uma intervenção de enfermagem para a prevenção do *Delirium*?

- a) Manter contenções físicas no doente agitado
- b) Estimular a mobilidade
- c) Reduzir a presença de visitas

Muito obrigada pela sua colaboração!

Este questionário é confidencial, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte. A concretização da avaliação da sessão de formação, só será possível se obtiver a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

Questionário

Tema: “Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa

Hospitalizada com risco de *Delirium*” (versão 2)

Assinale a resposta com uma cruz às questões colocadas:

1 – A formação a que acaba de assistir foi-lhe útil?

Sim

Não

2 – Considera importante fazer mais formações relacionadas com esta problemática?

Sim

Não

3- O que são “Síndromes Geriátricas”?

a) Condições clínicas, muito prevalentes em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que não se incluem facilmente no diagnóstico de uma doença específica, que têm múltiplas causas e afectam a qualidade de vida

b) Conjunto de sinais e sintomas, em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que explicam uma doença específica e que afectam a qualidade de vida.

c) Condições clínicas, prevalentes em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que não se incluem facilmente no diagnóstico de uma doença específica, que têm causa única e afectam a qualidade de vida.

4- O *delirium* é...

- a) É uma perturbação da atenção, consciência e uma alteração das emoções que se desenvolve num período de tempo longo, na grande maioria dos casos de meses a anos.
- b) É uma perturbação da atenção, consciência e uma alteração da cognição que se desenvolve num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia.
- c) É uma perturbação do pensamento que se desenvolve num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia.

5- Quais dos seguintes conjuntos, são fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*?

- a) Demência, Infecção, Privação do sono, Imobilidade, Polimedicação
- b) Demência, Infecção, Sexo feminino, Depressão, Imobilidade
- c) Depressão, Demência, Úlcera de Pressão, Imobilidade, Sexo masculino

6- Qual o instrumento de avaliação do *Delirium*?

- a) Mini Nutritional Assessment
- b) Mini Exame do Estado Mental
- c) Escala de Neecham

7- Qual das seguintes, é uma intervenção de enfermagem para a prevenção do *Delirium*?

- a) Manter contenções físicas no doente agitado
- b) Estimular a mobilidade
- c) Reduzir a presença de visitas

Muito obrigada pela sua colaboração!

Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com risco de *Delirium*

Resultados da Avaliação da Sessão de
Formação realizada a 18 de janeiro de
2016

Formadora:

Andreia Cação Sansana, aluna do 6º Curso de Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente da Pessoa Idosa, da ESEL. Sob orientação da Exma. Prof. Drª Mª Deolinda Antunes da Luz

Fevereiro de 2016

Relatório de Avaliação da Sessão de Formação

- Este relatório resulta da análise dos questionários aplicados aos formandos, no final da sessão de formação realizada no dia 18 de Janeiro de 2016, sobre a “Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada com risco de *Delirium*”. O questionário continha questões de resposta fechada, que foram analisadas posteriormente.
- O questionário era constituído, por questões para avaliação de conhecimentos teóricos relacionados com a temática e por questões gerais relacionadas com a avaliação da formação sobre a problemática.

Caraterização do grupo de Formandos

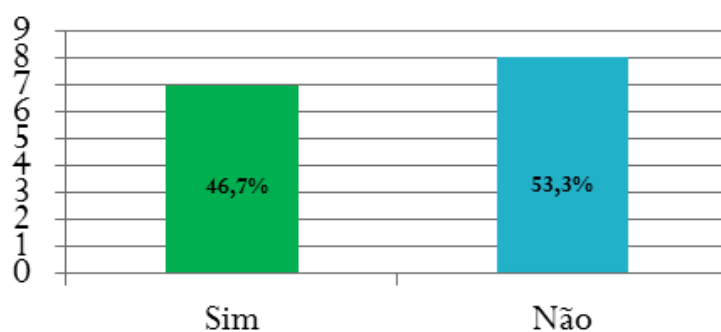
- O questionário foi aplicado a um grupo de 15 formandos.

Análise dos resultados das respostas às questões colocadas

- Domínio “avaliação da formação”

- “No último ano leu algum artigo sobre a problemática?”

Respostas



- “Já tinha assistido a alguma formação sobre a temática?”

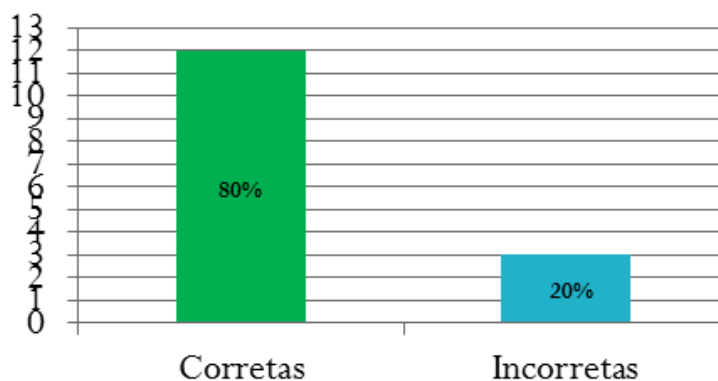
Respostas



- Domínio dos “conhecimentos”

- “O que são *Síndromes Geriátricas*?”

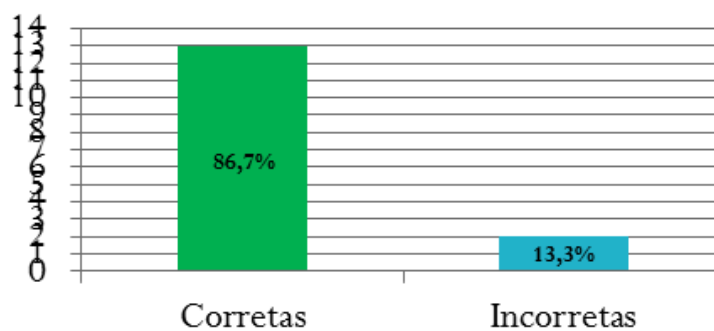
Respostas



- A resposta correta era a a) “Condições Clínicas, muito prevalentes em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que não se incluem facilmente no diagnóstico de uma doença específica, que têm múltiplas causas e afetam a qualidade de vida.”
- Das repostas incorretas ressaltam-se as ideias de que as síndromes geriátricas, não explicam uma doença específica (resposta b) e não são de causa única (resposta c)

- “O delirium é...?”

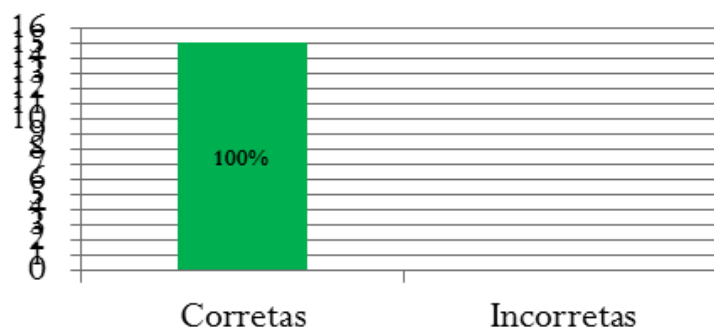
Respostas



- A resposta correta era a b) “É uma perturbação da atenção, consciência e uma alteração da cognição que se desenvolve num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia.”
- As restantes respostas estavam incompletas.

- “Quais dos seguintes conjuntos, são fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*?”

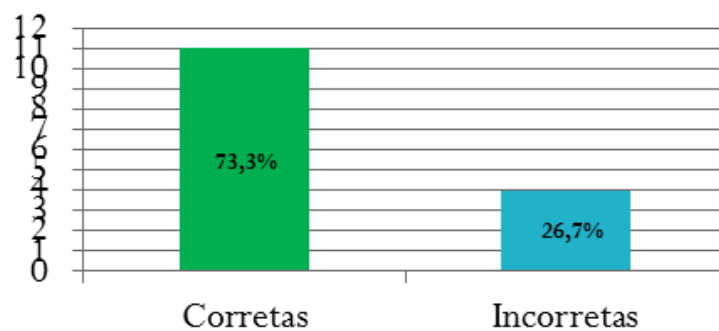
Respostas



- Todas as respostas dadas estavam corretas. A resposta correta era a a) “Demência, Infecção, Privação do sono, Imobilidade e Polimedicação”.

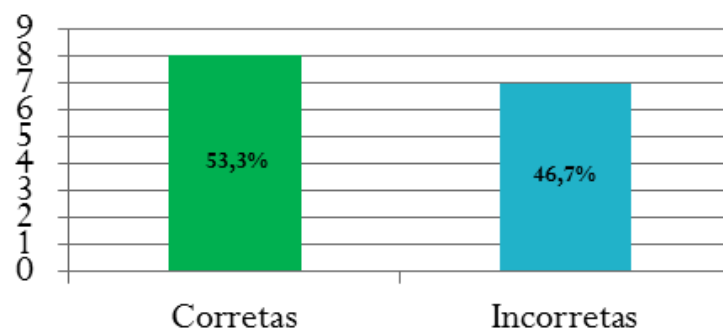
- “Qual o instrumento de avaliação do *Delirium*?”

Respostas



- A resposta correta era a c) “Escala de Neecham”
- Os formandos que responderam incorretamente optaram pela resposta b) “Mini Exame do Estado Mental”. Este instrumento não é específico para a avaliação do *Delirium*. É um instrumento que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas em geral.
- “Qual das seguintes, é uma intervenção de enfermagem para a prevenção do *Delirium*?”

Respostas



- A resposta correta era a b) “estimular a mobilidade”.
- Relativamente às respostas incorretas:
 - 3 formandos optaram pela resposta a) “Manter contenções físicas no doente agitado”. Vários estudos desaconselham esta intervenção, pois poderá ter como efeito adverso, estimular a agitação e a agressividade do doente. Nestas situações o ideal é recorrer a medicação de emergência, adequada, conforme prescrição médica.
 - 4 formandos optaram pela resposta c) “Reduzir a presença de visitas”. Alguns estudos admitem a promoção da presença de familiares e amigos do doente, como uma intervenção para a prevenção do *Delirium*. A realçar que o *Delirium* não representa só os casos de hiperatividade, mas também os de hipoatividade, há que ponderar face à situação em específico se a presença das visitas é benéfica ou não.

- Domínio “avaliação da formação”

- Todos os formandos (n=15) consideraram que a formação a que assistiram foi útil.
- Todos os formandos (n=15) consideraram importante fazer mais formações relacionadas com a problemática.

Considerações finais

- No final da sessão de formação foi providenciado um período para síntese e discussão de ideias.
- Dois formandos (um deles, Especialista) entrevistaram, referindo que seria interessante associar intervenções de enfermagem específicas para cada resultado da Escala de Confusão de Neecham, fazendo uma associação aos fatores de risco.
- Um dos formandos (Especialista) sugeriu o fornecimento do instrumento de avaliação à equipa de enfermagem, para perceber a viabilidade da utilização do mesmo, no serviço.

Apêndice XIII – Póster (Serviço de Medicina): “Risco de *delirium* na pessoa idosa hospitalizada - prevenção, um trabalho em equipa”

Risco de *Delirium* na Pessoa Idosa Hospitalizada

-Prevenção, um trabalho em equipa-

Objectivo: Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a prevenção do *Delirium* na Pessoa Idosa Hospitalizada

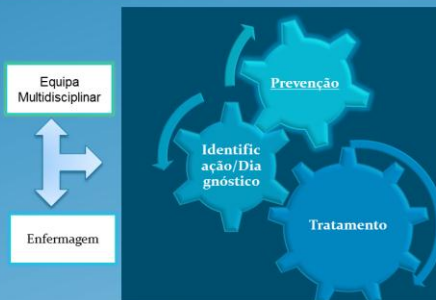
Introdução: Em Portugal, no ano de 2013, 19,6 % da população residente estimava-se ser população idosa (PORDATA, 2015). A população desta faixa etária tem muitas vezes incrementada uma vulnerabilidade e fragilidade, associadas à alteração da sua capacidade funcional e cognitiva e presença de doenças crónicas, que conduzem frequentemente a episódios de hospitalização. Estes podem ser potenciadores de consequências negativas nomeadamente, o desenvolvimento de síndromes como problemas do sono, problemas de nutrição, incontinência, evidência de quedas e úlceras de pressão e *Delirium* (Fulmer, 2007).

De acordo com a APA (2013), o *Delirium* é uma perturbação da atenção, consciência e uma alteração da cognição que se desenvolve num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia, com frequência apresenta agravamento ao final da tarde ou noite quando existe uma redução dos estímulos externos.

De acordo com Inouye, Fearing & Marcantonio (2009) este síndrome tem uma prevalência na admissão hospitalar de 14-24%. Segundo a APA (2013), a prevalência em doentes com patologia do foro médico é 20- 30%. A presença de *Delirium* na pessoa idosa hospitalizada pode trazer várias consequências, nomeadamente aumento do tempo de internamento, aumento de complicações (como queda e declínio funcional), necessidade de cuidados de longa duração e aumento da mortalidade. Perante estes resultados, nefastos, torna-se importante uma intervenção de enfermagem em conciliação com a equipa multidisciplinar no sentido de prevenir, identificar e intervir a nível deste problema (Inouye, Fearing & Marcantonio, 2009; NICE, 2010). Faught (2014) refere que a incidência de *Delirium* pode ser reduzida entre 30-40% se houver uma "aposta" na prevenção, sendo para isso necessário reconhecer os fatores de risco que lhe estão inerentes e atuar sobre eles

Método: Foi realizada pesquisa e seleção de artigos científicos na plataforma Ebsco, com limite temporal 2005-2015, relacionados com a problemática. Posteriormente, foi feita uma revisão crítica da literatura. O presente póster apresenta os resultados e conclusões encontrados.

Resultados:



A utilização de instrumentos de avaliação permite uma avaliação clínica adequada e um possível diagnóstico, que servirão de base para a tomada de decisão relativamente às intervenções. Na problemática em estudo destaca-se a Escala de Confusão de Neecham para monitorização do *Delirium* e identificação de pessoas em risco.

Fatores de Risco para o <i>Delirium</i>	
	Idade (≥ 65 anos)
	Sexo masculino
	Episódios anteriores de <i>Delirium</i>
	Fragilidade
	Múltiplas patologias
	Polimedicção
	Demência
	Depressão
	Imobilidade
	Desidratação/desnutrição
	Existência de Infecção
	Insuficiência Renal
	Alterações sensoriais (diminuição da acuidade auditiva e visual)
	Privação de sono
	Abuso de álcool

Spiavack (2010)

NICE (2010)

Intervenções para prevenção do *Delirium*:

- Défices cognitivos e desorientação**
 - Iluminação adequada
 - Reorientar o doente (relógios, calendários)
 - Promover a visita de familiares e amigos
- Desidratação e obstipação**
 - Assegurar aporte de líquidos adequado
- Nutrição**
 - Assegurar aporte nutricional adequado
- Hipoxia**
 - Avaliar e otimizar a saturação de oxigénio
- Infecção**
 - Vigiar e tratar infeções
 - Evitar cateteres desnecessários
 - Programas de controlo de infeção
- Imobilização**
 - Deambulação e realização de movimentos ativos
- Dor**
 - Avaliar e controlar a dor
- Medicação**
 - Ponderar a utilização de fármacos como por exlo anticolinérgicos; benzodiazepinas, que potenciam o aparecimento de *Delirium*
- Défices sensoriais**
 - Corrigir défices quando possível (óculos; próteses auditivas)
- Sono**
 - Promover sono adequado
 - Avaliar alterações do ciclo do sono

Conclusões: O *Delirium* é um síndrome de causa multifatorial bastante presente na pessoa idosa hospitalizada e muitas vezes não reconhecida. Assim é crucial o trabalho em equipa multidisciplinar na identificação dos fatores de risco que lhe estão associados, intervindo de forma a minimizá-los com o objetivo final de evitar o desenvolvimento de *Delirium*. As intervenções apresentadas são globais, contudo importa adequar as mesmas às especificidades da pessoa idosa nomeadamente às suas crenças, valores e vontade, com vista a uma transição saudável e à qualidade de vida.

Referências Bibliográficas:

- American Psychiatric Association (2013) Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. DSM V, 5ª Edição. Lisboa – Cimeps Editores.
 - Inouye, S., Fearing, M., Marcantonio, E. (2009) – *Delirium*. Em: HALTER, J [et al.] – *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 6ª ed. EUA. McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 978-0-07-148872-3
 - Faught, D. D. (2014) *Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment*. MEDSURG Nursing, 23(5), 301-305
 - Fulmer, T. (2007) How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48
 - National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2010). *Delirium: diagnosis, prevention and management*. NICE Clinical Guideline 103
 - PORDATA, (2015). *Números de Portugal –quadro resumo*. Acedido em: 30/04/2015. Disponível em: www.pordata.pt
 - Siewick, B. S. (2010). Dr. Sharon Inouye presents lecture on delirium in the elderly. Disponível em: <http://www.clinicalgeriatrics.com/articles/Dr-Sharon-Inouye-Presents-Lecture-Delirium-Elderly>

Autora: Andreia Cação Sansana, aluna do 6º Curso de Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente da Pessoa Idosa, da ESEL. Sob orientação da Exma. Prof. Drª Mª Deolinda Antunes da Luz

Fevereiro de 2016

