



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica: Vertente da Pessoa Idosa

**O *delirium* no idoso em contexto hospitalar:
a parceria como intervenção de
enfermagem para a promoção do Cuidado
de Si**

Maria João Lemos

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica: Vertente da Pessoa Idosa

O *delirium* no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si

Maria João Lemos

Orientadora: Prof.^a Doutora Idalina Gomes

Co-Orientadora: Mestre Helena Florêncio

Relatório de estágio orientado por: Prof.^a Doutora Idalina Gomes

2012

RESUMO

O crescimento exponencial da população idosa, ocorre simultaneamente com o aumento da incidência das doenças crónicas e consequente hospitalização da população idosa. A pessoa idosa em contexto hospitalar tem grande probabilidade de desenvolver *delirium*, sendo fundamental o seu correto diagnóstico para que as intervenções adequadas a cada caso, sejam aplicadas o mais precocemente possível, com vista a minimizar as complicações adjacentes a este problema. Desta forma, foi importante e pertinente a realização deste projeto no serviço de Medicina de um Hospital Central de Lisboa, uma vez que não existia um instrumento de avaliação nem se utilizavam intervenções de enfermagem de uma forma uniformizada.

Este projeto teve como objetivos desenvolver competências como enfermeira especialista na área da especialização à pessoa idosa e promover o Cuidado de Si na pessoa idosa com *delirium*, utilizando o modelo de parceria na intervenção de enfermagem. O mesmo decorreu no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012 e o seu desenvolvimento foi assente na metodologia de projeto, que tem o seu foco na resolução de problemas. A análise dos dados foi feita através da análise de conteúdo e estatística descritiva. Como participantes, este projeto teve 17 enfermeiros e 10 idosos internados, cujo diagnóstico de *delirium* foi efetuado através do “Algoritmo de diagnóstico” da *Confusion Assessment Method* (CAM). Foi também efetuado um levantamento das intervenções de enfermagem adequadas e, paralelamente, foram transmitidos e refletidos conhecimentos relativamente aos factores de risco, factores precipitantes e medidas preventivas, de forma a capacitar a equipa para a prestação de cuidados que visam minimizar a ocorrência de episódios de *delirium*.

Os resultados da avaliação mostraram uma adesão à utilização da CAM em 100% dos casos de confusão aguda, um aumento de 50% do tipo de intervenções utilizadas e um aumento dos registos das práticas dos cuidados diferenciados, permitindo desta forma uma continuidade dos mesmos. As intervenções efetuadas em parceria com a pessoa idosa/família, revelaram-se fundamentais para a promoção do Cuidado de Si, pelo que se tornou uma prática nos cuidados de enfermagem uma vez que foi possível observar as implicações diretas na melhoria dos quadros de *delirium*.

Palavras-chave: pessoa idosa; *delirium*; intervenções de enfermagem; hospitalização; parceria; promoção do cuidado de si.

ABSTRACT

The elderly in a hospital is likely to develop delirium, being fundamental it's correct diagnosis, so that appropriate interventions in each case can be applied as early as possible, in order to minimize the complications of this problem. Thus, it was important and pertinent to carry out this project in the Unit of Medicine, in a central Hospital in Lisbon. since there isn't an evaluation instrument, nor standardized nursing interventions.

This project aimed to develop skills as a nurse specialist in the area of elder, and promoting self care in elderly with delirium, using the model of partnership in nursing intervention.

This project occurred among october 2011 to january 2012, its development was based on the methodology of the project, which has its focus on problem solving. The data analysis was performed using the content analysis and descriptive statistics.

In this project were involved 17 nurses and 10 elderly patients hospitalized with altered state of consciousness and cognitive abilities, diagnosed by the "Diagnostic Algorithm" – Confusion Assessment Method (CAM). We performed a survey of appropriate nursing intervention and simultaneously transmitted and reflected knowledge regarding risk factors, predisposing factors and preventive measures, in order to enable the team, to provide care that aims to minimize the occurrence of episodes of delirium.

The results of evaluation showed a support in using the CAM, in 100% of cases of acute confusion, an increase of 50% in the type of interventions used, and an increase in the special care practices, thereby enabling a continuity of the same.

All interventions in partnership with the elderly and their relatives were positive and essential, for the promotion of care itself, so become a practice in nursing care, since it was possible to observe the direct implications for the improvement of the management of delirium.

Due to limited time for project implementation, changes relating to family and preventive measures may have been compromised, it is therefore relevant to continue applying it.

Key Words: elder; delirium; nursing intervention; hospitalized; partnership; promoting care in itself.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

APA – *American Psychological Association*

CAM – *Confusion Assessment Method*

DGS – Direção Geral de Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HCL – Hospital Central de Lisboa

NO – Notas de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REN - *Rapid Eye Movement*

UIDE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2.1 O fenómeno do envelhecimento: a hospitalização e o <i>delirium</i>	17
2.2 Epidemiologia e Etiopatogenia do <i>delirium</i>	20
2.2.1 Factores de risco e precipitantes do <i>delirium</i>	23
2.3 O <i>delirium</i> na pessoa idosa: a importância da prevenção e do diagnóstico	23
2.3.1 Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)	25
2.4 Intervenções preconizadas para a pessoa idosa com <i>delirium</i>	27
2.5 A transição no processo de saúde/doença na pessoa idosa com <i>delirium</i>: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si	28
3. METODOLOGIA	34
3.1 Finalidade e objetivos	35
3.2 Participantes	36
3.3 Caracterização do contexto da ação	37
3.4 Questões éticas	37
3.5 Descrição das atividades desenvolvidas e resultados atingidos	39
4. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
5. LIMITAÇÕES DO PROJETO E RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO DA PRÁTICA	69
6. CONCLUSÃO	71
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

ANEXOS	78
Anexo I – Ciclo Reflexivo de Gibbs	79
Anexo II – Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)	81
Anexo III – Versão completa da CAM	83
Anexo IV – Escala de Barthel	91
Anexo V – Escala de Lawton e Brody	95
Anexo VI – Escala de Avaliação Breve do Estado Mental	99
Anexo VII – <i>Mini Nutricional Assesment</i>	106
Anexo VIII – Escala de Morse	108
Anexo IX – Avaliação do estágio	110
Anexo X – Recomendação (XV/E/8301/4/94) da União Europeia	113
APÊNDICES	115
Apêndice I – 1ª Reflexão crítica da equipa de enfermagem	116
Apêndice II – Factores de risco do <i>delirium</i>	118
Apêndice III – Factores precipitantes de <i>delirium</i>	120
Apêndice IV – Intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção de <i>delirium</i>	122
Apêndice V - Fármacos potenciadores de <i>delirium</i>	124
Apêndice VI - Autorização da Direção de Enfermagem para a realização do projeto	126
Apêndice VII - Pedido de autorização à Diretora do Serviço de Medicina para a realização do projeto	128
Apêndice VIII - Autorização da Comissão de Ética do CHLN	130
Apêndice IX - Pedido de autorização à autora para a utilização do algoritmo da CAM	132
Apêndice X - Autorização dos autores para utilização da tradução do algoritmo da CAM	135
Apêndice XI – Consentimento informado	137
Apêndice XII - Revisão da Literatura	139
Apêndice XIII – Intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à pessoa idosa com <i>delirium</i>	147

Apêndice XIV - Estudo de Caso	149
Apêndice XV – Complemento da análise dos resultados da fase inicial	159
Apêndice XVI - Indicadores de avaliação das práticas de enfermagem à pessoa idosa com <i>delirium</i> definidos tendo como base no Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – fase inicial	161
Apêndice XVII – Notas de campo (NC)	164
Apêndice XVIII – Análise de conteúdo das NC	173
Apêndice XIX – 1ª Sessão de formação	178
Apêndice XX – Documento utilizado para avaliação da 1º e 2ª sessão de formação	192
Apêndice XXI - Análise de conteúdo da 1ª reflexão crítica da equipa de enfermagem	195
Apêndice XXII - 2ª Sessão de formação	199
Apêndice XXIII – Documento final das intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à pessoa idosa com <i>delirium</i>	210
Apêndice XXIV - Guia Orientador para a Prática	212
Apêndice XXV - Complemento da análise dos resultados da fase final	242
Apêndice XXVI - Indicadores de avaliação das práticas de enfermagem à pessoa idosa com <i>delirium</i> definidos tendo como base no Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – fase final	245
Apêndice XXVII - 2ª Reflexão crítica da equipa de enfermagem	248
Apêndice XXVIII - Análise de conteúdo da 2ª Reflexão crítica da equipa de enfermagem	250

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Caracterização da equipa de enfermagem	36
<u>Gráfico 1</u> – Gráfico ilustrativo do nº de idosos com registo de episódios de <i>delirium</i> e do nº de episódios de <i>delirium</i> registados	45
<u>Gráfico 2</u> – Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Identidade da pessoa idosa	46
<u>Gráfico 3</u> – Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase –	

Revelar-se: Contexto de doença	46
<u>Gráfico 4</u> – Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase – Revelar-se: Contexto de vida	47
<u>Gráfico 5</u> – Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 4ª Fase – Comprometer-se	48
<u>Gráfico 6</u> – Gráfico ilustrativo das intervenções de enfermagem e sua frequência de utilização	49
<u>Gráfico 7</u> – Gráfico ilustrativo do nº de idosos internados e do nº de idosos com registos de <i>delirium</i> na fase inicial e final	58
<u>Gráfico 8</u> – Gráfico ilustrativo do nº de idosos em que foi aplicado a CAM	59
<u>Gráfico 9</u> – Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase – Revelar-se: Contexto de doença	60
<u>Gráfico 10</u> – Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 2ª Fase - Envolver-se	61
<u>Gráfico 11</u> – Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 5ª Fase – Assegura o Cuidado do Outro	62
<u>Gráfico 12</u> – Gráfico ilustrativo do n.º de registos de intervenções de enfermagem utilizadas e sua frequência	63

INTRODUÇÃO

O aumento demográfico das pessoas idosas é considerado uma das transformações sociais mais importantes ocorridas nos últimos anos. Assistimos a um fenómeno novo e crescente do envelhecimento da população em todas as sociedades economicamente desenvolvidas (Osório & Pinto, 2007). Em Portugal, a população idosa com 65 ou mais anos, representam cerca de 19% da população total, tendo o número de idosos crescido cerca de 19% (Instituto Nacional de Estatística, 2012). Paralelamente a este fenómeno, verifica-se o aumento da incidência das doenças crónicas que produzem elevados graus de incapacidade sendo responsáveis por novas pressões sobre o sistema de saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2008). O envelhecimento biológico a que o indivíduo está sujeito tem uma evolução variável, e passa por uma degradação natural onde ocorrem inúmeras alterações, tais como a deterioração cognitiva, sendo esta uma alteração comum nas pessoas idosas, e que se manifesta essencialmente através do *delirium* (Bottino, Laks & Blay, 2006).

Os quadros de *delirium*, surgem em maior número, nas pessoas idosas hospitalizadas e, perante uma população maioritariamente idosa, o aumento da incidência destes casos em serviços de internamento é uma situação previsível (Schofield, 2007). O seu reconhecimento é algumas vezes ignorado pelos profissionais e sistemas de saúde, contribuindo de certa forma para a estimulação ou agravamento deste síndrome na pessoa idosa (Young & Inouye, 2007). O seu diagnóstico é fundamental, na medida em que a falha ou a realização tardia do mesmo, tem consequências graves no prognóstico do *delirium*. Neste sentido, é importante a identificação do quadro de *delirium* adotando um instrumento que possibilite fazer o diagnóstico de enfermagem de forma rápida e simples, de modo a serem utilizadas intervenções ou proceder na atuação da causa subjacente. Muito embora o diagnóstico e a atuação correta nos episódios de *delirium* sejam primordiais, a prevenção é reconhecida como uma estratégia eficaz, podendo ser prevenido em cerca de um terço dos casos (Inouye, 2006).

Constata-se que a hospitalização é tida como uma das causas do processo de confusão no idoso, pelas inúmeras alterações que provoca, tais como, a mudança abrupta de residência e a perda consequente de referências orientadoras (Oliveira

Soares, 1999). Este processo pode ser visto como uma transição, uma passagem de um estado de vida para outro, quer seja um processo antecipado ou não, representando o mesmo a mudança do estado de saúde, de papéis, expectativas ou capacidades (Meleis, 2007). Assim, o recurso à Teoria de Médio Alcance de Meleis (2000) permite a compreensão deste problema, na medida em que o enfermeiro tem o papel de ajudar a pessoa na gestão dos seus processos de transição, intervindo em parceria, no sentido de possibilitar o potencial da pessoa idosa e ajuda-lo a fazer face às situações de doença com que é confrontado. Desta forma, o enfermeiro pode promover o Cuidado de Si, como um parceiro que assegura o cuidado do outro (Gomes, 2009).

O relatório que se apresenta, diz respeito ao projeto de estágio: “ O *delirium* no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si ”, realizado no âmbito da unidade curricular de opção II referente ao plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa. O crescente exponencial da população idosa, justifica o investimento na área da especialização do cuidado à pessoa idosa, por forma a poder dar uma adequada resposta às situações complexas que os mesmos possuem. Nesta sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE), (2009) definiu para a área de intervenção específica na saúde da pessoa idosa, projetos de saúde centrados no idoso a vivenciar processos de saúde/doença, tendo como objetivo a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social nos diversos contextos de vida.

No entanto, do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre faz parte um processo formativo centrado na aquisição e desenvolvimento de competências, por forma a demonstrar: capacidade de análise em relação ao desenvolvimento do conhecimento da prática de enfermagem; compreensão relativamente ao processo de saúde/doença e cuidar/tratar. Assim como a sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde; capacidade de análise das práticas de enfermagem em relação às dimensões ética, política, histórica, social e económica; ser capaz de aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos vários contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL], 2011).

Ao longo dos meus 16 anos de experiência profissional, estive sempre ligada à prestação de cuidados gerais à pessoa idosa e família, encontrando-me atualmente no bloco operatório, onde a pessoa idosa representa 25% de uma população que se distribui também entre adultos e crianças. Assim, considero ter atingido o nível de proficiente na área do cuidado à pessoa idosa e família que, segundo o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, descrito por Benner (2001), este “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados e as suas ações são guiadas por máximas (...) aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação” (Benner, 2001, p. 55). Contudo, o enfermeiro com a categoria de especialista deve ser perito na área onde presta cuidados, pois este age a partir de uma compreensão profunda da situação global “(...) e podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção faz a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível” (Benner, 2001, p. 61). No entanto, com o desenvolvimento das competências adquiridas durante a frequência deste curso, e com a realização deste projeto desenvolvido durante o estágio no Serviço de Medicina de um Hospital Central de Lisboa (HCL), tenho como objetivo desenvolver competências específicas como enfermeira por forma a atingir o nível de perita na saúde do idoso.

Tendo em conta todos estes pressupostos, a finalidade deste trabalho é prevenir e/ou minimizar o impacto do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada no Serviço de Medicina tendo para isso traçado os seguintes objetivos gerais:

- ♦ Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium* e família em contexto hospitalar, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem;
- ♦ Desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem do Serviço de Medicina na prevenção, avaliação e prestação de cuidados à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos traçados, foi utilizada a metodologia de projeto que tem como objetivo a resolução de problemas e a aquisição de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O trabalho aqui apresentado será dividido em seis capítulos. O primeiro diz respeito à definição da problemática e respetiva justificação do estudo, seguindo-se o

enquadramento conceptual onde se encontra a fundamentação teórica de base para este relatório. O terceiro capítulo é constituído pela metodologia, onde se encontra referida a finalidade, objetivos, participantes, caracterização do contexto da ação, questões éticas, assim como, as atividades e resultados alcançados em cada objetivo. No quarto capítulo, apresento a avaliação dos resultados efetuados à luz da evidência científica das competências desenvolvidas, e da cooperação para o desenvolvimento profissional e dos cuidados. No quinto capítulo surgem as limitações do projeto e recomendações para o futuro da prática. No final do relatório são apresentadas as conclusões deste projeto.

Para a elaboração deste relatório, foram tidas em conta as orientações da ESEL, assim como os critérios das Normas da American Psychological Association (APA).

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A deterioração da saúde consequente do envelhecimento, torna a pessoa mais vulnerável ao aparecimento de doenças o que, na grande maioria dos casos, leva à hospitalização, sendo este um dos factores de risco para o desenvolvimento do quadro de *delirium* a que podemos associar a fragilidade orgânica e um quadro demencial, em alguns casos pré existente (Young & Inouye, 2007).

O *delirium* é caracterizado por uma perturbação da consciência e uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia (DSM-IV-TR, 2002). A ocorrência desta situação surge em cerca de 30 a 60 % da população que apresentam doenças agudas, tais como infeções, distúrbios metabólicos ou do estado geral, levando por isso à hospitalização (Bottino *et al.*, 2006). Trata-se de uma perturbação relativamente rara em idosos residentes na comunidade e nos acompanhados em regime de ambulatório, sendo mais comum em idosos hospitalizados (Bottino *et al.*, 2006). Estudos demonstram que os doentes que desenvolvem *delirium* têm uma elevada taxa de mortalidade, de institucionalização pós alta, complicações várias e um maior período hospitalização, sendo por isso de extrema importância, a deteção das situações e o seu tratamento, através de intervenções adequadas, afim de prevenir consequências indesejáveis (Bottino *et al.*, 2006; Siddiqi, Holt, Britton & Holmes, 2007; Young & Inouye, 2007).

O reconhecimento do quadro de *delirium* por parte dos enfermeiros parece ser imediato, mas na grande maioria dos casos é um pouco negligenciado atribuindo-se, por vezes, os sintomas apresentados pela pessoa idosa a um síndrome demencial ou à situação de envelhecimento natural (McRea, 2001). O enfermeiro como membro de uma equipa multidisciplinar, e tendo em conta a gravidade desta problemática, deve ser capaz de reconhecer precocemente o *delirium*, por forma a atuar de imediato na sua causa, diminuindo a sua gravidade, tempo de duração e a sua mortalidade (Bottino, *et al.*, 2006).

O interesse e a proposta da realização deste projeto surge após uma conversa informal com a Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina, que se mostrou interessada neste tema dado o contexto do seu serviço. Foi necessário da minha parte, algumas

deslocações e reuniões informais com a Enfermeira Chefe do Serviço onde este projeto foi desenvolvido para conhecer e entender melhor a realidade do mesmo e da sua população. O cenário deste projeto reporta-se ao Serviço de Medicina de um HCL, que está a funcionar à cerca de dois anos tendo capacidade para 18 clientes, entre homens e mulheres. Esta é uma população maioritariamente idosa que apresenta em grande percentagem uma ou mais doenças crónicas associadas e diminuição da capacidade funcional, sendo que os diagnósticos mais frequentes são as infeções respiratórias e urinárias, insuficiência cardíaca descompensada e acidentes vasculares cerebrais.

Tratando-se de uma equipa de enfermagem muito jovem, em que os seus 18 elementos tem em média seis anos de exercício profissional, possuindo conhecimentos e desempenham os seus cuidados na área do *delirium*, na sua maioria, segundo a percepção individual não existindo uma uniformização na globalidade dos cuidados à pessoa com *delirium*. No sentido de entender o que era desenvolvido, os sentimentos e as necessidades da equipa em relação à problemática do *delirium*, foi pedida uma reflexão crítica (Apêndice I) sobre uma situação vivenciada de cuidados a um idoso em situação de *delirium*, tendo como objetivo a reflexão da mesma através de três questões. Foi utilizado o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Anexo I) como linha orientadora para a elaboração do mesmo documento. As respostas foram analisadas no seu conteúdo, revelando um total desconhecimento relativamente ao instrumento de avaliação, assim como, carências no conhecimento de diversos itens importantes no *delirium*, como por exemplo, alguns factores de risco, factores precipitantes, medidas preventivas e intervenções de enfermagem utilizadas na atuação do *delirium*. Os resultados atingidos através desta reflexão sedimentaram a necessidade de formação sobre esta temática a toda equipa de enfermagem.

São necessários vários conhecimentos científicos nesta área para podermos ter um desempenho baseado na evidência que fundamente a qualidade dos cuidados à pessoa idosa hospitalizada com *delirium*. Desta forma, a formação torna-se vital para a realização do diagnóstico e intervenção de enfermagem permitindo que o tratamento seja iniciado o mais precocemente possível. Sendo os enfermeiros os que mais tempo passam junto do doente, podem ser vistos como sujeitos fundamentais na antecipação da ocorrência do quadro de *delirium* (Neville, 2006).

Com o sentido de dar resposta à problemática encontrada no serviço, e tendo em conta a necessidade verbalizada pela equipa em relação à situação de cuidados de

enfermagem à pessoa idosa com *delirium*, propus-me desenvolver um projeto que teve como finalidade prevenir e/ou minimizar o impacto do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada, desenvolvendo assim um trabalho em parceria com a equipa para a promoção do Cuidado de Si, no âmbito da prevenção, avaliação e prestação de cuidados utilizando intervenções de enfermagem adequadas a cada situação. Teve ainda como objetivo o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no âmbito da pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar. Assim, pela certificação destas competências clínicas especializadas, assegura-se que o enfermeiro especialista possua um conjunto de conhecimentos e capacidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção e tratamento de doença, readaptação funcional e reinserção social nos diferentes contextos de vida. (OE, 2009). Com estes pressupostos, e em concordância com a Enfermeira Chefe do Serviço, Enfermeira Orientadora, Enfermeira Co-orientadora e equipa de enfermagem, foi desenvolvido este projeto no decorrer do estágio referente à Opção II do curso do mestrado.

Este projeto foi realizado tendo como Modelo de referência a Teoria de Médio Alcance de Meleis (2000) uma vez que estes doentes se encontram a vivenciar uma ou mais transições (Meleis, 2007). Para a sua operacionalização selecionei o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) que caracteriza a parceria em enfermagem como um processo dinâmico negociado, que se desenvolve entre o doente, a família e o enfermeiro, aproveitando os saberes, a vontade e o sentir de cada um, tendo sempre presente o respeito pelas crenças e saberes, com o propósito de alcançar um objetivo comum, o Cuidado de Si.

Seguidamente, é apresentado o quadro de referência que sustenta a pertinência do projeto e o desenvolvimento das minhas competências no desenrolar do estágio.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo pretende enquadrar a problemática do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada com o fenómeno do envelhecimento, com enfoque nas suas necessidades específicas. De forma a legitimar a pertinência deste tema como uma problemática de enfermagem, foi incluída a Teoria de Médio Alcance de Meleis (2000), uma vez que esta autora, designa o envelhecimento e a hospitalização como processos de transição, em que existe uma passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para o outro (Meleis, 2007). Tendo em vista a operacionalização dos cuidados foi utilizado o Modelo de Parceria na promoção do Cuidado de Si de Gomes (2009), onde se encontram claros indicadores que fundamentam, e concretizam, um trabalho em parceria. Sendo o reconhecimento do *delirium* e o diagnóstico diferencial aspectos bastante importantes, realço a importância da utilização do “Algoritmo de diagnóstico” da CAM (Anexo II) pelos enfermeiros.

2.1 O fenómeno do envelhecimento: a hospitalização e o *delirium*

O fenómeno do envelhecimento decorre do desenvolvimento científico e tecnológico, que ao longo dos últimos anos criou inúmeros meios que tornaram possível prevenir, diagnosticar e curar muitas doenças que outrora eram fatais, aumentando assim a esperança média de vida (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2005). Relacionado com a esperança média de vida, está o envelhecimento individual, sendo este um fenómeno social que se traduz num dos desafios mais importantes do séc. XXI, levantando questões tais como o estatuto do idoso na sociedade, a idade da reforma, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e da segurança social, entre outros. Com o aumento da esperança média de vida surge o aumento da incidência das doenças crónicas, cada vez mais significativas a nível nacional e internacional. Estas caracterizam-se por serem de longa duração e com uma progressão lenta, tendo necessidade de tratamentos prolongados (OMS, 2005).

O envelhecimento consiste num processo de sentido único que afecta progressivamente todos os órgãos e sistemas. O envelhecimento biológico, apesar de

ter uma evolução variável de indivíduo para indivíduo, passa obrigatoriamente por uma degradação natural onde se podem observar variadíssimas alterações. Algumas destas alterações passam pela perda de memória e outras funções cognitivas, sendo que uma das síndromes que melhor descreve estas alterações é o *delirium* (estado de confusão agudo ou disfunção cognitiva aguda) (McRea, 2001). Como refere este mesmo autor, observa-se a existência de um aumento da prevalência desta síndrome com o envelhecimento, sendo comum entre a população idosa. O **delirium** é caracterizado por uma perturbação da consciência e uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia (DSM-IV-TR, 2002). É típico os sintomas isolados progredirem para um quadro de *delirium* durante um período de três dias, podendo desaparecer em poucas horas ou ocorrer uma persistência dos sintomas por semanas, sendo que a recuperação desta situação pode ser completa se a correção ou a auto-limitação da perturbação for realizada rapidamente (DSM-IV-TR, 2002). Esta é uma situação comum na população idosa afetando 30 a 60 % da população com idade superior a 65 anos, que possuem doenças agudas, como infecções, distúrbios metabólicos ou do estado geral (Bottino *et al.*, 2006).

É importante nesta fase definir patologias como o delírio, perturbação cognitiva e demência, para entender as suas diferenças e a especificidade do *delirium*. O **delírio** ou perturbação delirante é caracterizada pela presença de uma ou mais ideias delirantes não bizarras que permaneçam pelo menos durante um mês. O seu diagnóstico é realizado quando as ideias delirantes não se devem a um estado físico geral ou ao efeito fisiológico direto de uma substância (DSM-IV-TR, 2002). No caso da **perturbação cognitiva** sem outra especificação, esta patologia é caracterizada por uma disfunção cognitiva provavelmente devido a um estado físico geral ou utilização de substâncias e que não preenchem os critérios de *delirium*, demência e perturbação mnésica (DSM-IV-TR, 2002). Relativamente à **demência**, esta patologia é caracterizada essencialmente pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, tais como a diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações: afasia, agnosia, apraxia e perturbação da capacidade de execução. O problema mais comum que se coloca no diagnóstico diferencial é a se a pessoa tem uma demência e não um *delirium*, se possui apenas *delirium* ou se o mesmo está sobreposto a uma demência preexistente. A perda de memória é uma situação comum ao *delirium* e à

demência, mas a pessoa apenas com demência está alerta e não apresenta perturbação da consciência que é característica do *delirium*. No *delirium* os sintomas surgem de uma forma mais rápida (horas a dias) ao passo que na demências o aparecimento é muito mais gradual e insidioso (DSM-IV-TR, 2002).

Como já foi referido anteriormente, o envelhecimento leva à deterioração da saúde ficando a pessoa mais vulnerável ao aparecimento de doenças, e na grande maioria dos casos conduzindo à hospitalização, sendo que esta é, sem dúvida, uma experiência de certa forma assustadora para os doentes das diversas faixas etárias, provocando em todos sentimentos de solidão, isolamento e ansiedade (Cabete, 2005). Também o stress é gerado aquando da hospitalização devido ao ambiente estranho e impessoal, ao peso da institucionalização, ao medo da doença, aos procedimentos médicos e a um ambiente que, na grande maioria dos casos, é pouco agradável, estimulante e promotor da independência dos doentes.

A hospitalização representa, na maioria dos casos, variadíssimas ameaças tais como: ameaça à vida e à integridade corporal, alterações à alimentação, restrição de movimentos, isolamento, incerteza quanto ao futuro, separação do cuidador/família e amigos, entre outras (Cabete, 2005). O doente rapidamente compreende que com esta nova situação lhe são impostas limitações físicas, inúmeras regras e ordens, poderes exercidos sobre a sua pessoa, vindos da parte do diagnóstico, médicos e enfermeiros, sendo a perda de autonomia e de controlo da situação, o que constitui factores geradores de instabilidade.

São os serviços de internamento de medicina aqueles que estão vocacionados para a coordenação e integração de patologias, tratamento de doentes agudos, em particular nas vertentes da observação, diagnóstico e terapêutica (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 1986). São também vistos como organizações cujo trabalho profissional tem toda uma envolvência de qualificações complexas, conhecimentos muito abrangentes e sofisticados, vendo-se no entanto desprovidos de “tecnologia de ponta” (Costa, 2002).

A hospitalização, os vários procedimentos de diagnóstico e tratamentos são causadores de *stress* adicional à doença e aos sintomas que podem provocar no cliente idoso inúmeras alterações tais como a confusão. Para além desta situação, a hospitalização tem como consequência o aumento da dependência, as quedas frequentes e mesmo os idosos muito funcionais, podem tornar-se desorientados,

confusos e agitados quando mudam de ambiente. Nesta perspectiva, as consequências diretas ou indiretas da hospitalização podem ser, essencialmente, examinadas no plano físico e psicológico (Cabete, 2005). No plano físico são inúmeros os problemas pois todos os efeitos do envelhecimento estão presentes em menor ou maior grau e interagem com outros fatores, tais como, estar limitado à cama ou à cadeira. No que diz respeito ao plano psicológico, algumas circunstâncias verificadas durante a hospitalização foram relacionadas com o desenvolvimento de perturbações emocionais ou cognitivas, nomeadamente o *delirium*, situação que ocorre com frequência nos idosos hospitalizados e que está associada a elevadas taxas de mortalidade (Cabete, 2005). Esta perturbação está relacionada com diversos factores causais: deslocações geográficas e inadaptação ao meio ambiente; alterações dos hábitos de vida diária; exposição a ruídos desconhecidos ou aos quais o indivíduo não está habituado e alteração das relações interpessoais (Cabete, 2005). Estas são condições que todos podemos observar em contexto hospitalar e que explicam a elevada prevalência do *delirium* neste meio.

Enquanto enfermeiros especialistas na área do idoso, é fundamental estarmos despertos para os problemas relacionados com o envelhecimento, a hospitalização e as suas consequências na pessoa idosa, de forma a podermos evita-las ou dar respostas eficazes. Relativamente à incidência do *delirium* no idoso hospitalizado, é uma situação que pode reduzir significativamente a sua qualidade de vida a curto ou a longo prazo, justificando a importância da prevenção e a minimização do *delirium* nos serviços de internamento (Inouye, 2006; Siddiqi *et al.*, 2007; Young & Inouye, 2007). Pelo impacto negativo no doente e no sistema de saúde, que se traduz num aumento dos custos, torna-se importante o reconhecimento desta situação, assim como o relacionamento com as suas consequências clínicas. Segundo este mesmo autor, só através de um programa planeado de triagem de *delirium*, prevenção, deteção e gestão se pode minimizar o internamento e maximizar os resultados para o idoso.

2.2 A epidemiologia e a etiopatogenia do *delirium*

A prevalência global do *delirium* na comunidade representa cerca de 1 a 2%, ocorrendo um aumento significativo com a idade, alcançando os 14% entre os mais idosos (com idade superior a 85 anos) (Inouye, 2006). No ambiente hospitalar também

se observa um aumento da prevalência do *delirium*, sendo que aquando da admissão hospitalar atinge os 24% podendo atingir os 56% da incidência durante o internamento entre a população hospitalar em geral (Inouye, 2006).

No que diz respeito à mortalidade do idoso hospitalizado com *delirium*, apresenta valores que vão de 22 a 76%, semelhantes aos do enfarte agudo do miocárdio ou sépsis (Inouye, 2006). Para além da taxa elevada de mortalidade, pode ocorrer a institucionalização pós-alta, um período maior de hospitalização, o que se traduz num aumento dos custos hospitalares e pós hospitalares, uma vez que as situações de *delirium* desencadeiam uma série de eventos que levam o aumento da mortalidade e a perda de independência do idoso (Holden, Jayathissa & Young, 2008; Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007). Também após a alta hospitalar esta situação obriga a um acompanhamento a longo prazo, o que conduz a custos/dia 2,5 vezes superiores em relação aos indivíduos sem história de *delirium*. Existe evidência do substancial impacto económico do *delirium*, com custos anuais que podem exceder os custos associados a quedas ou à Diabetes Mellitus (Leslie, Marcantonio, Leo-Summers & Inouye, 2008).

Relativamente à fisiopatologia do *delirium*, esta ainda não se encontra bem definida e as hipóteses propostas são baseadas em pesquisas animais (Bottino *et al.*, 2006). Existe no entanto várias teorias que foram propostas descrevendo distúrbios em diferentes sistemas: neurotransmissor, inflamatório, sinalização celular, stress fisiológico, oxigenação, ciclo sono-vigília. No entanto, a hipótese que desenvolve as alterações nos sistemas de neurotransmissores como mecanismos fisiopatológicos, relaciona as funções específicas dos neurotransmissores com os vários sintomas e apresentações clínicas do *delirium*, acreditando-se que mais do que um mecanismo possa estar envolvido (Bottino *et al.*, 2006). O sistema colinérgico relaciona-se com inúmeras funções, como o processo de memória, a atenção, o despertar e o sono REN (*Rapid Eye Movement*). Assim, alterações ocorridas neste sistema proporcionam a ocorrência do comprometimento destas funções, que estão presentes e alteradas no *delirium* (Bottino *et al.*, 2006).

O *delirium* apresenta uma etiologia multifactorial, com provável interligação entre a susceptibilidade do idoso e a exposição a fatores precipitantes, sendo que a intensidade dessa exposição será inversamente proporcional ao grau de susceptibilidade do idoso (Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007). Tendo como

referência o DSM-IV-TR (2002), a etiologia presumível define o diagnóstico específico de *delirium*. Assim, se este for considerado uma consequência direta dos efeitos fisiológicos de um estado físico geral, deverá ser realizado o diagnóstico de *Delirium Secundário a Um Estado Físico Geral*. Se o *delirium* advir dos efeitos fisiológicos diretos de uma droga ou de um abuso, o diagnóstico será de *Delirium por Intoxicação com Substância* ou *Delirium de Abstinência de Substância*, dependendo se surge por intoxicação ou abstinência de substâncias. A ocorrência do *Delirium Induzido por Substâncias* resulta de medicamentos, utilização ou exposição a tóxicos. É frequente a existência de várias etiologias, tendo como exemplo a pessoa idosa com um estado físico geral que está polimedicado e que ao desenvolver *delirium* este será diagnosticado com *Delirium por Múltiplas Etiologias*. Contudo, na impossibilidade de se estabelecer uma etiologia específica, deverá diagnosticar-se *Delirium Sem Outra Especificação*.

Existem também subtipos motores que classificam o *delirium* em *hiperativo*, *hipoativo* ou *misto*. Trata-se de *hiperativo* quando ocorrem manifestações nas últimas 24 horas de aumento quantitativo na atividade motora, perda do controlo sobre a atividade e/ou inquietação (pelo menos dois destes); *hipoativo* quando há diminuição quantitativa de atividades, diminuição da velocidade de ação, redução da consciência do que o circunda, diminuição quantitativa do discurso, diminuição da velocidade do discurso, indiferença, desleixo e/ou diminuição da vigilância/afastamento (em que pelo menos um, de diminuição quantitativa ou diminuição da velocidade de ação, está presente nas últimas 24 horas); *misto* quando existe a evidência dos dois subtipos hiperativo e hipoativo nas últimas 24 horas (Machado, 2010).

Relativamente ao papel da genética, alguns estudos genéticos podem contribuir para o esclarecimento da fisiopatologia, no entanto, e considerando a reduzida amostra de estudos efetuados, não é possível tirar conclusões (Young & Inouye, 2007). Estes autores apontam para vários estudos que definem o *delirium* hipoativo como aquele com maior probabilidade de ser diagnosticado, passando despercebido pelas suas características, embora esteja associado a uma maior severidade da doença e, consequentemente, a piores resultados em termos de morbilidade e mortalidade.

2.2.1 Factores de risco e precipitantes do *delirium*

São inúmeros os **fatores de risco** do *delirium* (Apêndice II) que surgem na literatura, tais como a idade, demência, doenças graves, debilidade física, défices visuais e auditivos, polimedicação, infeções, desidratação, consumo abusivo de álcool, privação de sono, imobilidade (restrição física) e pós-operatório. Assim, tendo em conta um idoso geneticamente susceptível, e com factores de risco, são vários os elementos que podem desencadear um episódio de *delirium*. Estes elementos são considerados os **fatores precipitantes** onde se encontram inúmeras patologias agudas, cirurgias de várias especialidades, fármacos e/ou drogas, alterações ambientais e do ciclo sono-vigília (Apêndice III).

No que diz respeito a estes factores, e como profissionais de saúde, é necessário termos presente que, na maioria das pessoas idosas neurologicamente mais vulneráveis às agressões sistémicas, estes podem estar presentes em simultâneo, o que torna esta população muito suscetível ao desenvolvimento desta síndrome. Para além disso patologias como o enfarte agudo do miocárdio, entre outras, bastante representativas da pessoa idosa, podem ter uma apresentação atípica, sendo o *delirium* a única manifestação (Young & Inouye, 2007). Os casos de confusão aguda são mais comuns nos indivíduos que possuem um síndrome orgânico cerebral ou demência e pode co-existir com a depressão.

Assim, estas situações de elevada complexidade exigem um profundo conhecimento desta problemática, com vista a poderem ser efectuadas intervenções com maior adequação à pessoa idosa que é alvo dos nossos cuidados.

2.3 O *delirium* na pessoa idosa: a importância da prevenção e do diagnóstico

Após a vasta pesquisa, e um estudo pormenorizado sobre os estados de confusão aguda, é fácil entender a importância do diagnóstico e da correta atuação nestas situações, contudo a prevenção é uma atuação desejável para o idoso, cuidadores e serviços de saúde (Inouye, 2006; Siddiqi *et al.*, 2007). A preocupação e atenção despendida pelos investigadores à temática da prevenção, tem levado ao desenvolvimento de recentes estudos que defendem e reforçam a eficácia na prevenção do *delirium*, o que passa por evitar os vários factores de risco modificáveis

(Inouye, 2006; Potter & George, 2006; Tropea, Slee, Brand, Gray & Snell, 2008; Young & Inouye, 2007). Algumas das medidas traduzem-se em intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção do *delirium*, tais como a reorientação, mobilização precoce, controlo da dor e evitar fármacos psicoativos (Young & Inouye, 2007) e que se encontram descritas no apêndice IV. Estas medidas estão associadas à redução de cerca de 1/3 na incidência do *delirium* e/ou na redução da sua severidade e duração. Tratando-se de um projeto desenvolvido em meio hospitalar, é necessário ter em conta, a presença de inúmeros factores de risco para o desenvolvimento desta situação. Assim, é fundamental tentar reduzir ao mínimo o tempo de internamento da pessoa idosa, o que contribui para uma redução significativa da incidência do *delirium* (Young & Inouye, 2007).

Outro aspeto fundamental na prevenção é a medicação, pois contribui para cerca de 40% dos casos de *delirium*, devido à polimedicação onde se inclui em muitos dos casos medicação deliriogénica (Young & Inouye, 2007). No idoso, existem alterações no metabolismo dos fármacos e um maior risco de interações medicamentosas visto existirem frequentemente múltiplas co-morbilidades a tratar. Grande parte dos idosos estão medicados com fármacos psicotrópicos (ansiolíticos, antipsicóticos e antidepressivos) que aumentam o risco de *delirium*, assim como muitos outros, apresentados no apêndice V. Desta forma, é essencial evitar estas situações que acarretam inúmeras implicações à pessoa idosa, sem nunca esquecer que o *delirium* pode ser reversível se for corretamente diagnosticado. Para que se observe uma menor ocorrência dos estados de confusão aguda na pessoa idosa hospitalizada, é também fundamental compreender a dinâmica das diferentes patologias, assim como fazer uma minuciosa história clínica de forma a conhecer a pessoa nos vários contextos de vida.

No cenário hospitalar, o enfermeiro pode, e deve ter um papel preponderante nos cuidados prestados à pessoa idosa, devendo mesmo antecipar a ocorrência de episódios de *delirium*, sendo para isso fundamental um correto diagnóstico que passa pela realização da colheita de dados nas primeiras 24 horas, e da observação baseada nos sinais de alarme, tais como: acordar após poucas horas de sono; ansiedade e desorientação aparente; sonhos vívidos/alucinações e posteriormente não terem a certeza se estavam a sonhar, a observar acontecimentos ou ainda a alucinar com os mesmos (Schofield, 2007). No momento da admissão do idoso é também essencial ter

conhecimento do estado mental para podermos avaliar alterações futuras, e no caso de este já apresentar alterações, é importante validar se este é o seu estado habitual ou desde que data apresenta as alterações. O enfermeiro deve ter presente que o diagnóstico tardio do *delirium*, ou a sua falha, têm repercussões sérias no seu prognóstico, sendo fundamental para evitar esta situação, a identificação e o tratamento da causa básica do *delirium* (Bottino *et al.*, 2006; Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007). É neste contexto que a abordagem do enfermeiro é fundamental para possibilitar uma prestação de cuidados individualizados e de qualidade.

As situações de *delirium* são frequentemente mal geridas devido à sua apresentação não específica, sendo muitas vezes ignorado, mal diagnosticado com tendência para ser associado a quadros de demência e ao envelhecimento normal do indivíduo (Holden *et al.*, 2007; Young & Inouye, 2007). Algumas das razões principais para a dificuldade do reconhecimento do *delirium*, prendem-se com o défice de conhecimentos e uma cultura de saúde que se recusa em dar a devida atenção ao comprometimento cognitivo do idoso e o seu impacto na vida pessoal e comunitária (Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007).

A formação/educação torna-se uma ferramenta vital para o reconhecimento e consequente realização do diagnóstico, devendo este ser registado e o tratamento iniciado o mais precocemente possível. Para a realização de um diagnóstico mais cuidado e criterioso, é fundamental a utilização de um instrumento para o efeito (Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007).

2.3.1 Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)

Para além da observação, é fundamental uma avaliação padronizada em qualquer idoso hospitalizado que apresente alguns dos sintomas anteriormente referidos, e que deverá ser realizada com base em instrumentos adequados para o efeito. Atualmente, em Portugal a escala de confusão mais utilizada é a Escala de Confusão Neecham, validada para a população portuguesa por Neves (2009), (Sampaio, Sequeira & Sá, (2010). Esta escala apresenta uma maior capacidade para identificar casos de confusão aguda ao nível dos cuidados intensivos, ao passo que a CAM se apresenta como um instrumento de uso simples, sensível e específico para a identificação da confusão aguda nos serviços de Medicina e Cirurgia (Sampaio *et al.*, 2010). Dentro dos vários instrumentos de avaliação do estado de confusão, existe um que sobressai pelo

facto de ser particularmente adequado para pessoas com alto risco de desenvolver confusão aguda, sendo exemplo disso, os idosos hospitalizados em serviços de Medicina e Cirurgia (Sampaio *et al.*, 2010).

Esse instrumento é a *Confusion Assessment Method* (CAM), o qual foi desenvolvido por Inouye *et al.*, em 1990 e permite, de uma forma rápida e simples, detetar o *delirium* por outros clínicos não psiquiátricos. Muito embora os diagnósticos da CAM estejam, geralmente, de acordo com os dos psiquiatras, surgem algumas discrepâncias, nomeadamente nas pessoas com demência, pelo que seria necessária uma maior especificação ou critérios de diagnóstico alternativos para este grupo específico (Inouye, 2006). Contudo, no estudo realizado por Inouye *et al.* (1990) foi utilizada a CAM em doentes idosos com demência e depressão, uma vez que se tratam das patologias psiquiátricas mais frequentes nos serviços de Medicina e Cirurgia (Sampaio *et al.*, 2010). Na sua versão completa (Anexo III), a CAM é composta por nove itens, no entanto, foi estabelecida *a priori* uma hipótese para o valor diagnóstico de quatro critérios que dá pelo nome de Algoritmo de Diagnóstico da CAM (Anexo II). Os critérios da CAM são o início agudo e decurso flutuante; desatenção; pensamento desorganizado; alteração do nível de consciência, sendo que para a identificação do diagnóstico é necessário a presença das duas primeiras características, assim como da terceira ou quarta (Sampaio *et al.*, 2010).

A escolha da CAM prendeu-se com o facto de ser a que melhor se adequa para a realização deste projeto, uma vez que cumpre critérios importantes para o contexto em que este irá ser realizado e que são os seguintes: foi desenhada especificamente para ser utilizado na população idosa; é um instrumento sensível, específico, fiável e de utilização fácil que permite aos médicos e enfermeiros o treino no reconhecimento do *delirium*, ao nível dos serviços de Medicina e de Cirurgia (Kapo, Morrison & Liao, 2007; Sampaio *et al.*, 2010). Este instrumento demonstra ser muito confiável no diagnóstico do *delirium*, com uma sensibilidade de 94-100% e especificidade de 90-95%. (Holden *et al.*, 2008).

Após a realização do diagnóstico, é fundamental uma intervenção rápida e adequada, por parte do enfermeiro, para que sejam evitadas ao máximo as complicações decorrentes do *delirium*.

2.4 Intervenções de enfermagem preconizadas para a pessoa idosa com *delirium*

A gestão dos recursos para o tratamento da pessoa idosa com *delirium*, assim como a maximização da segurança do doente e dos funcionários, são desafios para os profissionais de saúde e hospitais (Holden *et al.*, 2007). Os cuidados a estes idosos devem englobar a imediata investigação e tratamento das causas a que lhe estão subjacentes, isto é uma infecção urinária ou dor, o tratamento de suporte, a prevenção de complicações e o tratamento de sintomas comportamentais.

Determinar a causa e tratá-la deve ser a primeira medida a ter em conta pelo enfermeiro que diagnosticou o *delirium*. Durante a última década têm sido desenvolvidas um número de diferentes intervenções na atuação à pessoa idosa com *delirium*, e que podem ser divididas em diferentes categorias e subcategorias. Dentro das diferentes categorias podemos encontrar algumas das seguintes intervenções: reorientação no espaço de forma repetida, reforço da presença de familiares para reorientar a pessoa, avaliação e alteração medicamentosa, uso de quarto particular, uso de quarto particular, evitar rotação excessiva de pessoal, uso de luz de presença noturna, minimização de ruídos (Kapo *et al.*, 2007; Neville, 2006; Vidàn *et al.*, 2009; Young & Inouye, 2007). No que diz respeito aos quartos particulares nem sempre é uma possibilidade em alguns serviços, no entanto, existem estudos que revelam que poderão não acrescentar benefícios, uma vez que o facto de estar acompanhado pode melhorar a monitorização do mesmo, quer por parte dos enfermeiros ou dos outros doentes que alertam o enfermeiro quando surge essa necessidade (Inouye, 2006). Esta autora, recorreu à aplicação de medidas práticas e simples que contribuíram para a diminuição significativa da incidência de casos de *delirium*: promover sono e mobilidade adequados e hidratação adequada, agindo para restabelecer a homeostasia do sistema. Ainda intervenções como fornecer relógio e calendário, eliminar o uso de restrições físicas, colocar objetos familiares de casa no quarto do doente, e manter o uso de óculos ou de aparelhos auditivos, são outras das intervenções referidas por Kapo (2007).

A intervenção multicomponente de medidas não farmacológicas, apresenta eficácia na prevenção do *delirium* e na limitação da duração do episódio, tendo em conta um estudo citado por Kapo *et al.*, (2007). Os sintomas apresentados pela ocorrência do

delirium devem ser tratados preferencialmente de forma não farmacológica, visto que os fármacos podem agravar ou prolongar esta situação em alguns casos. O tratamento farmacológico apenas deve ser aplicado aos doentes cujos sintomas ponham em causa a sua segurança ou a de outros, ou que comprometam o seu tratamento (Inouye, 2006; Kapo *et al.*, 2007; Young & Inouye, 2007). Estas são algumas das intervenções que podem ser encontradas no Apêndice XXIII e que foi elaborado através da revisão da literatura, efetuada à semelhança de uma revisão sistemática da literatura e de toda a bibliografia consultada, ao longo da realização do projeto.

As intervenções educacionais para os profissionais de saúde com a presença de um enfermeiro especialista no local, são também uma das estratégias sugeridas por inúmeros autores (Gulpers, Bleijlevens, Rossum, Capezuti & Hamers, 2010; Huizing, Hamers, Gulpers & Berger 2006; Molasiotis, 1995; Vidàn *et al.*, 2009), pois permitem sensibilizar os profissionais para a problemática e proporcionam um apoio constante para a adoção de intervenções de atuação. No entanto, nunca nos devemos esquecer de ter presente a pessoa idosa numa perspetiva holística, ou seja, reconhecer aspetos sociais, históricos e culturais das pessoas que já tiveram episódios de *delirium* e das suas famílias.

De seguida, é apresentada a intervenção de enfermagem desenvolvida em parceria na promoção do Cuidado de Si, tendo como interveniente a pessoa idosa e família com *delirium*.

2.5 A transição no processo de saúde/doença na pessoa idosa com *delirium*: a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si

O envelhecimento corresponde a um processo multifactorial que provoca uma deterioração do organismo, tendo como sinal mais evidente a diminuição da capacidade da adaptação às alterações do meio ambiente. Por alterações ao meio ambiente consideram-se aquelas que ocorrem no meio externo (caso da hospitalização) e também interno (situação de doença), sendo desta forma pertinente afirmar que existe no processo de adaptação aos desafios do meio, uma especificidade da pessoa idosa (Cabete, 2002). A institucionalização em meio hospitalar, e não só, coloca o idoso dividido entre duas culturas, a sua e a da instituição, onde muitas das

vezes não compreende a lógica, pois existe um ritual complexo e estranho com inúmeras regras a respeitar, horários a cumprir e relações interpessoais limitadas. É exigido à pessoa idosa que se familiarize com inúmeras situações que são completamente desconhecidas como o espaço, as novas rotinas, pessoas que não conhece e com quem vai ter que partilhar a sua vida (Cabete, 2002).

Todas estas mudanças e alterações que ocorrem a nível pessoal e familiar, são considerados processos de transição. Desta forma, e tendo como base a Teoria de Médio Alcance de Meleis (2000), a transição é definida como uma mudança do estado de saúde, de papéis, expectativas ou capacidades, traduzindo-se no cliente de enfermagem em necessidades específicas, em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às mudanças. No entanto, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio (Meleis, 2007). A teoria proposta por Meleis (2007) considera como domínio do conhecimento em enfermagem, os conceitos tidos como centrais que são: o cliente de enfermagem que engloba a pessoa, família ou comunidade; transições; interação; processo “de cuidado” de enfermagem; ambiente; saúde e intervenções terapêuticas de enfermagem. Desta forma, o enfermeiro interage com a pessoa numa situação de saúde/doença, sendo este parte integrante do seu contexto sócio cultural e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição. As interações enfermeiro-pessoa organizam-se em torno de um processo de cuidados, no qual o enfermeiro utiliza algumas ações para promover, recuperar ou facilitar a saúde da pessoa (Meleis, 2007).

O interesse deste conceito em termos de enfermagem, está relacionado com a pessoa em transição, sendo esta o objeto de cuidados de enfermagem, devendo este basear-se no acompanhamento da pessoa que vivência a transição, ajudando-o a lidar com as suas emoções e a desenvolver mecanismos de *coping* que facilitem uma transição saudável (Schumacher & Meleis, 1994). Relativamente à pessoa idosa este acompanhamento é delicado, requer conhecimentos e competências específicas devido à sua vulnerabilidade e dependência, que determinam estratégias de intervenção do profissional reservadas pela singularidade (Benner, 1995 citado por Costa, 2002).

O envelhecimento faz com que as pessoas se tornem menos flexíveis e menos tolerantes às alterações da sua rotina, ou seja, aos diferentes tipos de transição,

podendo esta situação, por mais pequena que seja, provocar desorientação e confusão na pessoa idosa. A experiência da hospitalização corresponde a um processo de transição, para a grande maioria dos idosos, com consequências graves e traumatizantes. O ambiente no qual a pessoa se encontra inserido, é visto por Meleis (2007) como um importante factor que facilita ou impede a resolução do processo de transição. Nesta perspectiva, um dos objetivos da intervenção de enfermagem é facilitar o processo de transição saudável, diminuir as transições não saudáveis, e apoiar indicadores positivos de processo (Schumacher & Meleis, 1994). Assim, a enfermagem tem como grande desafio, entender os processos de transição por forma a desenvolver intervenções terapêuticas efetivas que possibilitem ao idoso/família hospitalizado, e que desenvolveu um quadro de *delirium*, recuperar com o mínimo de complicações, tendo em vista o seu bem estar.

Todo este processo deve ser desenvolvido tendo em consideração as capacidades da pessoa idosa, respeitando a sua autonomia, o seu poder de decisão, ou seja, ser visto não como mero receptor de cuidados mas sim como participante ativo (Gomes *et al.*, 2007). Este é um conceito recente na enfermagem, que se encontra a ser estudado e desenvolvido na relação com o doente e a sua família, assistindo-se a uma “mudança de paradigma”, que exige por parte dos serviços de saúde, que se encarem os cidadãos não como objetos do seu trabalho, mas como parceiros (Plano Nacional de Saúde, 2010).

Na problemática do idoso com *delirium* vimos que o enfermeiro tem um papel preponderante nos cuidados prestados, podendo mesmo antecipar a ocorrência de episódios de *delirium*, sendo para isso fundamental conhecer a história da pessoa, estabelecer uma relação e conhecer a sua história de doença, dependência e oportunidades de mudança (Tutton, 2005). Ao conhecer a sua história, está a conhecer e a compreender o que é importante para o idoso, como vivenciam determinadas situações, como pretendem viver a sua vida, permitindo desta forma tornarem-se participativos no processo de cuidados favorecendo a criação de oportunidades por forma a conhecer e compreender novos e diferentes aspetos da pessoa, bem como novos aspetos do cuidado (Tutton, 2005). Neste processo, a família/cuidador são de extrema importância, pois em grande número dos casos, o idoso é incapaz de fornecer os dados da sua história, fundamentais para a dinâmica da prevenção, diagnóstico e intervenção face ao *delirium*. Deste modo, os cuidados à pessoa idosa com *delirium*

assentam num processo de parceria gradual e contínuo, iniciado desde o momento da admissão, e trabalhado ao longo de todo o internamento com vista a preparar a família/cuidador para futuros episódios após a alta.

Gomes (2009) caracteriza o processo de parceria como promotor do Cuidado de Si que tem como condição essencial, num contexto de dependência e vulnerabilidade, a necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado. Nesta perspetiva, o conceito de parceria está relacionado com participação, uma vez que existe uma partilha com um sentido mútuo entre enfermeiro e o idoso/família. Assim, tendo como parceira a pessoa idosa, e para que esta tenha direito a participar no seu próprio projeto de saúde, é fundamental que se crie reciprocidade e partilha entre idoso e enfermeiro, o que requer o compromisso de ambos no processo de procura, estabelecimento de objetivos, planeamento, implementação e avaliação (Gomes, 2007).

A parceria na prática de enfermagem foi evoluindo e desenvolvida como um processo caracterizado por cinco fases, cuja sua mobilização promove o Cuidado de Si, sendo este um Modelo de Intervenção de Enfermagem em parceria com a pessoa idosa elaborado por Gomes (2009). Assim as cinco fases são representadas por:

- ♦ **Revelar-se** - onde o enfermeiro procura conhecer a identidade e o potencial de desenvolvimento da pessoa, no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e de vida e a realização de si qualquer que seja a sua condição;
- ♦ **Envolver-se** – caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa. A preocupação e envolvimento da pessoa idosa permite entender a falta de conhecimentos, a capacidade funcional, os limites funcionais decorrentes da doença, bem como conhecer as situações que motivam a vida da pessoa e identificar possibilidades de recurso para o cuidado de si;
- ♦ **Capacitar e possibilitar** - passa pela ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados de experiência na ação, mas também pelo assumir o cuidado que o outro devia ter consigo se tivesse capacidade para decidir, possibilitando assim que a pessoa prossiga com o seu projeto de vida. Pressupõe um processo informado, refletido e negociado, no qual se pretende transformar capacidades potenciais em reais ou então potenciar o cuidado do outro – quando a pessoa não consegue tratar de si mesma. Nesta etapa

devemos recorrer ao conhecimento que detemos da pessoa e do seu contexto de vida para promover o cuidado de Si ou capacitar a família para o fazer;

♦ **Comprometer-se** - traduz-se numa conjugação de esforços no sentido de se atingirem os objectivos definidos. As ações efectuadas visam uma transição progressiva de uma capacidade potencial para uma real;

♦ **Assumir o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro** – assume duas vertentes. No assumir o controlo de si, o doente tem o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, isto é, está informado e consegue gerir da melhor forma a sua situação e qual o caminho a seguir. No assegurar o cuidado do outro, o enfermeiro garante que o doente idoso possa seguir a sua trajetória de vida e garante que a família adquira capacidade para cuidar da pessoa idosa, existindo assim partilha de poder.

Nesta perspetiva, torna-se imperioso para o enfermeiro o desenvolvimento de competências ao nível dos conhecimentos, da prática baseada na evidência e nos aspetos humanos e relacionais, por forma a conseguir desenvolver um adequado processo de parceria com a pessoa idosa com *delirium* e família.

Na problemática do *delirium*, a fase do revelar-se e envolver-se são imprescindíveis, sendo para isso necessário tempo e disponibilidade que se traduzirão em ganhos numa relação de qualidade que permitirá ir ao encontro da pessoa (Gomes, 2009). Na fase do *capacitar* ou *possibilitar* estas duas facetas complementam-se no sentido em que o *capacitar* pressupõe uma ação conjunta no desenvolvimento de competências fundamentais para agir e decidir perante o doente com *delirium* (Gomes, 2009). No que diz respeito à fase do *possibilitar*, o enfermeiro assume a responsabilidade dos cuidados que o doente em *delirium* deveria ter consigo próprio, se tivesse a capacidade de autonomia, ou capacitando a família para o cuidado, por forma a antecipar complicações, e garantir algumas das atividades de vida diárias básicas, proporcionando conforto e bem estar. Perante um idoso em risco de desenvolver *delirium* e no momento em que se diagnostica esta situação, o enfermeiro *compromete-se* no sentido de estabelecer objetivos e desenvolver ações para os atingir. As ações mobilizadas têm em vista a transição gradual de uma capacidade potencial para uma capacidade real, ou promover a saúde, fazendo com que a pessoa idosa possa prosseguir na sua trajetória de vida (Gomes, 2009). Na quinta fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009), e tendo por base a pessoa em *delirium*, destaco a

faceta do *assegurar o controlo do outro*, pois o enfermeiro assume a “(...)responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria e garante que a família adquira capacidades para cuidar do doente idoso e mantém-se com recurso” (Gomes, 2009, p. 231). Numa outra perspetiva, o enfermeiro desenvolve a consciência de si e das suas competências humanas, relacionais e técnicas: “(...)porque a co-responsabilização pelo cuidado do outro obriga-o a ser criativo e a procurar as forças vitais que energizam a vida daquela pessoa, permitindo-a readquirir o poder de ser e existir. O enfermeiro também aprende com a experiência da pessoa idosa ao ultrapassar a vulnerabilidade” (Gomes, 2009, p. 237).

Assim, tendo em vista a implementação deste projeto, foi minha intenção transmitir e consolidar junto da equipa de enfermagem, as fases que compõe o Modelo de Intervenção de Enfermagem em parceria com a pessoa idosa, elaborado por Gomes (2009), não conseguindo dissociá-las, uma vez que estão intimamente relacionadas num contínuo processo de desenvolvimento e que embora seja difícil de entender num primeiro contacto, decorrem de um processo natural no referencial conceptual e na nossa prática de cuidados à pessoa idosa com *delirium* e família.

No capítulo que se segue, será apresentada a metodologia e as atividades desenvolvidas para cada um dos objetivos criados, tendo por base o referencial teórico e conceptual examinado e exposto, assim como os resultados que foram alcançados.

3. METODOLOGIA

A elaboração deste trabalho foi desenvolvida com base na metodologia de projeto, que é definida como um “(...)conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”, permitindo deste forma uma mudança (Ruivo, *et al*, 2010, p.3). A escolha desta metodologia prende-se com o facto do seu principal objetivo, ser a resolução de problemas e a possibilidade de se adquirirem capacidades e competências pessoais pela elaboração e concretização do projeto numa situação real (Ruivo, *et al*, 2010). Desta forma, podemos ver esta metodologia como uma ponte entre a teoria e a prática, pois tem como suporte o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo, *et al*, 2010).

Ao longo da sua realização, foram tidas em conta as diferentes fases que compõem a metodologia do projeto e que são: a elaboração do diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo *et al.*, 2010).

Assim, numa fase inicial, foi realizado o **diagnóstico** da situação através da observação das práticas, do conhecimento teórico da problemática em questão e de reuniões informais com a Enfermeira Chefe do serviço. Suportado nestes conhecimentos foram definidos os **objetivos** e as **atividades desenvolvidas**, que se encontram descritas mais à frente neste relatório.

Tendo presente que a metodologia do projeto, se caracteriza por ser dinâmica, coordenada, sistemática e interativa, no decorrer do **desenvolvimento das atividades** ao longo do estágio, realizei em simultâneo a sua monitorização através da análise dos registos de enfermagem, da observação das práticas e da realização de reuniões informais com a equipa de enfermagem. A execução destas atividades contribuiu para a uniformização, e conseqüente melhoria, das práticas de enfermagem em relação à pessoa idosa com risco de desenvolver *delirium*, e/ou na atuação em situação de *delirium*, tendo havido a preocupação em avaliar sistematicamente as práticas de cuidados de enfermagem no contexto de estágio e, em simultâneo, utilizar os resultados dessas avaliações para propostas de mudanças. No que diz respeito à **avaliação** deste trabalho, a sua definição foi estabelecida de acordo com os respetivos

objetivos e indicadores de avaliação que se podem identificar no decorrer deste capítulo e que tiveram como linha orientadora os indicadores do Modelo de Parceria (Gomes, 2009). Este relatório surge de forma a divulgar os resultados obtidos com o desenvolvimento deste projeto, o que se enquadra na última etapa desta metodologia.

No ponto que se segue, será apresentada a finalidade e os objetivos do projeto, fazendo referência às competências a atingir como enfermeira especialista e o nível de perícia pretendido.

3.1 Finalidade e objetivos

O desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da pessoa idosa foi o principal objetivo deste projeto, tendo como referência o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista aprovados pela OE em maio de 2010. Para tal, foram desenvolvidas as áreas da prestação de cuidados especializados à pessoa idosa, a liderança, a gestão e a formação, podendo ser observados no decorrer da descrição das atividades desenvolvidas na concretização do projeto. No complemento destas áreas, está presente a área da investigação, fundamental para a concretização de um trabalho de mestrado.

Ao nível das competências específicas na área do cuidado à pessoa idosa, foi importante a capacitação para a sua avaliação de uma forma holística; realizar um trabalho em parceria com a pessoa idosa e família; estimular os membros da equipa de enfermagem a aperfeiçoar e manter um trabalho em parceria; participar ativamente na prevenção e atuação na pessoa idosa hospitalizada com *delirium*. Tendo como referencia o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, descrito por Patrícia Benner (2001), este projeto foi desenvolvido com o objetivo de atingir o grau de perita no cuidado à pessoa idosa com *delirium* e família.

Neste sentido e tendo em conta a problemática identificada no contexto da ação do projeto, isto é, a inexistência de um instrumento de diagnóstico para o *delirium* e a ausência de uniformização dos cuidados à pessoa idosa com *delirium* e família, pretendi com a implementação deste projeto prevenir e/ou minimizar o impacto do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada, promovendo o Cuidado de Si.

Assim, foram desenvolvidos como objetivos gerais, desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com

delirium em contexto hospitalar, utilizando a parceria como uma intervenção de enfermagem e, simultaneamente, desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem na prevenção, avaliação e prestação de cuidados à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar.

A concretização destes objetivos foi realizada de uma forma continua e em paralelo, não podendo ser feita uma divisão temporal. Para cada objetivo geral apresento as atividades que foram desenvolvidas, assim como os resultados obtidos, sendo que para o segundo objetivo geral foram criados dois objetivos específicos que comportam atividades fundamentais para a concretização dos mesmos.

De seguida serão apresentados os participantes do projeto e o contexto onde este foi desenvolvido, assim como as questões éticas tidas em conta para a correta elaboração deste trabalho de investigação.

3.2 Participantes

No desenvolvimento deste projeto participaram 17 enfermeiros (um do sexo masculino e 16 do sexo feminino) ligados à prestação direta de cuidados. Trata-se de uma equipa muito jovem, dinâmica, com vontade de saber mais para fazer melhor. No quadro que se segue, estão representados os intervalos das idades da equipa de enfermagem e do tempo de exercício profissional.

Quadro 1 – Caracterização da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina

Nº de Elementos da Equipa de Enfermagem	Intervalo de Idades	Nº de Elementos da Equipa de Enfermagem	Intervalo de Tempo de Atividade Profissional
5	20-25 anos	5	2-5 anos
8	26-30 anos	9	6-10 anos
1	31-35 anos	3	11-20 anos
3	36-40 anos		

De forma a adquirir competências como enfermeira especialista foi fundamental no decorrer do projeto, o desenvolvimento de um papel ativo na construção do próprio saber (Leite, Malpique & Santos, 1991). No cenário deste estudo, fizeram também parte, 13 idosos internados no Serviço de Medicina entre novembro de 2011 e janeiro de 2012, com alterações do estado de consciência e capacidade cognitiva, e a quem foi aplicado o Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM). Segundo os dados do Gabinete de Gestão de Altas (2012), na fase inicial (3 a 17 de

outubro de 2011) a média de idades era de 83 anos e de internamento 10 dias. Referente à fase final (7 de novembro de 2011 a 31 de janeiro de 2012) a média de idades era de 81 anos com uma média de 7 dias de internamento.

3.3 Caracterização do contexto da ação

A ação decorre na sua totalidade no Serviço de Medicina de um HCL. Este é um serviço com cerca de dois anos de existência, com lotação oficial para 18 camas mas que, frequentemente, são acrescentadas camas suplementares por existir um número inferior de vagas na organização face às necessidades de internamento. Estas 18 camas estão distribuídas por um quarto individual, quatro enfermarias (duas de homens e duas de mulheres) com três camas cada uma, e uma Unidade de Cuidados Intermédios Médicos com cinco camas.

A população do serviço é maioritariamente idosa com grande percentagem de uma ou mais doenças crónicas associadas e diminuição da capacidade funcional, tendo como diagnósticos mais frequentes as infeções urinárias e respiratórias, desidratação, insuficiência cardíaca descompensada e acidentes vasculares cerebrais.

3.4 Questões éticas

Em se tratando de um trabalho de investigação, é fundamental ter presente as questões éticas que em termos de enfermagem estão contempladas no Código Deontológico inserido no regulamento da OE (republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).

No desenvolvimento deste projeto, o ser humano encontra-se marcadamente envolvido, o que implica que as considerações éticas relacionadas com a mesma estejam presentes e definidas desde o início do trabalho (Fortin, 2006). Tendo por base estas considerações foram respeitados os princípios éticos para a implementação do projeto e realização de todo um trabalho que se pretende desenvolver com a pessoa idosa em contexto hospitalar.

Neste sentido o projeto foi exposto à Direção de Enfermagem do HCL (Apêndice VI), à Diretora do Serviço de Medicina do HCL (Apêndice VII), à Comissão de Ética do

referido hospital (Apêndice VIII) e à Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina, tendo sido aprovada a sua realização por todas as entidades referidas. No decorrer do desenvolvimento do projeto, a Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina e a co-orientadora do estágio, foram tendo conhecimento de todas as atividades desenvolvidas, dos documentos elaborados e utilizados na sua concretização, procedendo-se à avaliação sistemática e revisão das atividades sempre que necessário.

O Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM), foi o instrumento utilizado, pelo que foi necessário contactar a autora para solicitar autorização para a sua utilização (Apêndice IX), a qual respondeu favoravelmente. A fim de obter a autorização para a utilização neste projeto do algoritmo da CAM, foram contactados os autores que se encontram a trabalhar a tradução, adaptação e início da validação para português da CAM, que gentilmente facultaram a folha de trabalho do algoritmo de decisão do método de avaliação da confusão (CAM) para ser utilizado neste projeto (Apêndice X).

Para a realização do estudo de caso foi respeitado o consentimento livre e esclarecido, tendo o idoso sido informado dos objetivos académicos do trabalho e do direito em participar ou não, através da apresentação de um documento (Apêndice XI). Foi dado tempo para refletir, após o qual aceitou a colaborar na realização do estudo de caso.

Ao longo da realização do projeto foi tido sempre em conta o princípio da beneficência, uma vez que o mesmo se traduz num bem para a pessoa idosa, tendo assim vantagens na participação do estudo (Fortin, 2006). Reportando-nos concretamente a este estudo, o mesmo permitiu que as pessoas idosas fossem submetidas a intervenções de enfermagem para prevenir e minimizar situações de *delirium*, das quais não teriam beneficiado se não participassem do mesmo, sendo que contribuíram também para o avanço dos conhecimentos em enfermagem. Foi respeitado o princípio de não maleficência, assegurando que os idosos não sofreriam de qualquer tipo de desconforto ou prejuízo para si e para a sua integridade física e psicológica. Apesar deste projeto ser dirigido à pessoa idosa hospitalizada com quadros de *delirium*, todas as intervenções efetuadas, foram aplicadas também a todos os outros idosos internados com quadros confusionais (não só com *delirium*, mas com

quadros confusionais crônicos) independentemente da sua idade, mantendo desta forma o princípio da justiça e equidade.

Relativamente aos enfermeiros que participaram no projeto, foram informados dos objetivos do estágio e do projeto, da sua finalidade, e do direito a decidir se participariam ou não, da confidencialidade da sua identidade na observação das práticas, nos registo de enfermagem e nas respostas escritas dos vários documentos que foram preenchidos ao longo da implementação do projeto. Todos os dados e informações pessoais obtidos foram tratados de forma confidencial e mantendo o anonimato, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais n.º 67/98 de 26 de outubro.

Seguidamente, serão descritas todas as atividades que deram resposta aos objetivos traçados e os respetivos resultados alcançados.

3.5 Descrição das atividades desenvolvidas e resultados atingidos

Passo de seguida a descrever as atividades desenvolvidas para a consecução de cada objetivo geral e os respetivos resultados.

1º Objetivo geral

Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar, utilizando a parceria como uma intervenção de enfermagem.

Atividade: Revisão da Literatura

Esta atividade foi realizada à semelhança de uma revisão sistemática da literatura. É iniciada aquando da realização do projeto tendo esta se mantido ao longo da elaboração deste relatório. A pesquisa tem como questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem face à pessoa idosa com *delirium*?” e foi realizada através da consulta de diversas bases de dados, disponíveis no motor de busca EBSCO utilizando as palavras-chave *elderly*, *nursing strategies*; *delirium*; *hospitalization* (Apêndice XII). Esta revisão da literatura, assim como, toda a pesquisa bibliográfica, foi uma tarefa na qual investi muito tempo e que suporta parte deste projeto, pois foi através dela que obtive grande parte do saber que me permitiu

desenvolver competências como enfermeira especialista na área dos cuidados à pessoa idosa hospitalizada com *delirium* e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem nesta mesma área. Com os artigos selecionados através desta questão foi possível selecionar algumas intervenções de enfermagem, contudo, o resultado final contém elementos de outras referências bibliográficas, encontradas ao longo de toda a pesquisa efetuada para a realização deste projeto. As intervenções que foram encontradas através da revisão da bibliográfica estão presentes também no apêndice XII.

Resultados:

No decorrer desta pesquisa foi possível identificar diferentes intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à pessoa idosa com *delirium* e que se agrupam em categorias e subcategorias. Para obter uma leitura e análise de todas estas intervenções, foi elaborado um quadro (Apêndice XIII) onde estão presentes a compilação das intervenções encontradas e as respectivas referências aos seus autores. Este trabalho foi apresentado na 2ª sessão de formação e solicitada a opinião da equipa para, que com base na sua experiência, fizessem uma avaliação sobre a aplicabilidade das mesma na dinâmica e particularidade do serviço. Assim, após uma análise detalhada das intervenções não foi necessário fazer qualquer alteração às mesmas.

Atividade/Resultados: Prestação de cuidados especializados à pessoa idosa

Embora este objetivo surja neste relatório em 1º lugar, trata-se apenas de uma questão de organização do mesmo, pois o correto seria estar em paralelo ao segundo. Isto porque, para dar resposta a este objetivo integrei-me na equipa do serviço de Medicina desde o início deste projeto, participando e assumindo os **cuidados à pessoa idosa e família** em todas as atividades diárias, dando ênfase à promoção do Cuidado de Si na pessoa idosa com *delirium*. Fiz parte integrante da equipa, dos cuidados diários de excelência prestados à pessoa idosa e família, efetuando uma intervenção multidimensional, tendo elaborado registos de enfermagem dando ênfase à informação específica desta área, no que diz respeito à prevenção, identificação, intervenções e resultados.

Com o objetivo de consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio e compreender de uma forma profunda a problemática do *delirium* no idoso e família,

senti necessidade de elaborar um **estudo de caso** (Apêndice XIV). Realço esta situação de cuidados, pelo facto da sua história de vida me permitir mobilizar conhecimentos enquanto enfermeira especialista e por se enquadrar no projeto, pois tinha sido identificado um quadro de *delirium* ao idoso em causa. Foi necessário elaborar um diagnóstico rigoroso, através da realização da entrevista para a recolha dos dados subjetivos e individualizados, tendo também utilizado instrumentos de medida para uma avaliação mais objetiva, fundamentais para o planeamento das intervenções e promoção da continuidade dos cuidados. Esta avaliação global do Sr. A. englobou a identificação da capacidade funcional e cognitiva através das escalas de Barthel e Lawton e Brody.

Os pontos de corte resultantes da avaliação da Escala de Barthel (Anexo IV) ao SR. A. são de 100, o que indica que é independente em todas as Atividades de Vida Diárias, no entanto, relativamente aos cuidados de higiene estes são deficientes, mas não por falta de autonomia na sua realização. No que diz respeito à Escala de Lawton e Brody (Anexo V), foi utilizada para avaliar o grau de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), tendo sido realizada mediante questões colocadas à responsável do lar. A escala mostra-nos que o Sr. A. é independente para a maioria das AIVD, no entanto, necessita de apoio para fazer compras, que lhe preparem e sirvam as refeições; maneja o dinheiro do dia a dia mas precisa de ajuda para lidar com somas avultadas.

Também de grande importância quando se trata de realizar uma adequada avaliação do idoso é a avaliação da capacidade cognitiva, uma vez que o declínio destas funções é normal na pessoa idosa. As escalas que são utilizadas na avaliação da deterioração mental, estão de certa forma estruturadas para determinar os défices cognitivos ou comportamentais numa perspetiva transversal, que corresponde ao momento da sua aplicação. Desta forma, foi utilizada a Escala de Avaliação Breve do Estado Mental (Anexo VI) que revelou, que o Sr. A. não possuía comprometimento cognitivo, tendo um *Score* de 20, num máximo de 30, sendo que os erros foram ao nível da orientação temporal, memória, cálculo e desenho.

Devido ao aspeto emagrecido do Sr. A., senti necessidade de avaliar o seu estado nutricional, tendo para isso utilizado o *Mini Nutritional Assessment* (MNA®) (Anexo VII) tendo revelado um score de 13, o que significa sem risco nutricional. Apresenta um Índice de Massa Corporal igual a 22 o que representa médio risco de

co-morbilidade, e relativamente à circunferência abdominal tinha 80 cm o que indica ausência de risco de complicações metabólicas.

Embora até esta data o algoritmo da CAM ainda não estivesse implementado no serviço, foi aplicado por mim com o objetivo de avaliar se o Sr. A. estava em *delirium*. Todas as respostas ao algoritmo da CAM foram negativas, o que demonstra que não se encontrava em situação de *delirium*. Estas escalas foram aplicadas por mim, numa avaliação realizada após uma semana de internamento no Serviço de Medicina, com a exceção da Escala de Glasgow (score 14) e Escala de Morse (score de 95) que foram aplicadas à chegada ao serviço, aquando da colheita de dados realizada na admissão. Relativamente à Escala de Morse (Anexo VIII), a sua avaliação foi repetida durante 4 semanas e embora se mantenha com risco elevado de queda, o score passou de 95 para 60.

Todo o desenrolar da prática de cuidados, foi desenvolvida em parceria com o idoso e equipa de enfermagem, tendo mobilizado os conhecimentos referentes à prevenção, diagnóstico e intervenções de enfermagem na pessoa em risco de desenvolver *delirium*, na promoção do Cuidado de Si. O facto de desenvolver a minha prática ao lado de enfermeiros peritos na área do cuidar da pessoa idosa, contribuiu para o meu crescimento enquanto enfermeira especialista e perita na área do cuidar da pessoa idosa com *delirium*. Considero que a minha integração na equipa e nos cuidados prestados à pessoa idosa na sua globalidade, foi realizada por mim com facilidade, sentindo-me à vontade, adquirindo confiança e autonomia ao longo dos dias de estágio.

Todo este processo de avaliação foi assente nos indicadores construídos para as cinco fases do **Modelo de Parceria** (Gomes, 2009), tendo sido analisados posteriormente nas passagens de ocorrências, algumas situações de idosos a quem tinha sido realizado o diagnóstico de *delirium* através da CAM. O trabalho desenvolvido com base neste modelo foi facilitado pelos conhecimentos que a equipa detinha de uma experiência anterior. No decorrer de algumas reuniões, foi possível concluir em equipa, que alguns indicadores que não se encontravam registados, tinham sido efetuados e validados por alguns elementos da equipa. Estes momentos foram ricos pelas várias experiências, tendo sido unânime a opinião da equipa em relação ao reconhecimento da importância dos registos de toda a informação relativa à pessoa idosa que, para além de dar visibilidade à profissão, confere proteção legal e

possibilitam a continuidade dos cuidados. Para além de tudo isto, o modelo teórico aliado à evidência científica, estiveram na base da definição dos objetivos deste projeto e do planeamento da prática dos cuidados desenvolvidos com a pessoa idosa, no percurso deste estágio.

As situações de *delirium* representam um desafio para os serviços de saúde, quer em termos de custos, quer em termos de gerência dos cuidados para as equipas de saúde, em particular dos enfermeiros (Holden *et al.*, 2008). É um tema que suscita sentimentos de frustração, angustia e insegurança, e sendo eu um elemento novo na equipa, foi importante **sensibilizar a equipa** para esta problemática e, consequentemente, a importância deste projeto. Uma das formas que encontrei para o fazer, foi através da participação da minha experiência e dos resultados obtidos em parceria com a pessoa idosa e família. Estive sempre junto da equipa na prestação de cuidados, em particular com a pessoa idosa com risco de desenvolver ou em situação de *delirium*, utilizando a CAM, as intervenções que visam a prevenção e atuação perante esta síndrome, o que suscitou o interesse e a atenção por parte da equipa.

Por forma a conseguir este trabalho, foi muito importante todo o **processo formativo da equipa de enfermagem** em que existiram momentos formais, tais como as sessões de formação, mas muitos foram aqueles que informalmente foi dada formação relativa à problemática do *delirium*. Este processo foi apoiado nos princípios da formação de adultos, onde o formando tem uma participação mais ativa, que vai desde a construção da formação à sua execução, permitindo-lhe lógicas associadas ao seu processo pessoal e às suas expectativas, o que confere ao formando uma participação mais ativa (Costa, 1998). Desta forma, a formação realizada por mim a todos os níveis, veio contribuir para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da formação de adultos. Demonstrei sempre disponibilidade para ajudar no que fosse necessário, tendo por isso, sido abordada inúmeras vezes pelos enfermeiros aos quais esclareci dúvidas, partilhei sucessos mas também algumas angústias. Ao longo do desenvolvimento do projeto fui adquirindo **competências na área da investigação**, através do estudo desenvolvido na análise de conteúdo e da revisão da literatura, à semelhança de uma revisão sistemática da literatura, fundamentais para a realização do projeto e deste relatório.

2º Objetivo geral

Desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem na prevenção, avaliação e prestação de cuidados à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar.

Objetivo específico:

- **Identificar as práticas de enfermagem, desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium*.**

Atividade: Análise dos Registos da Fase Inicial

De forma a contribuir para a concretização deste objetivo, foram analisados os registos de enfermagem dos processos clínicos, no período de duas semanas (3 de outubro a 17 de outubro de 2011) de todos os doentes idosos a quem foram identificados e registados episódios de *delirium*. Esta análise teve como objetivo, identificar o que se encontrava registado relativamente à identificação dos episódios de *delirium*, intervenções utilizadas, resolução dos episódios tendo como guia orientador as cinco fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2009), com vista à promoção do Cuidado de Si.

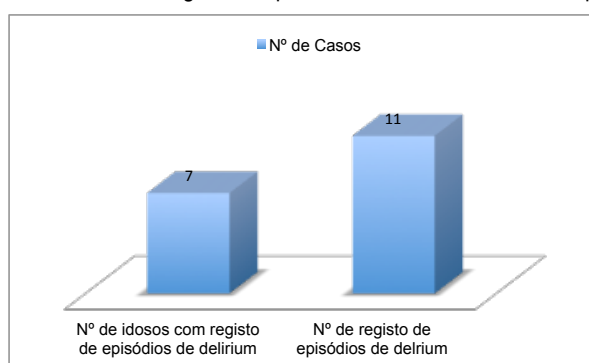
Desta análise, foram identificados sete idosos que obedeciam aos critérios previamente estabelecidos, num total de 27 idosos internados, nesse mesmo período. A análise dos registos de enfermagem referente a estes sete idosos com *delirium*, foi realizada através de uma análise de conteúdo dos registos de cada turno, sendo esta uma técnica de análise de dados que por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, têm como finalidade a interpretação destas mesmas comunicações (Bardin, 1999). Também segundo esta autora, as categorias podem ser estabelecidas *à priori*, *à posteriori* ou utilizando a combinação de ambas. Para a realização desta avaliação as categorias foram definidas *à posteriori*. Nesta situação de vulnerabilidade e dependência da pessoa idosa em risco ou com *delirium*, a compreensão do significado, e a utilização do processo de parceria surge como uma estrutura das práticas de enfermagem, permitindo ao enfermeiro ter uma visão da pessoa idosa que se encontra em transição, como um ser de ação em que o seu poder resulta da sua singularidade como pessoa, e é valorizado qualquer que seja a sua condição, promovendo a sua autonomia (Gomes, 2009).

Resultados:

Esta avaliação encontra-se representada através de vários gráficos ao longo desta descrição e no apêndice XV, podendo também ser analisada através de vários quadros no apêndice XVI. É importante salientar que na fase inicial do projeto o diagnóstico de *delirium* foi realizado sem a utilização de qualquer instrumento de diagnóstico, tendo a sua avaliação sido efectuada e registada pelos enfermeiros, utilizando os seguintes critérios: inquietação no leito; agitação psicomotora; períodos de desorientação com discurso confuso e incoerente; desorientação no tempo e no espaço. Este aspeto torna-se fundamental para a pertinência deste projeto, uma vez que o suporte à avaliação do idoso constitui uma opção que se enquadra nas competências dos enfermeiros e a tomada de decisão na sua prática clínica deve assentar numa “abordagem sistemática da avaliação realizada em determinada situação/problema (...) suportada em escalas, equipamentos ou outros meios e métodos” (OE, 2008, p. 2).

No que diz respeito à frequência dos episódios de *delirium*, estes foram superior ao número de doentes avaliados, o que explica que existiram diversos episódios de *delirium* recorrentes nos doentes. Esta situação vai de encontro ao que Schofield (2008) define como uma das características deste quadro, que se apresentam como flutuantes ao longo do dia.

Gráfico 1 – Gráfico ilustrativo do nº de idosos com registo de episódios de *delirium* e do nº de episódios de *delirium* registados.



No período das duas semanas anteriormente referidas, foram analisados os registos de enfermagem destes sete idosos, e da avaliação efectuada através dos indicadores do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) o que permitiu concluir vários aspectos que reforçam a pertinência deste projeto. Na fase do **Revelar-se** o indicador referente à identidade da pessoa idosa, as habilitações literárias, profissão e crenças religiosas não se encontravam preenchidos na maioria dos processos. Em contra partida no indicador do contexto de vida, em todos os registos estavam presentes o

diagnóstico de internamento, antecedentes pessoais e cirúrgicos, sendo que, nunca foi mencionada a capacidade cognitiva, o estado de consciência e os hábitos de sono e repouso, dados estes importantes no contexto do *delirium*. Existia bastante representatividade no contexto de vida com registo do local de habitação, com quem habita, cuidador principal, suporte social e familiar. A ocupação/projeto de vida e tipo de apoio que o doente e família necessitam para fazer face às situações de *delirium* nunca estavam mencionados.

Gráfico 2 – Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Identidade da pessoa idosa

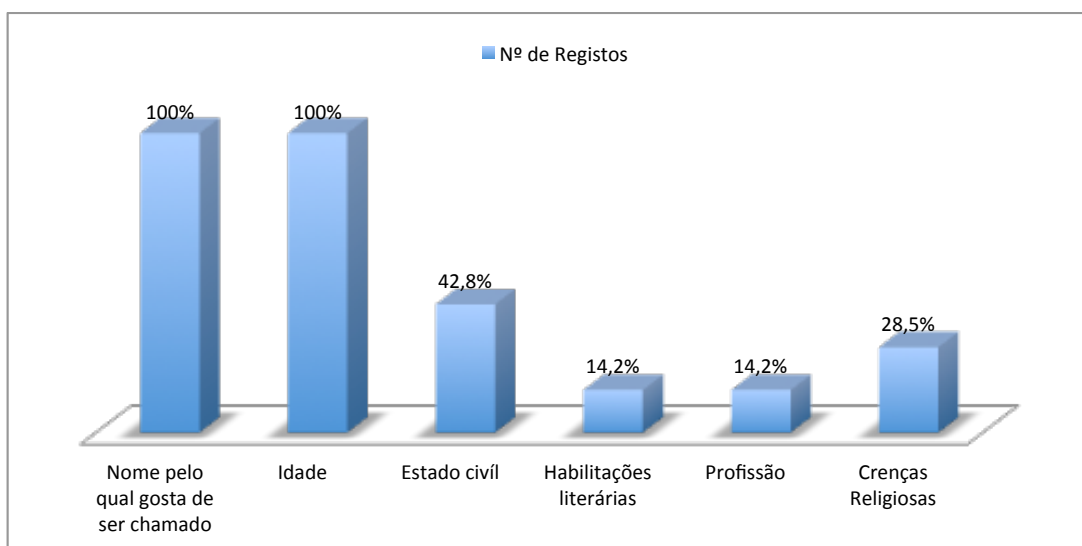


Gráfico 3 – Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Contexto de doença.

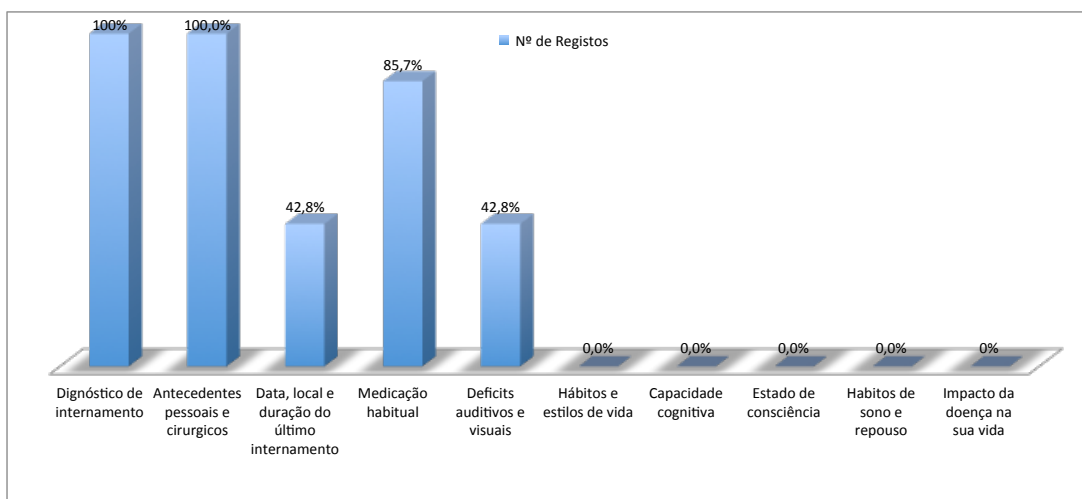
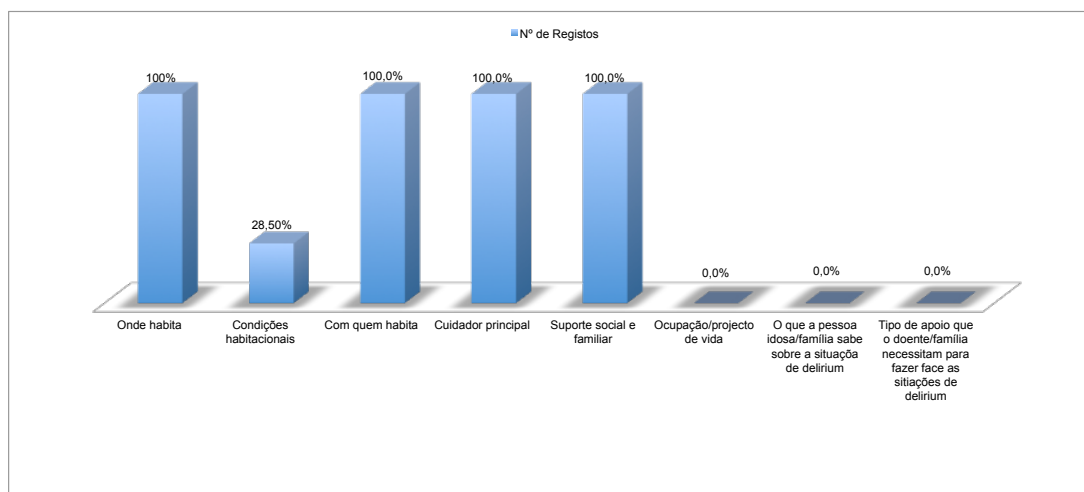


Gráfico 4 – Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Contexto de vida.



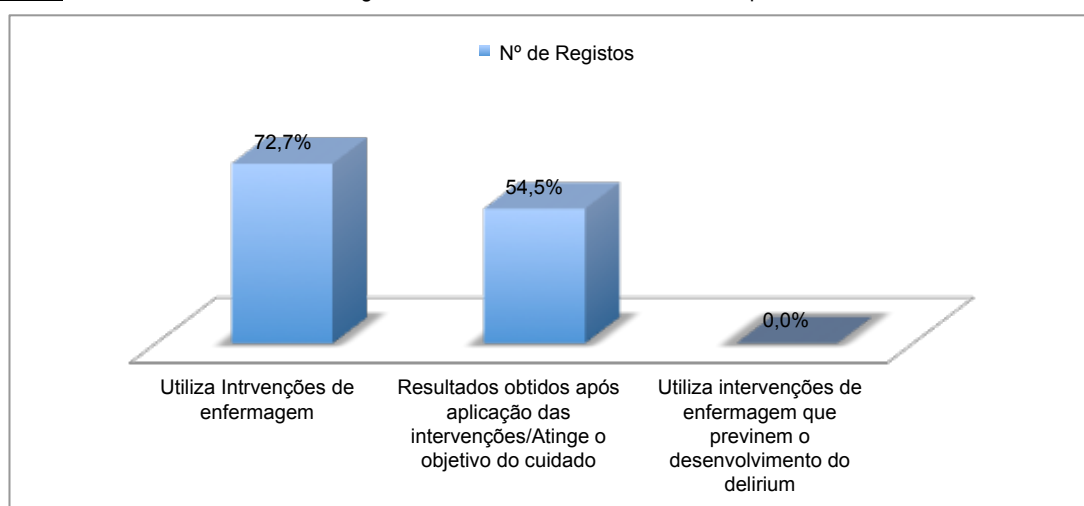
Da análise da 2ª fase - **Envolver-se**, verifica-se que mais de metade dos registos não inclui o tempo e espaço que o enfermeiro disponibilizou para conhecer a pessoa idosa e família. Contudo, pode observa-se um número representativo de registos relativamente à partilha de informação com a pessoa idosa e família e, a procura em conhecer a pessoa junto da família para validação da informação e/ou obtenção de informação na impossibilidade do próprio a facultar (Apêndice XV). Através desta análise podemos constatar que existe a preocupação dos enfermeiros em conhecer a pessoa idosa, o que ajuda a conhecer as necessidades e o potencial deste, para que em conjunto possa identificar possibilidades e recursos da pessoa para o Cuidado de Si (Gomes, 2009).

A 3ª fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) caracteriza-se pela existência de uma dupla faceta o **Capacitar** ou **Possibilitar**. No caso concreto da pessoa com *delirium* aplica-se o conceito possibilitar, uma vez que o enfermeiro assume a responsabilidade dos cuidados que o outro deveria ter consigo próprio se lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitindo que a pessoa possa ter conforto e bem estar, prosseguindo a sua trajetória de vida (Gomes, 2009). Segundo a análise dos registos, a quase totalidade dos processos demonstra que o enfermeiro integra a informação que detém da pessoa nos cuidados, que identifica as necessidades e potencialidades do idoso no momento do processo de adaptação à doença e integra intervenções de enfermagem para a promoção dos cuidados diferenciados na situação de *delirium* tendo em vista o Cuidado do Outro. A ausência de registos é notada no desenvolvimento de estratégias com o idoso e o cuidador

familiar para fazer face às alterações apresentadas decorrentes do *delirium* (Apêndice XVII).

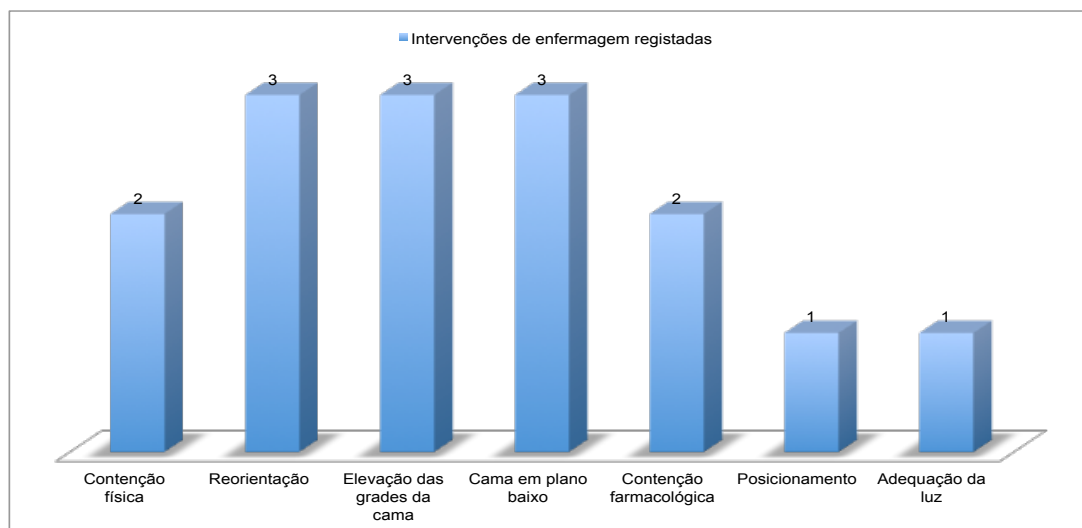
O **Comprometer-se** faz parte da 4ª fase, onde através dos registos se podem observar a utilização de estratégias de enfermagem, assim como o alcance dos objetivos do cuidado. No que diz respeito às intervenções de enfermagem que previnem o desenvolvimento de episódios de *delirium*, estão representadas nos registos, no entanto, não são mencionadas com a finalidade de fazer referência às medidas preventivas do *delirium*, mas surgem como cuidados fundamentais para o tratamento e bem estar da pessoa idosa, tais como, promover hidratação e alimentação adequada, gestão de hipóxia, promover mobilização regular, etc.. Desta análise pode-se concluir que os enfermeiros registam o comportamento do doente que os leva a fazer o diagnóstico de *delirium*, mas não são muito representativos os registos das intervenções que desenvolveram para fazer face a estas situações, nem dos resultados obtidos após a aplicação das intervenções.

Gráfico 5 – Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 4ª Fase – Comprometer-se.



Nesta fase foi também possível identificar todas as intervenções de enfermagem e a frequência do seu registo pela equipa, nos cuidados ao idoso com *delirium*, estando as mesmas representadas no gráfico 6.

Gráfico 6 – Gráfico ilustrativo das intervenções de enfermagem e sua frequência de utilização.



A última fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) apresenta igualmente uma dupla faceta, mas à semelhança da 3ª fase, e na situação concreta da pessoa com *delirium*, o enfermeiro **Assegura o Cuidado do Outro** pois assume a responsabilidade do cuidado que a pessoa deveria ter consigo própria. Este facto é identificado na grande maioria dos registos de enfermagem, pois estão presentes os indicadores que mostram que ao utilizar as intervenções, os enfermeiros estão a permitir que a pessoa idosa possa prosseguir e ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, antecipa complicações que possam advir de um episódio de *delirium* e proporciona bem estar e conforto ao idoso. No entanto, não aparece representado nenhum registo relativamente à capacitação do idoso e da família, bem como da informação necessária para o cuidar numa situação de *delirium* (Apêndice XV).

A análise apresentada anteriormente, demonstra existirem algumas lacunas de informação relativamente aos registos, no entanto, pelo que pude observar e vivenciar das práticas da equipa, entendi que esta faz e conhece mais a pessoa idosa/família do que efetivamente se encontra registado no processo. Para poder compreender esta situação, realizei notas de campo de dois elementos da equipa de enfermagem.

Atividade: Notas de Campo

No dia 31 de outubro e 2 de novembro de 2011 foram realizadas notas de campo (NC) (Apêndice XVII), de dois elementos de enfermagem. A equipa de enfermagem é constituída por elementos que se enquadram nas várias categorias de Benner (2001). As notas de campo foram realizadas a um enfermeiro perito e outro proficiente tendo como objetivo verificar qual a sua atuação na promoção do Cuidado de Si. Esta

escolha deveu-se ao facto dos enfermeiros proficientes se encontrarem em maior número na equipa e, em relação ao enfermeiro perito, está relacionado com o facto de o estágio ter sido realizado sob a sua orientação. Para além disso, as suas experiências profissionais são diferentes, pois segundo as categorias de Benner (2001), o enfermeiro perito apercebe-se da situação como um todo, utilizando como alicerce situações concretas vivenciadas levando-o diretamente ao centro do problema sem ter em conta considerações inúteis, o mesmo já não se passa com o enfermeiro proficiente que se apercebe das situações na sua globalidade e não em aspetos isolados, sendo as suas ações guiadas por máximas.

Resultados:

As NC foram elaboradas e analisadas posteriormente usando o método de análise de conteúdo, tendo como referência o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) (Apêndice XIX). Como se pode constatar na atividade anterior, existia uma elevada representatividade nos registos da fase do **Revelar-se**, nomeadamente na identificação da pessoa, do contexto da doença e de vida. Contudo, nas notas de campo 1 e 2 (NC), foi observada uma comunicação interpessoal com contornos de compreensão, ajuda e escuta ativa, assim como a promoção da flexibilidade e autonomia da pessoa idosa. Estes são aspetos para os quais o enfermeiro está atento e inclui nos seus cuidados, contudo não estão ou são pouco visíveis no tipo de registo que realizam. Na fase do **Envolver-se** é possível constatar, quer através dos registos, quer da observação das práticas, que a equipa tem preocupação em conhecer a pessoa junto da família. No entanto, as NC 1 e 2 mostram a atitude serena e a disponibilidade dos enfermeiros para a relação, assim como o respeito pelo tempo do idoso. Estes são aspetos importantes na promoção de um ambiente seguro que decorre do tempo e do espaço que foi despendido a desenvolver a relação de confiança, que vai além do revelar-se. Na 3ª fase e, tendo em conta tratar-se da pessoa em situação *delirium*, salienta-se a faceta do **Possibilitar-se** em que o enfermeiro desenvolve competências para agir e decidir para possibilitar o Cuidado do Outro. Esta é uma fase que se pode afirmar como estando representada, em quase todos os seus indicadores, nos registos e na prática, pois nas NC 1 e 2 podemos constatar que os enfermeiros integraram informação nos cuidados utilizando intervenções de enfermagem nas situações de *delirium*, tais como, técnicas de reorientação, diminuição das luzes da sala e evitar a contenção física. Tal como nos registos, na prática notou-se pouco o envolvimento da família no processo do

delirium, onde em alguns casos, se informa que o idoso esteve agitado e desorientado, mas não se envolve a família no sentido de desenvolver competências e estratégias com esta, de forma a fazer face às alterações apresentadas decorrentes do *delirium*. A fase do **Comprometer-se** está relacionada com o atingir dos objetivos do cuidado, que na NC 1 se pode observar quando após alguns tempo e mediante algumas intervenções de enfermagem, foi possível reorientar e acalmar o doente. O mesmo se passou na situação relatada na NC 2, onde no final o doente ficou orientado, calmo, acabando mesmo por adormecer. Por fim na fase de **Assegurar o Cuidado do Outro**, onde o enfermeiro assume a responsabilidade do cuidado da pessoa em *delirium*, uma vez que esta não tem capacidade para o fazer ou decidir. E foi neste pressuposto que os enfermeiros atuaram (NC 1 e 2), pois proporcionaram conforto e bem estar aos idosos, anteciparam complicações ao atuarem precocemente na situação de *delirium*.

Através desta atividade, observou-se que estes enfermeiros foram capazes de mobilizar as cinco fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2009). Estes dados foram posteriormente apresentados e sujeitos a reflexão da equipa de enfermagem, no decorrer da 1ª sessão de formação.

Atividade: 1ª Sessão de formação

Esta atividade foi realizada na quarta semana de estágio, uma vez que já se encontravam agendadas várias sessões de formação referentes ao plano de formação do serviço para 2011, ao longo das semanas anteriores. Estiveram presentes 13 dos 17 elementos (76,5%) que compõem a equipa de enfermagem, tendo os restantes faltado por razões várias (licença de férias, por motivos profissionais e de doença). Para os elementos que não compareceram, o projeto foi apresentado individualmente à medida que regressaram ao serviço.

A sessão de formação (Apêndice XIX) ocorreu no dia 27 de outubro de 2011 às 14h, intitulada “*O delirium no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si*” e teve como objetivos: (1) contextualizar a importância do projeto com base na evidência científica; (2) apresentar a finalidade e os objetivos do projeto; (3) apresentar as atividades a desenvolver durante o projeto de estágio; (4) relembrar e aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) numa perspetiva da promoção do Cuidado de Si. Foi apresentado o instrumento de avaliação da CAM que pretendia implementar no

serviço, para que a equipa ficasse desde logo com a informação que se tratava de um instrumento fácil de utilizar e foram apresentadas algumas intervenções de enfermagem, uma vez que até esta data não tinha conseguido concluir a pesquisa. Ficou acordado que no momento em que o documento estivesse concluído com todas as intervenções de enfermagem o mesmo seria divulgado e distribuído a toda a equipa para poderem dar o seu parecer sobre a sua aplicabilidade no serviço e, em parceria criar um documento de consulta.

A metodologia utilizada na sessão de formação foi expositiva e interativa, pois pretendia envolver e motivar a equipa a participar, uma vez que a metodologia de projeto implica sempre um trabalho em grupo que leva a resolução de um problema que preocupa os elementos que se encontram a realizá-lo. Assim, foi pedida a toda a equipa uma reflexão crítica (Apêndice I) por escrito das práticas, através de algumas questões elaboradas segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988) (Anexo I) por forma a entender o que a equipa faz bem ou necessita de melhorar, o que já conhece, o que necessita conhecer ou de melhorar relativamente à pessoa idosa com *delirium*.

No final da sessão os enfermeiros concretizaram a avaliação da mesma, através do preenchimento de um documento elaborado para o efeito.(Apêndice XX).

Resultados:

A equipa que participou na sessão de formação, assim como os elementos a quem esta foi realizada individualmente, referiram tratar-se de um projeto muito interessante e pertinente para o serviço e que ao mesmo tempo, suscitava alguma curiosidade relativamente à aplicabilidade e eficácia da CAM, das medidas preventivas e das várias intervenções perante o doente idoso com *delirium*. Todos os elementos verbalizaram total desconhecimento da CAM, assim como, de muitas das intervenções de enfermagem destinadas à prevenção e atuação nos episódio de *delirium*, existindo o sentimento comum de que esta problemática poderia ter uma intervenção mais estruturada. Toda a equipa se mostrou muito receptiva e, ao reconhecer as vantagens e importância do instrumento e de toda a informação, comprometeu-se a colaborar e investir de uma forma conjunta neste projeto. Este foi um momento muito gratificante para mim, pois sendo um elemento novo e de passagem por esta equipa, senti que esta estava receptiva e empenhada em colaborar na concretização do projeto, assim

como, a adquirir novos conhecimentos e até mesmos a alterar alguns comportamentos referentes aos cuidados à pessoa idosa com *delirium*.

Relativamente ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) este já não era desconhecido para a equipa, uma vez que um dos elemento já tinha trabalhado este modelo em parceria com a equipa, na sequência da realização do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica: vertente da pessoa idosa no ano letivo de 2010/2011. Através da reflexão crítica que foi pedida à equipa de enfermagem, foram obtidas 14 reflexões (82,3% da equipa) que posteriormente foram analisadas através do método de análise de conteúdo (Apêndice XXI). A categorização dos resultados (descrição da situação, sentimentos, avaliação e análise) foi definida à priori através das questões elaboradas segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988).

Desta análise destacam-se vários aspetos, tais como: "(...)impotência por não conseguir reorientar(...) (R2); a avaliação dos aspectos positivos e negativos destas situações que passam por exemplo, por evitar medidas de contenção "ter evitado medidas de contenção." (R8), ter a percepção das próprias capacidades "ter a percepção das minhas capacidades" (R7), não ter conseguido reorientar o doente "impotência por não ter conseguido reorientar o doente(...)" (R2) e o desconhecimento das várias intervenções "saber que existem mais estratégias, mas que desconheço(...)" (R4). Salienta-se ainda a importância de estar atento aos indicadores da ocorrência do *delirium*, a importância do conhecimento das intervenções e a necessidade de adquirir mais "ferramentas" para cuidar destes doentes; a inexistência de um instrumento para o diagnóstico do *delirium*, sendo este descrito pela equipa de enfermagem através de algumas alterações de consciência e do comportamento; os sentimentos de frustração e impotência vivenciados pela equipa de enfermagem ao cuidar da pessoa idosa em *delirium* "no início senti cansaço e frustração(...)" (R1).

Os sentimentos da equipa, traduzidos através desta reflexão, vão ao encontro de Holden *et al.* (2008), quando refere que o quadro de *delirium* da pessoa idosa hospitalizada é, quase sempre, uma situação angustiante para equipa de enfermagem, familiares e outros doentes, sendo a gestão de recursos para o seu tratamento e a maximização da segurança do doente e dos profissionais, um desafio para os profissionais de saúde e hospitais. Relativamente à avaliação da sessão todos os participantes revelaram que as expectativas foram superadas e que o grau de adequação em relação à realidade profissional é grande.

Objectivo específico:

- **Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, para fazer face às necessidades de segurança da pessoa idosa com *delirium*, numa perspectiva da promoção do Cuidado de Si.**

Atividade: 2ª Sessão de Formação

No dia 8 de novembro de 2011 foi realizada a 2ª sessão de formação pelas 14h30m (Apêndice XXII), destinada a toda a equipa de enfermagem e intitulada “*O delirium no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si (continuação)*”. Os objetivos delineado foram: (1) apresentar os resultados obtidos através da avaliação dos registos de enfermagem; (2) apresentar factores de risco, precipitantes, medidas preventivas do *delirium* e intervenções de enfermagem perante a pessoa idosa hospitalizada com *delirium*; (3) informar e explicar o processo de avaliação do *delirium* através do algoritmo de diagnóstico da CAM; (4) aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) como prática de cuidados na promoção do Cuidado de Si. Estiveram presentes 14 dos 17 elementos (82,3%) que compõem a equipa de enfermagem, tendo os restantes elementos faltado por razões várias (licença de férias, por motivos profissionais e de doença). À semelhança da 1ª sessão de formação, a metodologia utilizada foi expositiva e interativa, de forma a envolver e motivar os presentes a participar na sessão.

No final da sessão os enfermeiros concretizaram a avaliação da mesma, através do preenchimento de um documento elaborado para o efeito.(Apêndice XX).

Resultados:

Uma vez que todos os elementos presentes já conheciam o projeto, iniciei a sessão apresentando a análise dos resultados obtidos através da avaliação dos registos de enfermagem realizada no período de 3 a 17 de outubro de 2011. De uma forma geral, o grupo tinha consciência de que nem sempre elaborava uns registos completos, relativamente às situações de *delirium*, mais concretamente, a evolução e os resultados das intervenções, o que corresponde à análise efetuada. Desta forma, mostraram compreender a importância dos registos das intervenções de enfermagem, assim como, da resposta e da evolução da situação de *delirium*, pois são dados

fundamentais para uma adequada continuidade dos cuidados e uma melhoria da situação da pessoa idosa com *delirium*.

Como já foi referido anteriormente, o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) já era do conhecimento da equipa, no entanto, a mobilização do conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao idoso representado neste modelo foi lembrado e reforçado, no sentido da importância de uma intervenção de enfermagem promotora do Cuidado de Si. No que diz respeito a esta mesma análise, foi unânime a surpresa dos formandos relativamente à sua aplicabilidade à pessoa idosa com *delirium*. A justificação surge pela dificuldade sentida em ver estes doentes como parceiros nos cuidados, pois apresentam alterações do estado de consciência e da capacidade cognitiva. Contudo, verbalizaram compreender este processo no sentido de assegurar o Cuidado do Outro, assim como, estarem mais despertos para a importância da informação relativamente a alguns aspetos, tais como, aos hábitos de sono e repouso, se existiram alterações da capacidade cognitiva (quais e data da alteração) e do estado de consciência. Foi também reconhecida a importância do registo das intervenções e dos resultados obtidos, para que os cuidados possam ter continuidade, assim como, a participação e a capacitação da família para cuidar do idoso com *delirium*.

No final da sessão de formação, foi criado um momento para discussão e reflexão do conteúdo temático bem como dos resultados apresentados. Com base neste quadro, foi possível trabalhar em parceria com a equipa de enfermagem no sentido de apresentar e analisar as intervenções tendo em conta a aplicabilidade à realidade do serviço. No final desta análise a equipa não alterou nem acrescentou nenhuma intervenção, pelo que foi elaborado um quadro (Apêndice XXIII) onde se pode fazer uma leitura rápida e fácil de todas as intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à pessoa idosa com *delirium*.

Estes momentos de reflexão sobre as práticas de cuidados de enfermagem, são uma mais valia para todos os intervenientes uma vez que os considero, tal como Costa (1998), um pilar que contribui para o desenvolvimento e crescimento de intervenções ajustadas às necessidades da pessoa idosa, permitindo superar as dificuldades e lacunas muitas vezes existentes nas nossas práticas. Este foi sem dúvida um momento muito rico para todos os presentes, existindo um sentimento global de que esta problemática poderia ter uma intervenção mais estruturada e eficaz, faltando até este

momento um instrumento que permita fazer um diagnóstico rápido e científico, assim como o registo de informação e intervenções de enfermagem aqui apresentadas sobre a problemática do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada. A equipa mostrou interesse em colocar em prática este projeto, tendo sido importante também, o reforço positivo da Enfermeira Chefe para a sua realização e para a importância dos registos pois é através deles que a nossa prática tem visibilidade.

Foi disponibilizado um **dossier de estágio** onde foram anexados as CAM tendo ficado acordado em equipa que acrescentariam os instrumentos preenchidos para possibilitar posteriormente a consulta do processo respetivo do doente, e realizar a análise tendo em conta o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) como prática de cuidados na promoção do Cuidado de Si. Para além da CAM, o *dossier* contém também todos os quadros elaborados (medidas preventivas, factores de risco e precipitantes, intervenções de enfermagem) para que estes possam ser consultados de uma forma rápida e simples. Todos estes documentos fazem parte de um **Guia Orientador para a Prática** que contém também a evidência científica da problemática da pessoa idosa hospitalizada com *delirium*, e que ficou disponível no serviço para consulta (Apêndice XXIV). A informação que compôs esta sessão de formação foi transmitida posteriormente aos elementos da equipa que, por motivos vários, não puderam estar presentes.

Relativamente à avaliação da sessão todos os participantes revelaram que as expectativas foram superadas e que o grau de adequação em relação à realidade profissional é grande.

Atividade: Implementação da CAM

Nesta fase do projeto e, para dar resposta a este objetivo, foi implementado no serviço o instrumento de avaliação escolhido e, conseqüentemente, a utilização das intervenções adequadas encontradas na revisão da literatura e compiladas em forma de quadro para uma leitura mais rápida e simples, tendo como perspectiva assegurar o Cuidado de Si. Para que este instrumento pudesse ser utilizado neste projeto e, conseqüentemente utilizado no Serviço de Medicina, foram tidas em consideração as questões éticas já referidas neste relatório.

Através da aplicação da CAM foi possível efetuar um diagnóstico de enfermagem, avaliando se estamos ou não na presença de uma pessoa idosa com quadro de

delirium e, em caso afirmativo, mediante as características do seu quadro confusional, decidir pelas intervenções mais adequadas tendo como perspetiva assegurar o Cuidado do Outro. Desta forma, o enfermeiro deve garantir que a pessoa idosa prossiga a sua trajetória de vida, assumindo a responsabilidade do cuidado que a mesma deveria ter consigo própria e garantindo ainda que a família adquira capacidades para cuidar da pessoa idosa, mantendo-se como um recurso para esta (Gomes, 2009).

Na sessão de formação anteriormente referida, ficou acordado com a equipa que a partir desse dia a CAM ficaria disponível no *dossier* de estágio para poder ser aplicada à pessoa idosa que apresentasse sinais de *delirium*, quer a resposta fosse positiva ou não. Nestes instrumentos de avaliação seria colocada a identificação do doente, dia e hora de avaliação, para poder posteriormente consultar os respetivos processos e fazer a avaliação dos mesmos, pois o objetivo deste projeto não se prende só com a implementação de um instrumento de avaliação, mas também pela atuação adequada nestas situações através da utilização das intervenções, da evolução do episódio de *delirium* e da elaboração dos registos em notas de enfermagem de todo este processo. O facto da CAM preenchida ter de ficar no *dossier* de estágio e não no processo do doente, deveu-se ao facto de esta ter sido a forma encontrada para poder ter a informação dos doentes a quem foi utilizado o instrumento (independentemente se avaliação foi ou não positiva para *delirium*), pois como não ia ao serviço todos os dias, e no caso dos doentes terem alta, poder a qualquer altura obter informação através de um pedido de consulta ao processo do doente.

Para poder incluir os dados necessários à realização da avaliação desta atividade e proceder a elaboração deste relatório, esta atividade teve início no dia 8 de novembro de 2011 e terminou no dia 31 de janeiro de 2012, sendo denominada de fase final. Com este projeto pretende-se que a equipa de enfermagem adote este instrumento de diagnóstico do *delirium* na sua prática diária e de uma forma continuada, assim como, a utilização das intervenções de enfermagem na perspetiva de assegurar o Cuidado de Si e que todo este processo conste nas notas de enfermagem.

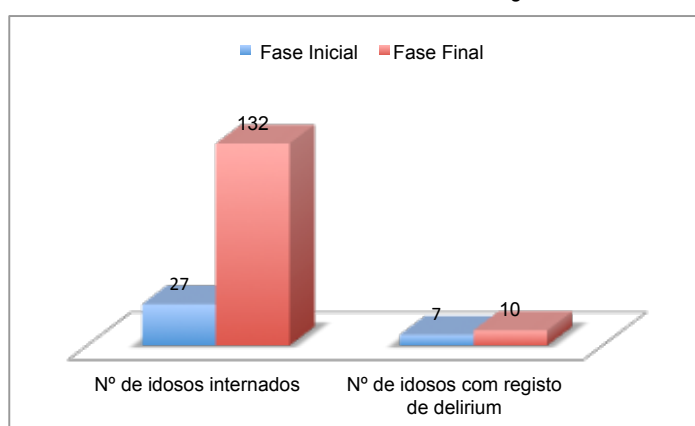
Foi constante a **consulta dos processos** pertencentes à pessoa idosa a quem tinha sido diagnosticado *delirium*, ou que apresentavam factores de risco, assim como o *dossier* de estágio onde se encontravam as CAM preenchidas. Esta atividade teve como objetivo, não só a identificação das situações de *delirium*, mas também a

avaliação da informação contida nos processos, a identificação dos instrumentos preenchidos e se estes estavam preenchidos corretamente. Através desta identificação, foi possível nas passagens de ocorrências, esclarecer dúvidas, discutir algumas intervenções de enfermagem na atuação durante os episódios de *delirium*, colmatar falhas de informação ou mesmo dar reforço positivo pelas atividades e cuidados prestados no âmbito do *delirium* em parceria com a pessoa idosa e família. Estes momentos foram muito importantes e ricos pois é necessário conceptualizar e refletir para que determinada realidade possa ser compreendida e transformada através da aprendizagem dos seus intervenientes (Alarcão, 2001). Foi com satisfação que constatei que a equipa, mesmo na minha ausência, utilizou e desenvolveu os saberes e o instrumento deste projeto nas situações de cuidados em parceria com a pessoa idosa no Cuidado de Si.

Resultados:

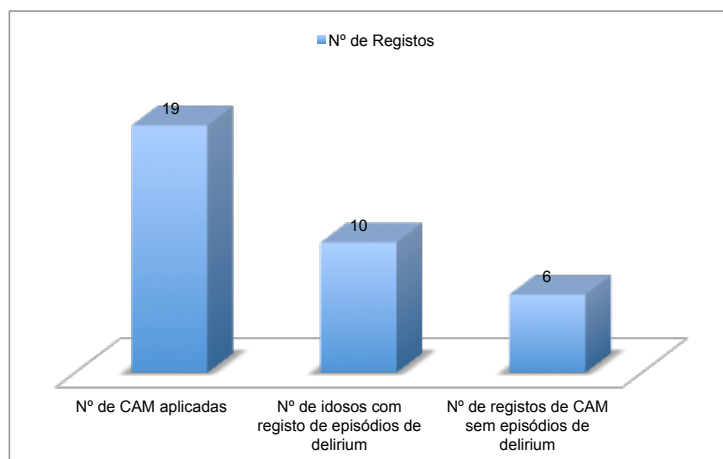
Os resultados agora apresentados, foram comparados aos da fase inicial anteriormente descrita. Embora a fase final tenha decorrido num período de tempo mais alargado (12 semanas) em relação à fase inicial (duas semanas) e o número de idosos internados substancialmente mais elevado, podemos concluir que ocorreram menos episódios de *delirium* na fase final.

Gráfico 7 – Gráfico ilustrativo do nº de idosos internados e n.º de idosos com registo *delirium* na fase inicial e final.



Ao nível da aplicação da CAM, a equipa mostrou uma boa adesão à sua implementação, tendo sido aplicados 19 instrumentos que permitiram identificar 10 idosos com *delirium* e seis sem *delirium*.

Gráfico 8 – Gráfico ilustrativo do nº de idosos em que foi aplicado a CAM.

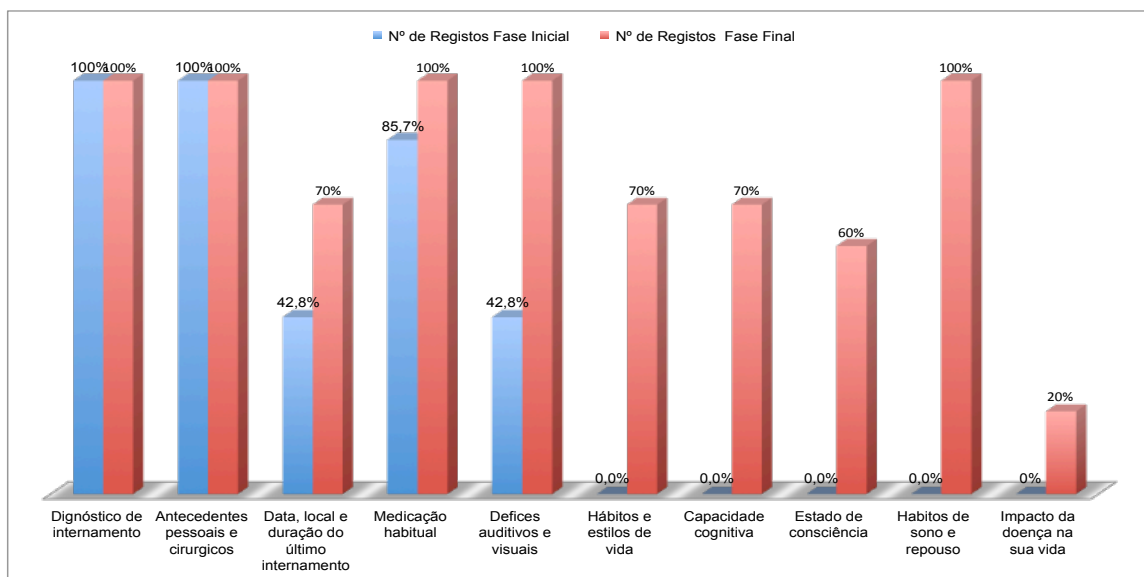


Neste período de tempo, foi possível constatar, à semelhança da fase inicial, que os episódios de *delirium* foram superiores ao número de doentes com *delirium*. Perante estes números posso concluir que, na ausência da CAM, estes seis idosos, provavelmente, teriam sido classificados como estando em *delirium*. O estudo realizado por Wei *et al.*, (2008) citado por Sampaio *et al.*, (2010) afirma que a CAM contribuiu para melhorar a identificação da confusão aguda em contextos clínicos e de investigação.

À semelhança da análise feita na fase inicial aos registos de enfermagem, foi efetuada uma avaliação segundo o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) aos dez processos referentes aos idosos identificados com *delirium* pelo CAM, com base nas cinco fases de construção do processo de parceria para a promoção do Cuidado de Si. Esta análise surge representada através de gráficos ao longo da exposição dos resultados desta atividade, e de outros que compõem o apêndice XXV. Também podem ser analisados através quadros no apêndice XXVI.

Na fase do **Revelar-se**, e relativamente ao indicador da identidade da pessoa idosa, podemos constatar que existiu a preocupação de conhecer melhor a pessoa idosa, quer seja através desta ou da família. À exceção dos que já tinham sido contabilizados em 100%, todos os outros indicadores apresentam um aumento nos registos, sendo os mais significativos as habilitações literárias e a profissão (Apêndice XXV). Para o indicador do contexto de doença, as alterações são bem representativas da importância que a equipa passou a atribuir à informação que permite um melhor conhecimento da pessoa idosa, tendo em atenção o contexto do *delirium*. Desta forma houve um aumento exponencial do registo dos défices auditivos e visuais, na capacidade cognitiva, do estado de consciência, hábitos de sono e repouso.

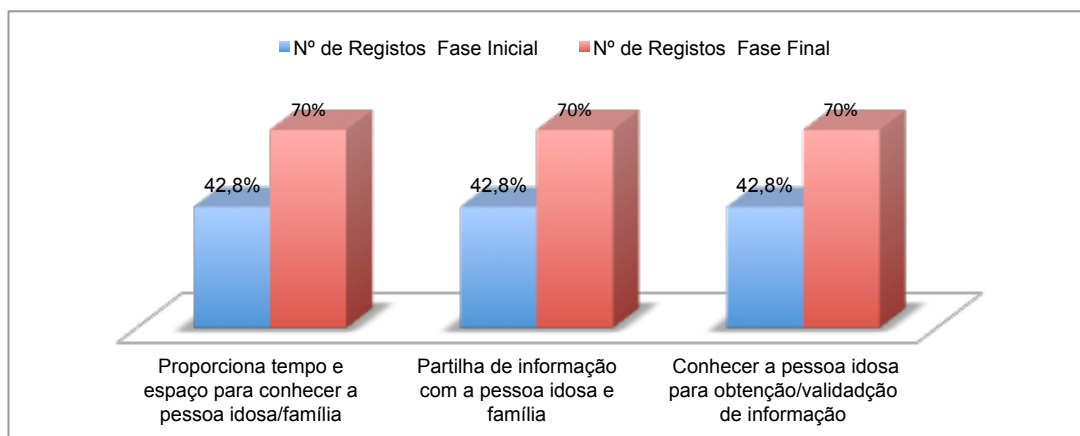
Gráfico 9 – Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Contexto de doença.



Comparativamente à fase inicial, os registos relativos ao contexto de vida mantiveram-se iguais nos indicadores em que já tinham 100%. No entanto, observou-se um aumento de 30 e 40% nos indicadores ocupação/projeto de vida e condições habitacionais, respetivamente. Embora ainda com pouca representatividade, observou-se o registo num processo dos indicadores referentes ao que a pessoa idosa/família sabe sobre a situação de *delirium*, e qual o tipo de apoios que a pessoa idosa/família necessitam para fazer face à situação de *delirium*, pois tratava-se de um doente com internamentos frequentes, sendo que neste último desenvolveu um episódio de *delirium*. A baixa representatividade nos registos destes indicadores, deve-se quanto a mim, ao facto da equipa estar mais centrada na pessoa idosa, na avaliação do *delirium* através de um novo instrumento e na tentativa de resolver esta situação. Contudo, procura conhecer o idoso junto da família, valida os dados com esta mas ainda não o envolve nos cuidados referentes ao *delirium*. (Apêndice XV)

Referente à fase do **Envolver-se** registou-se um aumento da sua representação nos registos em todos os indicadores. Estes indicadores mostram que os enfermeiros disponibilizam tempo e espaço para que seja possível desenvolver uma relação de reciprocidade em termos de qualidade e confiança e que tornaram visível essa atividade, através dos registos.

Gráfico 10 – Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 2ª Fase - Envolver-se.

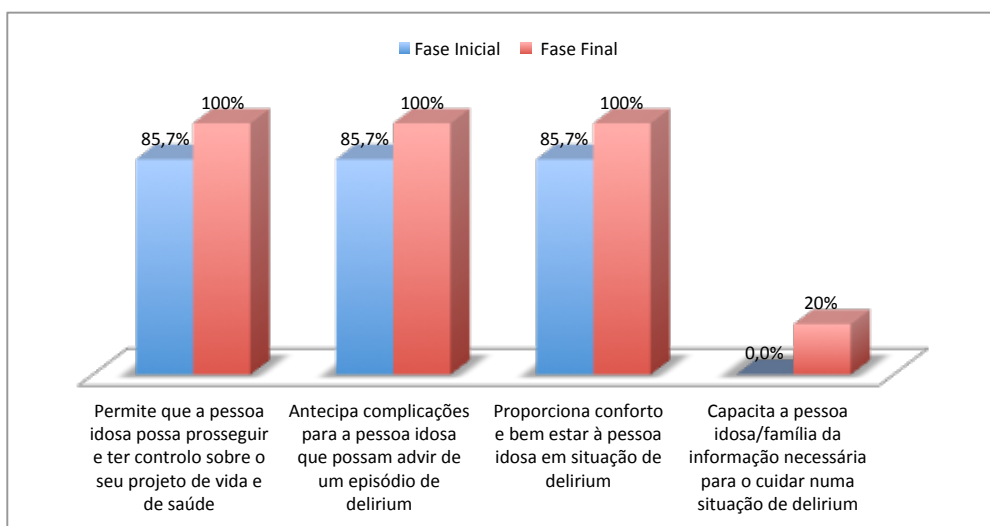


Na fase do **Capacitar/Possibilitar** observa-se um pequeno aumento em todos os indicadores. Na fase inicial três dos indicadores já se encontravam com 85,7%, atingido na fase final os 100%. Relativamente ao indicador que representa o desenvolver de estratégias com a pessoa idosa/família para fazer face as alterações apresentadas decorrentes do *delirium*, passou de 0 para 2 registos (20%). Estes números devem-se ao facto, de num dos casos a família ter abordado diretamente o enfermeiro no sentido de saber como atuar na situação de *delirium*, uma vez que esta era recorrente no seu familiar. A outra surge na sequência de um episódio de *delirium* ocorrido durante a permanência do familiar junto do idoso. Na globalidade estes indicadores mostram o desenvolvimento de competências dos enfermeiros para agir e decidir numa ação conjunta com a família, e assumem a responsabilidade do cuidado à pessoa idosa pois esta não tem capacidade para o fazer por si próprio. (Apêndice XXV)

Em relação à fase do **Comprometer-se** foi observado um aumento no registo das intervenções utilizadas e nos resultados obtidos através das intervenções, atingindo o objetivo dos cuidados. Relativamente as intervenções de enfermagem destinadas à prevenção do *delirium*, não foi detetado nenhum registo com referência expressa à prevenção (Apêndice XXVII). Este dado não revela que a equipa não tenha desenvolvido intervenções para prevenir o *delirium*, pois ao longo do projeto este assunto foi várias vezes debatido e observado no desenvolvimento da prática dos cuidados, mas prende-se com o facto das intervenções que visam a prevenção serem já desenvolvidas e registadas para fazer face à situação de doença da pessoa idosa, tendo como exemplo, a promoção da alimentação e hidratação, níveis de oxigenação adequados, monitorização e tratamento da dor, promoção da mobilização regular, etc.

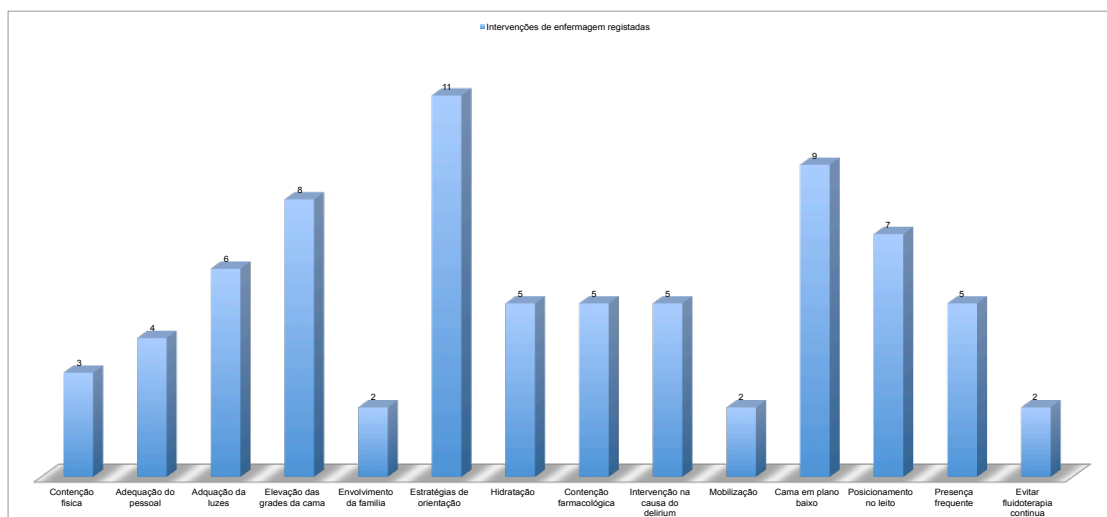
Relativamente à fase do **Assegurar o Cuidado do Outro** os resultados são semelhantes à fase do Capacitar/Possibilitar observando-se o mesmo valor de crescimento em termos de registos. Para o indicador em que se constata a capacitação da pessoa idosa/família da informação necessária para o cuidar numa situação de *delirium*, a atribuição dos seus valores deve-se ao fato das duas situações ocorridas com os familiares, referenciadas anteriormente, na fase do Capacitar/Possibilitar.

Gráfico 11 – Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 5ª Fase – Assegura o Cuidado do Outro.



No que diz respeito às intervenções de enfermagem perante a pessoa idosa com *delirium*, verificou-se um aumento de 50% do tipo de intervenções de enfermagem utilizadas nos cuidados, em comparação com a fase inicial. Para além disso, observou-se um aumento do número de registo de intervenções por episódio de *delirium*, ou seja, os enfermeiros passaram a registar todas as intervenções desenvolvidas durante o episódio. Este resultado demonstra a aquisição e aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos com este projeto, bem como o empenho e profissionalismo de toda a equipa de enfermagem.

Gráfico 12 – Gráfico ilustrativo do n.º de registos de intervenções de enfermagem utilizadas e sua frequência.



No capítulo seguinte é descrita a avaliação dos resultados atingidos com o desenvolvimento do projeto, tendo esta sido efetuada à luz da evidência científica.

Atividade: 2ª Reflexão Crítica

Este momento de reflexão surgiu quando faltavam duas semanas para terminar o estágio, e à semelhança da fase inicial, foi pedida a toda a equipa uma reflexão crítica sobre uma situação de cuidados à pessoa idosa com *delirium*. Esta atividade teve por objetivo entender em que medida este projeto contribuiu para o reconhecimento da prática de cuidados relativamente às situações da pessoa idosa em situação de *delirium*. Pretendia também entender de em que medida a utilização do instrumento de avaliação da CAM e o conhecimento de novas intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa em situação de *delirium*, contribuíram para a promoção do Cuidado de Si. As questões foram elaboradas segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988) (Anexo I) por forma a entender em que medida este projeto contribuiu para o reconhecimento na prática de cuidados às situações da pessoa idosa em situação de *delirium*, e que medida a utilização do instrumento de avaliação da CAM e o conhecimento de novas intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa em situação de *delirium* contribuiu para a promoção do Cuidado de Si. (Apêndice XXVII).

Resultados:

Foram obtidas 12 reflexões críticas o que representam 70,5% da equipa. Posteriormente foram analisadas através do método de análise de conteúdo (Apêndice XXVIII). A categorização dos resultados (descrição da situação, sentimentos, avaliação

e análise) foi definida à *priori* através das questões elaboradas segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988).

De uma forma global a opinião da equipa em relação à temática e conteúdo do projeto foi bastante positiva, tendo contribuído para um enriquecimento pessoal e profissional, o que se refletiu na prática dos cuidados à pessoa idosa com *delirium* e família. Estas são algumas respostas que fundamentam a opinião da equipa: “fez com que conseguisse realizar um plano de cuidados mais personalizado ao doente com *delirium*” (R2.1); “(...)implementar estratégias de uma forma mais sistemática e com um fio condutor, ou seja, a atuação está bem estruturada e fundamentada” (R2.4); “(...)o projeto permitiu-me explorar outras causas/fatores precipitantes que habitualmente não tinha em conta, assim como toda a informação referente à pessoa idosa, dando mais atenção os seus aspetos específicos desta situação” (R2.4); “ embora tivesse alguns conhecimentos sobre esta problemática, este projeto veio acrescentar informação e um instrumento muito importantes para a parceria nos cuidados ao idoso com *delirium*(...)”(R2.8).

4. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase da elaboração do relatório, e após terem sido apresentadas todas as atividades e respectivos resultados, torna-se pertinente a apresentação dos resultados atingidos com base no enquadramento conceptual, e a cooperação deste relatório para o desenvolvimento profissional e evolução da enfermagem.

O *delirium* é um problema comum de saúde que atinge alguns dos idosos hospitalizados, criando múltiplas complicações e comorbilidades. Dada a gravidade desta situação os intervenientes nos cuidados à pessoa idosa com *delirium*, devem possuir um conhecimento prático da avaliação e tratamento, bem como da prevenção (Kapo *et al.*, 2007). No sentido de realizar um melhor diagnóstico de enfermagem nas situações de *delirium*, foi fundamental a implementação da CAM. Este instrumento foi utilizado pela equipa de enfermagem ao longo do projeto, sendo cada avaliação realizada no contexto individual da prestação de cuidados ao idoso. Considerando o reconhecimento por parte da equipa, da importância e facilidade de utilização da CAM esta foi implementada no serviço como um instrumento de avaliação do *delirium*. Através da análise dos registos de enfermagem, foi possível constatar a utilização da CAM em 100% dos idosos com alteração da cognição e perturbação da consciência.

À que enaltecer o empenho de toda a equipa de enfermagem na participação deste projeto, pois o *delirium* é uma situação que se revela angustiante para a pessoa idosa e família, assim como para os profissionais de saúde tratando-se de um desafio na prática dos cuidados (Holden *et al.*, 2008). Apesar das dificuldades inerentes ao processo de mudança, a equipa reconheceu um maior número de aspetos positivos do diagnóstico do *delirium* recorrendo à CAM, da implementação das diversas intervenções e no benefício do processo de parceria para a promoção Cuidado de Si. O reconhecimento das situações de *delirium* permitiram uma adequada atuação através da utilização das intervenções de enfermagem, podendo constatar-se um aumento significativo do tipo de intervenções desenvolvidas. Estas, ao serem utilizadas de forma rotineira, diminuem a frequência dos episódios, assim como a sua duração durante o internamento da pessoa idosa, o que reflete a melhoria da qualidade dos cuidados (Vidán *et al.*, 2009). As intervenções de enfermagem para a prevenção e atuação nas

situações de *delirium*, foram selecionadas através da revisão da literatura e pesquisa bibliográfica, tendo sido trabalhadas em parceria com a equipa e fazendo parte de um documento orientador para a prática que se encontra disponível no serviço.

A implementação deste projeto esteve assente num processo contínuo de formação à equipa de enfermagem, informação contínua, esclarecimento de dúvidas e liderança da equipa, no sentido de introduzir mudanças destinadas à melhoria das práticas dos cuidados. O número acrescido de participantes nas ações de formação (76,5% e 82,3%) na primeira e segunda fase respetivamente, revela o interesse e a motivação da equipa de enfermagem na participação neste projeto mas, acima de tudo, da importância dada à formação e à necessidade de evoluir e contribuir para a melhoria da prática no cuidado à pessoa idosa hospitalizada e família.

Podemos dizer que os “atores” principais deste trabalho foram a pessoa idosa e a sua família, e embora a pessoa idosa em *delirium* se encontre a vivenciar uma alteração aguda de atenção e cognição, foi sempre respeitada a sua autonomia, tido em conta as suas capacidades sendo desta forma visto não como mero receptor de cuidados, mas sim como participante ativo. Desta forma, foi desenvolvido o processo de parceria, em que o idoso/família e o enfermeiro conseguiram estabelecer um processo dinâmico no conhecimento da pessoa na sua globalidade, respeitando crenças e saberes, tendo como objetivo alcançar a resolução da situação de *delirium* e a prevenção de futuros episódios, mantendo a dignidade da pessoa. Os conhecimentos adquiridos ao longo do processo de estudos e a sua aplicação na prática, foram determinantes para a realização de uma avaliação precoce das necessidades da pessoa idosa com doença crónica e da sua família, assim como da prestação de cuidados individualizados garantindo, que as mesmas prossigam com os seus projetos de vida e de saúde individuais (Gomes, 2009). No que concerne aos cuidados à pessoa idosa com *delirium* e família, foi importante o acompanhamento e todo o trabalho desenvolvido em parceria que, de uma forma ou de outra, se encontram a vivenciar um processo de transição pelas inúmeras transformações a que estão sujeitas ao longo do processo de doença.

Em jeito de conclusão e, tendo em conta o percurso do estágio, com avaliação positiva (Anexo X) e o desenvolvimento do projeto, considero que atingi o grau de perita na área do idoso, pois segundo o modelo de Dreyfus da aquisição de competências aplicadas à enfermagem descritos por Benner (2001), o perito tem

“experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e aprende diretamente com o problema (...) mostra um nível elevado de adaptabilidade e de competências.” (Benner, 2001, p. 58). Concluo também que atingi as **competências específicas** como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa que, embora não se encontrem definidas pela OE, estão baseadas na Recomendação da União Europeia referente ao domínio dos Cuidados ao Idoso (Anexo XI). Para além das referidas competências específicas, desenvolvi as competências comuns estabelecidas pela OE (2010) nos diferentes domínios. Assim, no **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, desenvolvi prática profissional e ética no campo da intervenção e promovi práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No **Domínio da gestão da qualidade** considero que desempenhei um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das atividades efetuadas para a implementação do projeto, tendo este contribuído para a melhoria da prática dos cuidados à pessoa idosa e família em contexto de *delirium*. Relativamente ao **domínio da gestão dos cuidados**, fazem parte a totalidade das atividades desenvolvidas com vista a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional, visando a otimização da qualidade dos cuidados à pessoa idosa em contexto de *delirium* e família. Por último, no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** desenvolvi o auto conhecimento e a assertividade, ao mesmo tempo que desenvolvi a minha prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Relativamente ao processo formativo do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, foram desenvolvidas as competências na capacidade de análise em relação ao desenvolvimento do conhecimento da prática de enfermagem; na compreensão profunda relativamente ao processo de saúde/doença e cuidar/tratar, assim como, a sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde. Foi também desenvolvida a capacidade de análise das práticas de enfermagem em relação às dimensões ética, política, histórica, social e económica, e a capacidade de aplicar o conhecimento de enfermagem, e de outras disciplinas, nos vários contextos da prática clínica, dinamizando projetos e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados. Tratando-se de um projeto que envolve uma situação de cuidados transitória, e considerando a sua especificidade e complexidade, o fator tempo foi considerado a limitação principal para o seu desenvolvimento. No capítulo

seguinte este tema é abordado mais pormenorizadamente, assim como as recomendações para o futuro da prática.

5. LIMITAÇÕES DO PROJETO E RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO DA PRÁTICA

As limitações deste projeto prendem-se na sua globalidade, com o tempo para a realização do mesmo. Tendo em conta que se trata de um trabalho que implica mudança das práticas de cuidados, o tempo estabelecido para a realização do mesmo, revelou-se escasso, quer para a prática na utilização da CAM, quer para as intervenções de enfermagem destinadas à prevenção e atuação nas situações de *delirium*. A possibilidade da realização deste projeto num período mais alargado de tempo, permitiria a obtenção de resultados robustos uma vez que as mudanças nos cuidados acontecem lentamente e os processos requerem períodos de implementação prolongados (Huizing *et al.*, 2006).

Embora a minha integração na equipa e nas práticas de cuidados à pessoa idosa e família na sua globalidade, e na especificidade do *delirium*, terem sido positiva o facto do Serviço de Medicina não ser o meu local de trabalho, foi outra das limitações deste projeto. Este facto não está relacionado com a especificidade de cuidados que existe entre o Bloco Operatório e o Serviço de Medicina, mas sim pela ausência temporal do serviço em que o projeto está a ser implementado, o que leva à perda do contacto físico e relacional com a pessoa idosa e família, à perda de evolução dos cuidados e à impossibilidade de ajudar os colegas nas situações concretas de *delirium*. Senti que todo o percurso de cuidados, desenvolvimento e continuidade do projeto teria tido melhores resultados se este fosse o “meu” serviço. Contudo e, tendo em conta todas as limitações descritas, considero que a nível pessoal e das competências como enfermeira especialista foi uma experiência muito positiva, enriquecedora e gratificante.

Levando em consideração a evidência científica, o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos no decorrer do estágio, faz todo o sentido que o diagnóstico do *delirium* através da CAM e a utilização das intervenções de enfermagem na prevenção e atuação nas situações de *delirium* sejam mantidas, de forma a evitar as complicações que lhe estão associadas e com isso contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, foi acordado com a Enfermeira Chefe, e restante equipa de enfermagem, que a CAM, assim como todos quadros elaborados para este projeto, ficariam disponíveis num dossier, na sala de trabalho, para que os enfermeiros

pudessem consultar e utilizar quando a situação de cuidados o exigisse. Os resultados alcançados, assim como a CAM, iram ser apresentados à Direção de Enfermagem, no sentido de dar visibilidade ao projeto e reforçar a sua importância na prestação de cuidados de excelência à pessoa idosa e família a nível hospitalar, de forma a ser desenvolvido um trabalho em parceria com outros serviços do HCL.

No final deste projeto, considero que existiram alguns aspetos que eu gostaria de ter conseguido desenvolver em pormenor, mas que devido à condicionante do tempo, aos desencontros com as famílias e às exigências da elaboração do restante trabalho, não corresponderam às minhas expectativas iniciais. Uma delas diz respeito ao desenvolvimento de competências em parceria com a família da pessoa idosa para fazer face às situações de *delirium*, estando a outra relacionada com o registo das medidas preventivas do *delirium*. Embora a equipa tenha demonstrado a aquisição de conhecimento destas medidas, através das várias conversas informais e das reuniões nas passagens de ocorrências, não foi possível chegar a um consenso sobre a forma de as registar, uma vez que já surgem nos registos de enfermagem como parte integrante dos cuidados à pessoa idosa com doença crónica.

Neste sentido, considero pertinente a realização de formação periódica em serviço, contendo todos os temas relativos ao *delirium* e que deram forma a este projeto, com o objetivo de atualizar conhecimentos, lembrar ou alertar para a importância da atuação nas situações de *delirium*, captando assim o interesse dos elementos da equipa para dar continuidade ao mesmo no Serviço de Medicina.

No plano de formação do serviço para 2012, já faz parte uma sessão de formação com o tema “O *delirium* no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si”.

6. CONCLUSÃO

Os dados a nível mundial, revelam que a população idosa triplicou nos últimos 30 anos, constituindo o envelhecimento um problema emergente de saúde pública. O facto das pessoas viverem mais tempo tem implicações inevitáveis para a formação em cuidados de saúde, uma vez que necessitam de mais cuidados, quer em número, qualidade e especificidade (Costa, 2002). As múltiplas patologias que se impõem neste grupo etário originam frequentemente internamentos, sendo os serviços de medicina representativos desta situação. A situação de hospitalização nos idosos, aliadas aos problemas de saúde, é rica em fatores propícios ao surgimento de episódios de *delirium*, sendo este um problema que tem uma elevada prevalência e incidência neste contexto e nesta população.

Com base na evidência científica, e na necessidade apresentada pelo serviço no sentido da uniformização dos cuidados, surge a pertinência da implementação de um projeto cuja finalidade seja prevenir e/ou minimizar o impacto do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada. Suportado no percurso de metodologia de projeto foi possível envolver e sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento de identificação do *delirium*, e para a utilização de um leque elevado de intervenções referenciadas em estudos científicos. Foi realizado um longo e intenso trabalho em parceria com a equipa, no sentido do conhecimento e consciencialização da problemática que envolve as situações de *delirium*, concretamente para as medidas de prevenção, fatores de risco e precipitantes e fármacos potenciadores.

No percurso de desenvolvimento do projeto foram efetuados dois momentos de avaliação, inicial e final, as quais revelaram uma adesão de 100% na utilização da CAM, e um aumento de 50% do tipo de intervenções de enfermagem para fazer face às situações de *delirium*. A formação desenvolvida, em parceria com a equipa de enfermagem, permitiu desenvolver competências no sentido da prática de cuidados diferenciados e de qualidade à pessoa idosa com *delirium* e família.

O desenvolvimento do projeto foi realizado, também ele em parceria com a pessoa idosa e sua família pois foi-me dada a possibilidade de conhecer e desenvolver este trabalho tendo como referência o Modelo de Parceria (Gomes, 2009), que possibilita a intervenção em parceria, alertando-nos para o papel do enfermeiro na

promoção do Cuidado de Si, o qual deve assumir a pessoa idosa e família como parte integrante da equipa de cuidados. O percurso académico e profissional efetuado no estágio, potenciou o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área do idoso, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2009). Foram também desenvolvidas competências ao nível da formação, capacidade de liderança e de investigação, pela aquisição dos conhecimentos teóricos que sustentaram a problemática e a implementação realizada com a participação ativa da equipa de enfermagem. Neste sentido, encontro-me integrada num grupo de trabalho multidisciplinar com a finalidade de promover o Cuidado de Si à pessoa idosa com doença crónica e família em contexto de internamento e de continuidade de cuidados, através de um modelo de intervenção em parceria. Este projeto já se encontra em desenvolvimento na UIDE.

Em suma, sinto que os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do desenvolvimento do projeto, e do estágio, ainda não terminaram, muito pelo contrário. Entendo este projeto como o início de um longo percurso de formação e prática profissional no que concerne aos cuidados à pessoa idosa, o qual pretendo que de um nível proficiente, evolua para o de perito, demonstrando um elevado grau de adaptabilidade e de competência para cada situação específica de cuidados a prestar.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). *Formação reflexiva*. Referência, 6, pp. 53-59.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR-Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Edição 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (ed. Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Berger, M., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusoditactica.
- Bottino, C., Laks J. & Blay S. (2006). *Demência e Transtorno Cognitivo em Idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cabete, D.G. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Costa, M. A., (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Costa, M. A., (2002). *Cuidar idosos - Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) (2011). Regulamento do Mestrado. Publicado em 30 novembro. Acedido a 13.1. 2012. Disponível em <http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/Regulamentos/RegulamentoUCIsola das.htm>
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, I. (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso – da submissão à acção negociada. In Gomes, I.; Carvalho, R.; Dinis, R.; Mesquita, C. & Mestrinho, M. G. (Eds.), *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. pp.67-110. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Gomes, I. (2009). Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

- Gomes, I. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. European Dialysis and Transplant Nurse Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). First edition: Setembro 2011. Layout, Binding and Printing: Impreta Tomás Hermans.
- Gulpers, M.J., Bleijlevens M., Rossum E., Capezuti E. & Hamer J. (2010). Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. Full Text Available (includes abstract); *BMC Geriatrics*, Feb 25; Vol.10, 11. Acedido em: 16.4.2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010597394&site=ehost-live>
- Holden, J.; Jayathissa, S. & Young, G.(2008). Delirium among elderly general medical patients in a New Zealand hospital. *Internal Medicine Journal*, Aug; 38 (8), 629-634.
- Huizing, A., Hamers J., Gulpers M. & Berger M., (2006). Short term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. Full Text Available (includes abstract); *BMC Geriatrics*, Oct 26; BMC Geriatrics; Vol.6, 17 Acedido em: 17.1.2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17067376&site=ehost-live>
- Inouye, SK., (2006). Delirium in older persons. *N Engl J. Med*, 354,1157-65.
- Kapo, J., Morrison L., Liao S. (2007). Palliative care for the older adult. Full Text Available (includes abstract), *Journal of Palliative Medicine*, Feb; Vol.10 (1) 185.209. Acedido em: 17.4.2011, Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009513028&site=ehost-live>.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2012). Censos 2011-Resultados Pré-definitivos. Lisboa. Disponível em:www.ine.pt.
- Leite, E.; Malpique, M.& Santos, M. (1991). *Trabalho de Projecto 1. Aprender por projectos centrados em problemas* (2ª Ed.). Porto: Edições Afrontamento. Coleccção Ser Professor,
- Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly. *Arch Intern Med.*, 168:27-32.

- Machado, S. (2010). Delirium no Idoso. *Tese de Mestrado*. Porto: Faculdade de Medicina da universidade do Porto.
- McRae, T. (2001). Avaliação e tratamento do *delirium* e da demência. In Gallo, J. et al. *Assistência ao idoso. Aspectos clínicos do envelhecimento*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Meleis, A.; Sawyer, L. M.; Im, E.; Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nurse Science*. 23 (1), pp. 012-018. Acedido em 14/07/2011, disponível em: <http://www.b-on.pt>
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4.ªed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Molasiotis, A. (1995). Use of physical restraints 2: alternatives. *British Journal of Nursing (BJN)*, 1995 Feb 23-Mar 8; 4 (4): 201-2, 219-20 (journal article). Acedido em: 22.5.2011. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1995025612&site=ehost-live>
- Nasiya, N., Ahmed, M.D. & Shannon E. (2010). Acute Care for the Elderly: A Literature Review. *Population Health Management*, 13 (4). Mary Ann Liebert, Inc.
- Neville, S. (2006). Delirium and older people: repositioning nursing care. *Internacional Journal of Older People Nursing*. 1, 113-120. New Zealand.
- Oliveira Soares, A. (1999). A síndrome de desorientação hospitalar. *Revista de Medicina Interna*. 6, (1). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Parecer N.º 72/2008 do conselho de enfermagem . Acedido em 22.1.2012. Disponível em :
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-72-2008.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional. Acedido a 5.7.2011. Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Caderno temático)
- Osório, A., Pinto, F. (2007). *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget.
- PORTUGAL, Direção Geral da Saúde (2008). Patologias a integrar, prioritariamente, em projetos da gestão integrada da doença. Lisboa: Divisão Gestão Integrada da Doença.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016- Pensar Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. (1). Acedido em 16.4.211. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/pensarsaude_nr1.pdf

- Potter, J. & George, J. (2006). The prevention, diagnosis and management of delirium in the order people: concise guidelines. *Journal of the Royal College of Physicians*, 6 (3), pp. 303-308

Acedido em 14/4/2011. Disponível em: [Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians](#)

- Ruivo, M., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. In: Percursos. Publicação da área disciplinar de enfermagem: (5) ESSIP Setúbal.

- Sampaio, F., Sequeira, C. & Sá, L. (2010). Tradução do Método de Avaliação da Confusão (CAM): Importância no Contexto da Saúde Mental. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Acedido em 11.6.2011. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4197/1/Sampaio>

- Sequeira, C. (2010). *Cuidador do Idoso com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

- Schofield, I. (2007). Delirium. In: Neno, R.; Aveyard, B.; Heath, H. *Older People and Mental Health Nursing – a handbook of care*. UK: Blackwell Publishing.

- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transition: A Central Concept in Nursing. *Jornal of Nursing*. 26(2), pp. 119-127.

- Siddiqi, N., Holt R., Britton A. & Holmes J.,(2009). Interventions for preventing delirium in hospitalised patients (Review). *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA . Despacho 10/86, publicado no DR, 2ª, 102 de 05-05-86. Acedido em 11.6.2011. Disponível em: <http://spmi.pt/legislacao-02.asp>.Acedido a 20/07/2011.

- Tropea J., Slee J.A., Brand C.A., Gray L. & Snell T.(2008). Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Ausralia. 27, pp.150-6. *Australas J Ageing*

- Tutton, E. (2005). Patient participation on a ward for frail older people. *Journal in Advanced Nursing*.50 (2), pp. 143-152. Acedido a 20/07/2011. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=113&sid=dfc64646-6e9a-48f6-8066-0310786416f4%40sessionmgr113&vid=5>

- Vidán M., et al (2009)- An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (11), pp. 2029-36
- WHO (2005). *Chronic diseases and their common risk factors* [online] Atualizado em 2005. Acedido em 12.5.2010 Disponível em: <http://www.who.int>
- Young J. & Inouye S.K. (2007). Delirium in older people. *BMJ*. April 21, 334(7598), pp. 842-846. Acedido a 4/5/2011. Disponível em: [10.1136/bmj.39169.706574.AD](http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39169.706574.AD)

ANEXOS

ANEXO I
Ciclo Reflexivo de Gibbs

Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988)



ANEXO II

Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)

**FOLHA DE TRABALHO DO ALGORITMO DE DECISÃO DO MÉTODO DE
AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)**

AVALIADOR:

DATA:

I. INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE

a) Existe evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Não ___

Caixa 1

Sim ___

b) O comportamento (anormal) flutuou durante o dia, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Não ___

Sim ___

II. DESATENÇÃO

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em manter o contacto com o que estava a ser dito?

Não ___

Sim ___

III. PENSAMENTO DESORGANIZADO

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de tema para tema?

Não ___

Caixa 2

Sim ___

IV. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

-- Alerta (normal)

-- Vigilante (hiper-alerta)

-- Letárgico (sonolento, facilmente despertável)

-- Estupor (difícil de despertar)

-- Coma (não despertável)

Alguma verificação aparece nesta caixa?

Não ___

Sim ___

Se todos os itens da Caixa 1 estiverem verificados e, pelo menos, um item da Caixa 2 estiver verificado, sugere-se um diagnóstico de *delirium* / confusão aguda.

ANEXO III
Versão completa da CAM

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Observações pelo Entrevistador

Entrevistador: imediatamente após completar a entrevista, por favor, responda às seguintes questões com base no que observou durante a entrevista, no “Modified Mini-Cog Test”, e no “Digit Span Test”.

1A. [*Início A gudo*]

Existe evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

1B. (*Se sim*) Por favor, descreva a mudança e a fonte de informação.

2A. [*Desatenção*]

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em manter o contacto com o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

Incerto – 8

2B. (*Se presente*)

Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

Não aplicável – 9

2C. (Se presente) Por favor, descreva este comportamento.

3A. [Pensamento Desorganizado]

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de tema para tema?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

Incerto – 8

3B. (Se presente)

Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

Não aplicável – 9

3C. (Se presente)

Por favor, descreva este comportamento.

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) – 1  Avance para a questão 5

Vigilante (hiper-alerta, excessivamente sensível aos estímulos ambientais,

assustado/surpreendido muito facilmente) – 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) – 3

Estupor (difícil de despertar) – 4

Coma (não despertável) – 5

Incerto – 8

4B. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

Não aplicável – 9

4C. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Por favor, descreva este comportamento.

5A. [Desorientação]

O doente apresentou-se desorientado em algum momento durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em algum outro local que não no hospital, usando a cama errada, ou julgando erradamente o período do dia?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

Incerto – 8

5B. (Se presente)

Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

Não aplicável – 9

5C. (Se presente)

Por favor, descreva este comportamento.

6A. [Défice de Memória]

O doente demonstrou problemas de memória durante a entrevista, como por exemplo, incapacidade para recordar acontecimentos no hospital ou dificuldade em recordar instruções?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

Incerto – 8

6B. (Se presente)

Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

Não aplicável – 9

6C. (Se presente)

Por favor, descreva este comportamento.

7A. [Distúrbios Perceptuais]

O doente apresentou alguma evidência de distúrbios perceptuais, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações erradas (por exemplo, pensar que algo se estava a mover, quando na realidade não estava)?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

Incerto – 8

7B. (Se presente)

Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

Não aplicável – 9

7C. (Se presente)

Por favor, descreva estas alterações perceptuais.

8A (Parte 1). [Agitação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de actividade motora excepcionalmente aumentado, como por exemplo, inquietação, esgaravatar as roupas da cama, bater os dedos, ou realizar mudanças frequentes de posição?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

Incerto – 8

8B. (*Se presente*)

Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

Não aplicável – 9

8C. (*Se presente*)

Por favor, descreva este comportamento.

8A (Parte 2). [*Lentificação Psicomotora*]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de actividade motora excepcionalmente diminuído, como por exemplo, lentidão, olhar fixamente um espaço, manter-se numa posição durante muito tempo ou mover-se muito lentamente?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

Incerto – 8

8B. (*Se presente*)

Este comportamento flutuou durante a entrevista, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

Não aplicável – 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva este comportamento.

9A. [Ciclo Sono-Repouso Alterado]

O doente apresentou evidência de distúrbio do ciclo sono-repouso, como por exemplo, excessivo sono diurno com insónias durante a noite?

Sim – 1

Não – 2

Incerto – 8

9B. (Se sim) Por favor, descreva o distúrbio.

ANEXO IV
Escala de Barthel

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

<p>USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente</p>	
<p>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros</p>	
<p>ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente</p>	

PONTUAÇÃO

TOTAL (0–100):

Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Observação: esta tradução encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa. Data: 28 de agosto de 2006.

Traduzido por:

Dr. Guanis de Barros Vilela Junior
Grupo de Pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física
UEPG / METROCAMP

ANEXO V

Escala de Lawton e Brody

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (IADL)

ESCALA DE LAWTON E BRODY
Instrumental Activities of Daily Living Scale

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO:

Sofia Madureira, Ana Verdelho, no âmbito do projecto LADIS

smadureira@hotmail.com

averdelho@fmn.ul.pt

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Escala de Lawton e Brody

Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)

Lawton M.P.; Brody E.M. 1969 Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9, 179-186

A escala deve ser administrada a um acompanhante.

Não aplicável: cotar 9 (não aplicável) quando a tarefa nunca foi feita na vida. Nos casos em que a tarefa não é feita no presente por motivos aparentemente independentes da vontade ou capacidade do sujeito (ex: o sujeito não tem telefone em casa ou nunca usa os transportes públicos porque não precisa), o examinador deve formular a questão da seguinte maneira: "suponha que o doente tinha que fazer um telefonema, usar um transporte público, etc...., acha que seria capaz de o fazer?" e cotar de acordo com a resposta.

- A. Capacidade para usar o telefone**
- | | |
|---|---|
| Usa o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc... | 1 |
| Marca alguns números mais conhecidos | 2 |
| Atende o telefone, mas não marca | 3 |
| Não usa o telefone de todo | 4 |
| Não aplicável | 9 |
- B. Compras**
- | | |
|---|---|
| Faz todas as compras independentemente | 1 |
| Só faz, independentemente, pequenas compras | 2 |
| Necessita ser apoiado para fazer compras | 3 |
| Completamente incapaz para fazer pequenas compras | 4 |
| Não aplicável | 9 |
- C. Cozinhar**
- | | |
|--|---|
| Planeia, prepara e serve adequadamente as refeições, de modo independente | 1 |
| Prepara as refeições adequadamente, se lhe forem dados os ingredientes | 2 |
| Aquece e serve refeições já preparadas ou prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada | 3 |
| Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições | 4 |
| Não aplicável | 9 |

D. Lida da casa

- Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional (ex.: ajuda para trabalhos domésticos mais pesados) 1
- Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas 2
- Faz tarefas diárias leves, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável 3
- Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas 4
- Não participa em qualquer actividade doméstica 5
- Não aplicável 9

E. Tratamento da Roupa

- Cuida completamente da lavagem da sua roupa 1
- Lava pequenas peças (meias, cuecas, etc.) 2
- Toda a lavagem de roupa é feita por outros 3
- Não aplicável 9

F. Deslocações

- Viaja independentemente em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro 1
- Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos 2
- Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outras pessoas 3
- Viaja, limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros 4
- Não viaja de todo 5
- Não aplicável 9

G. Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos

- É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempo correctos 1
- Assume a responsabilidade, se medicação estiver separada previamente 2
- Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos 3
- Não aplicável 9

H. Capacidade para tratar das finanças

- Lida com assuntos financeiros independente (orçamentos, cheques, faz pagamentos, vai ao banco) 1
- Maneja o dinheiro no dia a dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas 2
- Incapaz de lidar com dinheiro 3
- Não aplicável 9

Nota: esta pontuação, na versão do projecto LADIS, é distinta da utilizada no instrumento original.

ANEXO VI

Escala de Avaliação Breve do Estado Mental

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Organização:

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Manuela Guerreiro, Ana Paula Silva, Maria Amália Botelho, Olívia Leitão,

Alexandre Castro Caldas, Carlos Garcia

Lisboa, 1994

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

I. ORIENTAÇÃO

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz".
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____

NOTA _____

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Quería que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras".

As palavras são:

PERA GATO BOLA

"Repita as três palavras".

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

NOTA _____

III. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

NOTA _____

IV. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção).

Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ NOTA _____

V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" _____ NOTA _____

b) Mostrar um lápis.

"Como se chama isto?" _____ NOTA _____

c) Repetir a frase:

"O rato ról a rolha" _____ NOTA _____

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" - indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

• Pega no papel com a mão direita _____

• Dobra o papel ao meio _____

• Coloca o papel no chão _____

(ou no local indicado)

NOTA _____

e) "Lê e cumpra o que diz neste cartão".

(Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS"

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).

(Dar 1 ponto por cada realização correcta).

NOTA _____

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros).

NOTA _____

A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar".

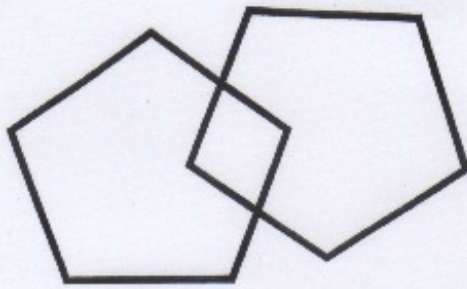
(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

NOTA _____

NOTA TOTAL _____

FECHE OS OLHOS



AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL VALORES DO GRUPO DE CONTROLO

Valores de Corte para a população portuguesa:

Idade superior a 40 anos:

Analfabetos: defeito ≤ 15

1 a 11 anos de escolaridade: defeito ≤ 22

>11 anos de escolaridade: defeito ≤ 27

ANEXO VII

Mini Nutricional Assesement

Sobrenome:		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 o escore indicador de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão <input style="float: right;" type="checkbox"/>	J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições <input style="float: right;" type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso <input style="float: right;" type="checkbox"/>	K O paciente consome: <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"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim» <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal <input style="float: right;" type="checkbox"/>	L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim <input style="float: right;" type="checkbox"/>
D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudanos últimos três meses? 0 = sim 2 = não <input style="float: right;" type="checkbox"/>	M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos <input style="float: right;" type="checkbox"/>	N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade <input style="float: right;" type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23. 3 = IMC ≥ 23. <input style="float: right;" type="checkbox"/>	O O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional <input style="float: right;" type="checkbox"/>
Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mas detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não <input style="float: right;" type="checkbox"/>	Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não <input style="float: right;" type="checkbox"/>	R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31 <input style="float: right;" type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não <input style="float: right;" type="checkbox"/>	Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. <i>Overview of the MNA® - Its History and Challenges.</i> J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. <i>Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).</i> J. Geront 2001 ; 56A : M366-377. Guigoz Y. <i>The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?</i> J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M Para maiores informações : www.mna-elderly.com	
Escore da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Escore total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal	de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos <input type="checkbox"/> desnutrido	

ANEXO VIII
Escala de Morse

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA DE MORSE

		Pontos	Score
1. História de Quedas nos últimos três meses	Não	0	_____
	Sim	25	_____
2. Diagnóstico Secundário	Não	0	_____
	Sim	15	_____
3. Ajuda na mobilização			
Acamado/Repouso leito		0	_____
Bengala/Andarilho/Canadiana		15	_____
Aparelho/Equipamento		30	_____
4. Terapia endovenosa	Não	0	_____
	Sim	20	_____
5. Marcha			
Normal/Acamado/Cadeira de rodas		0	_____
Lenta		10	_____
Alterada/cambaleante		20	_____
6. Estado Mental			
Orientado		0	_____
Desorientado/Confuso		15	_____
		Total	_____

Morse, J.M., Morse, R.M., & Tylko, S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8,366-377.

Nível de Risco	Score
Sem Risco	0-24
Risco Baixo	25-50
Risco Elevado	≥ 50

Score Mim.: 0 Score Max.:125

ANEXO IX
Avaliação do estágio

2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Médico-Cirúrgica:
vertente da Pessoa Idosa

Documento de avaliação do estágio

O *DELIRIUM* EM CONTEXTO HOSPITALAR: A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO
DO CUIDADO DE SI

Discente: Enf^a Maria João Lemos

No decorrer do estágio supracitado a discente Maria João Lemos demonstrou um distinto leque de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, o impacto da doença e do internamento hospitalar na pessoa idosa, nomeadamente sobre o *delirium*, tendo conseguido transpor esses conhecimento na prestação de cuidados. Assim sendo, posso afirmar que cuidou da pessoa idosa com risco de / ou em *delirium* envolvendo-a e à família como parceiros no contexto intra-hospitalar, respeitando o direito à informação da pessoa idosa e família, escolha e autodeterminação na enfermagem e nos cuidados de saúde.

Integrou-se com facilidade no serviço e na equipa multidisciplinar, conseguindo sensibilizar a mesma para a importância e pertinência deste projecto, acabando por ser reconhecida pelos pares como pessoa de referência nos cuidados à pessoa com *delirium*. Neste contexto colaborou na avaliação, no planeamento e na avaliação dos cuidados à pessoa idosa com *delirium* junto dos seus pares demonstrando total disponibilidade e uma atitude promotora de um fluxo bidireccional de conhecimentos decorrentes de experiencias profissionais distintas entre a discente e a equipa de enfermagem que promoveu o respeito, reconhecimento e crescimento mútuos. Por outro lado, o facto de facultar o *feedback* constante dos resultados atingidos no decorrer do estágio promoveu o envolvimento e a participação equipa.

De realçar ainda que fomentou a continuidade dos cuidados através de informação oral, registos e de bibliografia que forneceu, suportando a sua tomada de decisão na evidência científica.

As passagens de ocorrências foram os momentos elegidos pela discente para a reflexão e discussão de casos específicos com sucesso na partilha de experiências e sentimentos entre os elementos da equipa de enfermagem com participação activa de todos eles.

Pelo anterior descrito e em consonância com o relatório de estágio concretizado pela discente considero que os objectivos gerais delineados para este estágio e passo a citar:

- 1- Desenvolver competências como enf^a especialista na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem;
- 2- Desenvolver competências como enf^a especialista em parceria com a equipa de enfermagem na prevenção, avaliação e prestação de cuidados à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar;

foram plenamente atingidos.

Por último, fica a referência da continuidade deste projecto no serviço de Medicina 3 C, HPV-CHLN onde ainda hoje os enfermeiros recorrem ao CAM para o diagnóstico do *delirium* na pessoa idosa apesar de ainda não ser uma norma instituída no dito serviço/entidade hospitalar.

Co-orientadora
Enf^a Especialista Helena Florêncio

Abril, 2012

ANEXO X
Recomendação (XV/E/8301/4/94) da União Europeia

Recomendação (XV/E/8301/4/94) da União Europeia, citada por Costa (2002, p.49), referente à formação no domínio dos Cuidados aos Idosos, em que considera que o enfermeiro é responsável por funções como:

- Planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados de Enfermagem numa multiplicidade de situações, com a participação ativa dos idosos, das suas famílias e comunidade;
- Gerir a prestação de cuidados de saúde nos serviços, incluindo a promoção de saúde, a profilaxia, os cuidados curativos e a reabilitação ou serviço de apoio aos idosos, sua família e grupos específicos;
- Transmitir ensinamentos aos idosos, à sua família, aos que lhe prestam cuidados e ao pessoal de saúde;
- Contribuir ativamente como um membro efetivo da equipa de cuidados;
- Desenvolver a prática dos cuidados de enfermagem aos idosos através da reflexão crítica e da investigação.

De seguida, descrevo as competências imanadas pelo curso de pós licenciatura e que pretendo atingir com o desenvolvimento deste projecto:

- Avalia e presta cuidados específicos de uma forma global à pessoa idosa, tendo em conta o processo de envelhecimento, a doença crónica existente e o seu contexto de vida;
- Avalia e presta cuidados específicos à pessoa idosa tendo sempre presente o contexto familiar, o cuidador familiar e as sua próprias crenças de saúde;
- Desenvolve um trabalho em parceria com a pessoa idosa e a família;
- Identifica prontamente alterações relacionadas com o processo de envelhecimento, que afecta a capacidade cognitiva e funcional da pessoa idosa;
- Identifica prontamente alterações relacionadas com o estado de consciência na pessoa idosa;
- Integra conhecimentos aprofundados na avaliação do estado de confusão e estratégias de intervenção de enfermagem;
- Integra conhecimentos aprofundados por forma a desenvolver intervenções relacionadas com a prevenção, tratamento e recuperação da pessoa idosa com doença crónica e sua família;
- Gere na equipa de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa idosa.

APÊNDICES

APÊNDICE I
1ª Reflexão crítica da equipa de enfermagem

1ª REFLEXÃO

Fase Inicial

O meu nome é Maria João Lemos e estou a frequentar o 2º Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área do Idoso. No âmbito da Unidade Curricular Opção II pretendo realizar o projeto de Estágio no Serviço de Medicina com o título “O *delirium* no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem na promoção do Cuidado de Si”.

Tendo como base, uma situação de uma pessoa idosa com *delirium* vivida na sua prática clínica, peço que reflita e responda às questões abaixo apresentadas

DESCRIÇÃO – O que aconteceu?

SENTIMENTOS – O que pensou e sentiu?

AVALIAÇÃO – O que foi positivo e negativo na experiência?

ANÁLISE – O que retira dessa situação?

APÊNDICE II

Fatores de risco do *delirium*

Factores de risco do *delirium*

- Idade (65 anos ou mais)
- Sexo Masculino
- Antecedentes de episódio de *Delirium*
- Fragilidade física
- Doenças graves
- Múltiplas patologias
- Demência
- Depressão
- Hospitalização
- Imobilização
- Infecções
- Desidratação
- Desnutrição
- Polimedicação
- Abuso do álcool
- Insuficiência renal
- Privação sensorial (deficiência visual e surdez)

•Inouye S.K. (2006). Delirium in older persons. *N Engl J. Med.*, 354,1157-1165

•Young J., Inouye S.K. (2007). Delirium in older people. *BMJ*, 334, 842–846.

APÊNDICE III
Fatores precipitantes de *delirium*

Factores precipitantes de *Delirium*

Ambientais	Dor Stress emocional Imobilização forçada Procedimentos invasivos Unidade de cuidados intensivos
Patologias intercorrentes	Infecções (Ex: urinárias e respiratórias baixas) Insuficiência renal Alterações metabólicas Desidratação Desnutrição Obstipação Falência respiratória/Hipóxia Choque Enfarte agudo do miocárdio Anemia Hiper ou hipotermia Hipoalbuminemia Síndrome paraneoplásico
Patologias neurológicas primárias	Infecções (meningite, encefalite, sífilis) Alterações neurológicas (Ex: AVC, Epilepsia) Acidente vascular encefálico Hemorragia intracraniana
Cirurgias	Cardíacas Ortopédicas (Ex: colo do fémur) Outras
Fármacos	Polimedicação Alteração na medicação habitual Agonistas dopaminérgicos Anticolinérgicos Ansiolíticos Narcóticos Abuso de drogas ou álcool Abstinência alcoólica
Ciclo de sono-vigília	Privação do sono

Inouye S.K. (2006). Delirium in older persons. *N Engl J. Med.*, 354,1157-1165

Young J., Inouye S.K. (2007). Delirium in older people. *BMJ*, 334, 842–846.

Machado S. (2010). Delirium no Idoso. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

APÊNDICE IV

Intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção de
delirium

Intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção de *delirium*

- Promover ambiente calmo e confortável
- Incluir elementos orientadores (Ex: relógios, calendários, objectos familiares)
- Evitar mudanças de quarto
- Minimizar mudanças nos profissionais que interagem com o doente, tanto quanto possível
- Iluminar o quarto durante o dia (no caso de terem pouca luz solar)
- Reduzir ao mínimo o ruído/luz durante a noite
- Incentivar a presença de familiares ou pessoas significativas
- Promover alimentação e hidratação adequada
- Manter padrão de eliminação intestinal e vesical
- Manter oxigenação adequada
- Manter electrólitos em valores adequados
- Promover mobilização regular
- Encorajar a autonomia nas actividades diárias
- Promover comunicação orientadora regular
- Tratar a dor se existir
- Minimizar procedimentos invasivos
- Evitar imobilização física
- Proporcionar o uso de equipamento corrector de alterações visuais ou auditivas
- Incluir medidas não-farmacológicas no controlo da ansiedade
- Evitar fármacos psicoactivos
- Realizar revisão regular da medicação
- Manter ou restabelecer o padrão de sono normal

APÊNDICE V

Fármacos potenciadores de *delirium*

Fármacos potenciadores de <i>delirium</i>	
Anticolinérgicos	Oxibutinina
Benzodiazepinas	Lorazepam, Diazepam, Alprazolam, Clordiazepóxido, Temazepam, Clorazepat
Antipsicóticos	Haloperidol
Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina
Opióides	Codeína
Antiarrítmicos	Digoxina
Diuréticos	Furosemina
Anti-histamínicos	Hidroxina, Prometazina
Antiarrítmicos	Digoxina
Antieméticos	Metoclopramida
Broncodilatadores	Teofilina
Relaxante muscular	Ciclobenzaprina

- Young J., Inouye S.K. (2007). *Delirium in older people*. *BMJ*, 334, 842–846
- Machado S. (2010). *Delirium no Idoso*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

APÊNDICE VI

Autorização da Direção de Enfermagem para a realização do projeto



Exma Sr^a
Enf^a Grad. Maria João da Silva Carvalho
Maia Lemos
Bloco Operatório - CHLN-HPV

ASSUNTO: Autorização para a realização de um projecto de estágio a desenvolver na área do idoso, no âmbito da Unidade Curricular Opção II do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a realização de um projecto de estágio a desenvolver na área do idoso, no Serviço de Medicina II C, intitulado “Avaliação do estado de confusão do idoso em contexto hospitalar”, no âmbito da Unidade Curricular Opção II do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 22 de Novembro de 2011

A Enfermeira Directora

(Catarina Bataca)

\AR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

APÊNDICE VII

Pedido de autorização à Diretora do Serviço de Medicina para a realização
do projeto

Exº Sr. Director do Serviço de Medicina 3C
do Hospital Pulido Valente

Eu, Maria João da Silva Carvalho Maia Lemos, Enfermeira Graduada com o número mecanográfico 37355, a exercer funções no Bloco Operatório do HPV, encontro-me a frequentar o 2º Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área do Idoso, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Artur Ravara.

No âmbito da Unidade Curricular Opção II pretendo realizar o projecto de estágio no serviço de Medicina 3-C do HPV com título "Avaliação do estado de confusão do idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para reduzir a contenção mecânica".

No sentido de atingir o objectivo do projecto "desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem, na avaliação do *delirium* e identificação de estratégias de actuação de enfermagem, identificando o potencial do exercício profissional de modo a dar resposta às necessidades de dignidade, segurança e liberdade do idoso sem utilizar a contenção mecânica", é fundamental a utilização, por parte da equipa de enfermagem, do instrumento que possibilita de uma forma rápida e simples a avaliação do *delirium* da pessoa idosa denominado "Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)", estando o mesmo traduzido para português com o consentimento da autora original

Neste sentido venho pedir autorização para a sua utilização nos clientes idosos internados no serviço de Medicina 3-C.

Sem outro assunto de momento
Com os melhores cumprimentos

Lisboa 10 de Outubro de 2011

Autorizado

DIRECÇÃO DO SERVIÇO DE
MEDICINA III
Chefe Serviço
Dr.ª Glória Nunes da Silva
N.º Mecanográfico 37137

10/10/11

APÊNDICE VIII
Autorização da Comissão de Ética do CHLN



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Prof.^a. Doutora Maria Luísa Figueira /CHLN)

Membros

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre Enf.^a. Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)

Prof. Doutor João Lavinha (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Prof.^a. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Enf.^a. Graduada Maria João da Silva C. Maia Lemos

Bloco Operatório do Hospital Pulido Valente

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 7 de Novembro de 2011

Assunto: Projecto de Investigação "Avaliação do estado de confusão do idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para reduzir a contenção mecânica", no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa

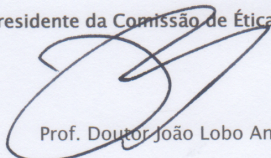
Relator - Mestre Enf.^a. Isabel Côrte-Real

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 12 de Outubro de 2011, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE
ÉTICA CHLN/FML**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

APÊNDICE IX

Pedido de autorização à autora para a utilização do algoritmo da CAM

AgingBrainCenter <AgingBrainCenter@hsl.harvard.edu>

Assunto: Re: Permission request for using CAM

Data: 3 de Agosto de 2011 17:05:08 WEST

Para: Maria João Lemos <mjlemos1@gmail.com>

Dear Ms. Lemos,

You have Dr. Inouye's permission to use the CAM for research and clinical purposes. We do ask that you include the acknowledgment below on any paper or electronic replications of the CAM. This is also found on page 23 of the manual.

"Adapted from: Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright 2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH."

If you are translating the CAM for your research we would appreciate receiving a copy for our website. Include information on translation or validation procedures (e.g., translation and back-translation) and how you would like to be acknowledged. All adaptations and translations are covered under the original copyright, and are subject to the same conditions.

Should you choose to use the CAM in any research or publications in the future, we request that you inform our office and share with us your results or document prior to release. I have attached for you a copy of our training manual which can also be found at <http://www.hospitalelderlifeprogram.org/private/cam-disclaimer.php?pageid=01.08.00>

If you have any further questions, please don't hesitate to contact me.

Regards,
Margaret Puelle

Maria João Lemos <mjlemos1@gmail.com> 7/28/2011 6:41 PM >>>
Doctor Sharon K. Inouye:

My name is Maria João Maia Lemos, I'm a portuguese nurse working in an internal medicine ward in a Central Hospital in Lisbon. I'm also on the specialization nursing course for the elderly care, and developing a project in which we pretend to assess the confusion of these elders in a ward, with the main objective of decreasing the using of physical restraints, as well as we use alternative strategies.

For so, I would like to request the permission to use yours Sample

Pocket Card of the Confusion Assessment Method in the implementation of the project, that has already been translated to portuguese, with your permission, by one of our Francisco Sampaio, Carlos Sequeira and Luis Sá in 2010.

With gratitude,

Maria João Lemos

APÊNDICE X

Autorização dos autores para a utilização da tradução do algoritmo da
CAM

De: Francisco Sampaio <fmcsampaio@gmail.com>

Assunto: Confusion Assessment Method

Data: 20 de Julho de 2011 23:04:32 WEST

Para: mjlemos1@gmail.com

Boa noite Maria João.

Recebi hoje e-mail do Prof. Carlos Sequeira, dizendo que estavas a fazer um trabalho de Mestrado na área da Confusão no Doente Idoso, e que pretendias utilizar a CAM como instrumento de avaliação.

Eu chamo-me Francisco Sampaio, estou a fazer o Mestrado na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e o meu trabalho de Mestrado consiste, precisamente, na tradução, validação e eventual adaptação da CAM para a população portuguesa (algoritmo de diagnóstico e escala completa), processo que espero ter concluído daqui a cerca de um ano.

O processo de tradução para Portugal (e retroversão) está concluído, e todos os itens já se encontram validados por um grupo de peritos, falta apenas realizar o trabalho de campo. Como tal, tenho em minha posse a escala traduzida, bem como o manual de utilização da escala, igualmente traduzido. Redigi, igualmente, um artigo acerca do processo de tradução há cerca de um ano, que poderei também disponibilizar-te se assim o entenderes (de qualquer modo, está disponível no livro "Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental".

Diz-me só qual o material de que precisas, porque poderei disponibilizar logo que necessites (inclusivamente artigos sobre a CAM).

Cumprimentos,

Francisco Sampaio

APÊNDICE XI
Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Finalidade do Estudo: prevenir e/ou minimizar o impacto do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada no serviço de Medicina.

Procedimento: a participação neste estudo far-se-á através da aplicação do Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (*Confusion Assessment Method - CAM*), cujo instrumento de avaliação se anexa. A informação obtida (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei da Protecção de Dados Pessoais n.º 67/98 de 26 de outubro.

A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo a qualquer momento negar o consentimento.

_____ (nome), declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza do estudo. Fui esclarecido(a) sobre os aspectos que considero importantes. Fui informado(a) que tenho o direito de recusar participar. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste estudo.

Lisboa, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Maria João Lemos

APÊNDICE XII
Revisão da literatura

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi realizada à semelhança de uma revisão sistemática da literatura. Para tal foi utilizada como guia orientadora a seguinte pergunta de investigação em formato PI(C)O: “**Quais as intervenções (I) de enfermagem (P) face à pessoa idosa hospitalizada com *delirium* (O) ?**”. (Quadro 1).

Quadro 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação

P	Participantes	O que foi estudado?	Enfermeiros
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem
C	Comparação	Pode existir ou não	
O	Outcomes	Resultados	Pessoa idosa hospitalizada com <i>delirium</i>

Para a realização da pesquisa, obtenção dos artigos adequados à questão de investigação e aos objetivos do estudo, foram estabelecidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão (Quadro 2).

Quadro 2 – Critérios para a inclusão e exclusão de artigos/estudos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Pessoa idosa com idade superior ou igual a 65 anos com <i>delirium</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoas com idade inferior a 65 anos. - Pessoa idosa com doença mental. - Pessoa idosa sem <i>delirium</i>.
Intervenção	Intervenções de enfermagem	-Todas as intervenções que não sejam de enfermagem.
Tipo de estudo	Estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas de literatura	- Artigos não disponíveis em <i>full texto</i> , textos sem metodologia científica, não incluem intervenções de enfermagem para cuidar da pessoa idosa hospitalizada com <i>delirium</i> .

A pesquisa da literatura científica teve em conta os artigos publicados com texto integral e restringido a um período de cinco anos (2006-2011), tendo sido realizada durante o mês de outubro de 2011. Para a realização desta pesquisa foram consultadas as bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS*, *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS* disponíveis no motor de busca *EBSCO*.

As palavras-chave utilizadas foram: *elderly*, *nursing strategies*; *delirium*; *hospitalization*.

Da pesquisa original resultaram 33 artigos encontrados segundo os critérios estabelecidos. Da totalidade dos artigos foram selecionados para análise 3, sendo que 2 se encontravam repetidos e 28 foram excluídos segundo os critérios de exclusão pré-definidos.

Quadro 3 - Artigo n.º 1

Titulo	Acute Care for the Elderly: A Literature Review
Autor	Nasiya N. Ahmed; M.D. and Shannon E. Pearce; G.N.P.
Ano de Publicação	2010
Método	Revisão da literatura realizada com foco em estudos randomizados controlados, ensaios clínicos e análises de meta análises de 1990-2008.
Participantes	População adulta com idade > ou = a 65 anos que receberam cuidados agudos hospitalares em unidades de cuidados intensivos e serviços de medicina.
Objetivos	Avaliar a eficácia dos cuidados intensivos em unidades de internamento nos adultos com idade superior a 65 anos.
Resultados	Os cuidados intensivos em unidades de internamento foram associados a resultados globais positivos relacionados com os custos, tempo de internamento, taxas de reinternamento, redução do declínio funcional e satisfação do doente e equipa. Alguns estudos apontam também para uma diminuição da incidência de <i>delirium</i> e polimedicação.

Quadro 4 - Artigo n.º5

Titulo	An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients
Autor	María T. Vidán, MD, PhD, Elisabet Sanchez, MD, Mar Alonso, RN, Beatriz Montero, MD, Javier Ortiz, MD, and José A. Serra, MD, PhD.
Ano de Publicação	2009
Método	Estudo clínico prospetivo controlado.
Participantes	542 participantes com 70 anos ou mais, sendo 170 de unidade geriátrica e 372 de internamento de medicina.
Objetivos	Analisar a eficácia de uma intervenção multicomponente integrada na prática diária para a prevenção de <i>delirium</i> hospitalar em pacientes idosos.
Resultados	As intervenções mulicomponentes, não farmacológicas, utilizadas na prática como um rotina, diminuem o <i>delirium</i> nos pacientes idosos durante o internamento, melhorando também a qualidade dos cuidados e podem ser implementadas sem recursos adicionais num sistema de saúde público.

Quadro 5 - Artigo n.º6

Titulo	Interventivos for preventing delirium in hospitalised patients (Review)
Autor	Siddiqi N.; Holt R.; Britton A.M.; Holmes J.
Ano de Publicação	2009
Método	Revisão sistemática da literatura
Participantes	833 participantes conduzidos em ambientes cirúrgicos, distribuídos por um total de 6 estudos.
Objetivos	Determinar a eficácia de intervenções destinadas a prevenir o <i>delirium</i> em doentes hospitalizados e realçar a qualidade e quantidade de evidências de pesquisas para prevenir <i>delirium</i> em doentes hospitalizados.
Resultados	Apenas um estudo com 126 pacientes, compara a consulta geriátrica com os cuidados habituais, sendo que a consulta permite detetar a incidência de <i>delirium</i> no idoso. Foi observada uma diminuição na incidência total de <i>delirium</i> durante o internamento no grupo de intervenção. A intervenção foi particularmente eficaz na prevenção de delirium grave. Não existiu efeitos sobre a duração dos episódios de <i>delirium</i> , tempo de internamento, comportamento cognitivo e institucionalização pós alta. Também não existiu diferença significativa na incidência cumulativa de <i>delirium</i> entre os grupos de tratamento e controle num grupo de 50 doentes com demência. O Haloperidol profilático numa dose baixa, pode reduzir a gravidade e duração dos episódios de <i>delirium</i> e diminuir o tempo de internamento.

Intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à pessoa idosa com *delirium* obtidas através de pesquisa bibliográfica

Estudo (Autor e data)	Desenho	Participantes	Categoria	Intervenção
Kapo, M.D.J; Morrison, L.J; Liao, M.D.S (2007)	Revisão sistemática da literatura	852 pessoa idosa com <i>delirium</i> .	Medidas ambientais	Ambiente calmo; redução de ruídos; iluminação do ambiente adequada para o tempo real do dia.
			Orientação para a realidade	Reorientação frequente; uso de relógio e calendário; incentivar o uso de óculos e aparelhos auditivos.
			Cuidados de suporte	Eliminando o uso de restrições físicas; mobilização diária.
			Família	Incentivo à visita de amigos e família; colocar na unidade objetos familiares de casa; mobilização diária precoce.
			Sono	Reorientação do sono.
			Medicação	Administração de medicação para aqueles que estejam a sofrer significativamente de agitação e alucinações e que exista ameaça à sua segurança ou de outros.
Neville, S. (2006)	Projeto de pesquisa qualitativa	Pessoas com idade superior a 65 anos que tenham tido episódios de <i>delirium</i> durante o internamento, assim como às suas famílias, 2 enfermeiros e 1 médico.	Cuidados de suporte	Mobilização precoce; evitar restrições físicas.
			Orientação para a realidade	Chamar a pessoa pelo nome; Afirmar o dia e hora que é.
			Hidratação	Manutenção do volume de líquidos.
			Mobilização	Estimular a mobilização.
			Medicação	Administração criteriosa da medicação.

Estudo (Autor e data)	Desenho	Participantes	Categoria	Intervenção
Molasiotis, A. (1995)	Primeiro artigo da série de duas partes	n.a.	Pessoal	Ton de voz amigável e gestos lentos; estar com o doente não só quando está inquieto mas também quando está tranquilo; conversar para manter o seu interesse pelo mundo exterior; ficar no quarto para ajudar a combater o isolamento. Adequação do pessoal e respetivo treino.
			Medidas ambientais	Cama baixa; evitar ruído.
			Família	Incentivar a visita de amigos, outros funcionários e voluntários do hospital; permanência de um familiar ou amigo para permanecer após o horário da noite; objetos familiares como fotografias.
			Orientação para a realidade	Uso de técnicas de orientação, tais como, conversar com o doente, explicando cada ação em detalhe; usar relógio, rádio, televisão ou jornais; recordar acontecimentos recentes.
			Cuidados de suporte	política de não contenção; mobilização diária.

Estudo (Autor e data)	Desenho	Participantes	Categoria	Intervenção
Young J.; Inouye SK (2007)	Revisão sistemática	n.a.	Medicação	Retirar alguns fármacos com actividade anticolinérgica, exemplos: anti-histamínico(hidroxizina,difenidramina); antiespasmódico(alverine, hiosciamina); antidepressivos tricíclicos(amitriptilina); benzodiazepínicos(lorazepam); analgésico(codeína); antiarrítmicos(digixina); diuréticos(furosemida); antiparkinsonianos(orfenadrina, benztropine), estabilizados da bexiga(oxibutinina); broncodilatadore(teofilina). Tratamento medicamentoso para pacientes que apresentem risco para si ou para outros.
			Cuidados de suporte	Gestão da hidratação, hipóxia, nutrição e mobilização, minimizando o tempo na cama. Evitar restrição física nas situações de delirium hiperativo.

APÊNDICE XIII

Intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à pessoa idosa com *delirium* (com referências bibliográficas)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERANTE A PESSOA IDOSA COM DELIRIUM

Intervenções não farmacológicas

Categoria	Subcategorias	Unidades
Ambiente	Adequação do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente delirante beneficia de ambiente calmo (Kapo <i>et al.</i>, 2007) • Iluminação do ambiente adequado para o tempo real do dia (Kapo <i>et al.</i>, 2007) • É essencial que a cama do paciente seja baixa o suficiente para permitir que o paciente saia da cama em segurança - Plano da cama baixo (Molasiotis, 1995) • Sala silenciosa - Evitar o ruído (Molasiotis, 1995) (Kapo <i>et al.</i>, 2007) (Vidán <i>et al.</i>, 2009)
Pessoal	Adequação do pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve ter tom de Voz amigável (Molasiotis, 1995) • Conversar para manter interesse no mundo exterior (Molasiotis, 1995) • A enfermeira também deve ficar muitas vezes no quarto do paciente para combater o isolamento - Presença frequente para evitar isolamento (Molasiotis, 1995) • Os enfermeiros devem procurar estar com os pacientes não só quando estão incontinentes mas também quando estes estão tranquilos - Demonstrar disponibilidade (Molasiotis, 1995) • Execução de gestos lentos em vez de movimentos bruscos pois ajuda a acalmar o paciente (Molasiotis, 1995)
Orientação para a realidade	Estratégias de orientação	<ul style="list-style-type: none"> • A enfermeira deve conversar com o paciente mesmo que ele pareça não entender explicando cada ação em detalhe - Falar para o utente (Molasiotis, 1995) (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Estratégias de orientação foram mostradas para ajudar a recuperar de um episódio de <i>delirium</i>. Estas estratégias incluem chamar a pessoa pelo nome (Neville, 2006) • Afirmar o dia e a hora que é (Neville, 2006) (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Equipas multidisciplinares podem promover a reorientação frequente (Kapo <i>et al.</i>, 2007) • Incentivar o uso de óculos e aparelhos auditivos (Kapo <i>et al.</i>, 2007) (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Usar relógio, rádio, televisão e jornais para orientar o paciente para a realidade - Uso de relógio, televisão, rádio, jornais e calendário. (Molasiotis, 1995) (Kapo <i>et al.</i>, 2007); uso de relógio em cada sala (Vidán <i>et al.</i>, 2009)
Cuidados de suporte	Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do volume de líquidos é um dos princípios chaves para minimizar o risco e manter a segurança (Neville, 2006) • Avaliação e tratamento das pessoas em risco de desidratação - Hidratação (Kapo <i>et al.</i>, 2007) (Young, Inouye, 2007); conselhos de hidratação (Vidán <i>et al.</i>, 2009)
	Mobilização	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a mobilização é um dos princípios chaves para minimizar o risco e manter a segurança (Neville, 2006) (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Mobilização diária/precoce auxilia na orientação (Neville, 2006) (Kapo <i>et al.</i>, 2007); Sair da cama todos os dias durante o internamento (Young, Inouye, 2007) • Sair da cama todos os dias durante o internamento (Young, Inouye, 2007) (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Iniciar mobilização no quarto e corredor e lembrar o doente de fazê-lo todos os dias (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Remover cateter urinário, se possível (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Evitar fluidoterapia contínua, se possível (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Alternância de decúbito na cama de 3 em 3 horas caso a mobilização não seja possível (Vidán <i>et al.</i>, 2009)
	Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de hipóxia (Young, Inouye, 2007)
	Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • No caso de existir desnutrição deve proceder-se ao registo de ingestão diário e administração de suplementos diários (Vidán <i>et al.</i>, 2009)
	Evitar restrição física	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar o uso de restrições (Kapo <i>et al.</i>, 2007) • Política de não restrição - Evitar restrições físicas (Molasiotis, 1995) (Vidán <i>et al.</i>, 2009); restrição física aumenta o risco de delirium através de fatores associados como úlceras de pressão, comportamentos desorganizados, desidratação e incontinência (Neville, 2006); nos pacientes com <i>delirium</i> hiperativo, a restrição física deve ser evitada pois tendem a aumentar a agitação (Young & Inouye, 2007)
Família	Envolvimento da família	<ul style="list-style-type: none"> • A enfermeira pode pedir a um membro da família, um parente próximo a permanecer após o horário da noite para ajudar na transição para a hora do vazio - Permanência de um familiar no início da noite (Molasiotis, 1995) • É essencial incentivar à visita de amigos e familiares (Molasiotis, 1995) (Kapo <i>et al.</i>, 2007) • Delicadamente devolver ao paciente o seu mundo com objetos familiares como fotografias - Colocar na unidade objetos familiares de casa (Molasiotis, 1995) (Kapo <i>et al.</i>, 2007)
Sono	Hábitos de sono	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar e reorientar o tempo de sono (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Oferecer bebida quente antes de dormir (leite ou chá de camomila) (Vidán <i>et al.</i>, 2009) • Adequar o horário de administração dos fármacos para evitar os tratamentos durante o período de sono, se possível (Vidán <i>et al.</i>, 2009)

APÊNDICE XIV
Estudo de Caso

ESTUDO DE CASO

REVELAR-SE

Conheci o Sr. A. na manhã do dia 2 de Novembro de 2011 no Serviço de Medicina. O Sr. A. foi apresentado a toda a equipa de enfermagem na passagem de turno pois tinha dado entrada no serviço na tarde do dia anterior, vindo da urgência de um HCL. O motivo de internamento é um episódio de síncope com eventual queda, o qual já se repete há 3 dias, associado a perturbações amnésicas e períodos de confusão, apresentando desvalorização para tal facto, recusando recorrer ao hospital. O exame neurológico e os exames auxiliares de diagnóstico realizados, não revelaram qualquer alteração compatível com o quadro clínico apresentado. Vive numa pensão, colocado pela segurança social.

História clínica e exame objectivo

O Sr. A. não refere antecedentes pessoais ou cirúrgicos, não são conhecidas doenças e não se encontra a fazer qualquer medicação. À chegada ao Serviço de Urgência apresentava-se vigíl, confuso, desorientado, agitado e verbalmente agressivo, tentando sair do serviço para regressar para a pensão.

Apresenta maus cuidados de higiene, com pele seca, descamativa e pediculose. Refere que toma banho na pensão (três vezes por semana) sendo a roupa lavada por si ou pela equipa da pensão. Idade aparente de acordo com idade cronológica. Pele e mucosas desidratadas e pouco coradas.

Apresenta fáceis triste e um pouco assustado, estando sempre a olhar em seu redor. Invisual do olho esquerdo devido a acidente de trabalho e acuidade auditiva mantida. Aspecto emagrecido. Sem peças dentárias ou próteses, no entanto não refere dificuldade na mastigação, comendo a todas as refeições com bastante apetite e na totalidade das mesmas.

Fumador, não sabendo quantificar o número de unidades por dia. Eupneico com movimentos respiratórios toraco-abdominais. Nega hábitos alcoólicos. Tem hernia

inguinal e hidrocelo à esq. sem dor ou referência de incomodo. Abdóman mole, despresível e indolor á palpação.

As extremidades não apresentam edemas e tónus muscular mantido. Tem marcha com movimentos coordenados mas desloca-se arrastando ligeiramente os pés. Apresenta-se continente de esfíncteres relativamente à eliminação vesical e intestinal; tem urina alaranjada e evacua 1xdia.

Não refere dificuldade em dormir e dorme cerca de 10 horas por noite sem necessidade de recorrer a medicação.

Esta informação foi confirmada pela responsável da pensão, via telefone, à equipa médica e assistentes sociais.

Para que seja elaborado um diagnóstico rigoroso, é fundamental a utilização de instrumentos de medida, não substituindo é certo, uma entrevista para recolha de dados subjetivos e individualizados, fundamentais para o planeamento das intervenções e promoção da continuidade dos cuidados. Desta forma, a avaliação global do idoso engloba a identificação da capacidade funcional e cognitiva do individuo. Assim, para uma avaliação mais completa do Sr. A., apliquei as escalas de Barthel e Lawton e Brody.

A Escala de Barthel é um instrumento que nos permite fazer a avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD) e desta forma, a capacidade funcional do idoso e determinando o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada atividade. Os pontos de corte resultantes da avaliação ao SR. A. são de 100 o que indica que é independente, no entanto, a maior importância desta escala é poder identificar em que atividades o idoso está dependente para que seja elaborado um plano de cuidados individualizado. Na situação em concreto, foi possível avaliar que o Sr. A. é independente em todas as AVD, no entanto, relativamente aos cuidados de higiene estes são deficientes, mas não por falta de autonomia na sua realização.

No que diz respeito à Escala de Lawton e Brody, este instrumento permite avaliar o grau de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de forma gradual e parcelar. Esta escala foi realizada mediante questões colocadas à responsável do lar. Muito embora o Sr. A. esteja institucionalizado, sai para a rua onde realiza algumas tarefas, tais como ir ao café e passear. Esta escala mostra-nos que é independente para a maioria das AIVD, no entanto, necessita de apoio para fazer compras, que lhe preparem e sirvam as refeições; maneja o dinheiro do dia a dia mas precisa de ajuda para lidar com somas avultadas.

Também de grande importância quando se trata de realizar uma adequada avaliação do idoso é a avaliação da capacidade cognitiva, uma vez que o declínio destas funções é normal na pessoa idosa. As escalas que são utilizadas na avaliação da deterioração mental, estão de certa forma estruturadas para determinar os défices cognitivos ou comportamentais numa perspectiva transversal, que corresponde ao momento da sua aplicação.

Para este estudo, utilizei a Escala de Avaliação Breve do Estado Mental. A aplicação desta escala ao Sr. A. revelou que não possui comprometimento cognitivo, tendo um *Score* de 20, num máximo de 30, sendo que os erros foram ao nível da orientação temporal, memória, cálculo e desenho.

Devido ao aspeto emagrecido do Sr. A., senti necessidade de avaliar o seu estado nutricional, pelo que apliquei Mini Nutritional Assessment MNA® com score de 13 que representa, sem risco nutricional. Apresenta um Índice de Massa Corporal = 22 o que representa médio risco de comorbilidade e circunferência abdominal com 80 cm o que indica ausência de risco de complicações metabólicas.

Embora até esta data o Método de Avaliação da Confusão (CAM) através do Algoritmo ainda não estivesse implementado no serviço, foi aplicado por mim com o objectivo de avaliar se o Sr. A. estava em *delirium*. Todas as respostas ao algoritmo da CAM foram negativas, o que demonstra que não se encontrava em situação de *delirium*. Estas escalas foram aplicadas por mim, numa avaliação realizada após uma semana de internamento no Serviço de Medicina, com a exceção da Escala de Glasgow (score 14) e Escala de Morse (score de 95) que foram aplicadas à chegada ao serviço, aquando da colheita de dados realizada na admissão. Relativamente à Escala de Morse, a sua avaliação foi repetida durante 4 semanas e embora se mantenha com risco elevado de queda, o score passou de 95 para 60.

Contexto de vida e família da pessoa idosa

O Sr. A. A. F. C., gosta de ser chamado por A., é natural Loures, tem 79 anos, estatura baixa, biotípo humano branco, é divorciado, reformado de torneiro mecânico, tendo estudado até à 4ª Classe. Tem dois filhos. Os filhos vivem com a “companheira” (é desta forma que o Sr. A. se refere à ex-mulher), mas a sua grande preocupação é o

filho ao qual se refere “... sabe o rapaz anda naquela coisa...a droga! Está desgraçado! Eles tentam mas não conseguem sair de lá. É muito difícil!”

Reside numa pensão em Entre Campos após o Tribunal ter ordenado a sua saída de casa por maus tratos à ex-mulher. O Sr. A. fala da “*companheira*” com carinho, refere várias vezes que gostava de a visitar na sua casa e aguarda todos os dias a sua visita dizendo “...a minha *companheira* deve de vir cá hoje!”. Após 3 semanas de internamento, a ex-mulher foi visitá-lo uma vez, estando por breves minutos, sem colocar qualquer questão à equipa de enfermagem relativamente ao estado de saúde do Sr. A. e quando o filho chegou a conversa tomou contornos um pouco agressivos, tendo esta deixado o serviço. Segundo o filho, os pais sempre tiveram uma relação conflituosa e a mãe aproveitou um incidente em casa para chamar a polícia e dizer que o Sr. A. a tinha agredido. Nunca recebeu a visita da filha e no decorrer das conversas raramente se refere a ela. Relativamente ao filho, este visita o pai com alguma regularidade, dirige-se á equipa de enfermagem para saber da sua situação e permanece por longos períodos junto deste. Nunca foram observados por parte deste qualquer atitude agressiva dirigida ao pai.

O Sr. A. mostra indícios de isolamento social pelas escassas relações sociais, pois relaciona-se ocasionalmente com os restantes utentes da pensão e algumas pessoas que frequentam o café onde vai diariamente. Não lhe são conhecidos amigos ou outros familiares e tem contacto com os filhos e *companheira* esporadicamente. Quando questionado, refere gostar de estar na pensão “ *Tenho lá tudo, dão-me de comida e tenho cama onde dormir! Eu gosto de lá estar*”. Faz ainda comparação relativamente ao internamento no hospital “...*aqui não há liberdade...é como os pássaros, estamos dentro de uma gaiola e isto faz-me mal à cabeça!...já estou farto de está aqui*”.

É fundamental referir que o Sr. A. deu entrada no serviço de Medicina, vindo do serviço de urgência às 21:30h acompanhado pelos maqueiros do serviço de transportes desta Unidade Hospitalar. Tal como referido anteriormente, o Sr. A. estava consciente, desorientado no espaço e no tempo, referindo vontade em regressar à pensão. Já no serviço de Medicina e durante a primeira noite, surgiu junto da sala dos enfermeiros com os seus objetos pessoais e com a sua roupa dizendo que se queria ir embora para a pensão. Foi reorientado para o tempo e espaço, acatando a indicação para regressar à sua unidade de uma forma passiva. Os seus objetos pessoais foram fechados à chave.

O meu encontro com o Sr. A. ocorre na tarde do 2º dia de internamento, tendo

ficado responsável pela prestação de cuidados ao longo do internamento, sempre que fui ao serviço. Não foi no primeiro contacto que o Sr. A. consegui transmitir toda a informação relativa ao contexto de vida nem revelar os seus sentimentos, tendo sido necessário um grande investimento na fase do revelar-se do processo de parceria. Desta forma, foi necessário utilizar uma comunicação interpessoal que se desenvolveu entre mim e o Sr. A., no que diz respeito à família, apenas foi possível estabelecer esta relação com o filho, uma vez que a companheira apenas o visitou numa tarde e eu não estava presente nesse turno. Foram necessários alguns dias de relação de ajuda para conhecer o seu potencial de desenvolvimento com o objectivo de ajudar a promover o seu projeto de vida e de saúde, tendo este processo como base uma relação de confiança no sentido de diminuir a ansiedade, motiva-lo a aceitar e a prosseguir com o internamento, desenvolver sentimento de confiança para que visse em mim, e em toda a equipa de enfermagem, pessoas que o compreendiam e em quem podia confiar de forma a criar uma convivência terapêutica entre todos.

ENVOLVER-SE

Relativamente à situação clínica do Sr. A. e após vários exames auxiliares de diagnóstico não foi identificada a causa das síncope, no entanto, foi colocado como possível diagnóstico um processo demencial. Ainda no Serviço de Urgência, o Sr. A. foi referenciado para a Assistente Social que estabelece eventual integração em Lar. Este processo tem continuidade pela equipa que dá apoio ao Serviço de Medicina e que estabelece contacto com o responsável da Pensão na tentativa de conhecer e validar a informação fornecida pelo Sr. A.. Toda a informação obtida é partilhada e discutida pela equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro responsável pelo doente, enfermeiro chefe e assistente social).

É importante referir que no 2º dia de internamento o Sr. A. encontrava-se orientado no espaço, tempo e pessoa, calmo, não demonstrando qualquer tipo de agressividade ou tentativa de sair do serviço. Desde o início do internamento foram realizadas algumas intervenções de prevenção *delirium*, uma vez que o Sr. A. apresentam factores de risco para o seu desenvolvimento, tais como a idade, hospitalização, um possível processo demencial e episódios de desorientação, mas facilmente orientado. As intervenções foram: evitar mudanças no quarto e nos

profissionais que interagem com o doente, proporcionar ambiente calmo e confortável, incentivar a presença do filho, promover mobilização regular dando alguns passeios pelo serviço, promover comunicação orientadora regular, encorajar a independência nas atividades diárias e incluir objetos familiares, como um pequeno rádio, onde gostava de ouvir música, relatos de futebol e notícias.

A 2ª fase do processo de parceria que a seguir descrevo, surge como uma continuação da fase anterior, uma vez que foi proporcionado tempo e espaço para prosseguir o processo de conhecimento do Sr. A. e da sua família, sendo possível validar a informação através do seu filho, uma vez que é a pessoa que o visita e com quem tem relação. Foram mobilizadas estratégias de transparência e de verdade onde foi possível existir uma partilha de informação mostrando sempre disponibilidade para escutar e entender os problemas referidos. Foi também possível identificar as necessidades e o potencial do Sr. A. e da sua família, tendo-se revelado uma família disfuncional com fracos laços de afetividade, sendo a relação entre eles conflituosas e dividida, estando de um lado a companheira e a filha e do outro o Sr. A. e o filho.

Numa das várias conversas com o Sr. A. foi possível identificar a falta de conhecimentos do Sr. A. e do filho relativamente ao motivo do internamento “...mas o que estou aqui a fazer?...não me dói nada e sinto-me bem, já podem me deixar sair para ir para a pensão?!”. O filho nunca se tinha apercebido dos episódios de desorientação e confusão do pai dizendo “...sim às vezes dizia assim uns disparates, mas isso também já é da idade.” “...que eu saiba ele vais sempre dormir e comer á pensão. Anda lá pelas ruas, mas depois volta para lá.”. Nessa altura foi explicado que a situação clínica que motivou o internamento estava esclarecida sendo o diagnóstico uma demência e que se estava a aguardar transferência para um lar, uma vez que o Sr. A. já não reunia as capacidades necessárias para continuar na pensão, necessitando de um lugar com maior vigilância e onde fossem prestados cuidados fundamentais para a sua segurança e saúde. A aceitação por parte do filho foi imediata, o mesmo já não se pode dizer do Sr. A. que quando se tentou saber a sua opinião em relação a essa possibilidade se manifestou dizendo “... isso é que não. Eu estou tão bem na pensão, tenho lá tudo...e sabe tenho uma coisa muito importante, tenho liberdade...” .

POSSIBILITAR/CAPACITAR

Nesta 3ª fase do processo de parceria e no caso concreto do Sr. A., foi trabalhada a capacitação para numa ação conjunta se desenvolverem competências para agir e decidir. Assim, e uma vez que o filho tinha entendido e aceite a ida do pai para o lar, era necessário trabalhar com o Sr. A. no sentido de também ele perceber os motivos e aceitar a mudança. Uma vez que já tinha desenvolvido a fase do revelar-se e envolver-se, foi possível entender que a grande dificuldade na aceitação do lar, passava pela perda de liberdade “...ficar numa gaiola, como um passarinho...”. Neste sentido, foi explicado que o lar é diferente de estar num hospital e que se assemelha em muitas coisas à pensão, onde também poderia sair à rua, mas que a maior diferença se prendia com o facto de ter mais pessoas que cuidam dele e que poderiam acompanhá-lo nos seus passeios.

Em se tratando de um idoso com demência (talvez numa fase inicial) temos de ter atenção, relativamente à sua capacidade para decidir, de forma crítica e reflexiva que está alterada, existindo a necessidade de *Possibilitar o Cuidado do Outro*, de forma a antecipar complicações, a permitir que o bem estar do Sr. A. e que prossiga a sua trajetória de vida o melhor possível, dentro das suas necessidades e preferências.

Inclui-se também na 3ª fase do processo de parceria, a informação e os esclarecimentos dados ao filho, relativamente ao risco de desenvolver *delirium* pois tal como já foi referido existe essa possibilidade. Foram também transmitidas algumas medidas preventivas, nomeadamente as visitas regulares da família (se estas forem sem discussões) e a importância de alertar para alterações que sejam notadas no Sr. A. (ex: episódio de desorientação no tempo, espaço e pessoa, défices de memória a curto prazo, agitação repentina, que seja notada, desatenção com questões repetidas várias vezes, dar respostas de questões colocadas anteriormente ou respostas desadequadas às questões, alteração do estado de consciência). Apesar da situação de vida, o filho parece estar preocupado e interessado na situação clínica e social do pai, mostrando receptividade à informação, colocando questões e dúvidas no decorrer dos ensinamentos.

COMPROMETER-SE

Sendo que esta 4ª fase passa pelo desenvolvimento conjunto de esforços para se atingir os objectivos traçados, penso poder integrar aqui todo o trabalho desenvolvido, não só por mim mas por toda a equipa multidisciplinar, no sentido de conseguir a aceitação da ida para o lar, por parte do Sr. A. Foram muitas as conversas, alguns passeios pelo jardim do hospital, para que o Sr. A. aceita-se a sua “nova vida” embora com a condição “...se não me deixarem sair para a rua vamos ter sarilhos...(risos)”. Com a ida para o lar estamos, de certa forma a promover a saúde do Sr. A. contribuindo para a sua nova trajetória de vida.

ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Relativamente a esta última fase do processo de parceria, incluo a informação fornecida ao filho no que diz respeito às medidas preventivas da confusão aguda e a importância de alertar para alterações que sejam notadas no Sr. A., tendo como objetivo a capacitação para ajudar a cuidar do pai. Tendo sempre presente o comportamento do filho, penso que este pode ter um contributo no Cuidado do Outro.

Apesar de apresentar factores de risco para o desenvolvimento de episódios de *delirium*, não foram diagnosticados através do algoritmo da CAM, durante o internamento do Sr. A.. Realço esta situação de cuidados, pelo facto da sua história de vida me permitir mobilizar conhecimentos enquanto enfermeira especialista, por se enquadrar no projeto, pois tinha sido identificado um quadro de *delirium* ao idoso em causa e por toda a sua história de vida.

Adoptar modelos de cuidados centrados nas necessidades objetivadas do idoso e família é o caminho que devemos seguir. A prestação de cuidados personalizada é uma atividade fundamental e que todos deveremos ter como fim a atingir na prestação de cuidados á pessoa idosa. No entanto, por vezes é difícil de construir um caminho em parceria nos nosso serviços, pois temos uma panóplia de atividades para realizar num curto espaço de tempo, sem tempo para nos sentarmos um pouco e tentar conhecer o doente de quem estamos a cuidar de uma forma tão completa e profunda como pretendia-mos. Relativamente ao trabalho desenvolvido em parceria com o Sr. A. foi muito enriquecedora para mim e penso ter sido favorável à manutenção e recuperação

da sua capacidade funcional e da sua autonomia. Penso ter contribuído também para capacitação do filho na identificação e factores de risco relacionados com o *delirium*.

APÊNDICE XV
Complemento da análise dos resultados da fase inicial

Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 2ª Fase - Envolver-se.

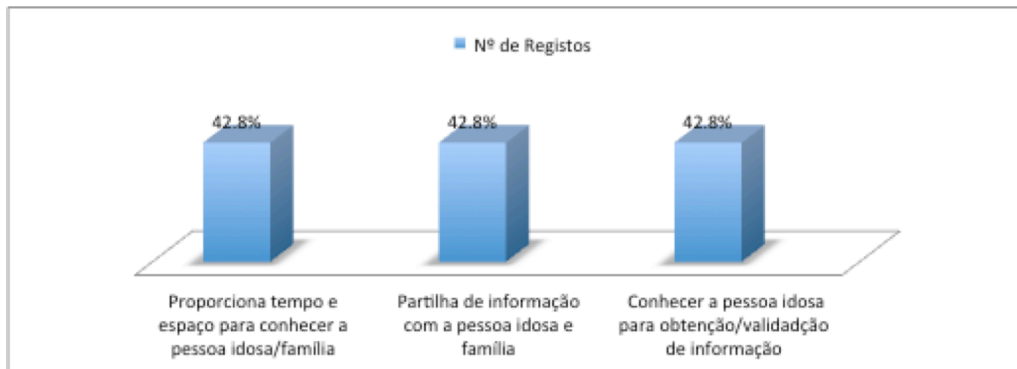


Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 3ª Fase - Capacitar/Possibilitar.

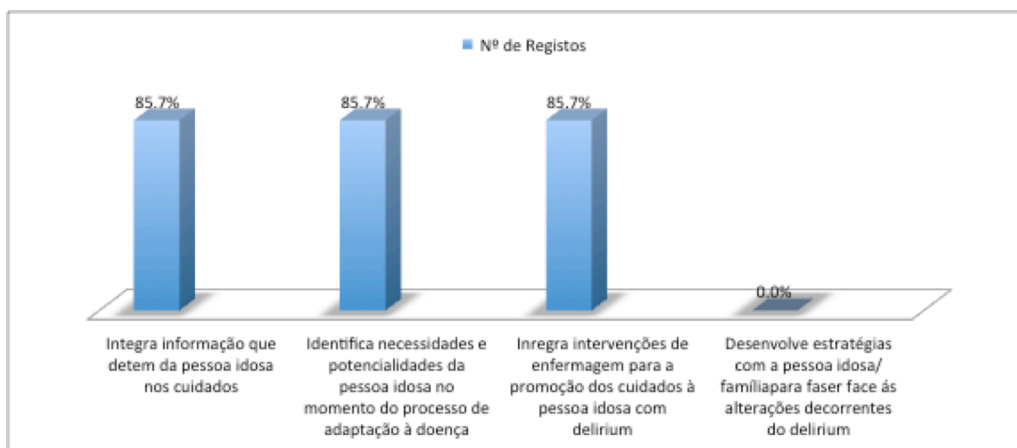
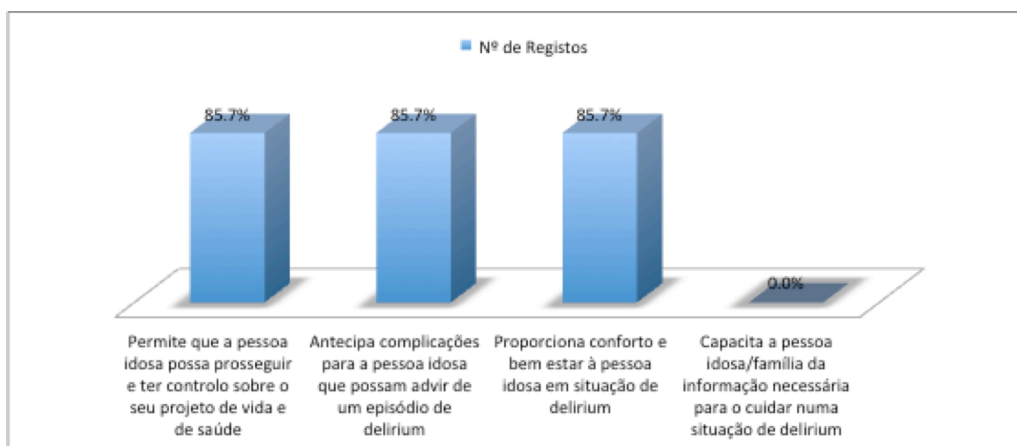


Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 5ª Fase – Assegura o Cuidado do Outro.



APÊNDICE XVI

Indicadores da avaliação das práticas de enfermagem à pessoa idosa com *delirium* definidos tendo como base o Modelo de Parceria (Gomes, 2009)
fase inicial

**INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DELIRIUM
DEFINIDOS TENDO COMO BASE O MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009)**

Avaliação inicial: Período de 3 a 17 de Outubro 2011

Nº: 7 Doentes

INDICADORES 1ª FASE - REVELAR-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Identidade da Pessoa Idosa				
Nome pelo qual gosta de ser chamado	7	-	-	-
Idade	7	-	-	-
Estado civil	3	4	-	-
Habilitações literárias	1	6	-	-
Profissão	1	6	-	-
Crenças religiosas	2	5	-	-
Contexto de doença				
Diagnóstico de internamento	7	-	-	-
Antecedentes pessoais e cirúrgicos	7	-	-	-
Data, local e duração do último internamento	3	1	3	-
Medicação habitual (qual; abstinência)	6	-	1	-
Défices auditivos e visuais (quais, uso de próteses)	3	3	1	-
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, alimentares, atividade física)	-	7	-	-
Capacidade cognitiva (memória, orientação, linguagem) alterações/data início	-	-	7	-
Estado de consciência (percepção do ambiente, capacidade de atenção) alterações/data de início	-	-	7	-
Hábitos de sono e repouso	-	-	7	-
Impacto da doença na sua vida	-	5	2	-
Contexto de vida				
Onde habita	7	-	-	-
Condições habitacionais	2	3	2	-
Com quem habita	7	-	-	-
Cuidador principal (nome e contacto)	7	-	-	-
Suporte social e familiar	7	-	-	-
Ocupação/ Projeto de vida	-	7	-	-
O que a pessoa idosa e família sabem sobre a situação de <i>delirium</i>	-	-	-	-
Que tipo de apoio a pessoa idosa e família necessitam para fazer face à situação de <i>delirium</i>	-	7	-	-

INDICADORES 2ª FASE - ENVOLVER-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve relação de confiança e qualidade com a pessoa idosa e família				
Proporciona tempo e espaço para conhecer a pessoa idosa e família	3	4	-	-
Partilha a informação com a pessoa idosa e família baseada em verdade e transparência	3	4	-	-
Conhecer a pessoa idosa junto da família para validação da informação ou obtenção de informação na impossibilidade do próprio	3	4	-	-

INDICADORES 3ª FASE - POSSIBILITAR/CAPACITAR	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve competências para agir e decidir/Possibilitar o Cuidador do Outro				
Integra informação que detém da pessoa idosa nos cuidados	7	-	-	-
Identifica necessidades e potencialidades da pessoa idosa no momento do processo de adaptação à doença	7	-	-	-
Integra intervenções de enfermagem para a promoção dos cuidados diferenciados à pessoa idosa com <i>delirium</i> (<i>Cuidado do Outro</i>)	7	-	-	-
Desenvolve estratégias com a pessoa idosa e cuidador familiar para fazer face às alterações apresentadas decorrentes do <i>delirium</i>	0	7	-	-

INDICADORES 4ª FASE - COMPROMETER-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Atingir o objetivo do Cuidado				
Utiliza intervenções de enfermagem que promovem o Cuidado de Si	8	3	-	-
Utiliza intervenções de enfermagem que previnem o desenvolvimento de episódios de <i>delirium</i>	-	7	-	-
Atinge o objetivo do cuidado nas situações de <i>delirium</i>	6	5	-	-

INDICADORES 5ª FASE - ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Assegurar o Cuidado do Outro				
Permitir que a pessoa idosa possa prosseguir e ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde	-	7	-	-
Capacita a pessoa idosa e família da informação necessária para o cuidar numa situação de <i>delirium</i>	-	7	-	-
Antecipa complicações para a pessoa idosa que possam advir de um episódio de <i>delirium</i>	6	1	-	-
Proporciona conforto e bem estar à pessoa idosa em situação de <i>delirium</i>	6	1	-	-

APÊNDICE XVII
Notas de campo (NC)

NOTAS DE CAMPO 1

(Enfermeiro Proficiente)

Local: Enfermaria com 3 camas

Data: 31 de outubro de 2011

Hora: 19h 30m

Objectivo: Observar a prática de cuidado da Enfermeira J. à pessoa idosa com *delirium*, tendo em conta o Modelo de Parceria para a promoção do Cuidado de Si.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	COMENTÁRIO DO OBSERVADOR
<p>A situação de cuidados relatada, passa-se entre um enfermeiro proficiente e um doente de 75 anos com o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada. No início do turno estava calmo, orientado na pessoa e no espaço, com discurso coerente conseguindo manter uma conversa com nexos, com fluxo de ideias claro e lógico. Quando o enfermeiro foi junto dele (cerca de 30 minutos depois) para administrar a medicação do jantar, verificou que o estado mental e o comportamento do doente se tinha alterado.</p> <p>Enf.^a J. – <i>Então Sr. F estamos na hora do jantar! Vamos tomar a medicação, que o jantar está a chegar!</i></p> <p>Sr. F – <i>Deixe-se lá disso eu não estou doente nem preciso de tomar essas porcarias. Esta não é a minha casa e já estou atrasado!</i></p> <p>A Enf.^a J. estranhou a forma como o Sr. F. lhe respondeu, pois até ali sempre foi muito delicado e colaborante nos</p>	<p>Tendo como referência o Modelo de Intervenção de enfermagem em Parceria (Gomes, 2009), esta situação foi desenvolvida tendo em conta as capacidades da pessoa idosa, onde foi respeitada a autonomia do Sr. F., sendo este participante ativo e não mero receptor de cuidados, apesar do seu quadro de desorientação, confusão e agitação.</p> <p>No decorrer deste episódio, a Enf. J. manteve uma voz calma, num nível um pouco alto devido à diminuição da acuidade auditiva, adoptou uma postura também calma, com movimentos serenos.</p> <p>Para analisar esta situação tenho como referência as fases que compõem o processo de parceria e, que em meu entender, a Enf. J. soube mobilizar na sua prestação de cuidados. Assim, no que diz respeito à fase do Revelar-se a Enf. J. conhecia o contexto de vida e de doença do Sr. V., pois tinha</p>

<p>cuidados. Tinha um o olhar vago, sempre dirigido para a porta do quarto, tendo dificuldade em manter o contacto e fazendo tentativas de levantar.</p> <p>De uma forma discreta e delicada verificou se a cama estava no nível mais baixo e levantou uma das grades da cama. O Sr. F. tinha indicação médica para permanecer em repouso no leito.</p> <p>Enf.^aJ. – <i>Sr. F. o meu nome é J., sou enfermeira e o Sr. F. está no hospital, não se lembra?</i></p> <p>Sr. F. – <i>Sim, sim com esses fatos só pode ser enfermeira, mas eu estou bem e tenho de ir para casa. Deixe-me levantar e ir embora.</i></p> <p>A Enf.^a J. pediu ajuda à Assistente Operacional para posicionar o Sr. F., elevou-lhe um pouco mais a cabeceira da cama de modo a ficar sentado e confortável. Colocou-lhe os óculos graduados, que sabia possuir e que estavam na mesa de cabeceira. Junto dele, pegou-lhe na mão e falou-lhe junto ao ouvido:</p> <p>Enf.^a J. – <i>Sr. F. olhe à sua volta, está num quarto de hospital e eu sou a Enf.^a J.. Lembra-se que se sentiu mal e o seu filho levou-o para o hospital?</i></p> <p>O Sr.F. olhou para a Enf.^a e disse:</p> <p>Sr.F. – <i>Sim, já sei que estou no hospital, mas eu sinto-me bem, só quero levantar-me e ir embora!</i></p>	<p>conhecimento das limitações auditivas e visuais; mobilizou os seus conhecimentos científicos na medida em que soube avaliar até que ponto poderia ir a mobilização e a deslocação até à casa de banho em benefício do bem estar e conforto do doente. Estas intervenções e conhecimentos foram importante para acalmar e reorientar o Sr. F.. Foram também reconhecidos conhecimentos a nível da comunicação interpessoal, pois esta teve contornos de compreensão, ajuda e escuta ativa, perguntando o que estava a sentir, como o podia ajudar. Posso afirmar que a Enf.^a foi capaz de propor soluções apresentados, evitando complicações, promovendo a flexibilidade e autonomia do Sr. F. em termos da ação e decisão.</p> <p>Relativamente à fase do Envolver-se (GOMES, 2009) refere que o enfermeiro deve promover um ambiente seguro que ocorre no “estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança, que vai para além do revelar-se”. Nesta base, a Enf.^a J. soube respeitar o tempo do idoso utilizando uma postura calma, dando tempo para as respostas, fazendo várias tentativas de reorientação, mostrando disponibilidade para a relação.</p>
---	---

Enf.^a J. – *Não pode levantar-se, tem de ficar em repouso e não pode fazer esforços. Mas diga-me, tem dores? O seu braço está melhor?*

Sr. F. – *Sim, dói me o braço (segurou no braço direito) porque quando me senti mal cai e bati com o braço numa cadeira. Mas deixe-me levantar!*

Enf.^a J. – *Sr. F. eu vou dar-lhe um medicamento para tirar essa dor e vamos posiciona-lo melhor na cama. Para além disso, vai tomar estes medicamentos que o vão ajudar a sentir-se melhor. E diga-me uma coisa, tem vontade de ir à casa de banho? Hoje ainda não evacuou!*

Progressivamente e com o decorrer da conversa, o Sr. F. foi ficando com um comportamento mais calmo, o seu tom de voz ficou mais calmo, mais atento à conversa e com discurso mais coerente.

Sr.F. – *Sim, quero ir à casa de banho mas não me ponha aquela coisa, não consigo fazer aqui, deixe-me ir à casa de banho, por favor!*

Enf.^a J. – *Sr. F. eu entendo, mas peço-lhe que espere só um pouco, temos de ir buscar uma cadeira, pois não pode fazer esforços uma vez que tem indicação médica para ficar em repouso.*

Após ter vindo da casa de banho, o Sr. F. estava ainda mais calmo, voltou para a cama e embora ainda um pouco

Observou-se ainda o cuidado que teve ao promover um ambiente seguro quando confirmou se o plano da cama estava em baixo, elevou a grade contraria ao seu posicionamento e tentou entender o que pudesse estar na origem do quadro súbito de agitação e desorientação.

Na fase do **Possibilitar/Capacitar** (GOMES, 2009) refere que o possibilitar pressupõe “estar presente, ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar...”. Ao analisar a prestação de cuidados da Enf.^a J. pude verificar que após ter entendido a necessidade do Sr. F. e a principal origem da sua agitação, teve o cuidado de estabelecer prioridades tendo sempre presente as suas limitações e segurança, no sentido de antecipar complicações, permitir que o doente possa ter conforto e bem-estar. Outro dos aspectos que ressaltou neste episódio, foi que a Enf.^a J. integrou formação nos cuidados no que respeita a doentes confusos, pois por várias vezes utilizou a reorientação, chamou o doente sempre pelo nome, diminuiu as luzes da sala deixando apenas uma luz indireta de presença, evitou a contenção farmacológica e física e a soube

<p>desorientado no tempo, não sabendo referir o dia da semana nem o dia do mês, estava orientado no espaço e na pessoa, com discurso coerente e fluente, conseguindo focar a atenção. Foi mantida a cama com as grades elevadas, plano da cama totalmente baixo e luz da cabeceira acesa.</p> <p>Passado cerca de 1 hora do Sr. F. ter vindo da casa e banho:</p> <p>Enf.^a J. – <i>Como se sente Sr. F.?</i></p> <p>Sr. F. – <i>Agora estou um pouco melhor. Precisava mesmo de ir à casa de banho. Tenho mais comprimidos para tomar agora?</i></p> <p>Enf.^a J. – <i>Agora não, são 20h45m e só volta a tomar às 22h.</i></p>	<p>adequar-se enquanto prestadora de cuidados a esta situação.</p> <p>A fase do comprometer-se foi desenvolvida pela Enf. J. ao utilizar algumas intervenções de enfermagem para fazer face à situação de desorientação e confusão do Sr. F., tendo com essas medidas atingido o objectivo desenhado, isto é, através do seu desempenho em parceria foi possível orientar e acalmar o Sr. F. .</p> <p>Desta forma, a Enf.^a J. pôde Assegurar o Cuidado do Outro assumindo a responsabilidade do cuidado, uma vez que este não tem capacidade para o fazer ou decidir.</p> <p>Este episódio foi registado nas notas de enfermagem e transmitido oralmente na passagem de turno. Nos registos foi feita referência ao quadro de desorientação, confusão e agitação, às estratégias utilizadas, ao facto de ter feito levantar para a cadeira de rodas e ter ido à casa de banho evacuar e qual a situação atual do doente.</p>
--	---

NOTAS DE CAMPO 2

(Enfermeiro Perito)

Local: Enfermaria com 5 camas (UCEM)

Data: 2 de novembro de 2011

Hora: 22:10 H

Objectivo: Observar as práticas de cuidados da Enfermeira R. à pessoa idosa com *delirium*, tendo em conta o Modelo de Parceria para a promoção do Cuidado de Si.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	COMENTÁRIO DO OBSERVADOR
<p>Trata-se de um doente de 80 anos com o diagnóstico de insuficiência respiratória grave e quadro de sepsis. Durante o turno esteve calmo, orientado no espaço e pessoa, desorientado no tempo não sabendo o dia do ano e da semana. Discurso coerente.</p> <p>Por volta das 22:10h o Sr. V. começou a ficar inquieto no leito, chamando pela M. e retirando a máscara de oxigénio.</p> <p>A enfermeira R. foi junto dele, correu as cortinas e disse:</p> <p>Enf. R. – <i>Boa noite Sr. V.. Eu sou a Enf. R. que tenho estado toda a tarde consigo! O que se passa?(chamou novamente pela M.)</i></p> <p>Enf. R. - <i>Fale comigo. Precisa de alguma coisa?(pausa) Tem dores?.</i></p> <p>O Sr. V. a tudo respondeu que não, mas continuava a retirar a máscara (com saturações de 90%) após várias colocações da mesma pela enfermeira.</p> <p>Enf. R. – <i>Sr.V. sabe onde está?</i></p> <p>Sr. V. – <i>Claro que sei, na minha casa e</i></p>	<p>Tendo como referência o Modelo de Intervenção de enfermagem em Parceria (Gomes, 2009), esta situação foi desenvolvida tendo em conta as capacidades da pessoa idosa, onde foi respeitada a autonomia do Sr. V., sendo este participante ativo e não mero receptor de cuidados, apesar do seu quadro de desorientação, confusão e agitação.</p> <p>No decorrer deste episódio, a Enf. R. manteve uma voz calma, num nível baixo mas perceptível, adoptou uma postura também calma, com movimentos serenos.</p> <p>Para analisar esta situação tenho como referência as fases que compõem o processo de parceria e, que em meu entender, a Enf. R. soube mobilizar na sua prestação de cuidados. Assim, no que diz respeito à fase do Revelar-se a Enf R. conhecia o contexto de vida e de doença do Sr. V. , pois sabia quem era a M.; mobilizou os seus conhecimentos</p>

<p><i>onde está a M.? Ela que venha para aqui. Que horas são?</i></p> <p>Enf. R. – <i>Sr. V. não está na sua casa. Está no hospital e a M., a sua esposa está em casa do seu filho. Agora ela não pode vir para junto de si, mas amanhã vem novamente visitá-lo, para poder estar ao pé de si. Agora são horas de descansar. Já são 10 h da noite.</i></p> <p>O Sr. V. estava internado há 48h e foram imobilizados os membros superiores por apresentar um quadro semelhante na noite anterior.</p> <p>Como o Sr. V. continuava agitado, a Enf. R. verificou se o plano da cama estava baixo (no caso de queda os danos podem ser menores), se a drenagem vesical estava a funcionar, se tinha evacuado na cama e se o soro estava permeável. Conversou com o médico de urgência que se encontrava no serviço, no sentido de informá-lo do que estava a acontecer e saber se podia retirar a máscara e colocar uns óculos nasais para administração de O₂.</p> <p>Médico – <i>Sim, pode pôr os óculos mas temos de aumentar o O₂ e se for necessário administramos alguma coisa para ele descansar.</i></p> <p>Enf. R – <i>Sim, vou colocar os óculos e depois avaliamos se é necessário a medicação...mas penso que não vai ser necessário.</i></p>	<p>científicos que permitiu solicitar outra forma de administração de oxigénio, tendo estas intervenções e conhecimentos sido importante para acalmar e reorientar o Sr. V.. Foram também reconhecidos conhecimentos a nível da comunicação utilizada neste episódio, pois esta teve contornos de compreensão, ajuda e escuta ativa, perguntando o que estava a sentir, como o podia ajudar e foi através deste processo que consegui compreender as angustias e medos que estavam na base da sua agitação, evitando complicações que podia advir da continuação desse estado.</p> <p>Relativamente à fase do Envolver-se (GOMES, 2009) refere que o enfermeiro deve promover um ambiente seguro que ocorre no “estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança, que vai para além do revelar-se”. Nesta base, a Enf. R. soube respeitar o tempo do idoso utilizando uma postura calma, dando tempo para as respostas, fazendo várias tentativas de reorientação, mostrando disponibilidade para a relação. Observou-se ainda o cuidado que teve ao promover um ambiente seguro quando confirmou se o plano da cama</p>
---	--

<p>A Enf. R. foi junto do Sr. V. que continuava a chamar pela M. e reorientou-o de novo no tempo e espaço.</p> <p>Enf. R – <i>Sr. V. sabe quem eu sou?</i></p> <p><i>Sr. V. – Sim é a Sra. Enf.. Mas eu queria a minha M. para ficar aqui. Ela fica sempre ao pé de mim.</i></p> <p>Quando a Enf. R lhe segurou na mão para falar, o Sr. V. retirou a sua mão com um movimento brusco e disse:</p> <p><i>Sr. V. – Não me vai por aquelas coisas na mão, pois não? Eu não estou maluco, nem na prisão. Não é preciso amarrarem-me. Por favor aquilo não.</i></p> <p>Enf. R – <i>Tenha calma Sr. V. eu não vou amarrá-lo. Sou estou a conversar e a tentar entender porque está inquieto. Posso retirar a sua máscara? Quer que fique aqui ao seu lado?</i></p> <p><i>Sr. V. – Sim.</i></p> <p>Enf. R – <i>Mas tenho de colocar estes tubinhos junto do seu nariz, porque ainda está com falta de ar e cansado. Quer que fique aqui ao pé de si? Tenho de escrever uma coisas, mas vou falar com as minhas colegas e venho um pouco para aqui. Está combinado?</i></p> <p><i>Sr. V. – Sim pode por esse tubos, sempre são mais pequenos do que aquela coisa aqui na cara. E não se importa de ficar aqui? Não gosto nada se estar aqui nesta sala tão grande sem</i></p>	<p>estava em baixo, correu as cortinas e observou o doente no sentido de avaliar existia alguma alteração (seroma, globo vesical, ...) que pudesse estar na origem do quadro súbito de agitação e desorientação.</p> <p>Na fase do Possibilitar/Capacitar (GOMES, 2009) refere que o possibilitar pressupõe “estar presente, ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar...”. Ao fazer a análise da prestação de cuidados da Enf. R. pode verificar-se que após ter entendido o medo do Sr. V. em estar sozinho, teve o cuidado de organizar o seu trabalho para poder estar junto de si.</p> <p>Outro dos aspectos que ressaltou neste episódio, foi que a Enf. R. integrou formação nos cuidados no que respeita a doentes confusos, pois por várias vezes utilizou a reorientação, chamou o idoso sempre pelo nome, diminuiu as luzes da sala deixando apenas uma luz indireta de presença, evitou a contenção farmacológica e física e a soube adequar-se enquanto prestadora de cuidados a esta situação.</p> <p>A fase do comprometer-se foi desenvolvida pela Enf. R. no sentido em que atingiu o objectivo que tinha</p>
--	---

<p><i>ninguém.</i></p> <p>A Enf. R. perguntou novamente ao Sr. V. se precisava de alguma coisa, se tinha dores, se queria alguma coisa para beber. Nesta altura já estava mais calmo, com discurso coerente e respondeu:</p> <p><i>Sr. V. – Não preciso de nada Sr. Enf., só quero que me baixe um pouco a cabeceira da cama, talvez assim consiga dormir um pouco.</i></p> <p>Tal como combinado foi buscar os processos que faltavam escrever e sentou-se numa cadeira junto da cama do Sr. V., acendeu a luz da cama ao lado (na unidade encontrava-se apenas o Sr.V.) e passados cerca de 15 minutos o Sr. V. estava a dormir e com saturações de 96%.</p>	<p>desenhado, isto é, através do seu desempenho em parceria foi possível orientar e acalmar o Sr. V. acabando mesmo por adormecer.</p> <p>Desta forma a Enf. R. pode Assegurar o Cuidado do Outro assumindo a responsabilidade do cuidado do outro, uma vez que este e a sua família não tinham condições de o fazer naquele momento.</p> <p>Este episódio foi registado nas notas de enfermagem e transmitido oralmente na passagem de turno, onde foram referenciadas as estratégias utilizadas, o contacto realizado com equipa médica e salientado o medo de estar sozinho e a revolta de ser imobilizado do Sr. V.</p> <p>Como a situação clínica do Sr.V. não permitia que saísse da UCEM para a enfermaria, ficou acordado pela equipa multidisciplinar que o próximo doente que desse entrada no serviço, seria internado nesta unidade.</p>
--	---

APÊNDICE XVIII
Análise de conteúdo das NC

Análise de Conteúdo das Notas de Campo - 1

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Revelar-se	Demonstrou conhecimentos acerca da pessoa	"(...)Lembra-se que se sentiu mal e o seu filho levou-o para o hospital?(...)" ; (...)Mas diga-me, tem dores? O seu braço está melhor?...(demonstra saber o contexto de vida do doente, concretamento dos contornos desta situação de doença) (NC1)
	Demonstrou competências de comunicação	"Sr. F. o meu nome é J., sou enfermeira e o Sr. está no hospital, não se lembra?"; "Sr. F. eu entendo, mas peço-lhe que espere só um pouco, temos de ir buscar uma cadeira, pois não pode fazer esforços uma vez que tem indicação médica para ficar em repouso."(demonstrou compreensão, ajuda e escuta ativa) (NC1)
Envolver-se	Promove ambiente seguro	"Sr. F. o meu nome é J., sou enfermeira e o Sr. F. está no hospital, não se lembra?" ; "Sr. F. olhe à sua volta, está num quarto de hospital e eu sou a Enf. ^a J.. Lembra-se que se sentiu mal e o seu filho levou-o para o hospital?" ; "(...) Mas diga-me, tem dores? O seu braço está melhor?"(adoptou uma postura calma, dando tempo para as respostas, fazendo várias tentativas de reorientação, mostrando disponibilidade para a relação. Esta categoria observa-se também quando confirma se o plano da cama esta baixo e coloca questões ao doente no sentido de avaliar se o doente tem dor pois podia ser esse um dos motivos para a instalação do quadro súbito de agitação e desorientação). (NC1)
	Promove relação de confiança	" Sr. F. eu vou dar-lhe um medicamento para tirar essa dor e vamos posiciona-lo melhor na cama. Para além disso, vai tomar estes medicamentos que o vão ajudar a sentir-se melhor. E diga-me uma coisa, tem vontade de ir à casa de banho? Hoje ainda não evacuou! (revelou que conseguiu estabelecer uma relação de confiança com o doente). (NC1)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Possibilitar/capacitar	Previne e antecipa complicações	"Sr. F. o meu nome é J., sou enfermeira e o Sr. F. está no hospital, não se lembra?"; "(...)olhe à sua volta, está num quarto de hospital e eu sou a Enf. ^a J.(...)".(NC1)
	Integra formação nos cuidados	"Não pode levantar-se, tem de ficar em repouso e não pode fazer esforços(...)" (estas duas categorias completam-se uma vez que ao prevenir complicações está a integrar os conhecimentos científicos. Previne complicações relacionadas com a insuficiência cardíaca e com os efeitos adversos relacionados com o episódio de delirium.) (NC1)
Comprometer-se	Atinge o objectivo do cuidado	"Agora estou um pouco melhor. Precisava mesmo de ir à casa de banho.(...)"(através do seu desempenho em parceria foi possível orientar no espaço e na pessoa e acalmar o Sr.F. acabando mesmo por adormecer.) (NC1)
	Desenvolve competências para agir e decidir	"Sr. F. o meu nome é J., sou enfermeira e o Sr. F. está no hospital, não se lembra?"; "Sr. F. olhe à sua volta, está num quarto de hospital e eu sou a Enf. ^a J."; "(...) vou dar-lhe um medicamento para tirar essa dor e vamos posiciona-lo melhor na cama(...)" (foram utilizadas intervenções de enfermagem que promoveram o Cuidado de Si, mais concretamente o Cuidado do Outro).(NC1)
Assumir o controlo de Si ou Assegurar o Cuidado do outro	Assume a responsabilidade do cuidado	"(...) eu vou dar-lhe um medicamento para tirar essa dor e vamos posiciona-lo melhor na cama. Para além disso, vai tomar estes medicamentos que o vão ajudar a sentir-se melhor(...)"; "(...) temos de ir buscar uma cadeira, pois não pode fazer esforços (assume a responsabilidade do cuidado do doente, uma vez que este não tinha condições de o fazer naquele momento).(NC1)

Análise de Conteúdo das Notas de Campo - 2

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Revelar-se	Demonstrou conhecimentos acerca da pessoa	"(...)e a M., a sua esposa está em casa do seu filho. Agora ela não pode vir para junto de si, mas amanhã vem novamente(...)" (demonstra saber com quem está a mulher, a intenção desta o visitar no dia seguinte e que um filho) (NC2)
	Demonstrou competências de comunicação	"Boa noite Sr. V.. Eu sou a Enf. R. que tenho estado toda a tarde consigo!(...) ; "Fale comigo. Precisa de alguma coisa?(pausa) Tem dores?" ; "Sr. V. não está na sua casa. Está no hospital(...) ;"Tenha calma Sr. V. eu não vou amarrá-lo. Sou estou a conversar e a tentar entender porque está inquieto. Posso retirar a sua máscara? Quer que fique aqui ao seu lado?"(demonstrou compreensão, ajuda e escuta ativa) (NC2)
Envolver-se	Promove ambiente seguro	"Sr. V. não está na sua casa. Está no hospital." ; " Sr. V. sabe quem eu sou?" (adoptou uma postura calma, dando tempo para as respostas, fazendo várias tentativas de reorientação, mostrando disponibilidade para a relação. Esta categoria observa-se também quando confirma se o plano da cama esta baixo, corre as cortinas e faz uma observação ao doente no sentido de avaliar se existia alguma alteração (seroma, globo vesical, ...) que pudesse estar na origem do quadro súbito de agitação e desorientação. (NOP1)
	Promove relação de confiança	" (...)Quer que fique aqui ao seu lado?"; " Tenha calma Sr. V. eu não vou amarrá-lo.(...); "Quer que fique aqui ao pé de si? Tenho de escrever uma coisas, mas vou falar com as minhas colegas e venho um pouco para aqui. Está combinado?" (revelou que conseguiu estabelecer uma relação de confiança com o doente). (NOP1)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Possibilitar/capacitar	Previne e antecipa complicações	"Sr.V. sabe onde está?"; "Sr. V. sabe quem eu sou?" "Sr. V. eu não vou amarrá-lo."..
	Integra formação nos cuidados	"Sim, vou colocar os óculos e depois avaliamos se é necessário a medicação...mas penso que não vai ser necessário" (Estas duas categorias completam-se uma vez que ao prevenir complicações está a integrar os conhecimentos científicos. Por várias vezes utilizou a reorientação, chamou o idoso sempre pelo nome, diminuiu as luzes da sala deixando apenas uma luz indireta de presença, evitou a contenção farmacológica e física e a soube adequar-se enquanto prestadora de cuidados a esta situação) (NC2)
Comprometer-se	Atinge o objectivo do cuidado	"Não preciso de nada Sr. Enf., só quero que me baixe um pouco a cabeceira da cama, talvez assim consiga dormir um pouco".(através do seu desempenho em parceria foi possível orientar e acalmar o Sr. V. acabando mesmo por adormecer.) (NC2)
Assumir o controlo de Si ou Assegurar o Cuidado do outro	Assume a responsabilidade do cuidado	"(...) tenho de colocar estes tubinhos junto do seu nariz, porque ainda está com falta de ar e cansado. Quer que fique aqui ao pé de si?"; "(...) venho um pouco para aqui." (assume a responsabilidade do cuidado do doente, uma vez que este e a sua família não tinham condições de o fazer naquele momento).(NC2)

APÊNDICE XIX
1ª Sessão de formação

PLANO DA 1ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: O *delirium* no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si.”

FINALIDADE: Pretende-se com a sessão de formação a apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem.

POPULAÇÃO ALVO: A sessão é destinada a todos os enfermeiros do Serviço de Medicina

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Serviço de Medicina

DATA: 27 de outubro de 2011

HORÁRIO: 14h

FORMADORES: Maria João Lemos.

OBJECTIVOS DA SESSÃO:

- Contextualizar a importância do projeto com base na evidência científica;
- Apresentar a finalidade e os objetivos do projeto;
- Apresentar as atividades a desenvolver durante o projeto de estágio;
- Relembrar e aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) numa perspectiva da promoção do Cuidado de Si.

OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS
Contextualizar a importância do projeto com base na evidência científica	Problemática em estudo	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Apresentar a finalidade e os objetivos do projeto	Definição de conceitos	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Apresentar as atividades a desenvolver durante o projeto de estágio	Definição de conceitos	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Relembrar e aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) numa perspectiva da promoção do Cuidado de Si.	Definição de conceitos	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador



2.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Pessoa Idosa
Unidade Curricular Opção II

**O DELIRIUM NO IDOSO EM CONTEXTO HOSPITALAR:
A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO
CUIDADO DE SI**

Maria João Lemos

Lisboa
2011



OBJETIVOS DA SESSÃO

- Contextualizar a importância do projeto com base na evidência científica
- Apresentar a finalidade e os objetivos do projeto
- Apresentar as atividades a desenvolver durante o projeto de estágio
- Relembrar e aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) numa perspetiva da promoção do Cuidado de Si

DELIRIUM

- A deterioração da saúde consequente do envelhecimento torna a pessoa mais vulnerável ao aparecimento de doenças o que, na grande maioria dos casos, leva à hospitalização.
- A hospitalização é um dos fatores de risco para o desenvolvimento do quadro de *delirium* a que podemos associar a fragilidade orgânica e um quadro demencial, em alguns casos pré existentes.
- O *delirium* é raro em idosos residentes na comunidade sendo mais comum nos que se encontram hospitalizados.

Young J., Inouye S.K. (2007) – Delirium in older people. BMJ, April 21; 334(7598): 842-846. doi.

MCRAE, Thomas (2001) – Avaliação e tratamento do *delirium* e da demência. In GALLO, J; et al – Reichel Assistência ao idoso. Aspectos clínicos do envelhecimento

DELIRIUM - Prevalência

- Indivíduos com idade superior a 65 anos, hospitalizados devido a estados físicos gerais, sendo que aproximadamente 10% apresentam *delirium* na altura da admissão e outros 10% a 15% podem desenvolver *delirium* durante a estada no hospital.
- Factores de risco: idade, demência, doenças graves, debilidade física, défices visuais e auditivos, polimedicação, infeções, desidratação, consumo abusivo de álcool, privação de sono e imobilidade (restrição física) e pós-operatório.
- Factores precipitantes: patologias agudas, cirurgias de várias especialidades, fármacos e/ou drogas, alterações ambientais e do ciclo sono-vigília.

Young J., Inouye S.K. (2007) – Delirium in older people. BMJ, April 21; 334(7598): 842-846. doi

DELIRIUM - Prevenção

- A prevenção é uma atuação desejável para a pessoa idosa, cuidadores e serviços de saúde e que passa por evitar os vários factores de risco modificáveis.
- Algumas das medidas encontradas foram: a reorientação, mobilização precoce, controlo da dor, evitar fármacos psicoativos, promover ambiente calmo e confortável, etc.
- O enfermeiro deve ter presente que o diagnóstico tardio do *delirium* ou a sua falha, tem repercussões sérias no seu prognóstico, sendo fundamental para evitar esta situação, a identificação e o tratamento da causa básica do *delirium*

Young J., Inouye S.K. (2007) – Delirium in older people. *BMJ*, April 21; 334(7598): 842-846. doi

DELIRIUM - Diagnóstico

- Para além da observação, é fundamental uma avaliação padronizada na pessoa idosa hospitalizada que apresente alguns dos sintomas e deverá ser realizada com base em instrumentos adequados para o efeito.
- *Confusion Assessment Method* (CAM) que foi desenvolvido por Inouye *et al* em 1990 e permite de uma forma rápida e simples detectar a confusão aguda/*delirium* por outros clínicos não psiquiátricos. INOUYE, SK – Delirium in older persons. *N Engl J. Med* 2006;
- Os critérios do Algoritmo da CAM são o início agudo e decurso flutuante; desatenção; pensamento desorganizado; alteração do nível de consciência, sendo que para a identificação do diagnóstico é necessário a presença das duas primeiras características, assim como da terceira ou quarta. SAMPAIO, F., SEQUEIRA, C., SÁ, L.

(2010) – Tradução do Método de Avaliação da Confusão (CAM): Importância no Contexto da Saúde Mental. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

DELIRIUM/ DELÍRIO

- DELIRIUM ou ESTADO CONFUSIONAL AGUDO é caracterizado por uma perturbação da consciência e uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia. DSM-IV-TR, 2002.

DELÍRIO ou PERTURBAÇÃO DELIRANTE é a presença de uma ou mais ideias delirantes não bizarras que persistam pelo menos durante um mês. O seu diagnóstico é apenas realizado quando as ideias delirantes não são devidas a um efeito fisiológico direto de uma substância ou um estado físico geral. DSM-IV-TR, 2002.

DELIRIUM - Problemática

- Pessoas idosas que desenvolvem *delirium* têm uma elevada taxa de mortalidade, de institucionalização pós alta, complicações várias e um período maior de hospitalização, sendo por isso de extrema importância, a deteção das situações de *delirium* e o seu tratamento, através de intervenções adequadas a fim de prevenir consequências indesejáveis.

Bottino C. et al (2006) – Demência e transtorno cognitivo em idosos. Rio de Janeiro; Guanabara. Young J. Inouye S. (2007) – Delirium in older people. BMJ April 21; 334(7598): 842-846. doi:; Siddiqui N. et al (2008) – interventions for preventing delirium in hospitalised patients (Review) group. Cochrane dementia and cognitive improvement group;



PROCESSO DE TRANSIÇÃO

- Transição é a passagem de um estado da vida para outro, quer seja um processo antecipado ou não. Mudança do estado de saúde, de papéis, expectativas ou capacidades.
- O cliente de enfermagem tem necessidades específicas, encontra-se em constante interação com o meio envolvente e tem a capacidade de se adaptar às mudanças, no entanto, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio.

Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4.ªed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



PARCERIA

- É um processo dinâmico negociado entre doentes/famílias e enfermeiros que promove o Cuidado de Si (Si Outro) envolvendo uma acção na qual partilham significados da experiência da pessoa dados por esta ou pela família.

GOMES, Idalina (2002)- O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: "O erro de Narciso". Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa

Fases do processo de parceria:

- Revelar-se
- Envolver-se
- Capacitar e Possibilitar
- Comprometer-se
- Assumir o controlo do Cuidado de Si próprio ou assegurar o Cuidado do Outro



CUIDADO DE SI

PARCERIA

Fases do processo de parceria:

- **Revelar-se:** onde o enfermeiro procura conhecer a identidade e o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de ajudar a promover o seu projeto de saúde e de vida e a realização de si em qualquer que seja a sua condição;
- **Envolver-se:** caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa.

PARCERIA

Fases do processo de parceria: (cont.)

- **Capacitar e Possibilitar:** ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados de experiência na ação e pelo assumir o cuidado que outro devia ter consigo se tivesse capacidade para decidir, possibilitando que a pessoa prossiga com o seu projeto de vida.
- **Comprometer-se:** traduz-se numa conjugação de esforços no sentido de se atingirem os objectivos definidos. As ações efectuadas visam uma transição progressiva de uma capacidade potencial para uma real.
- **Assumir o controlo do Cuidado de Si próprio ou assegurar o Cuidado do Outro:** quando o doente tem o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde ou o enfermeiro garante que a pessoa possa seguir a sua trajetória de vida ou garante que a família adquira capacidade para cuidar da pessoa idosa, existindo assim partilha de poder.

FINALIDADE DO PROJECTO

- Prevenir e/ou minimizar o impacto do *delirium* na pessoa idosa hospitalizada.

OBJECTIVOS GERAIS

- Desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem na prevenção, avaliação e prestação de cuidados à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar.
- Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium* e família em contexto hospitalar, utilizando a parceria como uma intervenção de enfermagem.



OBJECTIVO GERAL

Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar, utilizando a parceria como uma intervenção de enfermagem

- Revisão da Literatura;
- Sessão de Formação;
- Prestação de cuidados especializados à pessoa idosa;
- Realização de um estudo de caso.
- Sensibilizar toda a equipa de enfermagem para este projeto e para a importância da sua implementação nas práticas diárias do serviço;



OBJECTIVO GERAL

Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar, utilizando a parceria como uma intervenção de enfermagem (Cont.)

- Ajudar a equipa de enfermagem na avaliação do estado de confusão, utilização adequada das intervenções de enfermagem e utilização do processo de parceria;
- Esclarecer dúvidas relativamente aos conteúdos do projeto;
- Estabelecer uma relação com a equipa multidisciplinar do serviço que permita adquirir saberes específicos das várias vivências diárias.

OBJECTIVO GERAL

- Desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem na prevenção, avaliação e prestação de cuidados à pessoa idosa com *delirium* em contexto hospitalar.
 - OBJECTIVOS ESPECIFICOS
- Identificar as práticas de enfermagem, desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium*.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, para fazer face às necessidades de segurança da pessoa idosa com *delirium*, numa perspetiva da promoção do Cuidado de Si.

OBJECTIVO ESPECIFICO

Identificar as práticas de enfermagem, desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com *delirium*.

- Análise dos Registos da Fase Inicial
- 1ª Reflexão crítica
- Notas de Campo
- 1ª Sessão de Formação

**INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DELIRIUM
DEFINIDOS TENDO COMO BASE O MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009)**

Avaliação inicial Novembro Nº _____ Processos

INDICADORES 1ª FASE - REVELAR-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Identidade da Pessoa Idosa				
Nome pelo qual gosta de ser chamado				
Idade				
Estado civil				
Habilitações literárias				
Profissão				
Crenças religiosas				
Contexto de doença				
Diagnóstico de internamento				
Antecedentes pessoais e cirúrgicos				
Data, local e duração do último internamento				
Medicação habitual (qual; abstinência)				
Defeitos auditivos e visuais (quais; uso de próteses)				
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, alimentares, actividade física)				
Capacidade cognitiva (memória, orientação, linguagem) alterações/data início				
Estado de consciência (percepção do ambiente, capacidade de atenção) alterações/data de início				
Hábitos de sono e repouso				
Impacto da doença na sua vida				
Contexto de vida				
Onde habita				
Condições habitacionais				
Com quem habita				
Cuidador principal (nome e contacto)				
Suporte social e familiar				
Ocupação/ Projecto de vida				
O que a pessoa idosa e família sabem sobre a situação de <i>delirium</i>				
Que tipo de apoio a pessoa idosa e família necessitam para fazer face à situação de <i>delirium</i>				

INDICADORES 2ª FASE - ENVOLVER-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve relação de confiança e qualidade com a pessoa idosa e família				
Proporciona tempo e espaço para conhecer a pessoa idosa e família				
Partilha a informação com a pessoa idosa e família baseada em verdade e transparência				
Conhecer a pessoa idosa junto da família para validação da informação ou obtenção de informação na impossibilidade do próprio				
Proporciona a participação nos cuidados da pessoa idosa e família				

INDICADORES 3ª FASE - POSSIBILITAR/CAPACITAR	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve competências para agir e decidir/Possibilitar o Cuidador do Outro				
Integra informação nos cuidados				
Identifica necessidades e potencialidades da pessoa idosa e família/cuidador no momento do processo de adaptação à doença				
Capacita o familiar cuidador para a promoção dos cuidados diferenciados à pessoa idosa (<i>Cuidado do Outro</i>) com <i>delirium</i>				
Facilita acesso aos recursos existentes na comunidade				
Promove o auto cuidado e a autonomia (<i>Cuidado de Si</i>) respeitando o ritmo, tempo e limitações da pessoa idosa com <i>delirium</i>				
Desenvolve estratégias com a pessoa idosa e cuidador familiar para fazer face às alterações apresentadas decorrentes do <i>delirium</i>				

INDICADORES 4ª FASE - COMPROMETER-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolver competências para agir e decidir/Possibilitar o Cuidador do Outro				
Ajuda e dá suporte às escolhas da pessoa idosa e família				
Efectua compromisso nas escolhas do idoso e família				

INDICADORES 5ª FASE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Assumir e assegurar o controlo do Cuidado de Si				
Permitir que a pessoa idosa possa prosseguir e ter controlo sobre o seu projecto de vida e de saúde				
Capacita a pessoa idosa e família da informação necessária para o cuidar numa situação de <i>delirium</i>				
Antecipa complicações para a pessoa idosa que possam advir de um episódio de <i>delirium</i>				
Proporciona conforto e bem estar à pessoa idosa em fase de <i>delirium</i>				



OBJECTIVO ESPECIFICO

Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, para fazer face às necessidades de segurança da pessoa idosa com *delirium* , numa perspetiva da promoção do Cuidado de Si.

- 2ª Sessão de Formação;
- Implementação da CAM;
- Informar e explicar o processo de avaliação do estado de confusão através do *Confusion Assessment Method (CAM)*;
- 2ª Reflexão Crítica
- Guia de Orientação das Práticas

APÊNDICE XX

Documento utilizado para a avaliação da 1ª e 2ª sessão de formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

TEMA: “O *delirium* no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si.”

DATA: 27 de outubro de 2011

FORMADOR: Maria João Lemos

OBJETIVO:

- Contextualizar a importância deste projeto com base na evidência científica;
- Apresentar a finalidade e os objetivos do projeto;
- Apresentar as atividades a desenvolver durante o projeto de estágio;
- Relembrar e aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) numa perspetiva da promoção do Cuidado de Si

Como classifica a ação de formação que assistiu:

Quanto às expectativas: Não correspondeu
Correspondeu parcialmente
Correspondeu
Superou

Quanto ao grau de adequação em relação à realidade profissional:

Nula
Pequena
Média
Grande

Sugestões e críticas:

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

TEMA: “O *delirium* no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si (Continuação).”

DATA: 8 de novembro de 2011

FORMADOR: Maria João Lemos

OBJETIVO:

- Apresentar os resultados obtidos através da avaliação dos registos de enfermagem;
- Apresentar fatores de risco, precipitantes, medidas preventivas do *delirium* e intervenções de enfermagem perante a pessoa idosa hospitalizada com *delirium*;
- Informar e explicar o processo de avaliação do delirium através do “Algoritmo de Avaliação” da CAM;
- Aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) como prática de cuidados na promoção do Cuidado de Si.

Como classifica a ação de formação que assistiu:

Quanto às expectativas: Não correspondeu
Correspondeu parcialmente
Correspondeu
Superou

Quanto ao grau de adequação em relação à realidade profissional:

Nula
Pequena
Média
Grande

Sugestões e críticas:

APÊNDICE XXI

Análise de conteúdo da 1ª reflexão crítica da equipa de enfermagem

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Descrição da situação	<ul style="list-style-type: none"> • "doente inquieto no leito (...) retira a máscara de oxigénio várias vezes levando à diminuição das saturações de oxigénio." R1
	<ul style="list-style-type: none"> • "imobilizada desde o turno anterior" R1
	<ul style="list-style-type: none"> • "foi explicado que não podia retirar a máscara e que se não o fizesse retirava-lhe as imobilizações, permaneci junto dele, tendo ficado mais calmo e adormeceu." R1
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...)discurso confuso e desorientado no tempo e no espaço, tentando levantar-se do leito" R2
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...)reorientado sem sucesso(...)" R2
	<ul style="list-style-type: none"> • "fez medicação analgésica com pouco efeito(...) ficou mais calma após esvaziamento vesical." R2
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...)durante a noite perdeu as suas referências e pensa ter sido raptada (...) foi imobilizada e ficou ainda mais agitada (...)" R3
	<ul style="list-style-type: none"> • "desenvolveu quadro de confusão e agitação psicomotora com agressividade física(...)" R4
	<ul style="list-style-type: none"> • " (...)tentei reorientar, voltei a apresentar-me, acendi a luz contextualizando-o no local, mas sem sucesso(...)" R4
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...)agrediu-me com um murro nas costas(...) administrei medicação(...)não foi suficiente e tive de imobilizar os membros superiores." R4
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...)foi necessário repetir a medicação e após 3 horas adormeceu." R4
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...)desorientado no tempo e no espaço(...)feitas várias tentativas de reorientação, sem sucesso." R5
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...)fez terapêutica sem sucesso e foi imobilizado." R5
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) iniciou quadro de agitação psicomotora, tentando sair da cama." R6
	<ul style="list-style-type: none"> • " (...) foi reorientada, acendi a luz para que entende-se que não estava em casa e que não podia levantar-se (...) ficou mais calma, mantendo alguma desorientação espaço-temporal mas com término da agitação motora." R6
	<ul style="list-style-type: none"> • "doente com confusão, agressividade verbal e física, retirando por diversas vezes a máscara facial o que fazia diminuir a saturação de oxigénio." R7
	<ul style="list-style-type: none"> • "fez medicação sem efeito, pelo que foi necessário imobilizar os membros superiores." R7
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) iniciou desorientação no tempo e no espaço, discurso incoerente, com tentativas de levantar do leito (...)" R8
	<ul style="list-style-type: none"> • "de forma calma iniciei conversa com referências ao seu passado, falei sobre a sua família, ficou calma, com referências coerentes, ficou receptiva aos cuidados." R8
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) verborreica, com agitação psicomotora, discurso desadequado (...) violência física contras as enfermeiras e assistentes operacionais." R9
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) após tentativa de reorientação e de acalmar a doente, foram necessárias 4 pessoas para imobilizar a doente e administrar terapêutica." R9
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) deu entrada no serviço, vindo da urgência, com imobilizadores dos membros superiores(...) fomos advertidos que era muito violento" R10
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) mesmo com os membros superiores imobilizados, consegui levantar-se e pontapear os enfermeiros (...) imobilizado também tronco e membros inferiores." R10
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...)por indicação médica foi administrada contenção química(...)" R10
	<ul style="list-style-type: none"> • "estava a fazer turno num serviço que não era o meu (...)" R11
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) doente acamado, não dormia e falava no início da noite (...) administrada 1/2 f da medicação prescrita em SOS (...) continuava a falar e a tentar sair do leito, colocando as pernas entre as grades e falava da luz." R11
	<ul style="list-style-type: none"> • "foi reorientado no tempo e no espaço, posicionado noutra decúbito. Foi administrada a outra 1/2 f da medicação e acendi a luz da cama ao lado (que estava vazia) porque continuava a falar na luz, tendo dormido a restante noite." R11
	<ul style="list-style-type: none"> • "doente calma e sempre orientada no espaço, tempo e pessoa, até ao momento em que ouviu os gemidos de outro doente." R12
	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) relatou-os como sendo de um familiar seu, começando a gritar pelo mesmo." R12
	<ul style="list-style-type: none"> • "foi conduzida até ao doente em causa(...) sem efeito. Continuava a afirmar que eram familiares, começou aos gritos, agressiva e tentativa de fuga." R12
	<ul style="list-style-type: none"> • "reorientações no tempo e no espaço frequentes mas ineficazes. Administrada medicação sem efeito, tendo sido imobilizada no cadeirão e na sala de trabalho para ficar junto a nós." R12
	<ul style="list-style-type: none"> • "as reorientações foram uma constante ao longo da noite e sem efeito." R12
	<ul style="list-style-type: none"> • "na segunda noite desenvolveu quadro de agitação psicomotora e alucinações (visuais e sensitivas) (...) tentando arrancar a algália." R13
	<ul style="list-style-type: none"> • "a primeira intervenção foi procurar reorientar o doente no espaço, ligando a luz, apresentando-me, dando-lhe visibilidade do ambiente envolvente e sobre si próprio (...)" R13
<ul style="list-style-type: none"> • "(...) disse que não gostava da noite nem do escuro, sentia-se sozinho e abandonado." R13 	
<ul style="list-style-type: none"> • "(...) deixei a luz ligada e foi administrada medicação indutora do sono prescrita em SOS para que pudesse descansar tranquilamente." R13 	
<ul style="list-style-type: none"> • "(...) desorientada no tempo e na pessoa. Relatava a sua vida como se estivesse à alguns anos atrás, com esquecimentos frequentes de acontecimentos recentes." R14 	
<ul style="list-style-type: none"> • "este acontecimento não teve nada fora do comum, mas foi a primeira situação de um doente que ficou desorientado e que me marcou." R14 	

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Sentimentos	• " no inicio senti cansaço e frustração por não conseguir que o doente ficasse confortável e a dormir (...) pensei que solução para diminuir a resistência do doente, era retirar o possível factor de stress que era a imobilização e o estar sozinho." R1
	• "(...) impotência por não conseguir reorientar/ acalmar o doente (...) agradada ao mesmo tempo após ter melhorado (...) R2
	• "(...) incomodada (...) R3
	• " o 1º pensamento foi imobilizar, mas depois, como era o primeiro episódio não o fiz (...) não me agrada imobilizar os doentes (...) após a agressão que sofri não hesitei em imobiliza-lo para nossa proteção" R4
	• "(...) o que me preocupou foi o facto de a doente ter de ficar estável, do ponto de vista hemodinâmico e respiratório. Custa muito imobilizar os doentes mas teve de ser." R5
	• "(...) o que poderia ter levado de forma tão rápida à alteração do estado de consciência do doente?" R6
	• "(...) frustração, humilhada, e desvalorizada pelo trabalho que estava a desenvolver." R7
	• "Compaixão pelo seu sofrimento (...) impotência no pico do episódio e alívio por ter resultado as estratégias adoptadas." R8
	• " Inquietação e frustração por não saber se conseguia resolver a situação. Angústia ao pensar que todos no futuro podemos ser esta doente." R9
	• "(...)o que fazer, como tranquilizar o doente e protege-lo a ele e a mim da sua agressividade(...) medo, pânico de não conseguir estar à altura da situação." R10
	• "(...) impotência poe não conhecer o doente e pareceu-me estar mal acompanhado do ponto de vista farmacológico." R11
	• "(...) era responsável pela doente e esta apresentava risco de fuga (...) custo-me mas tive de a imobilizar pois as várias tentativas de reorientação e da administração de fármacos foram ineficazes." R12
Avaliação	• "(...) admirada com esta alteração repentina do estado de consciência (...) " R13
	• "(...) fiquem triste pela alteração da doente, passou de uma situação de independência para dependência devido à alteração de consciência(...) coloquei-me no lugar da família (...) pensar como seria se acontecesse aos meus pais e tenho meso que tal suceda." R14
	• " Positivo - ter proporcionado a melhoria temporária do doente e ter capacidade de mudar de atitude (...) Negativo - ter demorado muito a realizar a ação (...) ter aptado por uma abordagem mais autoritária" R1
	• " Positivo - explorara o que provocava a inquietação/confusão(...) atuar sobre a causa. Negativo - impotência por não ter conseguido reorientar o doente(...)." R2
	• " Positivo - capacidade da colega de transmitir calma ao doente e a capacidade de reorientação da mesma (...)" R3
	• "Positivo - conhecimento de algumas estratégias e que podemos implementar antes de recorrer à contenção mecânica. Negativo - saber que existem mais estratégias, mas que desconheço e que poderiam ter ajudado e abreviado esta situação." R4
	• Positivo - "ter tentado reorientar e explicara situação". Negativo -" imobilizá-la." R5
	• Positivo -" ter reorientado o doente...fim da agitação motora." Negativo -" dificuldade na reorientação." R6
	• Positivo - "ter a percepção das minhas capacidades". Negativo - "sensação de me ter esforçado e o trabalho ter sido em vão." R7
	• Positivo - "ter evitado medidas de contenção." R8
	• Positivo - "perceber os meus limites...refletir sobre mim e sobre o que somos." Negativo - "utilizar a força...sentir falta de sensibilidade da parte médica." R9
	• Positivo - "trabalho em equipa(...) a <i>bagagem</i> que este tipo de situação nos dá para futuras situações." Negativo - "ter de imobilizar física e quimicamente o doente." R10
	• Positivo - "não foi preciso imobilizar o doente e acabou por adormecer(...)" Negativo - "(...) talvez a medicação não fosse necessária, bastava as alterações de decúbito e a reorientação, mas como não conhecia o doente recorri à medicação(...)" R11
	• Positivo - "(...)evitar a contenção mecânica e fazer várias tentativas de reorientação(...)" Negativo - "(...) não existir sensibilidade médica para estas situações (...)" R12
• Positivo - "conseguir através do diálogo e reorientação que o utente se acalmasse(...)"ter a percepção do medo do doente." Negativo - "desconforto do doente face à situação vivenciada" R13	
• Positivo - "faz-nos refletir sobre situações destas." Negativo - "impotência em resolver o verdadeiro problema." R14	

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Análise	• "deveria ter mudado de atitude mais cedo (...) foi uma nova experiência que me fez refletir e adquirir novos conhecimentos." R1
	• "(...) importância de explorar a situação e as soluções possíveis antes de decidir (...)" R2
	• "(...) é importante o conhecimento das intervenções (...) tenho dificuldade em manter-me focada perante estas situações (...) a contenção só serviu para agravar a situação (...)" R3
	• "(...) é importante estar atenta aos pequenos sinais que possam indicar a possibilidade de ocorrência de confusão, no sentido de estabelecer estratégias preventivas." R4
	• "(...) infelizmente e muitas vezes para se estabilizar um doente é necessário cometer esta agressividade (contenção mecânica) aos doentes." R5
	• "(...) a promoção de um ambiente tranquilo é essencial nestas situações de confusão (...)" R6
	• "tenho de adquirir mais ferramentas para cuidar dos doentes com <i>delirium</i> " R7
	• "que a reorientação é uma estratégia, mas de certo que existem outras que desconheço(...)" R8
	• "numa situação seguinte foi mais fácil assumir um papel calmo/confortante ao mesmo tempo que assertivo." R9
	• "(...) o estado de consciência oscila rapidamente e de forma imprevisível (...) é importante assegurar a segurança do doente sem descorar a dos profissionais de saúde." R10
	• "é importante conhecer as pessoas de quem cuidamos(...)os doentes estão mal medicados no sentido de regularizar o padrão de sono sem ser necessário recorrer à contenção mecânica (...)" R11
	• "a contenção mecânica deve ser utilizada em último recurso (...) pode levar a uma maior agitação e desorientação do doente(...)senti falta de mais conhecimentos." R12
	• "a hospitalização é um fator desencadeante de delirium (...) devemos estar despertos e sensibilizados para as nossas intervenções, atuando preventivamente (...)" R13

APÊNDICE XXII
2ª de Sessão de formação

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: O *delirium* no idoso em contexto hospitalar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si (Continuação).

FINALIDADE: Pretende-se com a sessão de formação a apresentação dos resultados da avaliação inicial e formação relativa ao tema.

POPULAÇÃO ALVO: A sessão é destinada a todos os enfermeiros do Serviço de Medicina.

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Serviço de Medicina.

DATA: 8 de novembro de 2011

HORÁRIO: 14h 30m

FORMADORES: Maria João Lemos.

OBJECTIVOS DA SESSÃO:

- Apresentar os resultados obtidos através da avaliação dos registos de enfermagem;
- Apresentar fatores de risco, precipitantes, medidas preventivas do *delirium* e intervenções de enfermagem perante a pessoa idosa hospitalizada com *delirium*;
- Informar e explicar o processo de avaliação do *delirium* através do “Algoritmo de Avaliação” da CAM;
- Aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) como prática de cuidados na promoção do Cuidado de Si.

OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS
Apresentar os resultados obtidos através da avaliação dos registos de enfermagem	Problemática em estudo	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Apresentar fatores de risco, precipitantes, medidas preventivas do <i>delirium</i> e intervenções de enfermagem perante a pessoa idosa hospitalizada com <i>delirium</i>	Definição de conceitos	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Informar e explicar o processo de avaliação do <i>delirium</i> através do “Algoritmo de Avaliação” da CAM	Definição de conceitos	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) como prática de cuidados na promoção do Cuidado de Si.	Definição de conceitos	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador



2.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Pessoa Idosa
Unidade Curricular Opção II

**O DELIRIUM NO IDOSO EM CONTEXTO HOSPITALAR:
PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A
PROMOÇÃO DO
CUIDADO DE SI (continuação)**

Maria João Lemos

Lisboa
2012



OBJETIVOS DA SESSÃO

- Apresentar os resultados obtidos através da avaliação dos registos de enfermagem
- Apresentar fatores de risco, precipitantes, medidas preventivas e intervenções de enfermagem perante a pessoa idosa hospitalizada com *delirium*
- Informar e explicitar o processo de avaliação do *delirium* através do Algoritmo de Diagnóstico da CAM
- Aprofundar conhecimentos relativos ao Modelo de Parceria (Gomes, 2009) como prática de cuidados de enfermagem na promoção do Cuidado de Si

**INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DELIRIUM
DEFINIDOS TENDO COMO BASE O MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009)**

Avaliação inicial Novembro Nº _____ Processos

INDICADORES 1ª FASE - REVELAR-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Identidade da Pessoa Idosa				
Nome pelo qual gosta de ser chamado				
Idade				
Estado civil				
Habilitações literárias				
Profissão				
Crenças religiosas				
Contexto de doença				
Diagnóstico de internamento				
Antecedentes pessoais e cirúrgicos				
Data, local e duração do último internamento				
Medicação habitual (qual; abstinência)				
Defeitos auditivos e visuais (quais; uso de próteses)				
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, alimentares, actividade física)				
Capacidade cognitiva (memória, orientação, linguagem) alterações/data início				
Estado de consciência (percepção do ambiente, capacidade de atenção) alterações/data de início				
Hábitos de sono e repouso				
Impacto da doença na sua vida				
Contexto de vida				
Onde habita				
Condições habitacionais				
Com quem habita				
Cuidador principal (nome e contacto)				
Suporte social e familiar				
Ocupação/ Projecto de vida				
O que a pessoa idosa e família sabem sobre a situação de <i>delirium</i>				
Que tipo de apoio a pessoa idosa e família necessitam para fazer face à situação de <i>delirium</i>				

INDICADORES 2ª FASE - ENVOLVER-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve relação de confiança e qualidade com a pessoa idosa e família				
Proporciona tempo e espaço para conhecer a pessoa idosa e família				
Partilha a informação com a pessoa idosa e família baseada em verdade e transparência				
Conhecer a pessoa idosa junto da família para validação da informação ou obtenção de informação na impossibilidade do próprio				
Proporciona a participação nos cuidados da pessoa idosa e família				

INDICADORES 3ª FASE - POSSIBILITAR/CAPACITAR	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve competências para agir e decidir/Possibilitar o Cuidador do Outro				
Integra informação nos cuidados				
Identifica necessidades e potencialidades da pessoa idosa e família/cuidador no momento do processo de adaptação à doença				
Capacita o familiar cuidador para a promoção dos cuidados diferenciados à pessoa idosa (<i>Cuidado do Outro</i>) com <i>delirium</i>				
Facilita acesso aos recursos existentes na comunidade				
Promove o auto cuidado e a autonomia (<i>Cuidado de Si</i>) respeitando o ritmo, tempo e limitações da pessoa idosa com <i>delirium</i>				
Desenvolve estratégias com a pessoa idosa e cuidador familiar para fazer face às alterações apresentadas decorrentes do <i>delirium</i>				

INDICADORES 4ª FASE - COMPROMETER-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolver competências para agir e decidir/Possibilitar o Cuidador do Outro				
Ajuda e dá suporte às escolhas da pessoa idosa e família				
Efectua compromisso nas escolhas do idoso e família				

INDICADORES 5ª FASE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Assumir e assegurar o controlo do Cuidado de Si				
Permitir que a pessoa idosa possa prosseguir e ter controlo sobre o seu projecto de vida e de saúde				
Capacita a pessoa idosa e família da informação necessária para o cuidar numa situação de <i>delirium</i>				
Antecipa complicações para a pessoa idosa que possam advir de um episódio de <i>delirium</i>				
Proporciona conforto e bem estar à pessoa idosa em fase de <i>delirium</i>				



Análise dos Registos Fase Inicial

Análise dos registos de enfermagem dos processos clínicos tendo como guia orientador as 5 fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – 3 a 17 de outubro de 2011

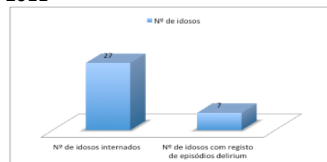


Gráfico ilustrativo do nº de idosos internados e do nº de idosos com registos de episódios de *delirium*.

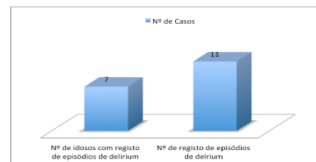


Gráfico ilustrativo do nº de idosos com registo de episódios de *delirium* e do nº de episódios de *delirium* registados.

Análise dos Registos Fase Inicial

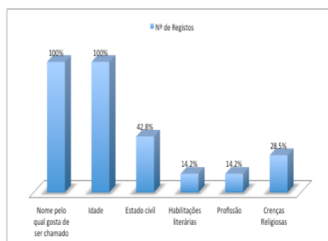


Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Identidade da pessoa idosa.

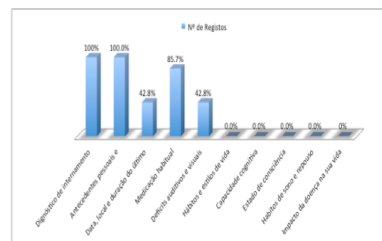


Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Contexto de vida.

Análise dos Registos Fase Inicial

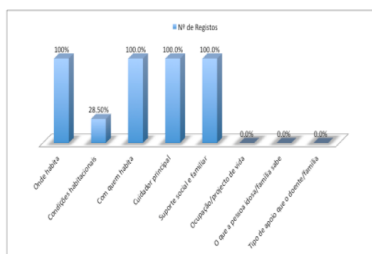


Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Contexto de vida.



Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 2ª Fase - Envolver-se.

Análise dos Registos Fase Inicial

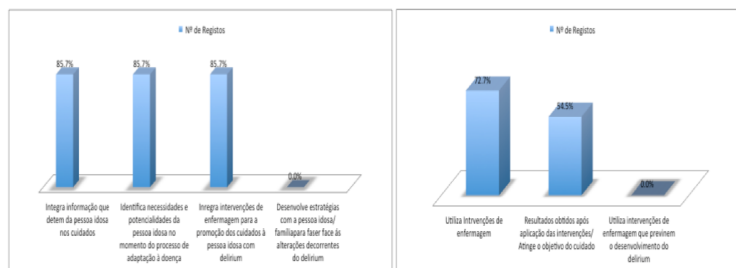


Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 3ª Fase - Capacitar/Possibilitar.

Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 4ª Fase – Comprometer-se.

Análise dos Registos Fase Inicial

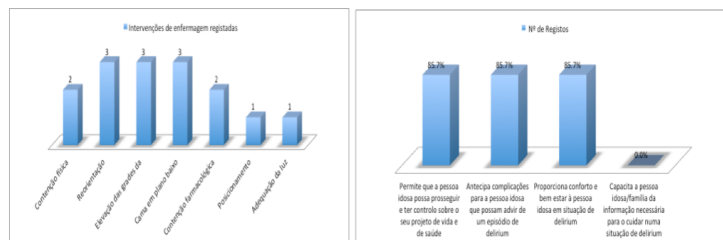


Gráfico ilustrativo das intervenções de enfermagem e sua frequência de utilização.

Gráfico ilustrativo do nº de registos dos indicadores da 5ª Fase – Assegura o Cuidado do Outro.

Fatores de risco do Delirium

- Idade (65 anos ou mais)
- Sexo Masculino
- Antecedentes de episódio de *Delirium*
- Fragilidade física
- Doenças graves
- Múltiplas patologias
- Demência
- Depressão
- Hospitalização
- Imobilização
- Infecções
- Desidratação
- Desnutrição
- Polimedicação
- Abuso do álcool
- Insuficiência renal
- Privação sensorial (deficiência visual e surdez)

*Inouye S.K. (2006). Delirium in older persons. *N Engl J. Med.*, 354,1157-1165

*Young J., Inouye S.K. (2007). Delirium in older people. *BMJ*, 334, 842-846.

Fatores precipitantes de *Delirium*

Ambientais	Dor Stress emocional Imobilização forçada Procedimentos invasivos Unidade de cuidados intensivos
Patologias intercorrentes	Infecções (Ex: urinárias e respiratórias baixas) Insuficiência renal Alterações metabólicas Desidratação Desnutrição Obstipação Falência respiratória/Hipóxia Choque Enfarte agudo do miocárdio Anemia Hiper ou hipotermia Hipoalbuminemia Síndrome paraneoplásico
Patologias neurológicas primárias	Infecções (meningite, encefalite, sífilis) Alterações neurológicas (Ex: AVC, Epilepsia) Acidente vascular encefálico Hemorragia intracraniana
Cirurgias	Cardíacas Ortopédicas (Ex: colo do fêmur) Outras
Fármacos	Polimedicação Alteração na medicação habitual Agonistas dopaminérgicos Anticolinérgicos Ansiolíticos Narcóticos Abuso de drogas ou álcool Abstinência alcoólica
Ciclo de sono-vigília	Privação do sono

Fármacos potenciadores de *delirium*

Anticolinérgicos	Oxibutinina
Benzodiazepinas	Lorazepam, Diazepam, Alprazolam, Clordiazepóxido, Temazepam, Clorazepat
Antipsicóticos	Haloperidol
Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina
Opióides	Codeína
Antiarrítmicos	Digoxina
Diuréticos	Furosemda
Anti-histamínicos	Hidroxina, Prometazina
Antiarrítmicos	Digoxina
Antieméticos	Metoclopramida
Broncodilatadores	Teofilina
Relaxante muscular	Ciclobenzaprina

Intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção de *delirium*

- Promover ambiente calmo e confortável
- Incluir elementos orientadores (Ex: relógios, calendários, objectos familiares)
- Evitar mudanças de quarto
- Minimizar mudanças nos profissionais que interagem com o doente, tanto quanto possível
- Iluminar o quarto durante o dia (no caso de terem pouca luz solar)
- Reduzir ao mínimo o ruído/luz durante a noite
- Incentivar a presença de familiares ou pessoas significativas
- Promover alimentação e hidratação adequada
- Manter padrão de eliminação intestinal e vesical
- Manter oxigenação adequada
- Manter electrólitos em valores adequados
- Promover mobilização regular
- Encorajar a autonomia nas actividades diárias
- Promover comunicação orientadora regular
- Tratar a dor se existir
- Minimizar procedimentos invasivos
- Evitar imobilização física
- Proporcionar o uso de equipamento corrector de alterações visuais ou auditivas
- Incluir medidas não-farmacológicas no controlo da ansiedade
- Evitar fármacos psicoactivos
- Realizar revisão regular da medicação
- Manter ou restabelecer o padrão de sono normal

**FOLHA DE TRABALHO DO ALGORITMO DE DECISÃO DO MÉTODO DE
AVALIAÇÃO DA CONFUSSÃO (CAM)**

AVALIADOR: _____

DATA: _____

I IDENTIFICAÇÃO E CIRCUNSTÂNCIAS

a) Existe evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?
b) O comportamento (recente) flutua durante o dia, não é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em grandeza?

		Caixa 1
Não	Sim	
Não	Sim	

II EXAMINAÇÃO

o) Existe uma dificuldade em ficar a atenção, por exemplo, quando facilmente distraído ou sendo dificuldade em manter o contacto com o que estava a ser dito?

Não	Sim
Não	Sim

III EXAMENHO FISIOLÓGICO

o) momento de decaimento recente decorrente do aumento, ou não, conversação descontrola ou involuntária, flutua de altura pouco tempo ou flutua na mudança imprevista de tema para outro?

Não	Sim
Não	Sim

IV NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

- Alerta (normal)
- Vigilante (hiper-alerta)
- Letárgico (sonolento, facilmente despertável)
- Emperdoado (difícil de despertar)
- Coma (não despertável)

Não	Sim
Não	Sim

Alguma verificação ocorreu nesta caixa?

Se todos os itens da Caixa 1 estiverem verificados **2**, pelo menos, um item da Caixa 2 estiver verificado, sugere-se um diagnóstico de *delírium* / confusão aguda.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERANTE A PESSOA IDOSA COM DELÍRIUM

Intervenções não farmacológicas

Categoria	Subcategorias	Unidades
Ambiente	Adequação do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> *Ambiente calmo *Iluminação do ambiente adequado para o tempo real do dia *Plano da cama baixo *Evitar o ruído *Voz amáveis
Pessoal	Adequação do pessoal	<ul style="list-style-type: none"> *Conversar para manter interesse no mundo exterior *Presença frequente para evitar isolamento *Demonstrar disponibilidade *Execução de gestos lentos
Orientação para a realidade	Estratégias de orientação	<ul style="list-style-type: none"> *Falar para o utente *Chamar a pessoa pelo nome *Afirmar o dia e a hora que é *Encorajamento para actividades cognitivas estimulantes *Reorientação frequente *Incentivar o uso de óculos e aparelhos auditivos *Uso de relógio, rádio, televisor, jornal e calendário
Cuidados de suporte	Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> *Manutenção do volume de líquidos *Conselhos de hidratação *Hidratação *Avaliação e tratamento do risco de desidratação
	Mobilização	<ul style="list-style-type: none"> *Estimular a mobilização *Mobilização diária/precoce *Sair da cama todos os dias durante o internamento *Iniciar mobilização no quarto e corredor e lembrar o doente de fazê-lo todos os dias *Remover cateter urinário se possível *Evitar fluidoterapia contínua *Alternância de decúbito na cama de 3 em 3 horas caso a mobilização não seja possível
	Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> *Gestão de hipóxia
	Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> *Registo de ingestão diário *Administração de suplementos diários
Família	Evitar restrição física	<ul style="list-style-type: none"> *Evitar restrições físicas *Formalização de um familiar no início da noite
Sono	Envolvimento da família	<ul style="list-style-type: none"> *Incentivo à visita de amigos e familiares *Colocar na unidade sujeitos familiares de casa
	Hábitos de sono	<ul style="list-style-type: none"> *Respeitar o tempo de sono *Oferecer bebida quente antes de dormir (leite ou chá de camomila) *Reorientação do sono *Evitar os tratamentos durante o período de sono, se possível

Intervenções farmacológicas

Categoria	Subcategorias	Unidades
Medicação	Administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> *Administração criteriosa da medicação *Prevenção de restrições químicas *Alterar a medicação *Avaliar a medicação *Administração da medicação para controle da agitação e alucinações ou se ameaça à segurança de outros ou do próprio
	Retirada de alguns fármacos	<ul style="list-style-type: none"> *Evitar sedativos e psicofármacos, se possível ou reduzir a dose *Evitar fármacos com efeitos anticolinérgicos (antipsicóticos, norprilina, buscopan, oubutinina, biperideno) *Evitar medicamentos sedativos/benzodiazepinas, neurolépticos, analgésicos opiáceos

APÊNDICE XIII

Documento final das intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à
pessoa idosa com *delirium*

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NA ATUAÇÃO À PESSOA IDOSA COM *DELIRIUM*

Intervenções não farmacológicas

Categoria	Subcategorias	Unidades
Ambiente	Adequação do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente calmo • Iluminação do ambiente adequado para o tempo real do dia • Plano da cama baixo • Evitar o ruído
Pessoal	Adequação do pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Voz amigável • Conversar para manter interesse no mundo exterior • Presença frequente para evitar isolamento • Demonstrar disponibilidade • Execução de gestos lentos
Orientação para a realidade	Estratégias de orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Falar para o utente • Chamar a pessoa pelo nome • Afirmar o dia e a hora que é • Encorajamento para actividades cognitivas estimulantes • Reorientação frequente • Incentivar o uso de óculos e aparelhos auditivos • Uso de relógio, rádio, televisão, jornais e calendário
Cuidados de suporte	Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do volume de líquidos • Conselhos de hidratação • Hidratação • Avaliação e tratamento do risco de desidratação
	Mobilização	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a mobilização • Mobilização diária/precoce • Sair da cama todos os dias durante o internamento • Iniciar mobilização no quarto e corredor e lembrar o doente de fazê-lo todos os dias • Remover cateter urinário se possível • Evitar fluidoterapia contínua • Alternância de decúbito na cama de 3 em 3 horas caso a mobilização não seja possível
	Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de hipóxia
	Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de ingestão diário • Administração de suplementos diários
	Evitar restrição física	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar o uso de restrições • Evitar restrições físicas
Família	Envolvimento da família	<ul style="list-style-type: none"> • Permanência de um familiar no início da noite • Incentivo à visita de amigos e familiares • Colocar na unidade objectos familiares de casa
Sono	Hábitos de sono	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar o tempo de sono • Oferecer bebida quente antes de dormir (leite ou chá de camomila) • Reorientação do sono • Evitar os tratamentos durante o período de sono, se possível

Intervenções farmacológicas

Categoria	Subcategorias	Unidades
Medicação	Administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Administração criteriosa da medicação • Prevenção de restrições químicas • Alterar a medicação • Avaliar a medicação • Administração da medicação para controle da agitação e alucinações ou se ameaça à segurança de outros ou do próprio
	Retirada de alguns fármacos	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar sedativos e psicoativos, se possível ou reduzir a dose • Evitar fármacos com efeitos anticolinérgicos (amitriptilina, nortriptilina, buscopan, oxibutinina, biperideno) • Evitar medicamentos sedativos (benzodiazepinas, neurolépticos, analgésicos opióides)

APÊNDICE XXIV
Guia orientador para a prática

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Hospital de Pulido Valente

Serviço de Medicina 3C

O DELIRIUM NO IDOSO EM CONTEXTO HOSPITALAR

Documento orientador da prática, elaborado em parceria com a equipa de enfermagem durante a realização do projeto de estágio desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área da pessoa idosa

Elaborado por:
Maria João Lemos

Fevereiro 2012

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 O fenómeno do envelhecimento: a hospitalização e o *delirium*

1.2 Epidemiologia e Etiopatogenia do *delirium*

1.3 Factores de risco e precipitantes do *delirium*

1.4 O *delirium* na pessoa idosa: a importância da prevenção e do diagnóstico

1.5 Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)

1.6 Intervenções preconizadas para a pessoa idosa com *delirium*

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO

Anexo I – Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)

APÊNDICES

Apêndice I – Factores de risco do *delirium*

Apêndice II – Factores precipitantes de *delirium*

Apêndice III – Intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção de *delirium*

Apêndice IV - Fármacos potencialmente deliriogénicos

Apêndice V – Intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à pessoa idosa com *delirium*

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. O fenómeno do envelhecimento: a hospitalização e o *delirium*

O fenómeno do envelhecimento decorre do desenvolvimento científico e tecnológico, que ao longo dos últimos anos criou inúmeros meios que tornaram possível prevenir, diagnosticar e curar muitas doenças que outrora eram fatais, aumentando assim a esperança média de vida (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2005). Relacionado com a esperança média de vida, está o envelhecimento individual, sendo este um fenómeno social que se traduz num dos desafios mais importantes do séc. XXI, levantando questões tais como o estatuto do idoso na sociedade, a idade da reforma, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e da segurança social, entre outros. Com o aumento da esperança média de vida surge o aumento da incidência das doenças crónicas, cada vez mais significativas a nível nacional e internacional. Estas caracterizam-se por serem de longa duração e com uma progressão lenta, tendo necessidade de tratamentos prolongados (OMS, 2005).

O envelhecimento consiste num processo de sentido único que afecta progressivamente todos os órgãos e sistemas. O envelhecimento biológico, apesar de ter uma evolução variável de indivíduo para indivíduo, passa obrigatoriamente por uma degradação natural onde se podem observar variadíssimas alterações. Algumas destas alterações passam pela perda de memória e outras funções cognitivas, sendo que uma das síndromes que melhor descreve estas alterações é o *delirium* (estado de confusão agudo ou disfunção cognitiva aguda) (McRea, 2001). Como refere este mesmo autor, observa-se a existência de um aumento da prevalência desta síndrome com o envelhecimento, sendo comum entre a população idosa. O *delirium* é caracterizado por uma perturbação da consciência e uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo, na grande maioria dos casos de horas a dias, com tendência a flutuar ao longo do dia (DSM-IV-TR, 2002). É típico os sintomas isolados progredirem para um quadro de *delirium* durante um período de três dias, podendo desaparecer em poucas horas ou ocorrer uma persistência dos sintomas por semanas, sendo que a recuperação desta situação pode ser completa se a correção ou a auto-limitação da perturbação for realizada rapidamente (DSM-IV-TR, 2002). Esta é uma situação comum na população idosa afetado 30 a 60 % da população com idade superior a 65 anos, que

possuem doenças agudas, como infecções, distúrbios metabólicos ou do estado geral (Bottino *et al.*, 2006).

É importante nesta fase definir patologias como o delírio, perturbação cognitiva e demência, para entender as suas diferenças e a especificidade do *delirium*. O **delírio** ou perturbação delirante é caracterizada pela presença de uma ou mais ideias delirantes não bizarras que permaneçam pelo menos durante um mês. O seu diagnóstico é realizado quando as ideias delirantes não se devem a um estado físico geral ou ao efeito fisiológico direto de uma substância (DSM-IV-TR, 2002). No caso da **perturbação cognitiva** sem outra especificação, esta patologia é caracterizada por uma disfunção cognitiva provavelmente devido a um estado físico geral ou utilização de substâncias e que não preenchem os critérios de *delirium*, demência e perturbação mnésica (DSM-IV-TR, 2002). Relativamente à **demência**, esta patologia é caracterizada essencialmente pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, tais como a diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações: afasia, agnosia, apraxia e perturbação da capacidade de execução. O problema mais comum que se coloca no diagnóstico diferencial é a se a pessoa tem uma demência e não um *delirium*, se possui apenas *delirium* ou se o mesmo está sobreposto a uma demência preexistente. A perda de memória é uma situação comum ao *delirium* e à demência, mas a pessoa apenas com demência está alerta e não apresenta perturbação da consciência que é característica do *delirium*. No *delirium* os sintomas surgem de uma forma mais rápida (horas a dias) ao passo que na demências o aparecimento é muito mais gradual e insidioso (DSM-IV-TR, 2002).

Como já foi referido anteriormente, o envelhecimento leva à deterioração da saúde ficando a pessoa mais vulnerável ao aparecimento de doenças, e na grande maioria dos casos conduzindo à hospitalização, sendo que esta é, sem dúvida, uma experiência de certa forma assustadora para os doentes das diversas faixas etárias, provocando em todos sentimentos de solidão, isolamento e ansiedade (Cabete, 2005). Também o stress é gerado aquando da hospitalização devido ao ambiente estranho e impessoal, ao peso da institucionalização, ao medo da doença, aos procedimentos médicos e a um ambiente que, na grande maioria dos casos, é pouco agradável, estimulante e promotor da independência dos doentes.

O internamento representa, na maioria dos casos, variadíssimas ameaças tais como: ameaça à vida e à integridade corporal, alterações à alimentação, restrição de

movimentos, isolamento, incerteza quanto ao futuro, separação do cuidador/família e amigos, entre outras (Cabete, 2005). O doente rapidamente compreende que com esta nova situação lhe são impostas limitações físicas, inúmeras regras e ordens, poderes exercidos sobre a sua pessoa, vindos da parte do diagnóstico, médicos e enfermeiros, sendo a perda de autonomia e de controlo da situação, o que constitui factores geradores de instabilidade.

São os serviços de internamento de medicina aqueles que estão vocacionados para a coordenação e integração de patologias, tratamento de doentes agudos, em particular nas vertentes da observação, diagnóstico e terapêutica (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 1986). São também vistos como organizações cujo trabalho profissional tem toda uma envolvimento de qualificações complexas, conhecimentos muito abrangentes e sofisticados, vendo-se no entanto desprovidos de “tecnologia de ponta” (Costa, 2002).

A hospitalização, os vários procedimentos de diagnóstico e tratamentos são causadores de *stress* adicional à doença e aos sintomas que podem provocar no cliente idoso inúmeras alterações tais como a confusão. Para além desta situação, a hospitalização tem como consequência o aumento da dependência, as quedas frequentes e mesmo os idosos muito funcionais, podem tornar-se desorientados, confusos e agitados quando mudam de ambiente. Nesta perspectiva, as consequências diretas ou indiretas da hospitalização podem ser, essencialmente, examinadas no plano físico e psicológico (Cabete, 2005). No plano físico são inúmeros os problemas pois todos os efeitos do envelhecimento estão presentes em menor ou maior grau e interagem com outros factores, tais como, estar limitado à cama ou à cadeira. No que diz respeito ao plano psicológico, algumas circunstâncias verificadas durante a hospitalização foram relacionadas com o desenvolvimento de perturbações emocionais ou cognitivas, nomeadamente o *delirium*, situação que ocorre com frequência nos idosos hospitalizados e que está associada a elevadas taxas de mortalidade (Cabete, 2005). Esta perturbação está relacionada com diversos factores causais: deslocações geográficas e inadaptação ao meio ambiente; alterações dos hábitos de vida diária; exposição a ruídos desconhecidos ou aos quais o indivíduo não está habituado e alteração das relações interpessoais (Cabete, 2005). Estas são condições que todos podemos observar em contexto hospitalar e que explicam a elevada prevalência do *delirium* neste meio.

Enquanto enfermeiros especialistas na área do idoso, é fundamental estarmos despertos para os problemas relacionados com o envelhecimento, a hospitalização e as suas consequências na pessoa idosa, de forma a podermos evita-las ou dar respostas eficazes. Relativamente à incidência do *delirium* no idoso hospitalizado, é uma situação que pode reduzir significativamente a sua qualidade de vida a curto ou a longo prazo, justificando a importância da prevenção e a minimização do *delirium* nos serviços de internamento (Inouye, 2006; Siddiqi *et al.*, 2007; Young & Inouye, 2007). Pelo impacto negativo no doente e no sistema de saúde, que se traduz num aumento dos custos, torna-se importante o reconhecimento desta situação, assim como o relacionamento com as suas consequências clínicas. Segundo este mesmo autor, só através de um programa planeado de triagem de *delirium*, prevenção, detecção e gestão se pode minimizar o internamento e maximizar os resultados para o idoso.

1.2 A epidemiologia e a etiopatogenia do *delirium*

A prevalência global do *delirium* na comunidade representa cerca de 1 a 2%, ocorrendo um aumento significativo com a idade, alcançando os 14% entre os mais idosos (com idade superior a 85 anos) (Inouye, 2006). No ambiente hospitalar também se observa um aumento da prevalência do *delirium*, sendo que aquando da admissão hospitalar atinge os 24% podendo atingir os 56% da incidência durante o internamento entre a população hospitalar em geral (Inouye, 2006).

No que diz respeito à mortalidade do idoso hospitalizado com *delirium*, apresenta valores que vão de 22 a 76%, semelhantes aos do enfarte agudo do miocárdio ou sépsis (Inouye, 2006). Para além da taxa elevada de mortalidade, pode ocorrer a institucionalização pós-alta, um período maior de hospitalização, o que se traduz num aumento dos custos hospitalares e pós hospitalares, uma vez que as situações de *delirium* desencadeiam uma série de eventos que levam o aumento da mortalidade e a perda de independência do idoso (Holden, Jayathissa & Young, 2008; Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007). Também após a alta hospitalar esta situação obriga a um acompanhamento a longo prazo, o que conduz a custos/dia 2,5 vezes superiores em relação aos indivíduos sem história de *delirium*. Existe evidência do substancial impacto económico do *delirium*, com custos anuais que podem exceder os custos associados a quedas ou à Diabetes Mellitus (Leslie, Marcantonio, Leo-Summers & Inouye, 2008).

Relativamente à fisiopatologia do *delirium*, esta ainda não se encontra bem definida e as hipóteses propostas são baseadas em pesquisas animais (Bottino *et al.*, 2006). Existe no entanto várias teorias que foram propostas descrevendo distúrbios em diferentes sistemas: neurotransmissor, inflamatório, sinalização celular, *stress* fisiológico, oxigenação, ciclo sono-vigília. No entanto, a hipótese que desenvolve as alterações nos sistemas de neurotransmissores como mecanismos fisiopatológicos, relaciona as funções específicas dos neurotransmissores com os vários sintomas e apresentações clínicas do *delirium*, acreditando-se que mais do que um mecanismo possa estar envolvido (Bottino *et al.*, 2006). O sistema colinérgico relaciona-se com inúmeras funções, como o processo de memória, a atenção, o despertar e o sono REN (Rapid Eye Movement). Assim, alterações ocorridas neste sistema proporcionam a ocorrência do comprometimento destas funções, que estão presentes e alteradas no *delirium* (Bottino *et al.*, 2006).

O *delirium* apresenta uma etiologia multifactorial, com provável interligação entre a susceptibilidade do idoso e a exposição a fatores precipitantes, sendo que a intensidade dessa exposição será inversamente proporcional ao grau de susceptibilidade do idoso (Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007). Tendo como referência o DSM-IV-TR (2002), a etiologia presumível define o diagnóstico específico de *delirium*. Assim, se este for considerado uma consequência direta dos efeitos fisiológicos de um estado físico geral, deverá ser realizado o diagnóstico de *Delirium Secundário a Um Estado Físico Geral*. Se o *delirium* advir dos efeitos fisiológicos diretos de uma droga ou de um abuso, o diagnóstico será de *Delirium por Intoxicação com Substância* ou *Delirium de Abstinência de Substância*, dependendo se surge por intoxicação ou abstinência de substâncias. A ocorrência do *Delirium Induzido por Substâncias* resulta de medicamentos, utilização ou exposição a tóxicos. É frequente a existência de várias etiologias, tendo como exemplo a pessoa idosa com um estado físico geral que está polimedicado e que ao desenvolver *delirium* este será diagnosticado com *Delirium por Múltiplas Etiologias*. Contudo, na impossibilidade de se estabelecer uma etiologia específica, deverá diagnosticar-se *Delirium Sem Outra Especificação*.

Existem também subtipos motores que classificam o *delirium* em *hiperativo*, *hipoativo* ou *misto*. Trata-se de *hiperativo* quando ocorrem manifestações nas últimas 24 horas de aumento quantitativo na atividade motora, perda do controlo sobre a atividade e/ou inquietação (pelo menos dois destes); *hipoativo* quando há diminuição quantitativa

de atividades, diminuição da velocidade de ação, redução da consciência do que o circunda, diminuição quantitativa do discurso, diminuição da velocidade do discurso, indiferença, desleixo e/ou diminuição da vigilância/afastamento (em que pelo menos um, de diminuição quantitativa ou diminuição da velocidade de ação, está presente nas últimas 24 horas; *misto* quando existe a evidência dos dois subtipos hiperativo e hipoativo nas últimas 24 horas (Machado, 2010).

Relativamente ao papel da genética, alguns estudos genéticos podem contribuir para o esclarecimento da fisiopatologia, no entanto, e considerando a reduzida amostra de estudos efetuados, não é possível tirar conclusões (Young & Inouye, 2007). Estes autores apontam para vários estudos que definem o *delirium* hipoativo como aquele com maior probabilidade de ser diagnosticado, passando despercebido pelas suas características, embora esteja associado a uma maior severidade da doença e, consequentemente, a piores resultados em termos de morbilidade e mortalidade.

1.3 Factores de risco e precipitantes do *delirium*

São inúmeros os **factores de risco** do *delirium* (Apêndice I) que surgem na literatura, tais como a idade, demência, doenças graves, debilidade física, défices visuais e auditivos, polimedicação, infeções, desidratação, consumo abusivo de álcool, privação de sono, imobilidade (restrição física) e pós-operatório. Assim, tendo em conta um idoso geneticamente susceptível, e com factores de risco, são vários os elementos que podem desencadear um episódio de *delirium*. Estes elementos são considerados os **factores precipitantes** onde se encontram inúmeras patologias agudas, cirurgias de várias especialidades, fármacos e/ou drogas, alterações ambientais e do ciclo sono-vigília (Apêndice II).

No que diz respeito a estes factores, e como profissionais de saúde, é necessário termos presente que, na maioria dos doentes idosos neurologicamente mais vulneráveis às agressões sistémicas, estes podem estar presentes em simultâneo, o que torna esta população muito suscetível ao desenvolvimento desta síndrome. Para além disso patologias como o enfarte agudo do miocárdio, entre outras, bastante representativas da pessoa idosa, podem ter uma apresentação atípica, sendo o *delirium* a única manifestação (Young & Inouye, 2007). Os casos de confusão aguda são mais comuns

nos indivíduos que possuem um síndrome orgânico cerebral ou demência e pode co-existir com a depressão.

Assim, estas situações de elevada complexidade exigem um profundo conhecimento desta problemática, com vista a poderem ser efectuadas intervenções com maior adequação à pessoa idosa que é alvo dos nossos cuidados.

1.4 O *delirium* na pessoa idosa: a importância da prevenção e do diagnóstico

Após a vasta pesquisa, e um estudo pormenorizado sobre os estados de confusão aguda, é fácil entender a importância do diagnóstico e da correta atuação nestas situações, contudo a prevenção é uma atuação desejável para o idoso, cuidadores e serviços de saúde (Inouye, 2006; Siddiqi *et al.*, 2007). A preocupação e atenção despendida pelos investigadores à temática da prevenção, tem levado ao desenvolvimento de recentes estudos que defendem e reforçam a eficácia na prevenção do *delirium*, o que passa por evitar os vários fatores de risco modificáveis (Inouye, 2006; Potter & George, 2006; Tropea, Slee, Brand, Gray & Snell, 2008; Young & Inouye, 2007). Algumas das medidas traduzem-se em intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção do *delirium*, tais como a reorientação, mobilização precoce, controlo da dor e evitar fármacos psicoativos (Young & Inouye, 2007) e que se encontram descritas no apêndice III. Estas medidas estão associadas à redução de cerca de 1/3 na incidência do *delirium* e/ou na redução da sua severidade e duração. Tratando-se de um projeto desenvolvido em meio hospitalar, é necessário ter em conta, a presença de inúmeros factores de risco para o desenvolvimento desta situação. Assim, é fundamental tentar reduzir ao mínimo o tempo de internamento da pessoa idosa, o que contribui para uma redução significativa da incidência do *delirium* (Young & Inouye, 2007).

Outro aspeto fundamental na prevenção é a medicação, pois contribui para cerca de 40% dos casos de *delirium*, devido à polimedicação onde se inclui em muitos dos casos medicação deliriogénica (Young & Inouye, 2007). No idoso, existem alterações no metabolismo dos fármacos e um maior risco de interações medicamentosas visto existirem frequentemente múltiplas co-morbilidades a tratar. Grande parte dos idosos estão medicados com fármacos psicotrópicos (ansiolíticos, antipsicóticos e

antidepressivos) que aumentam o risco de *delirium*, assim como muitos outros, apresentados no apêndice IV. Desta forma, é essencial evitar estas situações que acarretam inúmeras implicações à pessoa idosa, sem nunca esquecer que o *delirium* pode ser reversível se for corretamente diagnosticado. Para que se observe uma menor ocorrência dos estados de confusão aguda na pessoa idosa hospitalizada, é também fundamental compreender a dinâmica das diferentes patologias, assim como fazer uma minuciosa história clínica de forma a conhecer a pessoa nos vários contextos de vida.

No cenário hospitalar, o enfermeiro pode, e deve ter um papel preponderante nos cuidados prestados à pessoa idosa, devendo mesmo antecipar a ocorrência de episódios de *delirium*, sendo para isso fundamental um correto diagnóstico que passa pela realização da colheita de dados nas primeiras 24 horas, e da observação baseada nos sinais de alarme, tais como: acordar após poucas horas de sono; ansiedade e desorientação aparente; sonhos vívidos/alucinações e posteriormente não terem a certeza se estavam a sonhar, a observar acontecimentos ou ainda a alucinar com os mesmos (Schofield, 2007). No momento da admissão do idoso é também essencial ter conhecimento do estado mental para podermos avaliar alterações futuras, e no caso de este já apresentar alterações, é importante validar se este é o seu estado habitual ou desde que data apresenta as alterações. O enfermeiro deve ter presente que o diagnóstico tardio do *delirium*, ou a sua falha, têm repercussões sérias no seu prognóstico, sendo fundamental para evitar esta situação, a identificação e o tratamento da causa básica do *delirium* (Bottino *et al.*, 2006; Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007). É neste contexto que a abordagem do enfermeiro é fundamental para possibilitar uma prestação de cuidados individualizados e de qualidade.

As situações de *delirium* são frequentemente mal geridas devido à sua apresentação não específica, sendo muitas vezes ignorado, mal diagnosticado com tendência para ser associado a quadros de demência e ao envelhecimento normal do indivíduo (Holden *et al.*, 2007; Young & Inouye, 2007). Algumas das razões principais para a dificuldade do reconhecimento do *delirium*, prendem-se com o défice de conhecimentos e uma cultura de saúde que se recusa em dar a devida atenção ao comprometimento cognitivo do idoso e o seu impacto na vida pessoal e comunitária (Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007).

A formação/educação torna-se uma ferramenta vital para o reconhecimento e consequente realização do diagnóstico, devendo este ser registado e o tratamento

iniciado o mais precocemente possível. Para a realização de um diagnóstico mais cuidado e criterioso, é fundamental a utilização de um instrumento para o efeito (Inouye, 2006; Young & Inouye, 2007).

1.5 Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)

Para além da observação, é fundamental uma avaliação padronizada em qualquer idoso hospitalizado que apresente alguns dos sintomas anteriormente referidos, e que deverá ser realizada com base em instrumentos adequados para o efeito. Atualmente, em Portugal a escala de confusão mais utilizada é a Escala de Confusão Neecham, validada para a população portuguesa por Neves (2009), (Sampaio, Sequeira & Sá, (2010). Esta escala apresenta uma maior capacidade para identificar casos de confusão aguda ao nível dos cuidados intensivos, ao passo que a CAM se apresenta como um instrumento de uso simples, sensível e específico para a identificação da confusão aguda nos serviços de Medicina e Cirurgia (Sampaio *et al.*, 2010). Dentro dos vários instrumentos de avaliação do estado de confusão, existe um que sobressai pelo facto de ser particularmente adequado para pessoas com alto risco de desenvolver confusão aguda, sendo exemplo disso, os idosos hospitalizados em serviços de Medicina e Cirurgia (Sampaio *et al.*, 2010).

Esse instrumento é a *Confusion Assessment Method* (CAM), o qual foi desenvolvido por Inouye *et al* em 1990 e permite, de uma forma rápida e simples, detetar o *delirium* por outros clínicos não psiquiátricos. Muito embora os diagnósticos da CAM estejam, geralmente, de acordo com os dos psiquiatras, surgem algumas discrepâncias, nomeadamente nas pessoas com demência, pelo que seria necessária uma maior especificação ou critérios de diagnóstico alternativos para este grupo específico (Inouye, 2006). Contudo, no estudo realizado por Inouye *et al* (1990) foi utilizada a CAM em doentes idosos com demência e depressão, uma vez que se tratam das patologias psiquiátricas mais frequentes nos serviços de Medicina e Cirurgia (Sampaio *et al.*, 2010). Na sua versão completa, a CAM é composta por nove itens, no entanto, foi estabelecida à *priori* uma hipótese para o valor diagnóstico de quatro critérios que dá pelo nome de Algoritmo de Diagnóstico da CAM (Anexo I). Os critérios da CAM são o início agudo e decurso flutuante; desatenção; pensamento desorganizado; alteração do nível de

consciência, sendo que para a identificação do diagnóstico é necessário a presença das duas primeiras características, assim como da terceira ou quarta (Sampaio *et al.*, 2010).

A escolha da CAM prendeu-se com o facto de ser a que melhor se adequa para a realização deste projeto, uma vez que cumpre critérios importantes para o contexto em que este irá ser realizado e que são os seguintes: foi desenhada especificamente para ser utilizado na população idosa; é um instrumento sensível, específico, fiável e de utilização fácil que permite aos médicos e enfermeiros o treino no reconhecimento do *delirium*, ao nível dos serviços de Medicina e de Cirurgia (Kapo, Morrison & Liao, 2007; Sampaio *et al.*, 2010). Este instrumento demonstra ser muito confiável no diagnóstico do *delirium*, com uma sensibilidade de 94-100% e especificidade de 90-95%. (Holden *et al.*, 2008).

Após a realização do diagnóstico, é fundamental uma intervenção rápida e adequada, por parte do enfermeiro, para que sejam evitadas ao máximo as complicações decorrentes do *delirium*.

1.6 Intervenções de enfermagem preconizadas para a pessoa idosa com *delirium*

A gestão dos recursos para o tratamento da pessoa idosa com *delirium*, assim como a maximização da segurança do doente e dos funcionários, são desafios para os profissionais de saúde e hospitais (Holden *et al.*, 2007). Os cuidados a estes idosos devem englobar a imediata investigação e tratamento das causas a que lhe estão subjacentes, isto é uma infecção urinária ou dor, o tratamento de suporte, a prevenção de complicações e o tratamento de sintomas comportamentais.

Determinar a causa e tratá-la deve ser a primeira medida a ter em conta pelo enfermeiro que diagnosticou o *delirium*. Durante a última década têm sido desenvolvidas um número de diferentes intervenções na atuação à pessoa idosa com *delirium*, e que podem ser divididas em diferentes categorias e subcategorias. Dentro das diferentes categorias podemos encontrar algumas das seguintes intervenções: reorientação no espaço de forma repetida, reforço da presença de familiares para reorientar a pessoa, avaliação e alteração medicamentosa, uso de quarto particular, uso de quarto particular, evitar rotação excessiva de pessoal, uso de luz de presença noturna, minimização de ruídos (Kapo *et al.*, 2007; Neville, 2006; Vidàn *et al.*, 2009; Young & Inouye, 2007). No

que diz respeito aos quartos particulares nem sempre é uma possibilidade em alguns serviços, no entanto, existem estudos que revelam que poderão não acrescentar benefícios, uma vez que o facto de estar acompanhado pode melhorar a monitorização do mesmo, quer por parte dos enfermeiros ou dos outros doentes que alertam o enfermeiro quando surge essa necessidade (Inouye, 2006). Esta autora, recorreu à aplicação de medidas práticas e simples que contribuíram para a diminuição significativa da incidência de casos de *delirium*: promover sono e mobilidade adequados e hidratação adequada, agindo para restabelecer a homeostasia do sistema. Ainda intervenções como fornecer relógio e calendário, eliminar o uso de restrições físicas, colocar objetos familiares de casa no quarto do doente, e manter o uso de óculos ou de aparelhos auditivos, são outras das intervenções referidas por Kapo (2007).

A intervenção multicomponente de medidas não farmacológicas, apresenta eficácia na prevenção do *delirium* e na limitação da duração do episódio, tendo em conta um estudo citado por Kapo *et al* (2007). Os sintomas apresentados pela ocorrência do *delirium* devem ser tratados preferencialmente de forma não farmacológica, visto que os fármacos podem agravar ou prolongar esta situação em alguns casos. O tratamento farmacológico apenas deve ser aplicado aos doentes cujos sintomas ponham em causa a sua segurança ou a de outros, ou que comprometam o seu tratamento (Inouye, 2006; Kapo *et al.*, 2007; Young & Inouye, 2007). Estas são algumas das intervenções que podem ser encontradas no Apêndice V e que foi elaborado através da revisão sistemática da literatura e de toda a bibliografia consultada, ao longo da realização do projeto.

As intervenções educacionais para os profissionais de saúde com a presença de um enfermeiro especialista no local, são também uma das estratégias sugeridas por inúmeros autores (Gulpers, Bleijlevens, Rossum, Capezuti & Hamers, 2010; Huizing, Hamers, Gulpers & Berger 2006; Molasiotis, 1995; Vidàn *et al.*, 2009), pois permitem sensibilizar os profissionais para a problemática e proporcionam um apoio constante para a adoção de intervenções de atuação. No entanto, nunca nos devemos esquecer de ter presente a pessoa idosa numa perspetiva holística, ou seja, reconhecer aspectos sociais, históricos e culturais das pessoas que já tiveram episódios de *delirium* e das suas famílias.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR-Manual de Diagnóstico e Estatística Perturbações Mentais* (4ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bottino, C., Laks J. & Blay S. (2006). *Demência e Transtorno Cognitivo em Idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cabete, D.G. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Costa, M. A., (2002). *Cuidar idosos - Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Li Educa.
- Gulpers, M.J., Bleijlevens M., Rossum E., Capezuti E. & Hamer J. (2010). Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. Full Text Available (includes abstract); *BMC Geriatrics*, Feb 25; Vol.10, 11. Acedido em: 16.4.2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010597394&site=ehost-live>
- Holden, J.; Jayathissa, S. & Young, G.(2008). Delirium among elderly general medical patients in a New Zealand hospital. *Internal Medicine Journal*, Aug; 38 (8), 629-634.
- Huizing, A., Hamers J., Gulpers M. & Berger M., (2006). Short term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. Full Text Available (includes abstract); *BMC Geriatrics*, Oct 26; BMC Geriatrics; Vol.6, 17 Acedido em: 17.1.2011. Disponível em: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17067376&site=e host-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17067376&site=ehost-live)
- Inouye, SK., (2006). Delirium in older persons. *N Engl J. Med*, 354,1157-65.
- Kapo, J., Morrison L., Liao S. (2007). Palliative care for the older adult. Full Text Available (includes abstract), *Journal of Palliative Medicine*, Feb; Vol.10 (1) 185.209. Acedido em: 17.4.2011, Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009513028&site=ehost-live>.
- Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly. *Arch Intern Med.*, 168:27-32.
- Machado, S. (2010). *Delirium no Idoso. Tese de Mestrado*. Porto: Faculdade de Medicina da universidade do Porto.
- McRae, T. (2001). Avaliação e tratamento do *delirium* e da demência. In Gallo, J. et al. *Assistência ao idoso. Aspectos clínicos do envelhecimento*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-

Koogan.

- Molasiotis, A. (1995). Use of physical restraints 2: alternatives. *British Journal of Nursing* (BJN), 1995 Feb 23-Mar 8; 4 (4): 201-2, 219-20 (journal article). Acedido em: 22.5.2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1995025612&site=ehost-live>
- Neville, S. (2006). Delirium and older people: repositioning nursing care. *Internacional Journal of Older People Nursing*. 1, 113-120. New Zealand.
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Sá, L. (2010). Tradução do Método de Avaliação da Confusão (CAM): Importância no Contexto da Saúde Mental. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Acedido em 11.6.2011. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4197/1/Sampaio>
- Schofield, I. (2007). Delirium. In: Neno, R.; Aveyard, B.; Heath, H. *Older People and Mental Health Nursing – a handbook of care*. UK: Blackwell Publishing.
- Siddiqi, N., Holt R., Britton A. & Holmes J.,(2009). Interventions for preventing delirium in hospital patients (Review). *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Ltd
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA . Despacho 10/86, publicado no DR, 2ª, 102 de 05-05-86. Acedido em 11.6.2011. Disponível em: [http:// spmi.pt/legislacao-02.asp](http://spmi.pt/legislacao-02.asp).Acedido a 20/07/2011.
- Tropea J., Slee J.A., Brand C.A., Gray L. & Snell T.(2008). Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. 27, pp.150-6. *Australas J Ageing*
- Vidán M., et al (2009)- An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (11), pp. 2029-36.
- WHO (2005). *Chronic diseases and their common risk factors* [online] Atualizado em 2005. Acedido em 12.5.2010 Disponível em: <http://www.who.int>
- Young J., Inouye S.K. (2007). Delirium in older people. *BMJ*. April 21, 334(7598), pp. 842-846. Acedido a 4/5/2011. Disponível em: [10.1136/bmj.39169.706574.AD](http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39169.706574.AD)

ANEXO

Anexo I

Algoritmo de Diagnóstico do Método de Avaliação da Confusão (CAM)

**FOLHA DE TRABALHO DO ALGORITMO DE DECISÃO DO MÉTODO DE
AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)**

AVALIADOR:

DATA:

I. INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE

a) Existe evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Não ___

Caixa 1

Sim ___

b) O comportamento (anormal) flutuou durante o dia, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar e diminuir em gravidade?

Não ___

Sim ___

II. DESATENÇÃO

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em manter o contacto com o que estava a ser dito?

Não ___

Sim ___

III. PENSAMENTO DESORGANIZADO

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de tema para tema?

Não ___

Caixa 2

Sim ___

IV. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

-- Alerta (normal)

-- Vigilante (hiper-alerta)

-- Letárgico (sonolento, facilmente despertável)

-- Estupor (difícil de despertar)

-- Coma (não despertável)

Alguma verificação aparece nesta caixa?

Não ___

Sim ___

Se todos os itens da Caixa 1 estiverem verificados e, pelo menos, um item da Caixa 2 estiver verificado, sugere-se um diagnóstico de *delirium* / confusão aguda.

APÊNDICES

Apêndice I

Factores de risco do *delirium*

Factores de risco do *delirium*

- Idade (65 anos ou mais)
- Sexo Masculino
- Antecedentes de episódio de *Delirium*
- Fragilidade física
- Doenças graves
- Múltiplas patologias
- Demência
- Depressão
- Hospitalização
- Imobilização
- Infecções
- Desidratação
- Desnutrição
- Polimedicação
- Abuso do álcool
- Insuficiência renal
- Privação sensorial (deficiência visual e surdez)

- Inouye S.K. (2006). Delirium in older persons. *N Engl J. Med.*, 354,1157-1165
- Young J., Inouye S.K. (2007). Delirium in older people. *BMJ*, 334, 842–846.

Apêndice II

Factores precipitantes de *delirium*

Factores precipitantes de *Delirium*

Ambientais	Dor Stress emocional Imobilização forçada Procedimentos invasivos Unidade de cuidados intensivos
Patologias intercorrentes	Infecções (Ex: urinárias e respiratórias baixas) Insuficiência renal Alterações metabólicas Desidratação Desnutrição Obstipação Falência respiratória/Hipóxia Choque Enfarte agudo do miocárdio Anemia Hiper ou hipotermia Hipoalbuminemia Síndrome paraneoplásico
Patologias neurológicas primárias	Infecções (meningite, encefalite, sífilis) Alterações neurológicas (Ex: AVC, Epilepsia) Acidente vascular encefálico Hemorragia intracraniana
Cirurgias	Cardíacas Ortopédicas (Ex: colo do fémur) Outras
Fármacos	Polimedicação Alteração na medicação habitual Agonistas dopaminérgicos Anticolinérgicos Ansiolíticos Narcóticos Abuso de drogas ou álcool Abstinência alcoólica
Ciclo de sono-vigília	Privação do sono

Inouye S.K. (2006). Delirium in older persons. *N Engl J. Med.*, 354,1157-1165

Young J., Inouye S.K. (2007). Delirium in older people. *BMJ*, 334, 842–846.

Machado S. (2010). Delirium no Idoso. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Apêndice III

Intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção de
delirium

Intervenções de enfermagem preconizadas nas situações de prevenção de *delirium*

- Promover ambiente calmo e confortável
- Incluir elementos orientadores (Ex: relógios, calendários, objectos familiares)
- Evitar mudanças de quarto
- Minimizar mudanças nos profissionais que interagem com o doente, tanto quanto possível
- Iluminar o quarto durante o dia (no caso de terem pouca luz solar)
- Reduzir ao mínimo o ruído/luz durante a noite
- Incentivar a presença de familiares ou pessoas significativas
- Promover alimentação e hidratação adequada
- Manter padrão de eliminação intestinal e vesical
- Manter oxigenação adequada
- Manter electrólitos em valores adequados
- Promover mobilização regular
- Encorajar a autonomia nas actividades diárias
- Promover comunicação orientadora regular
- Tratar a dor se existir
- Minimizar procedimentos invasivos
- Evitar imobilização física
- Proporcionar o uso de equipamento corrector de alterações visuais ou auditivas
- Incluir medidas não-farmacológicas no controlo da ansiedade
- Evitar fármacos psicoactivos
- Realizar revisão regular da medicação
- Manter ou restabelecer o padrão de sono normal

Apêndice IV

Fármacos potenciadores de *delirium*

Fármacos potenciadores de <i>delirium</i>	
Anticolinérgicos	Oxibutinina
Benzodiazepinas	Lorazepam, Diazepam, Alprazolam, Clordiazepóxido, Temazepam, Clorazepat
Antipsicóticos	Haloperidol
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina
Opióides	Codeína
Antiarrítmicos	Digoxina
Diuréticos	Furosemida
Anti-histamínicos	Hidroxina, Prometazina
Antiarrítmicos	Digoxina
Antieméticos	Metoclopramida
Broncodilatadores	Teofilina
Relaxante muscular	Ciclobenzaprina

Apêndice V

Intervenções de enfermagem utilizadas na atuação à pessoa idosa com
delirium

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NA ATUAÇÃO À PESSOA IDOSA COM *DELIRIUM*

Intervenções não farmacológicas

Categoria	Subcategorias	Unidades
Ambiente	Adequação do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente calmo • Iluminação do ambiente adequado para o tempo real do dia • Plano da cama baixo • Evitar o ruído
Pessoal	Adequação do pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Voz amigável • Conversar para manter interesse no mundo exterior • Presença frequente para evitar isolamento • Demonstrar disponibilidade • Execução de gestos lentos
Orientação para a realidade	Estratégias de orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Falar para o utente • Chamar a pessoa pelo nome • Afirmar o dia e a hora que é • Encorajamento para actividades cognitivas estimulantes • Reorientação frequente • Insentivar o uso de óculos e aparelhos auditivos • Uso de relógio, rádio, televisão, jornais e calendário
Cuidados de suporte	Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do volume de líquidos • Conselhos de hidratação • Hidratação • Avaliação e tratamento do risco de desidratação
	Mobilização	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a mobilização • Mobilização diária/precoce • Sair da cama todos os dias durante o internamento • Iniciar mobilização no quarto e corredor e lembrar o doente de fazê-lo todos os dias • Remover cateter urinário se possível • Evitar fluidoterapia contínua • Alternância de decúbito na cama de 3 em 3 horas caso a mobilização não seja possível
	Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de hipóxia
	Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de ingestão diário • Administração de suplementos diários
	Evitar restrição física	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar o uso de restrições • Evitar restrições físicas
Família	Envolvimento da família	<ul style="list-style-type: none"> • Permanência de um familiar no início da noite • Incentivo à visita de amigos e familiares • Colocar na unidade objectos familiares de casa
Sono	Hábitos de sono	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar o tempo de sono • Oferecer bebida quente antes de dormir (leite ou chá de camomila) • Reorientação do sono • Evitar os tratamentos durante o período de sono, se possível

Intervenções farmacológicas

Categoria	Subcategorias	Unidades
Medicação	Administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Administração criteriosa da medicação • Prevenção de restrições químicas • Alterar a medicação • Avaliar a medicação • Administração da medicação para controle da agitação e alucinações ou se ameaça à segurança de outros ou do próprio
	Retirada de alguns fármacos	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar sedativos e psicoativos, se possível ou reduzir a dose • Evitar fármacos com efeitos anticolinérgicos (amitriptilina, nortriptilina, buscopan, oxibutinina, biperideno) • Evitar medicamentos sedativos (benzodiazepinas, neurolépticos, analgésicos opióides)

APÊNDICE XXV

Complemento da análise dos resultados da fase final

Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Identidade da pessoa idosa.

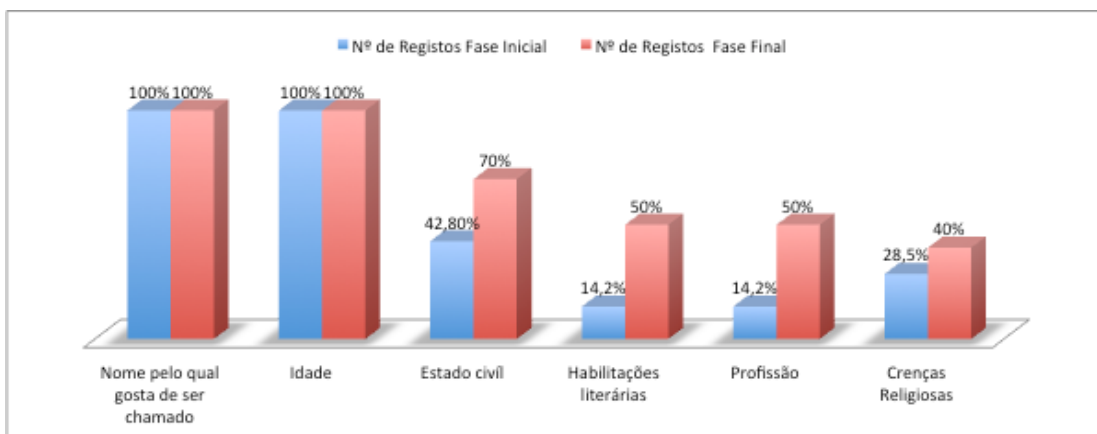


Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 1ª Fase - Revelar-se: Contexto de vida.

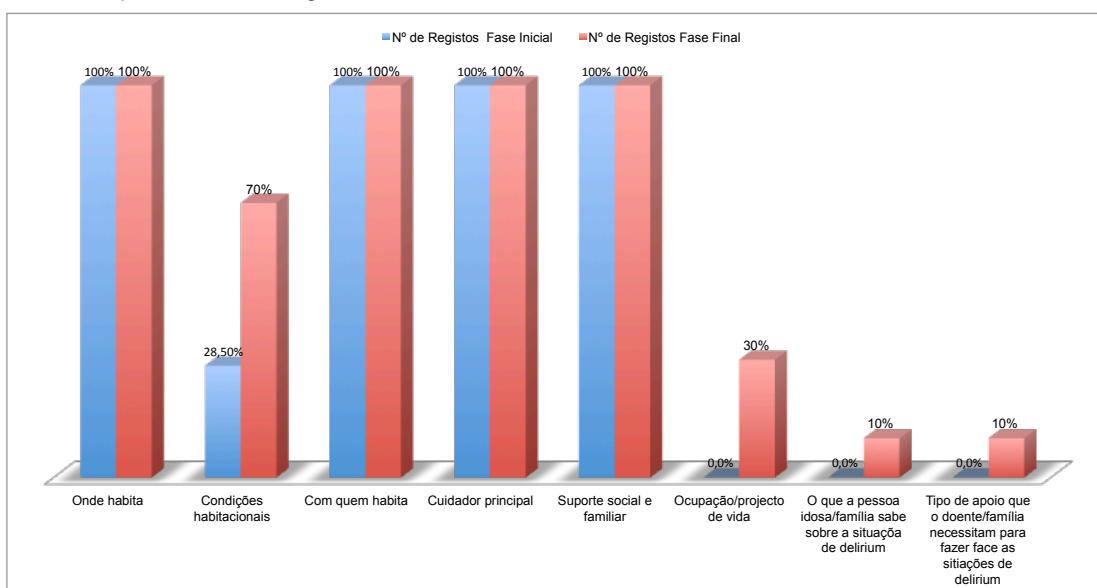


Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 3ª Fase - Capacitar/Possibilitar.

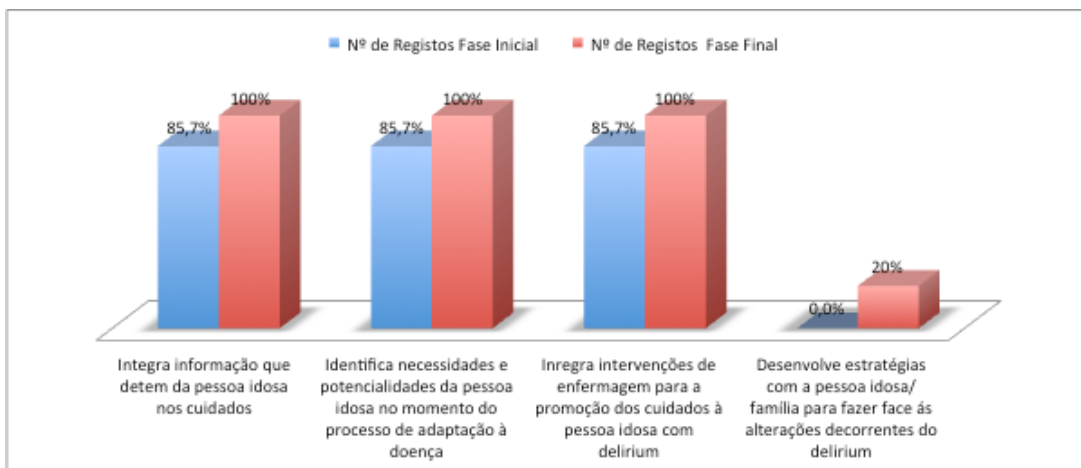
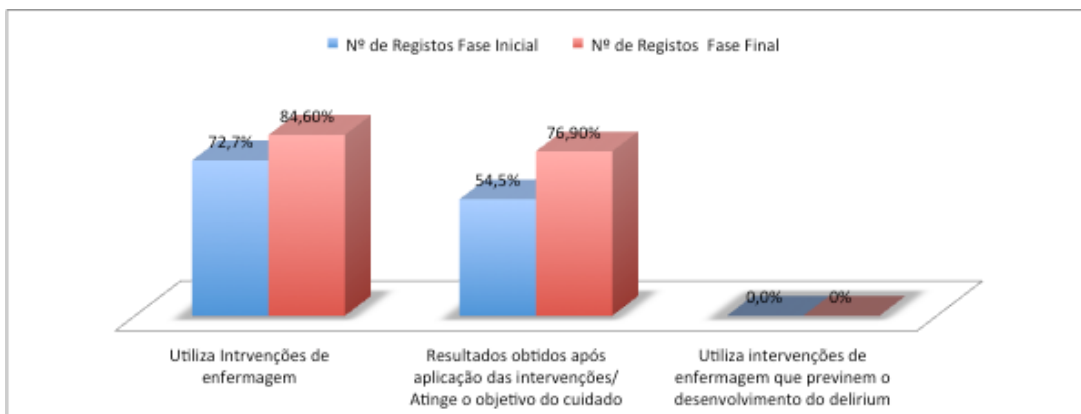


Gráfico comparativo do nº de registos dos indicadores da 4ª Fase – Comprometer-se.



APÊNDICE XXVI

Indicadores de avaliação das práticas de enfermagem à pessoa idosa com *delirium* definidos tendo como base o Modelo de Parceria (Gomes, 2009)
fase final

**INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM *DELIRIUM*
DEFINIDOS TENDO COMO BASE O MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009)**

**Avaliação final: Período de 7 de
Novembro de 2011 a 31 de Janeiro de
2011**

Nº: 10 Doentes

INDICADORES 1ª FASE - REVELAR-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Identidade da Pessoa Idosa				
Nome pelo qual gosta de ser chamado	10	-	-	-
Idade	10	-	-	-
Estado civil	7	3	-	-
Habilitações literárias	5	5	-	-
Profissão	5	5	-	-
Crenças religiosas	4	6	-	-
Contexto de doença				
Diagnóstico de internamento	10	-	-	-
Antecedentes pessoais e cirúrgicos	10	-	-	-
Data, local e duração do último internamento	7	1	2	-
Medicação habitual (qual; abstinência)	10	-	-	-
Défices auditivos e visuais (quais, uso de próteses)	10	-	-	-
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, alimentares, atividade física)	7	-	3	-
Capacidade cognitiva (memória, orientação, linguagem) alterações/data início	7	-	3	-
Estado de consciência (percepção do ambiente, capacidade de atenção) alterações/data de início	6	1	3	-
Hábitos de sono e repouso	10	-	-	-
Impacto da doença na sua vida	2	5	3	-
Contexto de vida				
Onde habita	10	-	-	-
Condições habitacionais	7	3	-	-
Com quem habita	10	-	-	-
Cuidador principal (nome e contacto)	10	-	-	-
Suporte social e familiar	10	-	-	-
Ocupação/ Projeto de vida	3	7	-	-
O que a pessoa idosa e família sabem sobre a situação de <i>delirium</i>	1	9	-	-
Que tipo de apoio a pessoa idosa e família necessitam para fazer face à situação de <i>delirium</i>	1	9	-	-

INDICADORES 2ª FASE - ENVOLVER-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve relação de confiança e qualidade com a pessoa idosa e família				
Proporciona tempo e espaço para conhecer a pessoa idosa e família	7	3	-	-
Partilha a informação com a pessoa idosa e família baseada em verdade e transparência	7	3	-	-
Conhecer a pessoa idosa junto da família para validação da informação ou obtenção de informação na impossibilidade do próprio	7	3	-	-

INDICADORES 3ª FASE - POSSIBILITAR/CAPACITAR	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve competências para agir e decidir/Possibilitar o Cuidador do Outro				
Integra informação que detém da pessoa idosa nos cuidados	10	-	-	-
Identifica necessidades e potencialidades da pessoa idosa no momento do processo de adaptação à doença	10	-	-	-
Integra intervenções de enfermagem para a promoção dos cuidados diferenciados à pessoa idosa com delirium (<i>Cuidado do Outro</i>)	10	-	-	-
Desenvolve estratégias com a pessoa idosa e cuidador familiar para fazer face às alterações apresentadas decorrentes do <i>delirium</i>	2	8	-	-

INDICADORES 4ª FASE - COMPROMETER-SE	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Atingir o objetivo do Cuidado				
Utiliza intervenções de enfermagem que promovem o Cuidado de Si	11	2	-	-
Utiliza intervenções de enfermagem que previnem o desenvolvimento de episódios de <i>delirium</i>	-	10	-	-
Atinge o objetivo do cuidado nas situações de <i>delirium</i>	10	3	-	-

INDICADORES 5ª FASE - ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	Preenchido	Não Preenchido	Incompleto	Não aplicável
Assegurar o Cuidado do Outro				
Permitir que a pessoa idosa possa prosseguir e ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde	10	-	-	-
Capacita a pessoa idosa e família da informação necessária para o cuidar numa situação de <i>delirium</i>	2	8	-	-
Antecipa complicações para a pessoa idosa que possam advir de um episódio de <i>delirium</i>	10	-	-	-
Proporciona conforto e bem estar à pessoa idosa em situação de <i>delirium</i>	10	-	-	-

APÊNDICE XXVII
2ª Reflexão crítica da equipa de enfermagem

REFLEXÃO

Fase Final

Após ter tido formação e mobilizado na sua prática de cuidados à pessoa idosa com *delirium* os conhecimentos adquiridos, peço que reflita e responda às seguintes questões, tendo como referencia: factores de risco; factores de risco; medidas preventivas; instrumento de diagnóstico CAM e as intervenções de enfermagem desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa em situação de *delirium* e família.

SENTIMENTOS: Numa situação vivenciada de uma pessoa idosa com *delirium*, o que pensou ou sentiu?

AValiação – O que foi positivo e negativo na experiência?

ANÁLISE – Em que medida a utilização do instrumento de avaliação CAM e o conhecimento de novas intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa em situação de *delirium* contribuiu para a promoção do Cuidado de Si?

CONCLUSÃO – Em que medida este projeto contribuiu para reconhecer a sua prática de cuidados relativamente às situações da pessoa Idosa em situação de *delirium*?

APÊNDICE XXVIII

Análise de conteúdo da 2ª reflexão crítica da equipa de enfermagem

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Sentimentos	• "que é difícil reorientar a pessoa idosa, o que me faz sentir por vezes impotente perante esta situação" R1
	• "sinto necessidade de controlar a situação e de reorientar o doente e, ao mesmo tempo, de manter um ambiente calmo" R2
	• "necessidade de tentar reorientar a pessoa idosa (...) necessidade de manter a calma, assim como o ambiente" R3
	• "senti efetivamente que aquela pessoa estava em sofrimento, incluindo também a sua família. Consegui fazer uma avaliação e intervenção mais objetiva e com maior segurança." R4
	• "senti maior controlo da situação e maior capacidade para agir." R5
	• "senti mais segurança nas minhas intervenções, embora as situações de <i>delirium</i> sejam complexas e exijam prática para obtenção de resultados" R6
	• "manter a privacidade do doente durante o <i>delirium</i> (...) a importância de conhecermos a história do doente e das medidas preventivas adequadas a cada um." R7
	• "neste momento tenho um instrumento que me permite com mais segurança identificar estas situações, assim como pude recorrer a outras intervenções na atuação à pessoa idosa com <i>delirium</i> ." R8
	• "recorri ao instrumento de diagnóstico e após uma "resposta negativa" foram implementadas medidas preventivas. Numa outra altura, este idoso, provavelmente teria sido identificado com estando em <i>delirium</i> " R9
	• "foram utilizadas várias intervenções de enfermagem na atuação ao doente com <i>delirium</i> , mas senti que é necessário algum treino para melhorar a sua eficácia." R10
	• "senti que o algoritmo da CAM é um instrumento muito válido nestas situações, pois permite-nos fazer o diagnóstico correto destas situações. Relativamente às intervenções na atuação, por vezes não obtemos os resultados de uma forma imediata, pelo que podemos investir mais nas medidas de prevenção." R11
	• "senti mais segurança perante estas situações, que são muito complexas e que exigem um grande investimento da parte dos enfermeiros." R12
Avaliação	• "não considero ter existido nada de negativo. O positivo foi ter conseguido utilizar algumas intervenções para as quais não estava desperta." R1
	• "positivo- experiência adquirida e reorientação do doente bem sucedida." "negativo- quando as medidas de reorientação não são eficazes e temos necessidade de utilizar medicação o mesmo contenção física." R2
	• "positivo- a eficácia dos cuidados e a experiência adquirida." "negativo- frustração se as medidas realizadas não são eficazes. Sinto tristeza quando o doente posteriormente tem noção da sua desorientação" R3
	• "maior segurança no diagnóstico, nas intervenções implementadas e, o contributo teórico/prático deste projeto permitiu-me explorar outras/fatores precipitantes que habitualmente não tinha em conta." Negativo- "há situações de <i>delirium</i> muito difíceis de reverter e nas quais parece que se esgotam as intervenções possíveis de reverter a situação, o que concluo que o trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental também nestas situações." R4
	• "positivo-maior segurança nos meus procedimentos. Negativos-algum insucesso dos procedimentos." R5
	• "positivo-aplicação dos novos conhecimentos relacionados com a problemática do delirium Negativo-não é algo negativo, mas é o sentimento de que estas situações requerem alguma prática" R6
	• "positivo-eficácia dos resultados Negativo-por vezes é difícil que as medidas de prevenção sejam eficazes" R7
	• "positivo-um conhecimento mais alargado ao nível das intervenções na atuação e a existência de um instrumento de diagnóstico. Negativo-nem sempre os resultados são atingidos ao ritmo que pretendemos." R8
	• "poder realizar o diagnóstico correto, com base num instrumento. Negativo-não se trata bem de um aspeto negativo, mas senti que é necessário tempo para praticar e adaptar as medidas preventivas a cada idoso, para atingir a sua eficácia." R9
	• "positivo-consegui mobilizar os conhecimentos adquiridos com o projeto e contribuir para uma atuação eficaz." R10
	• "positivo-perceber a utilidade e a importância da CAM e encaro estas situações de uma forma mais séria, tendo em vista as suas complicações. Negativo-frustração quando as medidas não são eficazes." R11
	• "positivo-segurança nos cuidados prestados à pessoa idosa. Negativo-sentimento de que muitas vezes estas situações não têm uma resolução imediata ou tão eficaz como pretendemos, e que requerem da nossa parte, mais atenção e disponibilidade." R12
Análise	• "que é possível melhorar a prática dos cuidados, envolver a pessoa e a família nos cuidados, mas acima de tudo é possível evitar mais a mobilização dos doentes" R1
	• "foram conhecimentos muito importantes na medida em que permitiram melhorar a minha prestação de cuidados a este doentes" R2
	• "foi fundamental para o diagnóstico e atuação nas situações de delirium, contribuindo para a resolução desta situação de uma forma mais eficaz" R3
	• "ajuda a diagnosticar o delirium pois esclarece dúvidas quanto à presença do mesmo. O CAM determina o conhecimento da pessoa de forma mais completa possibilitando o processo de parceria." R4
	• "foram conhecimentos e um instrumento fundamental para o processo de parceria envolvendo o doente, de uma forma fundamental para o sucesso na sua recuperação" R5
	• "são "peças" fundamentais nos cuidados a estes doentes, permitindo a envolvimento, a parceria nos cuidados." R6
	• "este instrumento e toda a toda a temática foi importante que para o reconhecimento destes caso quer para a adequação dos cuidados, embora tenhamos de praticar mais para obtermos melhores resultados." R7
	• "embora já tivesse alguns conhecimentos sobre esta problemática, este projeto veio acrescentar muita informação nas várias áreas do <i>delirium</i> , e um instrumento sendo muito importante para a parceria nos cuidados à pessoa idosa." R8
	• "permitiram perceber que o processo de parceria era possível e importante no conhecimento global da pessoa idosa para uma atuação eficaz no cuidado do outro." R9
	• "para a promoção do cuidado de si é fundamental o envolvimento do idoso e o conhecimento geral do mesmo. Para aplicarmos as intervenções adequadas temos de conhecer bem o "alvo" dos nossos cuidados." R10
	• "ao fazermos um correto diagnóstico do <i>delirium</i> , podemos aplicar intervenções adequadas ao idoso, mediante o conhecimento global do mesmo. Desta forma estamos a promover em parceria o cuidado da si." R11
	• "considero tratar-se de dois "instrumentos" importantes no conhecimento do idoso. Só através do conhecimento alargado e global do idoso é possível desenvolver um processo de parceria que promova o cuidado de si." R12

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • "contribuiu para ter mais conhecimentos sobre o doente com <i>delirium</i> e atuar de forma eficaz. Contribuiu para a realização de um plano de cuidados individualizado destes doentes" R1
	<ul style="list-style-type: none"> • "atualização de conhecimentos, relembrar alguns conceitos e a importância de medidas simples, que apesar de estarem presentes na prática diária, muitas vezes não são reconhecidas. Contribuiu também para a identificação objetiva dos sintomas de <i>delirium</i> e implementação adequada de estratégias de prevenção e atuação nos doentes com <i>delirium</i>." R2
	<ul style="list-style-type: none"> • "atualização e aquisição de conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem em doentes com <i>delirium</i>. Contribuiu ainda, através do instrumento, a identificação criteriosa de <i>delirium</i> e seus sintomas. Foi importante na medida de investir mais nas intervenções antes de recorrer à medicação ou à contenção física." R3
	<ul style="list-style-type: none"> • "hoje em dia consigo fazer uma avaliação mais precoce e objetiva tanto na prevenção, como na atuação à pessoa idosa com <i>delirium</i>, bem como um "fio condutor", ou seja, a atuação está bem estruturada e fundamentada." R4
	<ul style="list-style-type: none"> • "contribuiu para a melhoria da qualidade dos meus cuidados em relação ao doente em situação de <i>delirium</i>, assim como a importância do processo de parceria com a família." R5
	<ul style="list-style-type: none"> • "o projeto obrigou-me a refletir sobre a minha prática e repensar intervenções/sentimentos frequentes no meu dia a dia. Contribuiu também para a clarificação de conhecimentos já existentes e para subir mais um degrau, para atingir o cuidado de si de excelência." R6
	<ul style="list-style-type: none"> • "o contributo foi dado na medida em que foi possível melhorar conhecimentos relativos às intervenções na atuação e na prevenção do <i>delirium</i>, assim como, na "verdadeira" identificação destas situações, através do instrumento da CAM." R7
	<ul style="list-style-type: none"> • "este projeto permitiu alertar para a verdadeira problemática da pessoa com <i>delirium</i> e, através dos seus conteúdos, melhorar a minha prática." R8
	<ul style="list-style-type: none"> • "hoje tenho bem presente as reais implicações deste problema nos idosos, e uma vontade de fazer melhor, investir mais quer na prevenção, quer na atuação junto do idoso e da família, algumas vezes esquecida nesta problemática." R9
	<ul style="list-style-type: none"> • "este projeto veio trazer novos saberes a respeito do idoso com <i>delirium</i>, mas para além disso, veio despertar-nos para a globalidade e complexidade desta situação. Contribuiu de certo para a melhoria dos cuidados prestados e para a importância do processo de parceria no promoção do cuidado do outro." R10
	<ul style="list-style-type: none"> • "o contributo surge na melhoria da globalidade dos cuidados prestados por mim aos idosos com <i>delirium</i>, através da aquisição dos conhecimentos e da prática proporcionada por este projeto." R11
	<ul style="list-style-type: none"> • "este projeto foi uma mais valia para a melhoria dos cuidados desenvolvidos em parceria com o idoso e veio alertar para a importância do investimento por parte da equipa multidisciplinar na área do cuidado ao idoso com <i>delirium</i>." R12