



3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

“Intervenções de Enfermagem no Idoso
Hospitalizado com *Delirium*:

A parceria com o idoso na promoção do
cuidado de Si”

Cristina Margarida Gonçalves Morais

2013



3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**“Intervenções de Enfermagem no Idoso
Hospitalizado com *Delirium*:**

**A parceria com o idoso na promoção do
cuidado de Si”**

Cristina Margarida Gonçalves Morais

Orientadora: Prof.^a Doutora Idalina Gomes

2013

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes, pela orientação pedagógica, partilha, incentivo e apoio em todas as etapas do percurso decorrido.

À Enfermeira Especialista Célia Cuco, orientadora de estágio, pela motivação, disponibilidade e amparo, essencial no decurso do estágio.

Aos meus amigos e colegas do serviço, pela força transmitida, colaboração e envolvimento na procura de melhores cuidados a prestar, que permitiu a prossecução do trabalho desenvolvido.

Ao André, o meu marido, pela amizade e fonte inesgotável de apoio. Pedra basilar na construção deste caminho e parceiro em todos os projetos da minha vida.

Aos meus pais, irmãos e sobrinhos, um sentido pedido de desculpa pela minha ausência e um muito obrigada pelo amor incondicional e pela força transmitida ao longo desta caminhada.

Um agradecimento especial ao meu avô, pelo seu exemplo de vida e pela fonte de inspiração que sustenta o meu respeito, gosto e carinho em cuidar de pessoas idosas.

A todos os que, cuja fragilidade circunstancial, despertou em mim o desejo de estudar...para melhor cuidar.

A todos os que estiveram a meu lado neste percurso, o meu sincero e profundo...

Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CAM – Confusion Assessment Method
DGS – Direção Geral de Saúde
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
HCL – Hospital Central de Lisboa
HELP – Hospital Elder Life Program
INE – Instituto Nacional de Estatística
MMSE – Mini Mental State Exam
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
RSL – Revisão Sistemática de Literatura
WHO – World Health Organization

RESUMO

A população idosa assume-se como um grupo particularmente vulnerável aos efeitos adversos da hospitalização. O *delirium* é das complicações mais comuns, apresentando-se associado ao declínio funcional e cognitivo, aumento do tempo de internamento, morbidade, institucionalização e mortalidade. De modo a contrariar este fato, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada, junto dos idosos hospitalizados, no sentido de intervir em situações de *delirium*. Desta forma, com o intuito de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na saúde da pessoa idosa, considerou-se pertinente o desenvolvimento de um projeto num serviço de Medicina de um HCL, com a finalidade de desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com o cliente idoso hospitalizado com *delirium*. Este foi elaborado sob a metodologia de projeto, tendo como participantes toda a equipa de enfermagem e os clientes idosos hospitalizados no serviço. Nas atividades desenvolvidas recorreu-se a vários instrumentos de colheita de dados, permitindo a realização do diagnóstico de situação e a avaliação dos contributos do projeto, refletindo sobre as aprendizagens alcançadas. Na prestação de cuidados diretos ao cliente idoso, através da operacionalização do Modelo de Parceria, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem com o idoso hospitalizado com *delirium*, avaliando-o multidimensionalmente, identificando as suas necessidades afetadas e elaborando planos de atuação personalizados. A interação com a equipa de enfermagem permitiu adquirir capacidades de liderança e de gestão dos cuidados, cultivando a mudança e momentos de formação. O conhecimento dos principais fatores de risco e características do *delirium* capacitaram os enfermeiros para uma identificação precoce, e a utilização do algoritmo do CAM, facilitou a sua deteção, fomentando uma prática baseada na evidência. A prevenção, deteção e gestão de casos de *delirium* no cliente idoso hospitalizado, permitiram uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, promovendo a construção de um ambiente terapêutico, seguro e promotor da independência, facilitando os processos de transição e a promoção do cuidado de Si.

Palavras-chave: Cliente Idoso, *Delirium*, Hospitalização, Intervenções de Enfermagem, Cuidado de Si.

ABSTRACT

The elderly population is assumed as a group particularly vulnerable to the adverse effects of hospitalization. *Delirium* is one of the most common complications, presenting associated with cognitive and functional decline, increased length of hospital stay, morbidity, institutionalization and mortality. In order to counteract this fact, nurses are in a privileged position among the hospitalized elderly, to intervene in cases of *delirium*. Thus, in order to develop skills of specialist nurse and master on health of the elderly, it was considered appropriate to develop a project in a service of Medicine of Central Hospital of Lisbon, in order to develop nursing interventions in partnership with the elderly hospitalized client with *delirium*. This was developed under a methodology of project, having as participants all nursing staff and hospitalized elderly clients in the service. In the developed activities resorted to various instruments of data collection, enabling the diagnosis of the situation and the evaluation of the contributions of the project, reflecting the learning acquired. In providing direct care to the elderly client, through the operation of the Partnership Model, were developed nursing interventions with the hospitalized elderly with *delirium*, evaluating him multidimensional, identifying their affected needs and developing custom action plans. The interactions with the nursing team allowed acquire leadership and management of care skills, by cultivating moments of change and training. The knowledge of the main risk factors and characteristics of *delirium*, trained nurses for a early identification, and the use of CAM algorithm, facilitated their detection by fostering a evidence-based practice. The prevention, detection and management of cases of *delirium* in hospitalized elderly client, allowed an improvement of the quality of care provided by the nursing team, promoting the building of a therapeutic, safe and promoter of independence environment, easing the process of transition and the promotion of the care of the self.

Keywords: Elderly Client, *Delirium*, Hospitalization, Nursing Intervention, Care of the Self

ÍNDICE

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	14
1. PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/ DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	18
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2.1 O Fenómeno do Envelhecimento e da Hospitalização	22
2.2 O <i>Delirium</i> no Cliente Idoso Hospitalizado	24
2.3 Intervenções de Enfermagem Direcionadas para o Cliente Idoso Hospitalizado com <i>Delirium</i>	28
2.4 A Parceria nos Cuidados de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado com <i>Delirium</i> na Promoção do Cuidado de Si	33
3. METODOLOGIA DO PROJETO	38
3.1 Desenho do Projeto	38
3.2 Finalidade e Objetivos Gerais	39
3.3 Planeamento	39
3.4 Execução das Atividades, Avaliação dos Resultados e Competências Adquiridas	40
3.5 Limitações do Projeto e Considerações Futuras	57
4. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

APÊNDICES

Apêndice I: Cronograma

Apêndice II: Pesquisa bibliográfica utilizando a metodologia de RSL

Apêndice III: Grelha de observação dos registos de enfermagem

Apêndice IV: Análise da observação inicial dos registos de enfermagem

Apêndice V: Notas de campo

Apêndice VI: Questionário realizado à equipa de enfermagem

Apêndice VII: Análise dos questionários preenchidos

Apêndice VIII: Poster científico

Apêndice IX: Plano da primeira sessão de formação

Apêndice X: Grelha de avaliação da sessão de formação

Apêndice XI: Plano da segunda sessão de formação

Apêndice XII: Guia de conteúdo do documento orientador

Apêndice XIII: Estudo de caso

Apêndice XIV: Análise da observação final dos registos de enfermagem

Apêndice XV: Análise da reflexão da equipa de enfermagem, recorrendo à aplicação do Ciclo de Gibbs

Apêndice XVI: Guião da entrevista

Apêndice XVII: Consentimento informado

ANEXOS

Anexo I: Diagnóstico Diferencial

Anexo II: MMSE

Anexo III: Versão Completa do CAM

Anexo IV: Algoritmo de diagnóstico do CAM

Anexo V: Instrumentos utilizados na avaliação multidimensional do idoso

Anexo VI: Autorização para a utilização do algoritmo do CAM, pelos autores responsáveis pela sua tradução, adaptação e validação à população portuguesa

Anexo VII: Avaliação do estágio pela orientadora de local de estágio

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Aplicação do algoritmo do CAM	53

0. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, bem como o aumento do número de pessoas com doenças crónicas na população nacional, e a nível mundial, é uma realidade preocupante, com repercussões sociais, económicas e nos sistemas de saúde. Em Portugal, a população idosa, abrangendo os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, aumentou desde 1960, de 8% para 19% da população residente, existindo, para cada 100 jovens, 129 pessoas idosas (INE, 2002, 2012; WHO, 2012). Estas apresentam-se numa fase da sua vida caracterizada pela existência de múltiplas transições, designadamente transições de desenvolvimento e de saúde-doença (Schumacher, Jones e Meleis, 1999; Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000).

As modificações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, associadas à ocorrência de uma doença aguda, ou a uma agudização da condição crónica, provocam na pessoa idosa uma diminuição das suas reservas funcionais, traduzindo-se numa maior fragilidade e vulnerabilidade, resultando, frequentemente, na necessidade de hospitalização (Guralnik e Ferrucci, 2009). Os efeitos inerentes ao internamento hospitalar podem conduzir, entre outros problemas, a estados de confusão aguda, sendo o *delirium* uma das complicações mais frequentes no cliente idoso (Fulmer, 2007; Tropea, Slee, Brand, Gray e Snell, 2008; Inouye, Fearing e Marcantonio., 2009). Inouye et al. (2009) referem que a prevalência do *delirium*, detetada na admissão hospitalar, é de 14 a 24% e a ocorrência de novos casos durante a hospitalização é de 6 a 56%. No entanto, mesmo existindo uma alta taxa de incidência de *delirium* em meio hospitalar, este permanece subdiagnosticado, falhando a sua deteção em cerca de 70% dos casos.

O *delirium* apresenta-se como um determinante importante do tempo de internamento, do aumento da mortalidade, da institucionalização e do declínio funcional e cognitivo, sendo que a sua deteção precoce e o tratamento das suas causas subjacentes podem conduzir a melhores resultados, assim como a sua prevenção (Bergmann, Murphy, Kiely, Jones e Marcantonio, 2005; Lundström,

Edlund, Karlsson, Brännström, Bucht e Gustafson, 2005; Inouye et al., 2009). Ao intervir no cliente idoso com *delirium*, o enfermeiro pode ser promotor do cuidado de Si, estabelecendo um trabalho de parceria com este e com o seu cuidador¹, direcionando intervenções com o intuito de os capacitar na prevenção e recuperação de situações de *delirium*, proporcionando uma transição saudável do hospital para casa (Schumacher et al., 1999; Gomes, 2002, 2009).

Na minha prática, enquanto enfermeira num serviço de Medicina e Gastrenterologia, cedo me deparei com esta síndrome, inicialmente sem compreender o seu impacto. A realização de pesquisas sobre a problemática suscitou-me interesse, tendo investido mais sobre esta temática no decorrer do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização Médico-Cirúrgica, vertente de Enfermagem à Pessoa Idosa, culminando na realização deste projeto, com o intuito de aquisição de competências de enfermeira especialista e mestre, no âmbito dos cuidados ao cliente idoso.

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias ao cliente em situação de doença, o enfermeiro desempenha um papel fulcral na identificação de situações de risco, bem como na análise e resolução dos problemas encontrados, agindo de acordo com padrões de boas práticas e com fundamentação científica. De acordo com o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, descrito por Benner (2005), na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Os cerca de 8 anos de exercício profissional no serviço de Medicina e Gastrenterologia, com grande representatividade de clientes idosos, permitiram ser enquadrada como enfermeira proficiente nesta área, reconhecendo as situações na sua globalidade, e não apenas como aspetos isolados, sendo as ações guiadas por máximas baseadas na experiência e nos acontecimentos recentes (Benner, 2005). Com a realização deste relatório, procurou-se demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre, perita na saúde do idoso, mais especificamente no cuidado ao cliente idoso hospitalizado com *delirium*, compreendendo cada situação de forma direta e intuitiva, sem me perder num largo

¹ **Cuidador:** A pessoa que presta apoio e assistência, formal ou informal, com várias atividades, para pessoas com incapacidades. Essa pessoa pode dar apoio emocional ou financeiro, bem como ajuda em diferentes tarefas (WHO, 2004).

espectro de soluções e diagnósticos (Benner, 2005). Desta forma, foi desenvolvida a prática de cuidados dirigidos ao projeto de vida da pessoa idosa, colaborando nos processos de saúde/doença, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, incrementando competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2010a, 2010b).

Atendendo a aquisição destas competências, procurou-se fortalecer a prática de cuidados na realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa, identificação e compreensão de alterações inerentes ao processo de envelhecimento e implementação de intervenções de enfermagem no cliente idoso com *delirium*, satisfazendo as suas necessidades e as do seu cuidador. Neste sentido, foi envolvida a equipa de enfermagem na prestação de cuidados específicos, dinamizando e formando, impondo mudanças apoiadas numa prática baseada na evidência (ESEL, 2013).

Este projeto foi implementado num serviço de medicina de um HCL, com a finalidade de desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com o idoso hospitalizado com *delirium*, promovendo o cuidado de Si. Os objetivos gerais delineados foram:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na saúde da pessoa idosa, nomeadamente na planificação de intervenções de enfermagem específicas ao cliente idoso hospitalizado com *delirium*, visando o cuidado de Si.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prevenção, deteção e gestão do *delirium* no cliente idoso hospitalizado, promovendo o cuidado de Si.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos traçados, foi utilizada a metodologia de projeto, que consiste na identificação de um problema real e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, desenvolvendo em simultâneo competências inerentes à obtenção do grau de especialista e mestre na área de saúde da pessoa idosa (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Deste modo, foram desenvolvidas um conjunto de atividades e estratégias, juntamente com a equipa de enfermagem, que permitissem prevenir, detectar e gerir situações de *delirium* em

idosos hospitalizados, utilizando como modelo de intervenção, o Modelo de Parceria (Gomes, 2009).

Assim, este documento pretende demonstrar o percurso percorrido na implementação deste projeto, apresentando-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo irei contextualizar a problemática, a justificação do projeto e o diagnóstico de situação, seguindo-se um enquadramento teórico, através da abordagem do fenómeno do envelhecimento, da hospitalização e do *delirium* no cliente idoso hospitalizado, evidenciando o papel do enfermeiro e das suas intervenções. No terceiro capítulo descreverei a implementação do projeto, enfatizando as atividades desenvolvidas, os seus resultados e as competências adquiridas. Por fim, procederei às considerações finais.

Na elaboração deste relatório foram seguidas as normas da *American Psychological Association* (2010) na enunciação das citações e referências bibliográficas, o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL, bem como o regulamento de Mestrado da ESEL.

1. PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/ DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Em Portugal, tal como no mundo, verifica-se um aumento da população idosa, apresentando esta, características e necessidades específicas, inerentes às múltiplas transições que vivencia (Meleis et al., 2000). O cliente idoso, devido a fatores associados ao envelhecimento, como alterações na neurotransmissão central, gestão de stress, regulação hormonal e resposta imunológica, apresenta uma maior vulnerabilidade à ocorrência de *delirium*, podendo este estar associado à agudização de uma doença e/ou potenciado pela hospitalização (Young e Inouye, 2007; Inouye et al., 2009).

O *delirium* surge como a síndrome mais comum no cliente idoso hospitalizado, mas mesmo assim, é reconhecido a existência de uma grande proporção de casos de *delirium* não detetados (Tropea et al. 2008; Inouye et al., 2009). Silva, Silva e Marques (2011) referem que as principais razões que fundamentam o subdiagnóstico são a natureza flutuante das manifestações do *delirium*, associada a uma falta de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, sobre as suas características, a falta de uso de instrumentos de avaliação e monitorização e o não registo do fenómeno por parte da equipa de saúde. Neste sentido, os enfermeiros podem ser proativos, encontrando-se numa posição singular junto dos clientes, na antecipação da ocorrência de quadros de *delirium* e na sua deteção (Bergmann et al, 2005; Milisen, Lemiengre, Braes e Foreman, 2005).

As intervenções de enfermagem que incidam em casos de *delirium* podem conduzir a melhores resultados em saúde, sendo as intervenções preventivas as mais eficazes (Robinson, Rich, Weitzel, Vollmer e Eden, 2008; Vidán, Sánchez, Alonso, Montero, Ortiz e Serra, 2009; Inouye et al., 2009). No entanto, em casos de *delirium* instalado, Tabet e Howard (2009) referem que a melhor estratégia passa pela identificação e tratamento das causas subjacentes. Ambas as abordagens deverão promover a excelência nos cuidados agudos geriátricos, melhorando a qualidade dos cuidados, providenciando uma boa relação custo-eficiência, aumentando a

satisfação do idoso e cuidador, mas também reduzindo as taxas de incidência de *delirium*, diminuindo o tempo da hospitalização e dos custos hospitalares, e promovendo a satisfação na equipa multidisciplinar (Inouye, Bogardus, Charpentier, Summers, Acampora, Holford e Cooney, 1999; Inouye, Bogardus, Baker, Summers e Cooney, 2000; Rubin, Neal, Fenlon, Hassan e Inouye, 2011). Neste sentido, os enfermeiros especialistas na saúde da pessoa idosa desempenham um papel essencial na prevenção, deteção e na gestão desta síndrome, sendo responsáveis pela implementação de práticas de enfermagem geriátricas baseadas na evidência (Conley, 2011).

Aliada às competências inerentes à prática de enfermeira especialista e mestre na saúde do idoso, com o intuito de alcançar o nível de perita, pretendeu-se com a implementação deste projeto adquirir competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Benner, 2005; OE, 2010b). Este visou, ainda, desenvolver uma prática baseada na evidência, promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática e influenciar a mudança na área da saúde do idoso e dos cuidados de enfermagem (ESEL, 2013).

Para a aquisição destas competências, o local de estágio selecionado para desenvolvimento do projeto foi um serviço de Medicina num HCL, onde a população idosa se assume como o grupo etário mais representativo dos clientes internados. Desde a identificação da problemática até ao final do estágio, este serviço foi sofrendo alterações estruturais e de recursos humanos, associadas à reestruturação do Centro Hospitalar. Atualmente, o serviço apresenta uma unidade para clientes com diagnóstico de AVC, com uma ocupação de 6 camas, 15 camas de internamento geral, com capacidade para mais 4 camas suplementares, e ainda um Hospital de Dia Polivalente. Os clientes internados são de ambos os sexos, maioritariamente idosos e portadores de uma ou mais doenças crónicas, sendo que os motivos de internamento mais frequentes são as infeções respiratórias e urinárias, desidratação, insuficiência cardíaca descompensada e AVC. Por sua vez, a equipa de enfermagem é constituída por 23 elementos, entre os quais se engloba a autora deste relatório. Esta equipa apresenta uma média de idade de 31 anos e de

10 anos de experiência profissional, tendo investido fortemente na sua formação, existindo 2 enfermeiros com uma pós-graduação, 5 com uma especialidade e um deles tem, também, o grau de mestre. Ainda a acrescentar que, 6 enfermeiros se encontram, à data, a frequentar cursos de especialidade e/ou mestrado.

A identificação desta problemática inerente ao *delirium* surgiu após alguma reflexão, observação e reuniões informais com a Enfermeira Chefe do serviço e restante equipa de enfermagem, e atendendo a que esta síndrome apresenta uma grande incidência em clientes idosos internados nos serviços de Medicina Interna. Deste modo, a existência de possíveis casos de *delirium* no local de estágio, a inexistência de um instrumento de avaliação de *delirium* na dinâmica dos profissionais e a necessidade de aprofundar intervenções de enfermagem específicas, congruentes com a evidência científica, tornaram pertinente a implementação deste projeto.

Assim, inserido na problemática da saúde do idoso e identificado como uma necessidade sentida no serviço, tornou-se importante e desejável a elaboração de um projeto cuja finalidade fosse desenvolver intervenções de Enfermagem em parceria com o idoso hospitalizado com *delirium*, promovendo o cuidado de Si, e como os objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na saúde da pessoa idosa, nomeadamente na planificação de intervenções de enfermagem específicas ao cliente idoso hospitalizado com *delirium*, visando o cuidado de Si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de Enfermagem na prevenção, deteção e gestão do *delirium* no cliente idoso hospitalizado, promovendo o cuidado de Si.

Neste sentido, este projeto pressupõe a aquisição de competências como enfermeira especialista e mestre na área da saúde da pessoa idosa, desenvolvendo a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, munindo estes com um conjunto de intervenções que permitissem intervir com maior objetividade em possíveis casos de *delirium*, delineando e implementando estratégias de prevenção, deteção e gestão, com vista à promoção do cuidado de Si no cliente idoso hospitalizado.

No próximo capítulo, de forma a sustentar as intervenções de enfermagem deste projeto, será explicitado o enquadramento teórico.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo visa clarificar os conceitos, aprofundar aspetos relacionados com a problemática e sustentar as intervenções desenvolvidas no projeto, fornecendo uma maior compreensão do fenómeno de Enfermagem. Desta forma, recorreu-se a uma revisão narrativa da literatura, suportada por uma pesquisa bibliográfica com metodologia de RSL, mobilizando a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) e o Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009). No primeiro subcapítulo abordar-se-á o fenómeno do envelhecimento e da hospitalização. Posteriormente, contextualizar-se-á a temática do *delirium* no cliente idoso hospitalizado, seguindo-se um enfoque nas intervenções de enfermagem inerentes a esta síndrome. Por fim, enquadrar-se-á o modelo de parceria, salientando a importância do estabelecimento de uma relação de parceria na promoção do Cuidado de Si.

2.1 O Fenómeno do Envelhecimento e da Hospitalização

Assiste-se nos dias de hoje a um envelhecimento rápido e progressivo, em especial nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo dados da OMS (2005), a nível mundial, a proporção de pessoas com mais de 60 anos está a aumentar, comparativamente com outras faixas etárias, prevendo-se que, em 2050, existirão cerca de 2 biliões de idosos. Em Portugal, verifica-se igualmente um aumento da população idosa, tendo o número de idosos aumentado para mais do dobro em 50 anos. A esperança média de vida tem também aumentado, situando-se nos 76,14 anos para o sexo masculino e nos 82,05 anos para o sexo feminino (INE, 2012).

O envelhecimento é caracterizado como um processo de ganhos e perdas, que decorre ao longo da vida, sendo marcado essencialmente por transições de desenvolvimento e de saúde-doença (Schumacker et al.,1999). Estas modificações interferem na manutenção do equilíbrio homeostático, através de uma diminuição da massa e da força muscular, da capacidade aeróbia, da capacidade renal e hepática, na instabilidade vasomotora, na redução do volume total de água corporal, na

redução da densidade óssea, na perda de *compliance* pulmonar e da capacidade sensorial (Graf, 2006). O processo de envelhecimento deve ser visto como um equilíbrio dinâmico entre fatores físicos, psíquicos e sociais, e, para que este seja bem-sucedido, prevê-se uma capacidade de resposta adaptativa aos desafios (Guralnik e Ferrucci, 2009). Neste sentido, as modificações fisiológicas intrínsecas ao envelhecimento, relacionadas à eventualidade de uma doença aguda ou a uma agudização da condição crónica, fomentam no cliente idoso uma diminuição das suas reservas funcionais, manifestando-se numa maior fragilidade e vulnerabilidade, predispondo, frequentemente, na hospitalização, e por sua vez originando um processo de transição (Meleis et al., 2000; Guralnik e Ferrucci, 2009). Esta é definida como a passagem de uma fase de vida, condição, ou *status* para outra, como processo e resultado de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente, entre os quais se destacam, o domínio de novos papéis, novas situações de vida, a instalação de doenças crónicas e a ocorrência de uma hospitalização (Meleis e Trangenstein, 1994; Schumacher et al., 1999).

A hospitalização é uma experiência de certa forma assustadora para os clientes de todas as faixas etárias, provocando sentimentos de solidão, isolamento, ansiedade e stress (Cabete, 2005). O internamento representa ameaças à vida e à integridade corporal, alterações na alimentação, restrição de movimentos, isolamento, incerteza quanto ao futuro, separação do cuidador/família e amigos, entre outras (Cabete, 2005; Palmisano-Mills, 2007; Fulmer, 2007). Desta forma, estes acontecimentos implicam que o cliente idoso mobilize recursos pessoais, familiares e da comunidade, potenciando a sua capacidade de adaptação para lidar com estas mudanças (Schumacher et al., 1999). Esta transição denota mudança no estado de saúde, na relação de papéis, expectativas ou habilidades, e requer a incorporação de novos conhecimentos e alteração de comportamentos, sendo pois necessária uma redefinição do *self* no contexto social (Meleis et al., 2000).

O cliente idoso com múltiplas condições crónicas, défices fisiológicos, principalmente défice na visão e audição, diminuição das reservas funcionais e com consumo de polimedicação, representa um grupo particularmente vulnerável para os efeitos adversos da hospitalização (Inouye et al., 2000; Inouye, 2006; Voyer et al., 2007). Estes englobam, principalmente, alterações do estado mental, imobilidade, défices

nutricionais e hídricos, défices sensoriais, privação de sono, incontinência vesical e intestinal, ocorrência de quedas e alterações da integridade cutânea (Palmisano-Mills, 2007; Fulmer, 2007). Fulmer (2007) reforça que as mudanças nas rotinas das refeições, nos padrões de sono e no horário e/ou dosagem da medicação, aliado a um ambiente não familiar, pode originar períodos de desorientação e confusão.

O termo confusão aguda tem sido amplamente referido na literatura, mas quase sempre de forma intercambiável com o *delirium* (Sampaio, 2012). Apesar disso, existe alguma controvérsia na definição destes conceitos, sendo que, sob o ponto de vista teórico, o termo confusão aguda é mais amplo do que o diagnóstico de *delirium* (Sendelbach, Guthrie e Schoenfelder, 2009; Sampaio, 2012). Segundo a NANDA International (2010, p. 190), a confusão aguda é o “início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo”. Por sua vez, o *delirium* é caracterizado por uma perturbação da consciência, uma alteração do estado cognitivo ou o desenvolvimento de um distúrbio na percepção, que se desenvolve num curto período de tempo, normalmente entre horas a dias, pode ser flutuante e não pode ser explicado por um estado demencial pré-existente ou em evolução (APA, 2002).

Deste modo, e de forma a encaminhar a revisão da literatura, o conceito utilizado no decorrer deste trabalho foi o de *delirium*, atendendo ao facto de que este se apresenta mais estritamente definido, e por ser aquele que melhor se adapta à utilização pelos profissionais de Enfermagem e de Medicina (Sampaio, 2012).

2.2 O *Delirium* no Cliente Idoso Hospitalizado

O cliente idoso apresenta maior vulnerabilidade no desenvolvimento de *delirium*, sendo esta das complicações mais comuns resultantes da hospitalização (APA, 2002; Tropea et al., 2008; Inouye et al., 2009). As situações de *delirium* são frequentemente mal geridas, muitas vezes ignoradas, mal diagnosticadas e com tendência para serem relacionadas com quadros de demência ou com o envelhecimento normal do indivíduo (Young e Inouye, 2007). Os critérios de definição de *delirium*, fornecidos pela APA (2002), estão totalmente padronizados,

publicados, e aceites pela comunidade científica, impondo a clarificação de outros conceitos para a realização do diagnóstico diferencial (Anexo I).

O *delirium* é uma síndrome flutuante, de causa orgânica, com início agudo e potencialmente reversível, sendo que a demência tem um início insidioso, progressivo e crónico (Inouye et al, 2009). Assim, enquanto no *delirium* a pessoa apresenta um estado confusional agudo, na demência verifica-se a presença de um estado confusional crónico, sendo impreterivelmente importante o conhecimento sobre o *status* mental basal do cliente (Steis e Fick, 2008; Voyer, Richard, Doucet, Cyr e Carmichael, 2010). A depressão, por sua vez, é considerada como um transtorno de humor, de curso variável, traduzindo-se essencialmente por uma diminuição da atenção e concentração, lentificação do discurso, mas com memória e orientação normais (APA, 2002; Inouye et al., 2009). Outro conceito a esclarecer é o delírio, que se define como uma percepção distorcida da realidade, podendo este estar presente em casos de *delirium* (Inouye et al., 2009; Fong, Tulebaev e Inouye, 2009).

Para o diagnóstico de *delirium*, este deve ser explicado pela história clínica e pelos exames físicos e laboratoriais, de que é uma alteração causada por uma condição orgânica subjacente, ou é consequência direta de uma condição médica geral ou do seu tratamento (APA, 2002). Os sintomas iniciais de instalação de *delirium* mais frequentes são a agitação, a ansiedade, a irritabilidade, a desorientação, a distração e a alteração do padrão de sono, surgindo entre horas a dias, progredindo para uma completa instalação do *delirium* num período de 1 a 3 dias. As alterações cognitivas associadas ao *delirium* podem manifestar-se por défice na memória, desorientação ou distúrbios na linguagem (APA, 2002).

Consoante o comportamento psicomotor, o *delirium* pode ser classificado em subtipos: hiperativo; hipoativo e misto (APA, 2002; Inouye, 2006; Potter e George, 2006). O *delirium* hiperativo é marcado pela presença de agitação e estado de vigília, podendo englobar alucinações, delírio ou outros distúrbios da percepção. Em oposição, o *delirium* hipoativo é caracterizado por um estado de letargia e apatia, com diminuição da atividade psicomotora, sendo considerado o subtipo mais comum na pessoa idosa e, derivado às suas características, é muitas vezes subreconhecido e subdiagnosticado (APA, 2002; Inouye, 2006). Por último, quando

apresenta características de *delirium* hipoativo e hiperativo, é considerado misto (APA, 2002).

A prevalência de diagnóstico do *delirium* é de 10 a 15% na admissão, podendo chegar aos 40% durante o internamento (APA, 2002). Já Inouye et al. (2009) referem que a sua prevalência, detetada no momento da admissão hospitalar, é de 14 a 24% e a incidência de novos casos, durante a hospitalização, é de 6 a 56%. Neste sentido, para Inouye, Dyck, Alessi, Balkin, Siegal e Horwitz (1990), os serviços considerados de alto risco de desenvolvimento de *delirium* são os de Medicina e Cirurgia, dos quais se destacam internamentos por fraturas da anca (15 a 53%), e, ainda, unidades de cuidados intensivos (70 a 87%) e serviços com clientes em fim de vida (acima dos 83%), sendo pouco frequente na comunidade (APA, 2002). Mesmo existindo uma alta taxa de incidência de *delirium* em meio hospitalar, este permanece subdiagnosticado, falhando a sua deteção em cerca de 70% dos casos (Inouye et al., 2009). Tropea et al. (2008) reforçam esta evidência, demonstrando que o *delirium* permanece subdiagnosticado entre 25 a 75% dos casos, podendo chegar aos 100% no subtipo hipoativo.

A etiologia do *delirium* é habitualmente multifatorial, sendo este resultado de uma correlação entre a vulnerabilidade do cliente idoso (fatores predisponentes) e a ocorrência de complicações adversas (fatores precipitantes). A multifatorialidade do *delirium* apresenta uma enorme importância no seu tratamento, sendo que o tratamento isolado de um fator de risco não resolverá o *delirium* (Inouye, 2006; Inouye et al., 2009; Voyer et al, 2010).

Como fatores predisponentes de *delirium*, surgem a preexistência de um défice cognitivo ou demência (aumentando o risco em 2 a 5 vezes mais), a idade avançada, doença aguda grave e comorbilidades, défice funcional, o sexo masculino, depressão, insuficiência renal crónica, desidratação, desnutrição, etilismo e défice sensorial (audição e visão) (Inouye, 2006; Inouye et al. 2009). Por outro lado, como fator precipitante, destaca-se a polimedicação, sendo que 40% dos casos de *delirium* desenvolvem-se por interações adversas entre um ou mais medicamentos específicos, como psicotrópicos, sedativos-hipnóticos, narcóticos e anticolinérgicos, ou entre os medicamentos e as patologias. Outros fatores precipitantes são a imobilidade, a algaliação, a contenção física, a desidratação, a

desnutrição, iatrogenia, antecedentes médicos e cirúrgicos pessoais, infecções, alterações metabólicas, abstinência ou toxicidade de álcool ou drogas, influências do ambiente e fatores psicossociais (Inouye, 2006; Inouye et al. 2009).

Relativamente à fisiopatologia do *delirium*, esta ainda é pouco conhecida, mas é reconhecido que este é resultado de uma disfunção de múltiplas regiões do cérebro e sistemas de neurotransmissores, em vez de uma lesão estrutural. Dado a sua heterogenia clínica e natureza multifatorial, é provável que múltiplos mecanismos patogénicos contribuam para o desenvolvimento do *delirium* (Inouye, 2006; Fong et al., 2009)

O *delirium* é um determinante, independente e importante, do tempo de hospitalização, do aumento da mortalidade, institucionalização e do declínio funcional e cognitivo (APA, 2002; Fick, Agostini e Inouye, 2002; Lundström et al., 2005; Inouye et al., 2009). A maioria dos indivíduos tem uma recuperação total, no entanto o *delirium* pode progredir para coma, estupor, convulsões ou morte, especialmente se a causa subjacente não é tratada. A completa recuperação é menos provável em idosos, sendo que as taxas estimadas de total recuperação, no momento da alta hospitalar, varia entre os 4% e 40%, pelo que muitos dos sintomas poderão persistir por 3 a 6 meses após a alta (APA, 2002). Inouye et al.(2009) acrescentam, ainda, que os idosos com demência pré-existente podem sofrer maiores efeitos adversos, quando comparados com outros sem qualquer défice cognitivo. Esta vulnerabilidade basal, em adição a fatores como a duração, a gravidade e a causa subjacente do *delirium*, encontra-se relacionada com a cronicidade dos efeitos adversos (Fick et al 2002; APA, 2002; Inouye et al.,2009). O *delirium* no cliente idoso está associado a um aumento significativo do risco de complicações médicas, como a pneumonia e úlceras de pressão, resultando no aumento do tempo de permanência hospitalar, declínio funcional e risco de institucionalização. Os idosos hospitalizados com *delirium* têm três vezes mais risco de institucionalização e declínio funcional, do que aqueles sem *delirium*, e apresentam uma probabilidade de 20 a 75% de morte relacionada com o internamento (APA, 2002).

A presença de *delirium* está associada a resultados negativos, no entanto, a sua deteção precoce e o tratamento da(s) causa(s) subjacente(s) podem levar a

melhores resultados (Lundström et al., 2005). Bergmann et al. (2005) acrescentam que uma porção significativa dos casos de *delirium* é prevenível pela identificação dos fatores de risco modificáveis e pelo uso de instrumentos de avaliação e protocolos de intervenção de Enfermagem. Desta forma, estando os enfermeiros em situação privilegiada junto dos clientes, podem ser proactivos na antecipação da ocorrência de quadros de *delirium*, no seu reconhecimento e na sua gestão (Milisen et al., 2005; Fick, Hodo e Lawrence, 2007; Aguirre e Twedell, 2010).

2.3 Intervenções de Enfermagem Direcionadas para o Cliente Idoso Hospitalizado com *Delirium*

O subreconhecimento e o subdiagnóstico do *delirium* apresentam-se como uma problemática (Steis e Fick, 2008; Voyer, Cole, McCusker, Jacques e Laplante, 2008a; Voyer, Richard, Doucet, Danjou e Carmichael, 2008b; Silva et al., 2011; Steis e Fick, 2012). A natureza flutuante das manifestações de *delirium*, associada a uma falta de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, sobre as suas características, a falta de uso de instrumentos de avaliação e monitorização e o não registo do fenómeno, são as principais razões que fundamentam o subdiagnóstico (Silva et al., 2011). A partir dos resultados de uma revisão sistemática da literatura, Steins e Fick (2008) referem que os enfermeiros não reconhecem os sintomas chave do *delirium* e que estes tendem a efetuar avaliações superficiais dos estados mentais. Como resposta a esta problemática, os autores consideram que os profissionais necessitam de mais tempo com os clientes, formação especializada sobre as características específicas do *delirium* e instrumentos objetivos, que auxiliem na deteção e documentação do *delirium*, para uma maior eficácia das suas intervenções (Steins e Fick, 2008). O conhecimento das características, sintomas e causas de *delirium* revela-se de extrema importância, proporcionando um reconhecimento precoce e possibilitando um tratamento atempado (Fick et al, 2007; Steis e Fick, 2008; Voyer et al, 2008a; Voyer et al, 2008b; Han et al, 2009; Voyer et al, 2010; Steis e Fick, 2012). Consequentemente, Voyer et al. (2008a) enfatizam o investimento nos registos de enfermagem/documentação, dada a necessidade de

uma atuação interdisciplinar quando detetado o *delirium*, mas também para a descrição/evolução da gravidade dos sintomas.

A etiologia multifatorial do *delirium* alerta-nos para a necessidade de detetar potenciais casos de *delirium*. O conhecimento dos antecedentes pessoais do cliente, dos fatores que o predispõem e/ou precipitam o desenvolvimento de *delirium*, bem como do estado cognitivo e funcional basal do idoso, podem facilitar a identificação de possíveis mudanças cognitivas agudas (Steis e Fick, 2008; Robinson et al., 2008; Voyer et al, 2010). Neste sentido, a avaliação cognitiva sistemática, através de instrumentos como o MMSE (Anexo II) ou o Abreviate Mental Test, em pessoas consideradas de alto risco de desenvolver *delirium*, irá facilitar a sua deteção, sendo que uma súbita alteração ou deterioração no comportamento, cognição ou capacidade funcional, indica sempre a necessidade de uma avaliação mais pormenorizada (Young e Inouye, 2007; Robinson et al., 2008; Neves, Silva e Marques, 2011). Na literatura surgem, ainda, instrumentos específicos na deteção de *delirium*/confusão aguda, como o CAM, o *Delirium* Rating Scale, o Memorial *Delirium* Assessment Scale, o Neecham Confusion Scale e o *Nursing Delirium Screening Scale* (Adamis, Sharma, Whelan e Macdonald, 2010; Radtke et al., 2010). Destes, o CAM sobressai pelo facto de ser particularmente adequado para pessoas com alto risco de desenvolver *delirium*, como os idosos hospitalizados em serviços de Medicina e Cirurgia. Este demonstrou ser um instrumento sensível, específico, fiável e de fácil utilização, permitindo, de uma forma rápida e simples, detectar possíveis casos de *delirium* por outros clínicos, não psiquiátricos (Inouye et al., 1990; Inouye, 2003; Waszynski, 2007; Waszynski e Petrovic, 2008). Na sua versão completa, o CAM (Anexo III) é composto por nove itens, no entanto, foi estabelecida *a priori* uma hipótese para o valor diagnóstico de quatro critérios, que se dá pelo nome de algoritmo de diagnóstico do CAM (Anexo IV). Os critérios do algoritmo de diagnóstico do CAM são: o início agudo e curso flutuante; desatenção; pensamento desorganizado; e alteração do nível de consciência. Para a identificação de um possível diagnóstico de *delirium* é necessário a presença das duas primeiras características, e ainda a terceira ou quarta característica. Este instrumento encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa e permite aos profissionais rastrear casos em que o *delirium* está presente, possibilitando o

desenvolvimento de intervenções adaptadas a cada situação (Sampaio, 2012). O algoritmo do CAM deve ser utilizado como instrumento de rastreio, permitindo, por um lado, a identificação de confusão aguda, e por outro, referir ao médico a possível presença de diagnóstico de *delirium* (a confirmar pelo médico assistente, através de uma entrevista clínica e exames complementares de diagnóstico) (Sampaio, 2012). A deteção e gestão de *delirium* devem ser consideradas intervenções prioritárias no idoso hospitalizado, surgindo como a melhor abordagem, a identificação e tratamento das causas subjacentes (Steis e Fick, 2008, 2012; Tabet e Howard, 2009). Uma avaliação global do cliente e das suas necessidades poderão apontar para atuação dos profissionais na dor não controlada, obstipação, infeção, medicação e na promoção de uma nutrição e hidratação adequada (Vidán et al., 2009; Tabet e Howard, 2009; Marcantonio, Bergmann, Kiely, Orav e Jones, 2010; Conley, 2011). No entanto, se se tiver em linha de conta que a prevenção do *delirium* está associada a melhores resultados de saúde no idoso hospitalizado, esta apresenta-se como a estratégia de eleição (Inouye et al., 2009; Vidán et al., 2009). Robinson et al. (2008) corroboram com esta abordagem, ao referir que intervenções de Enfermagem adequadas na prevenção de casos de *delirium* em idosos hospitalizados, permitem uma redução de 37,5% para 13,8% dos casos identificados.

A terapia farmacológica apresenta-se como uma possível intervenção a adotar. O enfermeiro deverá colaborar na realização de uma revisão terapêutica, restringindo a medicação ao estritamente necessário para o cliente, evitando o uso de medicamentos psicoativos e sedativos (Vidán et al, 2009; Conley, 2011). O uso dos fármacos deverá ter em conta o balanço do risco-benefício entre a gestão de sintomas e os efeitos adversos da medicação, porque nenhum medicamento é o ideal no tratamento dos sintomas do *delirium*. O tratamento farmacológico pode encobrir a capacidade cognitiva da pessoa e dificultar os esforços de monitorização do curso do *delirium*. Apesar dos possíveis efeitos extrapiramidais, os autores referem que o Haloperidol surge como a terapêutica de eleição no controlo dos sintomas do *delirium*. De realçar que no cliente idoso, existem alterações no metabolismo dos fármacos, predispondo a um maior risco de interações

medicamentosas, associadas à polimedicação (Young e Inouye, 2007; Inouye et al., 2009).

Mediante esta perspectiva, a primeira linha de abordagem do *delirium* é a não farmacológica (Inouye et al., 2009; Tabet e Howard, 2009; Aguirre e Twedell, 2010; Conley, 2011). Destas destacam-se intervenções que incidam no estabelecimento de uma comunicação eficaz, através do uso de um tom de voz suave e da técnica de orientação, lembrando a data, lugar e o motivo da hospitalização, e disponibilizando um calendário, relógio, lembretes e decoração do quarto com objetos pessoais (Vidán et al, 2009; Tabet e Howard, 2009; Conley, 2011; Yevchak, Steis, Diehl, Hill, Kolanowski e Fick, 2012). Conley (2011) acrescenta, ainda, o uso da técnica da validação de sentimentos (quando a técnica de orientação gera sofrimento) e outros autores enfatizam a estimulação cognitiva, com o recurso a livros, puzzles, revistas e jornais (Robinson et al., 2008; Rosenbloom-Brunton, Henneman e Inouye, 2010; Yevchak et al., 2012).

A implementação de planos de atividade física e cognitiva diária (eg., algumas tarefas simples como andar, higiene pessoal, leitura), de mobilização precoce, de rotinas de vigília-sono bem definidas (eg., evitar o sono durante o dia, adequação da iluminação e ruído) e a resolução eficaz de potenciais dificuldades sensoriais (eg., visão, audição e fala) e/ou motoras (eg., evitar condicionantes que reduzam mobilidade, como algalias, soroterapia e contenção física), contribuem também fortemente para a eficácia da prevenção e recuperação de estados de *delirium* em idosos hospitalizados (Robinson et al., 2008; Vidán et al., 2009).

Yevchak et al. (2012) reforçam o papel do ambiente hospitalar, referindo-o não só como um dos fatores precipitantes do *delirium*, mas também por desempenhar um papel importante na eficácia das intervenções não farmacológicas. Poder-se-á verificar aqui um paralelismo com a teoria de Meleis, descrevendo que o cliente e o meio hospitalar encontram-se em constante interação, pelo que quando há mudanças num, também o outro sofre alterações (Meleis, 2007). A presença de objetos pessoais e da família deve ser encorajada pelos profissionais no decorrer do internamento, sendo que esta pode revelar-se um potencial recurso facilitador do processo de hospitalização e prevenção de *delirium*. A família é quem melhor descreve o estado cognitivo basal do cliente, deteta possíveis alterações e quem

sustem a eficácia de um programa de intervenção após a alta (Rosenbloom-Brunton et al., 2010). Além disso, o acompanhamento constante, por cuidadores, pode prevenir complicações adversas do internamento, como quedas.

Ao *delirium* estão associadas complicações como a incontinência urinária, as úlceras de pressão, as quedas, problemas no sono, a malnutrição e desidratação e o risco de aspiração ou disfagia, conduzindo frequentemente à dependência e morte do idoso hospitalizado (Lundström et al., 2005; Marcantonio et al., 2010; Conley, 2011). Neste contexto, a prevenção destas complicações e o encaminhamento para programas de reorientação e de reabilitação, revelam-se essenciais na preparação da alta hospitalar, mas também na promoção da independência e autonomia (Marcantonio et al, 2010; Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011).

É unânime que suprir as necessidades particulares dos idosos em ambiente hospitalar requer, muitas vezes, intervenções multifacetadas realizadas por equipas interdisciplinares de profissionais de saúde (Inouye et al.,1999; Bergmann et al., 2005; Milisen et al, 2005; Marcantonio et al, 2010; Rubin et al., 2011). O Hospital Elder Life Program constitui-se como uma abordagem para garantir a qualidade dos cuidados na hospitalização, em que, através de uma articulação com a equipa interdisciplinar, incluindo a enfermagem, assegura que os idosos permaneçam o mais independentes possível, ao longo do período da hospitalização (Inouye et al., 2000). O programa avalia todos os idosos, admitidos em unidades específicas, em seis fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*: défice cognitivo; privação de sono; imobilidade; défice visual e auditivo; e desidratação. As intervenções focam na orientação diária e atividades terapêuticas, preservando o sono, utilizando protocolos não-farmacológico, mobilização precoce, protocolos audiovisuais, proporcionando auxiliares visuais, auditivos e lembretes, e ainda protocolos de desidratação, reconhecendo e repondo os volumes hídricos (Inouye et al., 2000; Palmisano-Mills, 2007). As intervenções estabelecidas pelo programa têm como alvo estes fatores de risco e são implementadas por uma equipa interdisciplinar treinada, incluindo enfermeiros especialistas em geriatria, que desenvolvem um papel essencial na prevenção, deteção e na gestão desta síndrome, sendo responsáveis pela implementação de práticas de enfermagem baseadas na evidência (Inouye et al., 2000; Conley, 2011).

O HELP tem por base intervenções que focam o *delirium*, mas este foi conceptualizado tendo em conta o cuidado global do idoso hospitalizado. Este programa aborda um espectro alargado de problemas geriátricos e complicações iatrogénicas, que contribuem para o declínio cognitivo e funcional durante o internamento. Os objetivos deste programa visam manter a funcionalidade física e cognitiva durante a hospitalização, maximizar a independência para a alta, assistir na transição do hospital para casa e prevenir readmissões hospitalares não planeadas (Inouye et al., 2000). A excelência em cuidados agudos geriátricos, providencia uma boa relação custo-eficiência, aumentando a satisfação do idoso e cuidador, e providencia uma educação interdisciplinar em cuidados geriátricos (Inouye et al., 2000). Rubin et al. (2011) acrescentam que este programa reduz as taxas de incidência de *delirium*, diminui o tempo da hospitalização e os custos hospitalares, bem como promove a satisfação na equipa multidisciplinar.

A disciplina de enfermagem está relacionada com o processo e com as experiências humanas de transição, do qual a saúde e bem-estar são os resultados finais das intervenções, desenvolvidas através de um processo de transição saudável (Meleis, 2007). Assim, sendo que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prevenção, reconhecimento precoce e gestão de situações de *delirium*, estes devem avaliar os idosos hospitalizados, prevenindo e intervindo para reverter e aliviar o medo que esta condição pode provocar, ao mesmo tempo que promovem o cuidado de Si (Milisen, 2005; Fulmer, 2007; Gomes, 2007, 2009).

2.4 A Parceria nos Cuidados de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado com *Delirium* na Promoção do Cuidado de Si

A experiência da hospitalização corresponde a um processo de transição para a maioria dos idosos, com consequências graves e traumatizantes. A constante interação do cliente com o ambiente faz deste um fator importante para alcançar uma transição saudável, podendo surgir como facilitador ou inibidor (Meleis, 2007). Nesta perspetiva, um dos objetivos das terapêuticas de enfermagem é facilitar o processo de transição, constituindo um desafio ao enfermeiro especialista na saúde do idoso, entender os processos de transição, por forma a desenvolver intervenções

terapêuticas efetivas, que possibilitem ao idoso hospitalizado e ao seu cuidador, prevenir e recuperar de possíveis situações de *delirium*. (Schumacher e Meleis, 1994; Schumacher et al., 1999). Estas intervenções devem respeitar a singularidade do cliente, dos seus contextos, da sua rede de apoio, das suas relações familiares, das suas atividades, possibilitando o conhecimento da pessoa idosa como ser de projeto e cuidado, na promoção do cuidado de Si (Gomes, 2009).

O cuidado de Si apresenta-se como um cuidado centrado no paradigma da singularidade, aceitando o cliente idoso como um ser único, com diferentes contextos fisiológicos, psicológicos, espirituais e sociais, encontrando-se em constante interação com o ambiente, podendo ser transformado e transformar este (Silva et al., 2009; Meleis et al., 2000). Nesta perspetiva, a pessoa deve ser compreendida, auxiliada, respeitada nas suas experiências e processos, englobando a implementação de um plano de cuidados individualizado que promova a sua qualidade de vida (Silva et al., 2009; Gomes, 2009). O cuidado de Si difere-se do autocuidado, pois este encontra-se centrado no paradigma da totalidade, adotando o pressuposto de que o ser humano é a somatória das suas diferentes dimensões, podendo ser quantificável, e que este se tem de adaptar ao meio ambiente, através de um plano de cuidados condicionado (Silva et al., 2009).

Tendo em conta o papel do enfermeiro na personalização dos cuidados e na promoção do bem-estar, este pode ser promotor do cuidado de Si, estabelecendo um trabalho de parceria com o cliente idoso hospitalizado com *delirium* (Gomes, 2002). Nesta perspetiva, o conceito de parceria está relacionado com a participação, uma vez que existe uma partilha com um sentido recíproco entre enfermeiro, o idoso e o seu cuidador. A pessoa idosa, como parceira, tem o direito a participar no seu próprio projeto de saúde, o que requer o compromisso no processo de procura, estabelecimento de objetivos, planeamento, implementação e avaliação (Tutton, 2005; Gomes, 2007).

Desta forma, Gomes (2009) caracteriza o Modelo de Intervenção de Enfermagem em Parceria como um processo dinâmico e negociado, estabelecido entre cliente/cuidador e enfermeiro, respeitando a individualidade do cliente, as suas crenças e saberes, as vivências, o querer e sentir de cada um, com o intuito de alcançar um objetivo comum, o cuidado de Si, sendo desenvolvido em cinco fases:

Revelar-se, Envolver-se, Capacitar/Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2009).

Na fase Revelar-se, o enfermeiro procura conhecer o cliente idoso, a sua identidade, contexto de vida e de saúde, os seus recursos e o impacto da doença no seu projeto de vida (Gomes, 2009, 2011). O profundo conhecimento da pessoa idosa e dos seus contextos permite compreender como esta vivencia a sua situação de doença e identificar o seu potencial de desenvolvimento, nomeadamente o reconhecimento de fatores precipitantes e predisponentes de desencadear o *delirium*.

Na fase Envolver-se, o enfermeiro desenvolve as suas competências técnicas e relacionais, promovendo um ambiente seguro, de reciprocidade e partilha de experiências e conhecimentos, sabendo-se o que se espera de cada um na relação (Gomes, 2009, 2011). Através desta relação, o enfermeiro avalia o cliente idoso, designadamente as suas capacidades cognitivas e funcionais, identificando necessidades de intervenção e adequando o ambiente hospitalar às necessidades da pessoa idosa.

Relativamente à fase Capacitar e Possibilitar, o enfermeiro incrementa uma ação conjunta com o cliente idoso no desenvolvimento de competências para agir e decidir, ou então possibilita que este prossiga o seu projeto de vida, assumindo o enfermeiro o seu cuidado ou capacitando os seus cuidadores (Gomes, 2009, 2011). Nesta fase, o enfermeiro desenvolve a proatividade e gere os recursos, promovendo uma tomada de decisão responsável que lhe permita prevenir e recuperar de situações de *delirium*.

Posteriormente, na fase Comprometer-se, o enfermeiro procura uma conjugação de esforços para se atingirem os objetivos definidos, que lhe permita a prevenção ou recuperação de situações de *delirium*. As intervenções implementadas em parceria com o cliente idoso e cuidador visam a transformação de capacidades potenciais em reais, pelo que o enfermeiro dá suporte à sua execução ou compromete-se, assegurando o seu cuidado (Gomes, 2009, 2011).

Por fim, na fase Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, o cliente idoso deverá possuir a capacidade de assumir o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde. Na ausência dessa capacidade, o enfermeiro assume o seu cuidado, ou assegura que o cuidador adquira capacidades para cuidar

do cliente idoso com *delirium*, de modo a que este possa seguir a sua trajetória de vida (Gomes, 2009, 2011).

Especificamente na problemática do idoso hospitalizado com *delirium*, a operacionalização dos cuidados recorrendo ao modelo de parceria, promove um profundo conhecimento do cliente idoso, facilitando a identificação dos fatores de risco, como os antecedentes pessoais e hábitos e estilos de vida, que permitem ao enfermeiro atuar atempadamente, prevenindo a instalação do *delirium*. A recolha desta informação, associada a uma avaliação sistemática do estado cognitivo, permitirá identificar clientes idosos de risco, bem como reconhecer mudanças agudas do estado cognitivo, possibilitando ao enfermeiro mobilizar recursos e implementar estratégias personalizadas. Em situações de presença de *delirium*, situação bloqueadora da parceria, este modelo proporciona ao enfermeiro assumir a responsabilidade do cuidado que o cliente idoso devia ter consigo próprio, e ao mesmo tempo capacitar o cuidador a encontrar uma resposta conducente à sua situação, mantendo-se com recurso (Gomes, 2007, 2009). 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 (Gomes, 2009, p. 237).

Assim, torna-se imperativo 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 o cliente idoso com *delirium* e com o seu cuidador, contribuindo para que esta possa prosseguir o seu trajeto de vida.

No capítulo seguinte, será apresentada a metodologia de implementação do projeto.

3. METODOLOGIA DO PROJETO

Neste capítulo é apresentado o caminho percorrido ao longo do presente projeto, os objetivos, atividades desenvolvidas, os seus resultados, assim como a avaliação e análise dos mesmos, explicitando as competências adquiridas.

3.1 Desenho do Projeto

O trabalho de projeto seguiu uma metodologia que “tem como principal objetivo centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais” (Ruivo et al., 2010, p.3). A metodologia de projeto encontrou-se relacionada com a identificação de um problema e delineação de estratégias que permitissem a sua resolução. Apoiada nesta, foi identificada a necessidade de melhoria nos cuidados prestados ao idoso hospitalizado na prevenção, deteção e gestão do *delirium*. Ao atuar nesta problemática, pretendeu-se não só intervir num problema real identificado, como desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na saúde do idoso, nomeadamente na planificação de intervenções de enfermagem em casos de *delirium*, no contexto hospitalar.

Segundo esta metodologia, o projeto desenvolveu-se por cinco etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação, e ainda, divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

De forma a fornecer um fio condutor ao leitor, as atividades delineadas foram ordenadas em três fases, de acordo com a realização efetiva do projeto e dos seus resultados (Fortin, 2009). Na primeira fase, **diagnóstico**, aprofundou-se os conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem e identificou-se as práticas, saberes e lacunas da equipa de enfermagem, complementando o diagnóstico de situação. Na fase seguinte, **desenvolvimento**, foi realizada a etapa de execução do projeto, através da melhoria das práticas de enfermagem no serviço em relação à prevenção, deteção e gestão de situações de *delirium* no cliente idoso, adquirindo competências especializadas na área de saúde da pessoa idosa. Por fim, na fase de

avaliação, realizou-se a análise dos contributos do projeto na equipa de enfermagem, nos clientes idosos hospitalizados e/ou nos seus cuidadores.

3.2 Finalidade e Objetivos Gerais

Tendo por base a problemática que conduziu à realização deste projeto, revelou-se necessária a definição da finalidade e dos objetivos que apontassem os resultados que se pretendiam alcançar (Ruivo et al., 2010). Neste sentido, definiu-se como finalidade deste projeto, desenvolver intervenções de Enfermagem em parceria com o idoso hospitalizado com *delirium*, promovendo o cuidado de Si, num serviço de Medicina de um HCL e, como objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na saúde da pessoa idosa, nomeadamente na planificação de intervenções de enfermagem específicas ao cliente idoso hospitalizado com *delirium*, visando o cuidado de Si.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de Enfermagem na prevenção, deteção e gestão do *delirium* no cliente idoso hospitalizado, promovendo o cuidado de Si.

3.3 Planeamento

O planeamento define-se como a terceira etapa da metodologia de projeto, realizando-se uma enunciação das atividades desenvolvidas, dos intervenientes no projeto, bem como dos diferentes métodos e técnicas de pesquisa utilizados (Ruivo et al., 2010). Após a definição da finalidade e dos objetivos gerais do projeto, tendo por base as competências específicas a desenvolver, foram calendarizadas as atividades de forma cronológica e expostas em cronograma (Apêndice I).

Este projeto foi inicialmente apresentado à Direção de Enfermagem do HCL, à Diretora do Serviço de Medicina do HCL, à Comissão de Ética do HCL e à Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina, tendo sido aprovado a sua implementação no serviço. Posteriormente foi solicitada a autorização para a utilização do algoritmo do CAM aos autores responsáveis pela tradução, adaptação e validação para português, tendo obtido um parecer positivo (Anexo VI).

Como parte integrante de um projeto, a sua população e os seus participantes são os responsáveis pela sua execução, sendo selecionados consoante certos critérios (Fortin, 2009). Neste projeto, como participantes foram englobados os 23 enfermeiros que exercessem funções no serviço, independentemente da sua função, e os clientes idosos, de ambos os sexos, admitidos no serviço durante o período de estágio. De modo a promover a sua participação, assegurou-se a cada participante o respeito pela dignidade humana, garantindo-se a sua proteção de qualquer dano físico ou psicológico, o seu anonimato e confidencialidade nos dados colhidos, respeitando os princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Fortin, 2009).

No sentido de identificar conhecimentos e lacunas, e monitorizar as atividades desenvolvidas, foram utilizados diferentes métodos de colheita de dados, permitindo enriquecer o projeto e um melhor entendimento sobre a problemática em análise. Estes métodos estenderam-se desde a aplicação de um questionário, elaboração de notas de campo, grelha de observação de registos de enfermagem, reflexão baseada no ciclo de Gibbs e ainda realização de entrevistas semiestruturadas, recorrendo à análise de conteúdo e estatística, de forma a obter os resultados.

3.4 Execução das Atividades, Avaliação dos Resultados e Competências Adquiridas

FASE DE DIAGNÓSTICO

Objetivo Específico	Atividades
1. Contextualizar a problemática do <i>delirium</i> no cliente idoso hospitalizado.	• Realização de uma pesquisa bibliográfica, utilizando a metodologia de RSL;

2. Identificar os conhecimentos, práticas e necessidades da equipa de enfermagem, direcionadas para o cuidado ao cliente idoso hospitalizado com <i>delirium</i>.	• Observação e análise dos registos de enfermagem dos clientes idosos hospitalizados; • Observação das práticas da equipa de enfermagem; • Elaboração e aplicação de um questionário à equipa de enfermagem; • Participação nas comemorações do 5º aniversário da ESEL.
--	--

De modo a contextualizar a problemática do *delirium* no idoso hospitalizado e o enquadramento teórico do projeto, foi realizada uma **revisão da literatura**. Esta teve como intuito, brindar este projeto com intervenções de enfermagem no cliente idoso com *delirium*, baseadas na melhor e mais atual evidência científica, tendo sido realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando a metodologia de RSL (Apêndice II). Como ponto de partida para esta pesquisa, foi construída uma pergunta de investigação em formato PI(C)O: “Em relação às pessoas com 65 e mais anos hospitalizadas, quais as intervenções de enfermagem na prevenção, deteção e gestão de *delirium*?” (Melnik e Fineout-Overholt, 2005).

A pesquisa bibliográfica foi feita, usando como ferramenta, a base eletrónica de dados EBSCO (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, MedicLatina e ERIC) e recorrendo a algoritmos de combinação de palavras-chave: “*delirium* OR acute confusion OR acute confucional state” AND “elderly OR aged OR older” AND “hospitalization OR hospitalized OR internment” AND “nursing OR nursing care OR nursing interventions”. Tendo em conta o elevado número de publicações encontradas (n=404), tornou-se necessário proceder à eliminação de artigos, através de critérios de inclusão e exclusão. Neste sentido, foram adicionados como requisitos, que os artigos tivessem sido publicados entre Janeiro de 2007 e Outubro de 2012, já que Guyatt, Rennie, Meade e Cook (2002) preconizam que a RSL deve ter em conta a evidência dos últimos cinco anos. Foram, ainda, adicionados aqueles que fossem escritos em inglês ou português, que a população em estudo tivesse 65 ou mais anos e que abordassem intervenções de enfermagem direcionadas para a

prevenção, deteção e gestão do *delirium* em clientes hospitalizados. No final, a base bibliográfica ficou composta por 15 artigos, sendo que a sua análise convergiu num quadro síntese de intervenções de enfermagem direcionadas para o cliente idoso hospitalizado com *delirium*.

A realização desta atividade proporcionou aperfeiçoar os processos de tomada de decisão, baseando as intervenções de enfermagem em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador dos processos de aprendizagem profissional e agente ativo no campo da investigação (OE, 2010b; ESEL, 2013).

De modo a identificar os conhecimentos, as práticas e as necessidades de formação na equipa de enfermagem, em relação ao cuidado à pessoa idosa hospitalizado com *delirium*, foi realizada uma observação e análise dos registos dos processos clínicos, observação das práticas da equipa de enfermagem e aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço.

Desta forma, nas duas primeiras semanas de estágio, foi realizada uma **observação e análise dos registos de enfermagem** de 33 processos clínicos de clientes com idade superior ou igual a 65 anos, sendo que neste período a população idosa representava 82,5% dos clientes internados no serviço. A análise foi realizada tendo por base uma grelha de observação (Apêndice III), construída sob o modelo de parceria (Gomes, 2009).

A realização desta análise (Apêndice IV) revelou a existência de uma maior taxa de registo nos indicadores da primeira fase do modelo, Revelar-se, surgindo o registo nas restantes fases de forma incompleta ou insuficiente. A equipa de enfermagem revelou, através dos seus registos, o interesse em conhecer a pessoa idosa, documentando informação relativa à sua identidade, contexto de vida e de doença, assim como da sua rede de apoio. Relativamente à segunda fase do modelo de parceria, Envolver-se, verificou-se uma elevada taxa de registo no indicador de “avaliação do cliente idoso”, no entanto neste indicador o registo da avaliação do estado cognitivo basal foi apenas de 27%. Relativamente ao registo do conhecimento que o cliente idoso e cuidador detêm sobre o estado cognitivo, este apresentou-se muito baixo e até mesmo inexistente. Já nas restantes fases do

modelo de parceria, a documentação existente não revelou a partilha do poder, a construção de uma ação conjunta, a planificação de cuidados com vista a manter ou otimizar o estado cognitivo, e as intervenções efetuadas surgiram registadas de forma incompleta.

A análise dos registos de enfermagem, com base no modelo de parceria, permitiu concluir a necessidade de munir a equipa com estratégias que lhes permitissem trabalhar em parceria com o idoso hospitalizado com *delirium*, mais precisamente no registo da avaliação do estado cognitivo atual e basal, de modo a identificar alterações agudas na função cognitiva. Esta informação revelou-se essencial, pois um investimento nesta área permite a realização de um diagnóstico diferencial e estabelecimento de uma meta/compromisso com os clientes idosos e cuidadores. A implementação no serviço de um instrumento de avaliação cognitiva e outro que permita rastrear situações de *delirium*, permite identificar situações de risco para o desenvolvimento de *delirium*, proporcionando uma intervenção atempada e eficaz. Desta análise, foi ainda identificada a necessidade de desenvolver intervenções não farmacológicas, assim como o seu correto registo. Um maior investimento na documentação de enfermagem em todas as fases do modelo de parceria, possibilita um melhor conhecimento da pessoa idosa e direcionar esforços que permitam atender às necessidades identificadas no cliente idoso, de modo a promover o cuidado de Si (Gomes, 2009).

A observação das práticas de enfermagem foi realizada com vista a complementar o diagnóstico de situação, fornecendo uma comparação entre o que era registado nos processos e o que de facto se realizava na prática de cuidados. Esta observação foi descrita em notas de campo (Apêndice V), utilizando indicadores assentes no Modelo de Parceria de Gomes (2009), descrevendo e refletindo sobre uma situação, traduzindo o que se viu, se ouviu, se experienciou e se pensou no curso da recolha dos dados (Bogdan e Biklen, 2003). Para as observações das práticas, foram selecionados 3 enfermeiros com diferentes níveis de competências, segundo Benner (2005), e efetuadas em todos os turnos (Noite, Manhã e Tarde).

Este processo permitiu concluir que nem todo o trabalho realizado acaba refletido nos registos de enfermagem e que, na prática, todas as fases do modelo de parceria

surgiram evidenciadas nos cuidados prestados. A primeira fase surgiu mais evidenciada aquando da admissão do cliente no serviço, através do preenchimento da folha de colheita de dados e da entrevista inicial ao cliente idoso e/ou cuidador. Em relação às restantes fases, estas evidenciaram-se no desenrolar da prestação de cuidados, através da construção de uma relação empática, da avaliação das necessidades da pessoa idosa, na partilha de informação e objetivos, e na planificação de estratégias.

Contudo, durante a observação foi verificada uma insuficiente transmissão de informação durante a passagem de turno, assim como um registo incompleto das intervenções efetuadas durante a prestação de cuidados. Para que ocorra uma continuidade dos cuidados e uma permanente capacitação dos clientes idosos e cuidadores, foi identificada a necessidade de envolver toda a equipa, de modo a que esta realize um registo pormenorizado e completo, assim como uma correta transmissão de informação. Outro aspeto que foi salientado da observação efetuada, foi a identificação da necessidade de formação dos enfermeiros sobre as características do *delirium* e sobre as intervenções de enfermagem específicas no idoso hospitalizado com *delirium*, congruentes com a evidência científica.

No sentido de aprofundar os conhecimentos e limitações dos enfermeiros do serviço, tornou-se pertinente a utilização de outro instrumento de colheita de dados, um **questionário**. Este foi composto por 10 questões (Apêndice VI), permitindo recolher informações sobre o conhecimento do conceito de *delirium*, as suas manifestações, bem como da existência de instrumentos que permitam a sua avaliação. Os enfermeiros foram, ainda, interrogados sobre a importância que atribuíam à avaliação do estado cognitivo, como esta era efetuada na sua prática e quais as principais dificuldades sentidas durante essa avaliação. Este questionário foi distribuído individualmente, tendo sido preenchido e entregue por 16 enfermeiros.

Através da análise realizada ao preenchimento dos questionários (Apêndice VII), esta revelou que alguns dos enfermeiros descreveram corretamente o *delirium* como um estado confusional, mas outros, como uma alteração cerebral, delírio e ainda como o início de uma demência. Relativamente às principais manifestações de *delirium*, a maioria selecionou todos os sintomas apresentados, contudo, 25% dos enfermeiros excluíram os comportamentos do subtipo hipoativo. Estes, ainda foram

unâнимes ao revelarem a falta de conhecimentos acerca de instrumentos específicos na avaliação de *delirium*.

Quanto à avaliação do estado cognitivo do idoso hospitalizado, esta foi considerada importante para a prática de cuidados de enfermagem, destacando que na sua prestação, os enfermeiros faziam-no questionando o cliente e a família, através da avaliação da orientação espaço-temporal, memória, atenção e linguagem. No entanto, a equipa salientou dificuldade na avaliação do estado cognitivo, associada à inexistência de um instrumento que uniformizasse esta avaliação no serviço. Referiram, ainda, dificuldade na avaliação cognitiva em clientes afásicos e com défices sensoriais, a falta de disponibilidade dos profissionais para fazer uma avaliação completa e a dificuldade em recolher informações junto dos cuidadores (por ausência de visitas ou por indisponibilidade dos enfermeiros).

Em suma, constatou-se que a equipa de enfermagem confunde o conceito de *delirium* com outros, que desconhece instrumentos de avaliação específicos de *delirium* e, ainda, que os enfermeiros reconhecem algumas dificuldades/limitações na avaliação do estado cognitivo do cliente idoso hospitalizado. Neste sentido, destacou-se a necessidade de formação da equipa para o esclarecimento do conceito de *delirium* e das suas manifestações, e de investimento na divulgação de instrumentos de avaliação do estado cognitivo e do *delirium*. Outros pontos, que necessitaram de investimento, no âmbito da formação, passaram pela consciencialização dos enfermeiros do Modelo de Parceria, aperfeiçoando estratégias que possibilitem um maior envolvimento da família na prestação de cuidados ao idoso hospitalizado.

Ao concluir esta etapa, emergiu a possibilidade de participação, através da apresentação de um poster científico (Apêndice VIII), nas comemorações do 5º aniversário da ESEL, subordinado ao tema “Envelhecimento Ativo e Solidariedade Entre Gerações”. A experiência de partilha e divulgação dos dados obtidos nesta primeira fase revelou-se enriquecedora, pois a identificação de lacunas e oportunidades de melhoria fomentam o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e o desenvolvimento da Enfermagem (OE, 2010b).

A concretização da fase de diagnóstico permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens

profissionais. Através da implementação das atividades descritas, foi proporcionado o reconhecimento da necessidade de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo que esta envolveu a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliando a sua qualidade, e possibilitando a implementação de programas de melhoria contínua, suportados na investigação e no conhecimento científico (OE, 2010b; ESEL, 2013).

FASE DE DESENVOLVIMENTO

Objetivo Específico	Atividades
1. Envolver a equipa de Enfermagem na planificação de intervenções de enfermagem específicas no <i>delirium</i> , utilizando a parceria como modelo de intervenção.	• Apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem, numa ação de formação; • Realização de uma sessão de formação relativa ao modelo de parceria e à implementação do instrumento de avaliação de <i>delirium</i> (algoritmo do CAM).
2. Implementar intervenções de enfermagem, em parceria com o idoso hospitalizado, que incidam no <i>delirium</i> e promovam o cuidado de Si.	• Implementação de estratégias, com a colaboração da equipa de enfermagem, na prevenção, deteção e gestão do <i>delirium</i> em idosos hospitalizados; • Construção de um dossier de apoio, com material relativo à prevenção, deteção e gestão do <i>delirium</i> em idosos hospitalizados; • Prestação de cuidados especializados, em parceria com o cliente idoso e cuidador, elaborando estudos de caso.

Atendendo às necessidades de formação identificadas na fase de diagnóstico, e de modo a envolver a equipa de Enfermagem no projeto, foram realizadas duas **sessões de formação**. Estas sessões consistiram num momento reflexivo, no qual se desejou a aquisição e/ou aprofundamento de competências na equipa de enfermagem (Rodrigues e Ferrão, 2006).

A primeira sessão de formação (Apêndice IX) foi realizada no dia 8 de Novembro de 2012, com a finalidade de apresentar o projeto de estágio aos enfermeiros do serviço e com os objetivos de contextualizar a problemática do *delirium* no cliente idoso hospitalizado, apresentar o projeto de estágio à equipa de enfermagem e envolver a equipa no projeto elaborado, desenvolvendo intervenções de enfermagem na prevenção, deteção e gestão do *delirium*, em parceria com o idoso hospitalizado. Neste sentido, foram abordadas as temáticas do envelhecimento, do *delirium* no idoso hospitalizado e as intervenções de enfermagem específicas nesta síndrome, utilizando a metodologia expositiva e a discussão de grupo, com recurso a data-show e computador. Também foram disponibilizadas as escalas do MMSE e do algoritmo do CAM, de forma a proporcionar uma familiarização com as mesmas e dar resposta às necessidades e dificuldades identificadas anteriormente na equipa de enfermagem.

A sessão de formação contou com a presença de 13 enfermeiros (68% da equipa de enfermagem), que avaliaram a formação em Muito Bom quanto à adequação dos objetivos, transmissão de conteúdo (em concordância com os objetivos, domínio da matéria, sequência lógica e adequação aos formandos), relação pedagógica formadora/formandos, adequação dos métodos utilizados, utilização de meios e suportes pedagógicos e documentação de apoio à formação (Apêndice X). No final, os participantes demonstraram interesse na temática apresentada e na implementação do instrumento de avaliação de *delirium*, o algoritmo do CAM.

A 2ª sessão de formação (Apêndice XI), realizada no dia 29 de Novembro de 2012, abordou duas temáticas essenciais, o modelo de parceria e a implementação do algoritmo do CAM. Assim, a finalidade desta sessão foi implementar, na dinâmica do serviço, a avaliação do *delirium*, através da aplicação do algoritmo do CAM e de intervenções de enfermagem ao cliente idoso hospitalizado com *delirium*, utilizando o modelo de parceria como estratégia de enfermagem na promoção do cuidado de Si. Nesta sessão foi abordado o modelo de parceria em enfermagem e as cinco fases que o contemplam, salientando o assegurar o cuidado do Outro e a capacitação do cuidador, uma vez que no cuidado ao idoso hospitalizado com *delirium* a sua capacidade de tomada de decisão pode encontrar-se comprometida. Relativamente ao instrumento de avaliação, foi explicitada a sua origem, tradução e

validação para a população portuguesa, e o seu modo de utilização e preenchimento. Foram utilizados casos práticos de clientes internados no serviço, de modo a visualizar a sua aplicabilidade em idosos hospitalizados. Na sessão de formação estiveram presentes 12 enfermeiros (63% da equipa) e 2 médicos do serviço. Houve envolvimento da equipa, com esclarecimento de dúvidas e exposição de sugestões, tendo a sessão de formação sido avaliada pelos presentes com Bom e Muito Bom, utilizando a mesma grelha de avaliação da sessão anterior.

As formações permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito da formação do grupo, incrementando a capacidade de prestar atenção e saber escutar, de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspetivas dos formandos, de procurar a clarificação de conceitos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbal e não verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar e de interrogar (Alarcão e Tavares, 2003). Estas permitiram também, ser facilitador dos processos de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da saúde da pessoa idosa, diagnosticando dificuldades formativas, concebendo dispositivos formativos e desenvolvendo uma prática baseada na evidência (OE, 2010b; ESEL, 2013).

Dando seguimento às atividades desenvolvidas, foram desenvolvidas **estratégias em colaboração com a equipa de enfermagem** na prevenção, deteção e gestão de quadros de *delirium* em idosos hospitalizados. O resultado da pesquisa bibliográfica proporcionou um leque de intervenções muito extenso, pelo que, no curto período de desenvolvimento deste estágio, optou-se por incidir na importância do reconhecimento precoce do *delirium*, através da aplicação do algoritmo do CAM. A sensibilidade para a deteção do *delirium* e o preenchimento do algoritmo do CAM, por parte da equipa de enfermagem, iniciou-se nas formações em serviço, abordando o enquadramento teórico do *delirium*, dando especial foco às características do *delirium*, à enumeração dos principais fatores precipitantes e predisponentes, como é o caso da pessoa idosa, e o método de preenchimento do algoritmo, utilizando casos práticos. Outras intervenções abordadas em parceria com a equipa de enfermagem foram estratégias no âmbito da orientação, da perceção sensorial, da preservação do sono, da mobilidade, da hidratação e

nutrição, da revisão terapêutica, do envolvimento da família, do encaminhamento e da prevenção de complicações. Através desta colaboração da equipa no reconhecimento precoce e identificação do *delirium*, através da aplicação do algoritmo do CAM, foram desenvolvidas competências intrínsecas ao enfermeiro especialista na área da aprendizagem profissional e gestão de cuidados, otimizando o processo de cuidados, disponibilizando assessoria à equipa, favorecendo a formação, promovendo os processos de mudança, a destreza na intervenção e o desenvolvimento de habilidades e capacidades dos enfermeiros (OE, 2010b; ESEL, 2013).

Ao longo do período de estágio, fui-me posicionando como pessoa de referência para os enfermeiros, esclarecendo dúvidas sobre as principais características do *delirium* e sugerindo intervenções individualizadas em clientes idosos. Foram, também, realizadas reuniões informais, com os diversos elementos da equipa, no sentido de introduzir mudanças para a melhoria da prática e promover a prestação de cuidados que visassem a construção de um ambiente terapêutico, seguro e promotor da independência (OE, 2010b). A escolha de um estilo de liderança democrática possibilitou a reflexão e decisão em grupo, com o intuito de edificar este projeto numa relação de partilha e reciprocidade, dando resposta à problemática (Alarcão e Tavares, 2003). A formação em contexto de trabalho e a supervisão clínica foram facilitados pelo fato de ser parte integrante da equipa, facultando a partilha, a comunicação e a mudança das práticas, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito ao cliente idoso hospitalizado com *delirium*.

A construção de um **documento orientador**, para consulta da equipa de enfermagem, surgiu como estratégia de suporte aos conhecimentos adquiridos, pretendendo que este fosse de fácil acesso e leitura. O dossier (Apêndice XII) foi constituído por uma compilação de notas e artigos que auxiliassem na aplicação do MMSE e do algoritmo do CAM, as sessões de formação realizadas no serviço, alguns instrumentos para a avaliação multidimensional do cliente idoso, assim como o quadro síntese de intervenções de enfermagem na prevenção, deteção e gestão de *delirium* no cliente idoso hospitalizado, resultante da revisão da literatura efetuada com recurso à metodologia de RSL. A elaboração deste documento

possibilitou o desenvolvimento de competências, interpretando, organizando e divulgando dados provenientes da evidência científica, de modo a que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da prática da enfermagem (OE, 2010b). Permitiu ainda, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, disponibilizando informação inerente ao processo de cuidados ao cliente idoso hospitalizado com *delirium*, aos diagnósticos e à variedade de soluções eficazes a implementar (OE, 2010b; ESEL, 2013).

No decorrer do estágio foram desenvolvidas competências no campo da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, através da prestação de cuidados especializados baseados na evidência, da promoção da qualidade dos cuidados de saúde, do desenvolvimento de estilos de liderança e de sugestões de mudança na área da saúde do idoso e dos cuidados de enfermagem (OE, 2010b; ESEL, 2013).

Neste sentido, a prestação de cuidados especializados, permitiu implementar estratégias de resolução de problemas com o cliente idoso e cuidador, em parceria com a equipa de enfermagem, utilizando um julgamento fundamentado no processo de tomada de decisão e demonstrando competências especializadas, suportadas nos princípios éticos e deontológicos da Enfermagem. Esta prática de cuidados originou a realização de estudos de caso (Apêndice XIII), sendo que esta metodologia se revelou importante, pois propicia uma assistência individual e personalizada numa situação real (Galdeano, Rossi e Zago, 2003). A operacionalização dos cuidados utilizando o Modelo de Parceria de Gomes (2009), proporcionou, também, um profundo conhecimento do cliente idoso, nomeadamente da sua identidade, do seu contexto de vida e de saúde, dos seus recursos, bem como da identificação das suas necessidades específicas, através da realização de uma avaliação multidimensional (Anexo V). A aplicação de instrumentos de avaliação, como o MMSE e o algoritmo do CAM, proporcionaram treino, melhorando a destreza no seu uso. Por sua vez, a avaliação cognitiva sistemática e um correto registo das alterações e da evolução, permitiu mais facilmente reconhecer súbitas alterações do estado cognitivo e a identificação do fenómeno do *delirium*,

desencadeando atempadamente uma resposta da equipa multidisciplinar e de intervenções de enfermagem que possibilitassem uma transição saudável.

O conhecimento do cliente emergiu como essencial para a construção de uma relação empática e de partilha, definindo os objetivos de uma ação conjunta, e possibilitando a planificação de intervenções personalizadas, que permitissem a continuidade do seu projeto de vida. Ao intervir no *delirium*, o conhecimento aprofundado da pessoa, permitiu reconhecer clientes em risco de desenvolvimento de *delirium*, identificar as suas necessidades, criar um ambiente terapêutico e seguro e planificar os cuidados, tendo em conta as suas preferências e o seu poder de decisão.

O envolvimento da família revelou-se, também, fundamental para o conhecimento do estado cognitivo basal do idoso. A presença destes possibilitou a implementação de intervenções em parceria, através da promoção de um ambiente familiar, orientando para a realidade, estimulando a mobilidade e prevenindo complicações adversas inerentes à hospitalização. Esta interação permitiu o desenvolvimento de capacidades relacionais, de comunicação e argumentação, com o intuito de satisfazer as necessidades dos clientes idosos com *delirium* e melhorar os cuidados prestados. Esta promoveu, ainda, o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, suportada por um corpo de conhecimentos sólidos, tendo em conta as preferências do cliente idoso e cuidador, e na avaliação sistemática das melhores práticas (OE, 2010b).

Durante a prestação de cuidados especializados, foram cultivadas as competências na área da investigação, pensamento crítico e aprendizagens profissionais. Ao realizar a pesquisa, compilação, análise e divulgação da evidência científica, permitiu mobilizar conhecimentos, proporcionando uma consciencialização dos problemas de saúde relacionados com o cliente idoso, facilitando a sua identificação. A perceção da relação existente entre o *delirium* e outras síndromes associadas ao envelhecimento, tais como problemas de imobilidade, défices nutricionais e hídricos, défices sensoriais, privação de sono, incontinência vesical e intestinal, ocorrência de quedas e alterações da integridade cutânea, suscitaram a reflexão e pensamento crítico em relação às práticas, reforçando a necessidade de implementação de

mudanças e melhoria na qualidade dos cuidados prestados (ESEL, 2013). Esta proporcionou, também, ser agente dinamizador da formação da equipa de enfermagem, facultando a incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática, visando ganhos em saúde dos idosos hospitalizados (OE, 2010b).

A interação com a equipa de enfermagem permitiu consciencializar esta para a problemática do *delirium* e para o desenvolvimento de intervenções que incidissem na prevenção, deteção e gestão desta síndrome nos clientes idosos. Neste sentido, o desenvolvimento de estilos de liderança e competências no âmbito da gestão de cuidados, facultou a adequação dos recursos às necessidades de cuidados, promovendo a motivação e o uso de processos de mudança, de forma a fomentar um desempenho diferenciado e aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2010b; ESEL, 2013).

FASE DE AVALIAÇÃO

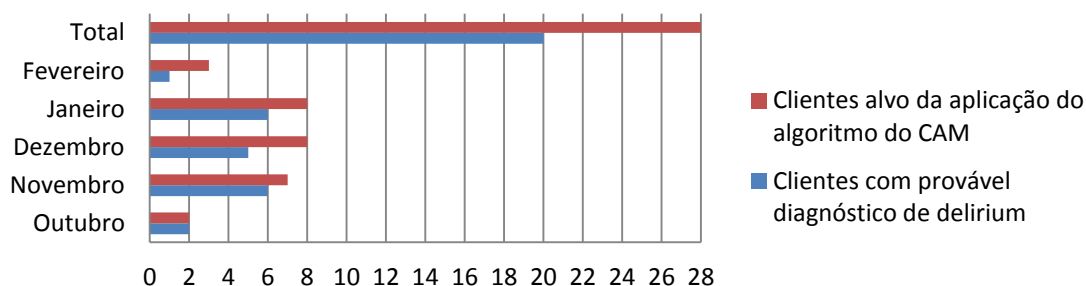
Objetivo Específico	Atividades
1. Identificar os contributos deste projeto na equipa de enfermagem e no cliente idoso hospitalizado e/ou cuidador.	• Observação e análise dos registos de enfermagem dos clientes idosos hospitalizados; • Monitorização do algoritmo do CAM; • Aplicação do modelo de Gibbs à equipa de enfermagem; • Realização de entrevistas semiestruturadas ao idoso hospitalizado e/ou cuidador.

Nesta fase foi realizada, tal como na fase de diagnóstico, uma **observação e análise dos registos de enfermagem**, de modo a fornecer uma visão da evolução dos mesmos. Esta incidiu sobre 28 processos clínicos de clientes com idade superior ou igual a 65 anos, tendo por base a mesma grelha de indicadores, fundados no modelo de parceria (Gomes, 2009).

A análise (Apêndice XIV) refletiu o resultado do investimento dos profissionais no registo do conhecimento do cliente idoso hospitalizado, da avaliação das necessidades, da partilha de informação, da negociação e do compromisso nas estratégias a serem implementadas, revelando o registo das mesmas. Esta análise comparativa (inicial e final) traduziu uma melhoria da documentação elaborada pelos enfermeiros em todos os indicadores, sendo que a percentagem de registo apresentou um aumento marcado nos indicadores das três últimas fases. Este fato, surgiu com o acréscimo do registo da partilha de informação com os cuidadores, da realização de educação para a saúde relativa às alterações do estado cognitivo e das intervenções efetuadas, denotando-se um aumento de expressões, como “realizados ensinamentos”, “reorientação”, “levantar”, “alternância de decúbitos”, “regulação da intensidade da luz”, “fornecida ceia quente”, “regulação do plano da cama”, “elevação das grades de proteção”, “prolongada a hora da visita” e “visita da família”.

A melhoria da taxa de registo nos indicadores enunciados encontra-se certamente associada à avaliação do *delirium* pelo **preenchimento do instrumento algoritmo do CAM** e da documentação das intervenções desencadeadas por esta avaliação. A sobrelotação do serviço e a redução do número de enfermeiro por turno apresentou-se como um obstáculo na implementação do instrumento de forma sistemática, pelo que este foi aplicado apenas em clientes que apresentassem evidência de alterações do estado mental ou de comportamento e, sempre que possível, em clientes com elevado risco de desenvolvimento de *delirium*. De forma gradual, a evolução do preenchimento é visível no gráfico, demonstrando o número de clientes em que foi aplicado o instrumento e o resultado de um provável *delirium*, entre a última semana de Outubro e a primeira semana de Fevereiro.

Gráfico 1- Aplicação do algoritmo do CAM



Através da interpretação destes dados, concluiu-se que a equipa de enfermagem apresentou um aumento na adesão do preenchimento do algoritmo, permitindo identificar clientes idosos em risco de desenvolvimento de *delirium* e deteção de prováveis casos no serviço. A presença de 20 casos de provável *delirium* corroborou com a problemática do projeto, ao inferir que os idosos hospitalizados nos serviços de Medicina apresentam um elevado risco de desenvolvimento de *delirium*.

A avaliação do estado cognitivo e de *delirium*, permitiu desenvolver mecanismos formais, complementando os registos de enfermagem, proporcionando uma resposta atempada, tanto da equipa de enfermagem, como da equipa médica. A deteção de casos de provável *delirium* proporcionou planificar os cuidados e adequar os recursos, permitindo intervir em cada situação, de forma a prevenir riscos e promover um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010b)

Com o intuito de descrever a contribuição do projeto na equipa de enfermagem, foi solicitado um **momento reflexivo, através da aplicação do ciclo de Gibbs** (Apêndice XV), em que expusessem a sua opinião em relação ao projeto implementado, elementos facilitadores e inibidores e considerações futuras. Nesta reflexão foi proposto que estes descrevessem a sua prestação de cuidados ao cliente idoso, mais especificamente na avaliação efetuada utilizando o algoritmo do CAM e a importância da implementação de estratégias de visassem a prevenção, deteção e gestão do *delirium*. A este pedido responderam 13 enfermeiros, correspondendo a uma adesão de 68% da equipa de enfermagem.

A análise de conteúdo das reflexões demonstrou que este projeto se apresentou como um estímulo aos enfermeiros na problemática do *delirium* no cliente idoso hospitalizado. Este fomentou um olhar diferenciado no reconhecimento de casos de *delirium*, através da identificação dos fatores desencadeantes, da utilização do instrumento de avaliação, algoritmo do CAM, e na implementação de estratégias que focaram a orientação, a mobilidade, a promoção de um ciclo de sono adequado e a prevenção de complicações adversas. Os enfermeiros relataram que o projeto desenvolveu, ainda, um investimento no conhecimento do cliente, na humanização do ambiente envolvente e no envolvimento da família nos cuidados prestados.

Os enfermeiros mencionaram sentimentos de satisfação e de mudança de mentalidades, principalmente em relação ao uso da contenção física nos clientes idosos hospitalizados. O projeto foi relatado como uma experiência positiva, na qual se sentiram envolvidos, importante no seu processo de aprendizagem em equipa, mas também no sentido de ter proporcionado um investimento na qualidade dos cuidados prestados. Concluindo, referiram que a experiência deste trabalho os estimulou para a continuação da implementação de medidas preventivas, e de avaliação e gestão de casos de *delirium* em idosos hospitalizados.

Por fim, no sentido de identificar o contributo do projeto nos idosos hospitalizados e/ou nos cuidadores, foram elaboradas **entrevistas semiestruturadas**. Estas caracterizam-se pela existência de um guião orientador das questões da entrevista, sendo a sua ordem livre, proporcionando um elevado grau de liberdade na exploração do tema (Bogdan e Biklen, 2003). Desta forma, o guião da entrevista (Apêndice XVI) foi constituído por questões que permitiram investigar a efetividade dos cuidados desenvolvidos em parceria com o cliente idoso e o seu cuidador, mais especificamente no Assumir o cuidado de si ou Assegurar o cuidado do outro. Foram realizadas no total 6 entrevistas, tendo sido assinado o consentimento informado para a sua elaboração (Apêndice XVII). É de salientar que o guião de entrevista foi previamente aprovado pela comissão de ética do HCL.

Da respetiva análise, foi constatado que a maioria dos clientes idosos e cuidadores revelaram terem sido envolvidos nos cuidados durante a hospitalização, relatando satisfação nos cuidados prestados. Estes referiram que foram, ao longo do internamento, questionados sobre os seus hábitos e preferências, mencionando existir uma preocupação na equipa de enfermagem em conhecer as suas capacidades e os seus contextos antes da hospitalização. Expuseram, ainda, ter existido uma partilha de informação que os ajudou na construção de uma relação empática, recíproca e de confiança com os enfermeiros do serviço, permitiu-lhes desmistificar conceitos e situações inerentes à sua situação de doença/saúde, tendo isso contribuído para aquisição de conhecimentos e estratégias que lhes permitissem assumir o cuidado de Si.

Das estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros, em parceria com os clientes idosos e cuidadores, salientaram a preocupação da colocação dos meios auxiliares da audição e visão e o estímulo do uso de técnicas de orientação, através do envolvimento dos cuidadores, recordação do local onde se encontravam, o uso de relógio de pulso e a utilização de lembretes. A promoção da manutenção da sua mobilidade, através de períodos de marcha pelo corredor e galeria do serviço, foram também enumerados como estratégias importantes, principalmente por promoverem a manutenção ou recuperação do seu grau de independência nas suas atividades de vida diária.

A cooperação dos enfermeiros no projeto de vida dos clientes idosos possibilitou a recuperação física e cognitiva no curso do internamento, permitindo um melhor planeamento da alta. Os clientes idosos e os cuidadores referiram que a envolvimento nos processos de cuidar permitiu a continuidade dos cuidados, sendo estes dotados de competências e estratégias, assim como informados dos recursos e pessoas de referência a quem pudessem recorrer, sentindo-se preparados para assumir o cuidado de Si e/ou assegurar o cuidado do Outro.

Os cuidadores expuseram, ainda, que, comparativamente a outros internamentos, sentiram que existiu uma maior preocupação dos profissionais em explorar o estado cognitivo dos clientes idosos e a origem para o desencadear de quadros de desorientação e agitação psicomotora. As situações de delirium dos clientes idosos são sempre vivenciadas como uma fase de maior stress e angústia, sendo que, o contributo dos enfermeiros na partilha de informação, permitiu um sentimento de reconforto e esperança, aliviando o medo que se instala em situações como estas.

Em suma, avaliando o impacto deste projeto do ponto de vista dos diferentes intervenientes, dotada de instrumentos que permitiram observar, refletir e analisar, considerou-se que estas atividades contribuíram na aquisição de competências no processo de cuidar, no processo de formação e no desenvolvimento de uma prática clínica especializada ao cliente idoso hospitalizado com delirium.

3.5 Limitações do Projeto e Considerações Futuras

As limitações deste projeto apresentaram-se associadas, essencialmente, à limitação temporal da sua implementação. Provavelmente, um período de estágio mais alargado, possibilitaria uma melhor gestão do tempo e melhor eficácia nas estratégias desenvolvidas, sustentando a mudança de mentalidades e a aquisição de competências pessoais e da equipa de enfermagem. A recém reestruturação da equipa (duas equipas distintas fundidas após o encerramento de um serviço), com necessidades de definição e adaptação das dinâmicas, bem como a conjugação de vários projetos de estágio no serviço, poderão ter surgido como um obstáculo ao desenvolvimento deste.

Por sua vez, o fato de ser um elemento constituinte da equipa de enfermagem, apresentou-se como um aspeto facilitador e inibidor. Como aspeto facilitador, evidenciou-se que metade da equipa já conhecia o projeto, identificaram-se com a problemática e demonstraram interesse e motivação na implementação deste, desde a sua fase de diagnóstico de situação. Por outro lado, a outra metade da equipa, ao desconhecer o projeto, constitui-se como um fator inibidor, incutindo o desenvolvimento de outras estratégias, na tentativa de envolver e motivar todos os participantes.

Outro ponto de vista foi o embaraço gerado na necessidade da separação dos papéis, enquanto aluna e profissional no serviço. Ao longo do estágio foi muito difícil vivenciar momentos de sobrecarga de trabalho, com sobrelotação de clientes no serviço e profissionais em número insuficiente, conjugado com a necessidade de dedicação ao cronograma e projeto delineado.

Como sugestões futuras, considerou-se pertinente a extensão deste projeto a outros serviços, realçando os resultados positivos, quer para o cliente idoso hospitalizado e cuidador, quer para a equipa de enfermagem. Outras sugestões passam pela realização de um trabalho de investigação, que permita apurar quais os ganhos em saúde na população idosa alvo destas intervenções, e a formação contínua dos profissionais de saúde, abordando a temática do *delirium*, mas também outras problemáticas como a demência, onde se identificaram algumas lacunas de conhecimentos.

4. CONCLUSÃO

O cliente idoso encontra-se inserido num grupo especialmente vulnerável aos resultados adversos da hospitalização, sendo o *delirium* uma das síndromes mais frequentes em idosos hospitalizados. Este encontra-se associado a resultados negativos, como o declínio funcional e cognitivo, aumento do tempo de internamento, morbilidade, institucionalização e mortalidade, apresentando-se os enfermeiros numa posição privilegiada para a obtenção de melhores resultados em saúde.

Como estratégia na redução da incidência de casos de *delirium* em clientes idosos hospitalizados, a prevenção é realçada, entre a evidência científica, como a mais eficaz (Inouye et al., 2009; Vidán et al., 2009). O conhecimento dos principais fatores de risco e características do *delirium* capacitam o enfermeiro para o reconhecimento precoce, sendo que a utilização de instrumentos de avaliação cognitiva e instrumentos específicos de avaliação do *delirium*, como o algoritmo do CAM, facilitam a identificação desta síndrome. A implementação de intervenções de enfermagem com foco na prevenção, deteção e gestão, visam facultar um processo de transição saudável e incrementar uma filosofia de prevenção do declínio funcional e cognitivo e de promoção da independência (Schumacher et al., 1999). Os enfermeiros ao avaliarem situações de *delirium* em idosos hospitalizados, prevenindo e intervindo para reverter e aliviar o medo que esta condição pode provocar, proporcionam melhor saúde e bem-estar, promovendo o cuidado de Si (Milisen, 2005; Fulmer, 2007; Gomes, 2007, 2009).

Assim, suportada pela evidência científica e pelas necessidades do serviço, foi elaborado este projeto, com o intuito de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre na área da saúde da pessoa idosa. Este visou, ainda, a envolvimento e sensibilização da equipa de enfermagem para o reconhecimento desta problemática e implementação de intervenções que visassem a prevenção, deteção e gestão do *delirium*. Os momentos reflexivos e de formação estimularam a equipa para a identificação de necessidades de mudança e

melhoria da prática, promovendo a construção de um ambiente terapêutico, seguro e promotor da independência, e na melhoria do registo das intervenções desenvolvidas em parceria com o cliente idoso e cuidador. Consequentemente, estes relevaram uma satisfação nos cuidados de que foram alvo, salientando a sua envolvimento nos processos de cuidar. Saliento a matriz de pensamento desenvolvida em torno do Modelo de Enfermagem em Parceria de Gomes (2009). Esta abre um horizonte restaurador da dimensão essencial do cuidar e da exigência de relacionamento interpessoal no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo os cuidados de enfermagem alicerçados na objetividade e rigor do conhecimento científico e exercidos numa permanente adequação às necessidades particulares do cliente. Acredito e identifico-me grandemente nesta forma de pensar a enfermagem e penso ser este o caminho a percorrer para um enfermeiro especialista, numa perspetiva global, centrada no cliente/cuidador e no sentido de explanar uma perspetiva profissional diferenciada. Na ocorrência de *delirium*, este cuidar implicou a compreensão dos comportamentos, dos contextos, dos projetos de vida, para, em conjunto com o cliente idoso e cuidador, encontrar uma resposta ajustada à sua situação. O enfermeiro desempenhou um papel essencial na capacitação destes, possibilitando a continuidade do seu trajeto de vida, assumindo o cuidado de Si ou assegurando o cuidado do Outro.

Sendo o guia condutor na descrição crítica e reflexiva acerca do meu percurso de formação, este relatório realça o seu carácter evolutivo, dinâmico e flexível, e que se ajustou às circunstâncias e ao contexto concreto das experiências vividas. Foi a reflexão crítica sobre o percurso efetuado, sobre a minha ação, autonomia, criatividade e procura de conhecimento, que trouxe à tona a habilidade para Agir e para Pensar Enfermagem. O percurso académico e profissional efetuado no decorrer do estágio, potenciou o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre na área da saúde do idoso, evoluindo para o nível de perita (Benner, 2005). Esta evolução verificou-se nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, incrementando uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivando a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e

influenciando a mudança na área da saúde do cliente idoso e dos cuidados de enfermagem (OE, 2010b; ESEL, 2013). Na aquisição destas competências, foi desenvolvido um papel essencial na prevenção, detecção e na gestão de situações de *delirium*, através de uma avaliação completa, multidimensional e sistemática do cliente idoso, na coordenação dos cuidados prestados e na educação/formação dos pares com conhecimentos sólidos e válidos.

Construir este relatório foi um desafio, uma etapa, um crescimento. Foi a descoberta de um novo horizonte, que através de um processo de reconstrução permanente, muito me entusiasmou e motivou, tendo culminado na construção de uma nova identidade profissional. As competências desenvolvidas são o fruto dos múltiplos saberes ligados às diferentes áreas do conhecimento, mas superam a aquisição desses mesmos saberes. As pequenas e grandes conquistas a nível académico e pessoal tornam possível um olhar singular sobre a enfermagem, espelhando em mim o enquadramento no cuidado ao cliente idoso. No presente, olho para trás e constato o quão gratificante foi percorrer esta caminhada, mas com a consciência plena, de que na verdade, esta caminhada começa aqui. A exigência sobre mim própria é agora maior, novos conhecimentos vão ser postos à prova e novas condutas vão ser experienciadas e refletidas através do pensamento crítico instigado. Cabe-me o compromisso de levar um olhar e uma prática mais ricos, que apontem para uma enfermagem diferenciada, especializada e simultaneamente mais consciente e humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamis, D.; Sharma, N.; Whelan, P.; Macdonald, A. (2010). *Delirium* scales: a review of current evidence. *Aging & Mental Health*, 14(5), 543-555.
- Aguirre, E.; Twedell, D. (2010). *Delirium* and hospitalized Older Adults: A review of nonpharmacologic treatment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(4), 151-152.
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica - Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV – TR* (4ª ed. Revista). Washington: American Psychiatric Association. ISBN 0-89042-024-6.
- American Psychological Association (2010). *The Basics of APA Style*. Acedido a 15/03/2013. Disponível em: <http://www.apastyle.org/index.aspx>.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5.
- Bergmann, M.; Murphy, K.; Kiely, D.; Jones, R.; Marcantonio, E. (2005) A model for management of delirious postacute care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(10), 1817-1825. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&hid=9&sid=9b3ea89e-45c7-4842-ad84-21d4c241842e%40sessionmgr13>.
- Bogdan, R.; Biklen, S. (2003). *Qualitative Research for Education: An introduction to Theories and Methods* 4ª ed. New York: Pearson Education group.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-89-4.
- Conley, D. (2011). The Gerontological Clinical Nurse Specialist's Role in Prevention, Early Recognition, and Management of *Delirium* in Hospitalized Older Adults. *Urologic Nursing*, 31(6), 337-342. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=9&sid=9b3ea89e-45c7-4842-ad84-21d4c241842e%40sessionmgr13>.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa.

- Fick D.; Agostini J.; Inouye S. (2002). *Delirium* superimposed on dementia: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(10) 1723-1732.
- Fick D.; Hodo D.; Lawrence F. (2007). Recognizing *delirium* superimposed on dementia: Assessing nurses' knowledge using case vignettes. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 40-47. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Fong, T.; Tulebaev S.; Inouye S. (2009). *Delirium* in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Reviews Neurology*, 5,210-220.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. A framework of six “marker conditions” can help focus assessment of hospitalized older patients. *American Journal of Nursing*, 107(10), 48-49.
- Galdeano, L.; Rossi, L.; Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Gomes, I. (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso - da submissão à acção negociada. Em: I. Gomes, et al. (2007) *Parceria e cuidado de enfermagem- uma questão de cidadania*. (pp 67-113). Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-86-3.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si. A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.
- 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: September 2011. Layout, Binding and Printing: Impreta Tomás Hermans.

- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-68.
- Guralnick, J.; Ferrucci, L. (2009). Demography and Epidemiology. Em: J. Halter, et al. (2009) *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 6ª ed, (pp 647-658). EUA: McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 978-0-07-148872-3.
- Guyatt G.; Rennie D.; Meade M.; Cook D. (2002). *Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*, 1st Ed. American Medical Association. Chicago: American Medical Association
- Han J.H., Morandi A., Ely E.W., Callison C., Zhou C., Storrow A.B., Dittus R.S., Habermann R., Schnelle J. (2009). *Delirium* in the nursing home patients seen in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 889-894. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Inouye, S.; Dyck, C.; Alessi, C.; Balkin, S.; Siegal, A.; Horwitz, R. (1990). Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*; 113(12), 941-948.
- Inouye, S.; Bogardus, S.; Charpentier, P.; Summers, L.; Acampora, D.; Holford, T; Cooney, L. (1999). A multicomponent intervention to prevent *delirium* in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, 240(9), 669-676.
- Inouye, S.; Bogardus, S.; Baker, D.; Summers, L.; Cooney, L. (2000). The Hospital Elder Life Program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
- Inouye, SK. (2003). Confusion Assessment Method (CAM): training manual and coding guide. Yale University School of Medicine. Acedido em: 4.5.2011. Disponível em: <http://elderlife.med.yale.edu/pdf/The%20Confusion%20Assessment%20Method.pdf>
- Inouye, S. (2006) *Delirium* in older persons. *The New England Journal of Medicine*, 254(11), 1157-1165.

- Inouye, S.; Fearing, M.; Marcantonio, E. (2009). *Delirium*. Em: J. Halter, et al. (2009) *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 6^a ed, (pp 647-658). EUA: McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 978-0-07-148872-3.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Atualidades do INE. O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Acedido a 17/03/2013. Disponível: http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 – Resultados definitivos*. Lisboa. Acedido em: 30/01/2013. Disponível em: www.ine.pt.
- Lundström, M.; Edlund, A.; Karlsson, S.; Brännström, B.; Bucht, G.; Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of *delirium*, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 53(4), 622-628. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=9&sid=9b3ea89e-45c7-4842-ad84-21d4c241842e%40sessionmgr13>.
- Marcantonio E.; Bergmann M.; Kiely D.; Orav E.; Jones R. (2010). Randomized trial of a *delirium* abatement program for postacute skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(6), 1019-1026. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4^a Ed. Filadélfia: Lippincott, Williams e Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.; Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and*

Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (pp. 65-72). Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

- Melnyck, B.; Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence based practice in Nursing and Health Care: A Guide to Best Practice, 1st Ed. Filadélfia: Lippincott, Williams e Wilkins.
- Milisen K.; Lemiengre J.; Braes T.; Foreman M. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing *delirium* in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 79-90. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Neves, H.; Silva, A.; Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (3), 105-112. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832011000100011&lng=en&nrm=iso.
- North American Nursing Diagnosis Association International (2010). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Acedido a 24/10/2012 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_especialidades.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido a 25/10/2012 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 25/10/2012 Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
- Palmisano-Mills C. (2007). Common problems in hospitalized older adults: four programs to improve care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(1), 48-54.

- Potter J.; George J. (2006). The prevention, diagnosis and management of *delirium* in older people: concise guidelines. *Clinical Medicine*, 6(3), 303-308.
- Radtke F.; Franck M.; Schust S.; Boehme L.; Pascher A.; Bail H.; Seeling M.; Luetz A.; Wernecke K.; Heinz A., Spies C. (2010). A comparison of three scores to screen for *delirium* on the surgical ward. *World Journal of Surgery* 34, 487-494. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Robinson, S.; Rich, C.; Weitzel, T.; Vollmer, C.; Eden, B. (2008). *Delirium* prevention for cognitive, sensory, and mobility impairments. *Research & Theory For Nursing Practice*, 22(2), 103-113. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=9&sid=9b3ea89e-45c7-4842-ad84-21d4c241842e%40sessionmgr13>.
- Rodrigues, M.; Ferrão, L. (2006). Formação Pedagógica de Formadores (7ª Ed). Lisboa: Lidel.
- Rosenbloom-Brunton D.; Henneman E.; Inouye S. (2010). Feasibility of family participation in a *delirium* prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-33. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Rubin, F.; Neal, K.; Fenlon, K.; Hassan, S.; Inouye, I. (2011) Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 59(2), 359-365. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=9&sid=9b3ea89e-45c7-4842-ad84-21d4c241842e%40sessionmgr13>.
- Ruivo, A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva das etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Sampaio, F. (2012). Confusion Assessment Method: Tradução e Validação para a População Portuguesa. Porto: ESEP. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S.; Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions*

Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (pp. 129-144). Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

- Schumacker, K; Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38-51). Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Sendelbach, S.; Guthrie, P.; Schoenfelder, D. (2009) Acute confusion/delirium: Identification, Assessment, Treatment and Prevention. *Journal Of Gerontological Nursing* 35(11), 11-18. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid_=8&hid=9&sid=9b3ea89e-45c7-4842-ad84-21d4c241842e%40sessionmgr13.
- Silva, I.; Oliveira, M.; Silva, S.; Polaro, S.; Radünz, V.; Santos, E.; Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3), 697-703.
- Silva, R.; Silva, A.; Marques, P. (2011) Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 25-33. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_12.pdf.
- Steis M.; Fick D. (2008). Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(9), 40-48. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Steis, M.; Fick D. (2012). Delirium superimposed on dementia accuracy of nurse documentation. *Journal of Gerontological Nursing*, 38(1), 32-42. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011507066>
- Tabet N., Howard R. (2009). Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. *Age and Ageing*, 38, 374-379. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e->

[16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=19460856](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=9&sid=9b3ea89e-45c7-4842-ad84-21d4c241842e%40sessionmgr12&hid=1&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=19460856)

- Tropea, J.; Slee, J.; Brand, C.; Gray, L.; Snell, T. (2008) Clinical practice guidelines for the management of *delirium* in older people in Australia. *Australasian Journal On Ageing*, 27(3), 150-156. Acedido em: 25/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=9&sid=9b3ea89e-45c7-4842-ad84-21d4c241842e%40sessionmgr13>.
- Tutton, E. (2005). Patient participation on a ward for frail older people. *Journal in Advanced Nursing*, 50(2), 143-152. Acedido a 20/02/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=113&sid=dfc64646-6e9a-48f6-8066-0310786416f4%40sessionmgr113&vid=5>.
- Vidán, M.; Sánchez, E.; Alonso, M.; Montero, B.; Ortiz, J.; Serra, J. (2009). An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of *Delirium* During Hospitalization in Elderly Patients. *The American Geriatrics Society*, 57(11), 2029–2036. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Voyer, P.; McCusker, J.; Cole, M.; St-Jacques, S.; Khomenko, L. (2007). *Factors associated with delirium severity among older patients*. *Journal of Clinical Nursing* 16, 819-831.
- Voyer, P.; Cole, M.; McCusker, J.; St-Jacques, S.; Laplante, J. (2008a). Accuracy of nurse documentation of *delirium* symptoms in medical charts. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 165-177. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Voyer, P.; Richard, S.; Doucet, L.; Danjou, C., Carmichael, P. (2008b). Detection of *delirium* by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, 7(4), 1-14. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1>
- Voyer, P.; Richard, S.; Doucet, L.; Cyr, N.; Carmichael, P. (2010). Examination of the multifactorial model of *delirium* among long-term care residents with dementia.

Geriatric Nursing, 31(2), 105-114. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010641754>

- Waszynski, C. (2007). Detecting *Delirium*. *American Journal of Nursing*, 107(12), 50-59.
- Waszynski, C.; Petrovic, K. (2008). Nurses' Evaluation of the Confusion Assessment Method: A Pilot Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(4), 49-56.
- World Health Organization (2004). *A Glossary of terms for community health care and services for older persons*. World Health Organization: Japão. Acedido em: 15/05/2012. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser.04.2.pdf.
- World Health Organization (2012). *Definition of an older or elderly person*. Acedido a 05/12/2012. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefn_older/en/index.html.
- Yevchak, A.; Steis, M.; Diehl, T.; Hill, N.; Kolanowski, A.; Fick, D. (2012). Managing *delirium* in the acute care setting: a pilot focus group study. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 152-62. Acedido em: 25/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=88a31fc0-dc27-4621-af0e-16e1a0b0d27b%40sessionmgr12&hid=1&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011525191>
- Young, J.; Inouye, S. (2007). *Delirium* in older people. *BMJ*, 334, 842–846. Acedido em: 25/5/2012. Disponível em: 10.1136/bmj.39169.706574.AD.

APÊNDICES

Apêndice I:

Cronograma

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

Fases	Meses	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.
	Atividades					
1ª	Programar orientação tutorial					
	Realização de pesquisa bibliográfica, recorrendo à metodologia de RSL					
	Observação e análise inicial dos registos de enfermagem dos clientes idosos hospitalizados					
	Observação das práticas da equipa de enfermagem					
	Elaboração e aplicação de um questionário à equipa de enfermagem					
2ª	Apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem, numa ação de formação;					
	Realização de uma sessão de formação relativa ao modelo de parceria e à implementação do instrumento de avaliação de delirium (algoritmo do CAM)					
	Implementação de estratégias, com a colaboração da equipa de enfermagem, na prevenção, deteção e gestão do delirium em idosos hospitalizados					
	Construção de um dossier de apoio, com material relativo à prevenção, deteção e gestão do delirium em idosos hospitalizados					
	Prestação de cuidados especializados, em parceria com o cliente idoso e família/cuidador, elaborando estudos de caso.					
3ª	Observação e análise final dos registos de enfermagem dos clientes idosos hospitalizados					
	Monitorização do algoritmo do CAM					
	Aplicação do modelo de Gibbs à equipa de enfermagem para identificar os contributos deste projeto					
	Realização de entrevistas semiestruturadas ao idoso hospitalizado e/ou família/cuidador					

Apêndice II:

Pesquisa bibliográfica utilizando a
metodologia de RSL

INTRODUÇÃO

Em virtude das múltiplas condições crônicas e das alterações fisiológicas, como défices auditivos, visuais e mobilidade, que caracterizam o cliente idoso, não é de estranhar que este grupo etário se constitua particularmente vulnerável aos efeitos adversos da hospitalização (Inouye, 2006; Voyer et al, 2007). A hospitalização representa frequentemente, por si só, variadíssimas ameaças, tais como ameaça à vida e à integridade física, alterações nos regimes alimentares, restrição de movimentos, isolamento, incerteza quanto ao futuro e separação do cuidador/família e amigos (Cabete, 2005; Palmisano-Mills, 2007). A transição denota mudança no estado de saúde, na relação de papéis, expectativas ou habilidades e requer a incorporação de novo conhecimento e alteração de comportamentos, sendo pois necessária uma redefinição do *self* no contexto social (Meleis et al.,2000).

Fulmer (2007) refere que as simples mudanças provocadas pela hospitalização nas rotinas das refeições, nos padrões de sono, e no horário e/ou dosagem da medicação são alterações suficientes para promover estados de confusão e períodos de desorientação no idoso.

Muitos são os autores que referem o *delirium* como uma das complicações mais comuns na pessoa idosa hospitalizada (APA, 2002; Tropea et al, 2008; Inouye et al, 2009). De acordo com a APA (2002), a taxa de *delirium* pode aumentar dos 10-15%, aquando da admissão, para os 40% durante o internamento. Os números apresentados por outros autores são ainda mais onerosos e no entanto, é de referir que os autores consideram que estes números podem mesmo assim corresponder a uma subestimação da realidade (Inouye et al, 2009).

O *delirium* é caracterizado por uma perturbação da consciência, uma alteração do estado cognitivo ou o desenvolvimento de um distúrbio na perceção, que se desenvolve num curto período de tempo, pode ser flutuante e não pode ser explicado por um estado demencial pré-existente ou em evolução (APA, 2002). É, por isso, fundamental diferenciar *delirium* de demência, depressão e delírio, pois são conceitos distintos.

Os sintomas de *delirium* podem progredir entre horas a dias (APA, 2002), sendo que se caracteriza por um início agudo e alteração do estado mental, desatenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência. Com base nas

alterações ao nível do comportamento psicomotor, o *delirium* pode ser classificado em três subtipos: hiperativo, hipoativo e misto (APA, 2002; Inouye, 2006; Potter, 2006). O *delirium* hiperativo caracteriza-se por estados de agitação e de vigília, que se podem conjugar com alucinações, delírio e/ou outros distúrbios de percepção. Em oposição, o *delirium* hipoativo caracteriza-se por estados de letargia e apatia, com diminuição da atividade psicomotora. Já o *delirium* misto apresenta características de ambos os subtipos. É de referir que a forma mais comum no idoso é o *delirium* hipoativo, que devido às suas características é frequentemente subreconhecido e subdiagnosticado (APA, 2002; Immers et al, 2005; Potter e George, 2006).

A etiologia do delirium é habitualmente multifatorial, sendo este resultado de uma correlação entre a vulnerabilidade da pessoa idosa (fatores predisponentes) e a ocorrência de complicações adversas (fatores precipitantes). Como fatores predisponentes surgem a preexistência de um défice cognitivo ou demência (aumentando o risco em 2 a 5 vezes mais), a idade avançada, doença aguda grave e comorbilidades, défice funcional, o sexo masculino, depressão, insuficiência renal crónica, desidratação, desnutrição, etilismo e défice sensorial (audição e visão). Como fatores precipitantes, destaca-se a polimedicação, sendo que 40% dos casos de delirium desenvolvem-se por interações adversas entre um ou mais medicamentos específicos, como psicotrópicos, sedativos-hipnóticos, narcóticos e anticolinérgicos, ou entre os medicamentos e as patologias. Outros fatores precipitantes são imobilidade, a algaliação, a contenção física, a desidratação, a desnutrição, iatrogenia, antecedentes médicos e cirúrgicos pessoais, infeções, alterações metabólicas, abstinência ou toxicidade de álcool ou drogas, influências do ambiente e fatores psicossociais. (Inouye, 2006; Inouye et al, 2009).

Relativamente à fisiopatologia do delirium, esta ainda é pouco conhecida, mas é reconhecido que este é resultado de uma disfunção de múltiplas regiões do cérebro e sistemas de neurotransmissores, em vez de uma lesão estrutural. Dado a sua heterogenia clínica e natureza multifatorial, é provável que múltiplos mecanismos patogénicos contribuam para o desenvolvimento do delirium (Inouye, 2006; Fong et al, 2009)

A maioria dos indivíduos tem uma recuperação total, no entanto o delirium pode progredir para coma, estupor, convulsões ou morte, especialmente se a causa subjacente não é tratada. A completa recuperação é menos provável em idosos, sendo que as taxas estimadas de total recuperação no momento da alta hospitalar varia entre os 4% e 40%, pelo que muitos dos sintomas poderão persistir por 3 a 6 meses após a alta (APA, 2002). Inouye et al (2009) acrescentam ainda que idosos com demência pré-existente podem sofrer maiores efeitos adversos comparados com outros sem qualquer défice cognitivo. Esta vulnerabilidade basal, em adição a fatores como a duração, a gravidade e causa subjacente do delirium, encontra-se relacionada com a cronicidade dos efeitos adversos.

O delirium nas pessoas idosas está associado a um aumento significativo do risco de complicações médicas, como a pneumonia e úlceras de pressão, resultando no aumento do tempo de permanência hospitalar, declínio funcional e risco de institucionalização. Os idosos hospitalizados com delirium têm três vezes mais risco de institucionalização e declínio funcional do que idosos hospitalizados sem delirium e apresentam uma probabilidade de 20 a 75% de morte relacionada com o internamento (APA, 2002).

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada junto dos doentes, podendo ser proactivos na antecipação da ocorrência do quadro de delirium e sua deteção (Milisen et al, 2005; Bergmann et al, 2005). Robinson et al (2008) revelam que intervenções de enfermagem adequadas permitem uma redução significativa dos casos de delirium em idosos hospitalizados de 37,5% para 13,8%. Tendo em vista a promoção do bem-estar, o enfermeiro ao trabalhar em parceria com o idoso hospitalizado e cuidador possibilita o planeamento de uma transição saudável do hospital para casa (Gomes, 2002; Meleis et al, 2000). A partilha nos cuidados, com base na negociação e compromisso, poderá facilitar a recuperação e a continuidade de um projeto de vida (Gomes, 2007).

As intervenções de enfermagem podem conduzir a melhores resultados, pelo que, o presente trabalho visa, fundamentalmente, descrever as intervenções de enfermagem na prevenção, deteção e gestão do *delirium* no idoso hospitalizado. Nesse contexto, pretende-se encontrar atitudes e procedimentos que possam ser integrados nos processos de intervenção hospitalar.

1. METODOLOGIA

No presente trabalho foi conduzida uma revisão exaustiva da literatura, tendo como ponto de partida a pergunta de investigação em formato PI(C)O (Melnik e Fineout-Overholt, 2005): “Em relação às pessoas com 65 e mais anos hospitalizadas, quais as intervenções de enfermagem na prevenção, detecção e gestão de delirium?”

Quadro 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação

P	Participantes	Quem foi estudado?	Clientes com 65 e mais anos, hospitalizados	Palavras-chave: • Idosos • Hospitalização • Intervenções de enfermagem • Delirium
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem	
(C)	Comparações	Podem existir ou não?	Não se aplica	
O	<i>Outcomes</i>	Resultados, Efeitos ou Consequências	Prevenção, detecção e gestão do delirium	

A pesquisa bibliográfica foi feita usando como ferramenta de pesquisa a base eletrónica de dados EBSCO (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, MedicLatina e ERIC) e recorrendo a algoritmos de combinação de palavras-chave predefinidas e agrupadas em quatro grupos (G1–G4) como mostra a Figura 1, que esquematiza o processo de pesquisa bibliográfica utilizado.

Tendo em conta o elevado número de publicações encontrado (n=404), tornou-se necessário proceder à eliminação de artigos através de critérios de inclusão e exclusão. Assim, foram adicionados requisitos, nomeadamente a data de publicação ser posterior a Janeiro de 2007 (até Outubro de 2012, momento em que a pesquisa bibliográfica foi efetuada) e o artigo ser escrito em inglês ou português, reduzindo o número de publicações a 155 artigos. O condicionamento da pesquisa ao período posterior a Janeiro de 2007 relacionou-se com o fato de Guyatt, Rennie, Meade e Cook (2002) preconizarem que a RSL deve ter em conta a evidência dos últimos cinco anos.

Posteriormente, foram ainda excluídos os artigos que não incluíssem, ou não indicassem de forma clara essa inclusão, clientes na faixa etária dos 65 ou mais anos e não abordassem intervenções de enfermagem que possam contribuir para a prevenção, detecção e gestão do *delirium* em clientes hospitalizados, sendo que

foram considerados internamentos em unidades de longa duração similares a hospitalização. Desta forma, a base bibliográfica final ficou composta por 15 artigos científicos.

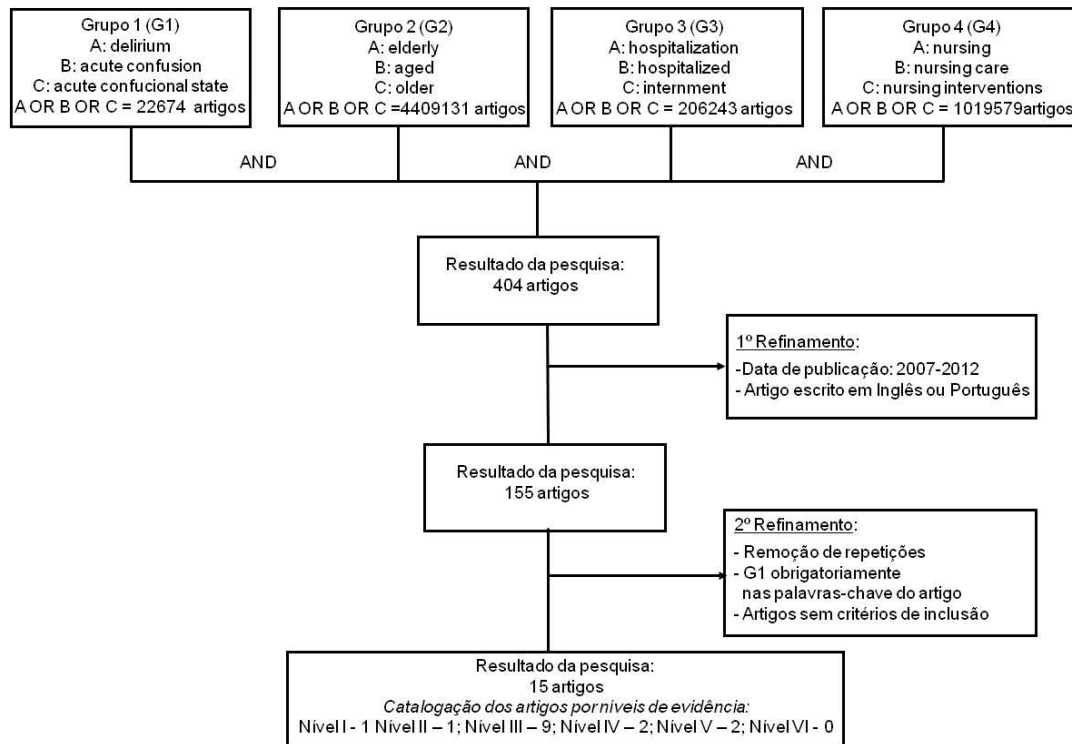


Figura1: Esquematização do procedimento usado na pesquisa bibliográfica efetuada.

Para cada artigo é apresentado um resumo das características do estudo, das intervenções e/ou avaliações efetuadas e das principais conclusões obtidas. Em cada caso é ainda apresentado o nível de evidência correspondente, obtido com base na classificação de artigos científicos proposta por Guyatt et al. (2002):

- Nível I – revisões sistemáticas (meta análises);
- Nível II – estudo experimental;
- Nível III – estudos quasi-experimentais;
- Nível IV – estudos não experimentais;
- Nível V – relatório de avaliação de programa/ revisões de literatura;
- Nível VI – opiniões de autoridades / painéis de consenso.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação dos dados permite sistematizar as conclusões dos estudos e artigos selecionados, e delinear a intervenção pesquisada. A tabela 1 apresenta, de forma resumida, o resultado final da pesquisa bibliográfica efetuada.

Tabela 1: Apresentação e análise dos resultados da pesquisa bibliográfica

Autores, título, referência bibliográfica	Objetivos do estudo	Características da população em estudo	Intervenções efetuadas no estudo	Resultados do estudo	Nível de Evidência
Steis, M. R. Fick, D. M. <i>Are nurses recognizing delirium?</i> Journal of Gerontological Nursing, 34(9), 40-48 (2008)	-) Revisão sistemática da literatura quanto ao reconhecimento do delirium pelos enfermeiros. -) Determinar planos de ação que melhorem a formação e intervenção nos casos de delirium.	-) Análise de 10 publicações científicas, publicadas entre 1991 e 2007, relativas ao reconhecimento do delirium em idosos, pelos enfermeiros.	-) Caracterização dos artigos com base em: • características da população • instrumentos de avaliação do delirium • método de estudo • nível de evidência • grau de qualidade com base na escala MSAQS (Modified Scale to Assess Quality of Studies)	-) Dos dez artigos considerados, seis foram classificados como sendo de qualidade ≥ 10. -) Os resultados sugerem que os enfermeiros não reconhecem sintomas chave de delirium e parecem efetuar avaliações superficiais dos estados mentais. -) Para maior eficiência no reconhecimento de delirium, os enfermeiros necessitam de: • tempo com os pacientes; • formação especializada nas características específicas do delirium; • instrumentos objetivos que auxiliem na detecção de delirium e a sua documentação; • apoio das instâncias superiores.	I
Fick, D. M. Hodo, D. M. Lawrence, F. <i>Recognizing delirium superimposed on dementia</i> Journal of Gerontological Nursing 33, 40-47 (2007)	-) Determinar a taxa de reconhecimento de delirium e delirium sobreposto a demência (DSD) por enfermeiros. -) Investigar os fatores associados ao reconhecimento de DSD por enfermeiros. -) Descrever os conhecimentos e a gestão de <i>delirium</i> por parte de enfermeiros.	-) n (amostra) = 29 enfermeiros, nenhum especializado em geriatria ou psiquiatria.	-) Os sintomas e comportamentos de cada cliente foram apresentados aos enfermeiros, com base em cinco estudos de casos: • demência • <i>delirium</i> hiperativo • <i>delirium</i> hipoativo • DSD hiperativo • DSD hipoativo -) Com base nos dados recebidos, os enfermeiros responderam a um questionário, abordando: • avaliação estado mental • tipo de alteração – aguda ou crônica • diagnóstico – <i>delirium</i> ou demência • se informaria o médico acerca do comportamento • se administraria alguma medicação	-) Os resultados mostraram as seguintes percentagens para a correta resolução dos estudos de caso: • 83% - demência • 41% - <i>delirium</i> hipoativo • 52% - <i>delirium</i> hiperativo • 59% - DSD hiperativo • 21% - DSD hipoativo -) No geral os enfermeiros demonstraram ter bons conhecimentos acerca das causas de <i>delirium</i> (alterações metabólicas, medicação, alterações ambientais, infeções). -) Os resultados mostram que é fundamental o desenvolvimento de planos e testes de intervenção que aumentem os conhecimentos dos enfermeiros relativamente ao DSD, pois o reconhecimento precoce do delirium é necessário para um tratamento atempado.	IV

Voyer, P. Richard, S. Doucet, L. Danjou, C. Carmichael, P. H. <i>Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia</i> BMC Nursing, 7(4), 1-147, (2008a)	-) Determinar a detecção do <i>delirium</i> e dos seus sintomas por enfermeiros. -) Identificar os fatores associados à subdetecção dos casos de <i>delirium</i> pela equipa de enfermagem.	-) n (amostra) = 156 clientes idosos internados em unidades de longa duração -) média idades = 86 anos (idades ≥65 anos) -) Caracterização dos clientes em função do tipo de <i>delirium</i> (CAM e DSM III-R)^(a,b), comorbidade (CCI)^(c), demência e grau de autonomia funcional (SMAF)^(d), entre outros. -) Caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo, à idade, grau de formação e experiência em enfermagem e geriatria.	-) Análise e comparação dos registos clínicos relativos a eventos de <i>delirium</i> registados pelos enfermeiros e por investigadores (com base CAM)^(a). -) Comparações relativas a dois períodos subsequentes de 7 dias (T1 e T2). -) Uso de métodos de regressão lógica para identificação dos fatores de <i>delirium</i> não detetados pelos enfermeiros.	-) A equipa de enfermagem subestimou os casos de <i>delirium</i> –apenas 13% (T1) e 18,7% (T2) dos casos detetados. -) A maioria dos casos identificados foi feito corretamente (93 e 86% em T1 e T2, respetivamente) -) Os sintomas de <i>delirium</i> mais facilmente detetados foram: discurso desorganizado (58,1%), distração fácil (53,4%) e flutuação do estado mental (45,8%) do que períodos de percepção alterada (39,1%), de letargia (34,9%) e de inquietação (32,4%). -) Resultados mostram que programas de educação e formação específica sobre <i>delirium</i>, bem como o uso de instrumentos de avaliação, são fundamentais para os enfermeiros.	III
Han, J.; Morandi, A.; Ely, E.; Callison, C.; Zhou, C.; Storrow, A.; Dittus, R.; Habermann, R.; Schnelle J. <i>Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department</i> Journal of the American Geriatrics Society, 57(5), 889-894 (2009)	-) Verificar se clientes provenientes de lares são mais propensos a apresentar <i>delirium</i> quando vão às urgências que outros que não se encontram neste regime. -) Avaliação dos fatores de risco de <i>delirium</i> associados.	-) n (amostra) = 341 clientes com 65 ou mais anos que falam inglês(17% residentes em lar). -) média idades = 84 anos (residentes em lar) e 74 anos (restantes); (idades ≥65 anos). -) Caracterização em função da gravidade da demência (IQCODE)^(e), comprometimento cognitivo (MMSE)^(f) e <i>delirium</i> (CAM)^(a) entre outros.	-) Efetuados estudos de regressão lógica multivariada para avaliar a dependência entre o diagnóstico de <i>delirium</i> e o cliente estar ou não institucionalizado em lar.	-) 11,1 % (38 clientes) da amostra considerada apresentaram sintomas de <i>delirium</i> no serviço de urgência. Destes, 22 eram residentes de lar (37,9%) e 16 não se encontravam institucionalizados (5,7%), comparando a incidência de <i>delirium</i>. -) Os clientes residentes em lar apresentaram 10 vezes mais probabilidade de desenvolver <i>delirium</i>, porque têm mais fatores de risco. -) A diferença pode estar associada a uma maior debilidade nos clientes residentes em lar, o que os torna mais suscetíveis a desenvolver <i>delirium</i>	III
Radtke, F.; Franck, M.; Schust, S.; Boehme, L.; Pascher, A.; Bail, H.; Seeling, M.; Luetz, L.; Wernecke, K.; Heinz, A.; Spies, C.	-) Identificar um instrumento válido e eficaz de detecção de <i>delirium</i> pós-operatório que possa ser implementado num	-) n (amostra) = 88 (17 dos quais apresentavam <i>delirium</i> segundos os critérios descritos pelo DSM-IV^(h), 6 dias após cirurgia).	-) Foram efetuadas em média 5.8 avaliações por cliente durante o período de hospitalização. -) Foi feita uma avaliação da eficiência das três escalas na	-) Avaliação positiva de <i>delirium</i> pelas três escalas • CAM^(a) – 17% (n=15) • Nu-DESC⁽ⁱ⁾ – 32% (n=28) • DDS^(j) – 45% (n=40) -) Assim, verifica-se	III

<i>A comparison of three scores to screen for delirium on the surgical ward</i> World Journal of Surgery, 34, 487-494 (2010)	serviço de cirurgia.	-) média idades = 68.7 (idades entre 63 e 74) em G1 e 64.7 (idades entre 62 e 67) em G2. -) caracterização em função da duração da cirurgia, tipo e duração da anestesia, e tempo de internamento.	determinação de <i>delirium</i> (CAM^(a), Nu-DESC⁽ⁱ⁾ e DDS⁽ⁱ⁾) usando como referência as avaliações prévias com os critérios da DSM-IV^(h). -) Foi feita uma avaliação do tempo requerido na aplicação de cada uma das três escalas.	• CAM^(a) – sub-estima os casos positivos DSM-IV^(h) em 2.3% • Nu-DESC⁽ⁱ⁾ – sobrestima os casos positivos DSM-IV^(h) em 12.5% • DDS⁽ⁱ⁾ – sobrestima os casos positivos DSM-IV^(h) em 26.1% -) Os resultados sugerem que a escala de maior sensibilidade é a Nu-DESC⁽ⁱ⁾ (97.65% vs. 74.90% (CAM^(a)) e 71.18 % (DDS⁽ⁱ⁾)). E a escala de maior especificidade é a CAM^(a) (100% vs. 92.30% (Nu-DESC⁽ⁱ⁾) e 87.11 % (DDS⁽ⁱ⁾)). -) No que se refere ao tempo médio requerido na avaliação de <i>delirium</i> • CAM^(a) – 5.31 min. • NuDESC⁽ⁱ⁾ – 1.27 min. • DDS⁽ⁱ⁾ – 3.27 min. -) Com base nos resultados, os autores concluem que a implementação da avaliação de <i>delirium</i> com base na escala NuDESC⁽ⁱ⁾ é aconselhada para uma avaliação de rotina pois trata-se de uma avaliação preventiva eficaz e que requer pouco tempo a executar.	
Voyer, P. Cole, M. G. McCusker, J. St-Jacques, S. Laplante, J. <i>Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical charts</i> International Journal of Nursing Practice, 14, 165–177 (2008b)	-) Avaliar a sensibilidade e especificidade dos registos de enfermagem quanto aos sintomas de <i>delirium</i> .	-) n (amostra) = 226 -) média idades = 82 anos (idades ≥65 anos) -) Caracterização em função do nível de comorbidade (CCI)^(c), demência (IQCODE)^(e), comprometimento cognitivo (MMSE)^(f) e <i>delirium</i> (CAM) entre outros	-) Efetuada descrição estatística da documentação de enfermagem relativamente aos sintomas de <i>delirium</i> tomando a caracterização CAM como referência. -) Efetuados testes t-student e qui-quadrado para avaliar a precisão da avaliação dos enfermeiros.	-) Os resultados deste estudo revelam que a documentação dos sintomas de <i>delirium</i>, por parte dos enfermeiros, é pobre. -) Os sintomas detetados mas não documentados, em função dos sintomas do CAM^(a), foram: • 76.1% dos níveis de desatenção ou raciocínio desorganizado ou incoerente; • 94.4 % dos distúrbios de percepção; • 69,1% e 81% de distúrbios da atividade psicomotora associados a hiper e hipoatividade, respetivamente; • 73,5% de desorientação; • 98,2% de perda de memória.	III
Steis, M. R. Fick, D. M.	-) Avaliar a exatidão da documentação dos enfermeiros	<u>clientes:</u> -) n (amostra) = 104 idosos com demência (53 com DSD	-) Os clientes foram avaliados pelos investigadores com o instrumento CAM para o	-) Neste estudo verificou-se que os enfermeiros não detetam o <i>delirium</i> ou pelo menos não o documentaram.	III

<i>Delirium Superimposed in dementia. Accuracy of nurse documentation.</i> Journal of Gerontological Nursing, 38(1), 32-42 (2012)	relativamente aos casos de <i>delirium</i> sobreposto com demência (DSD)	(G1) e 51 sem <i>delirium</i> (G2)). -) idades : 72-99 anos (G1) e 65-96 anos (G2) -) Caracterização em função do nível de gravidade da demência (IQCODE)^(e), comprometimento cognitivo (MMSE)^(f) e <i>delirium</i> (CAM)^(a), entre outros <u>Enfermeiros:</u> -) n (amostra) = 407 (92% registados e restantes com licença de prática) -) dos registados • 19% com diploma • 51% com grau de associado • 29% com grau bacharelato • 1% com grau de mestre	diagnóstico de <i>delirium</i> e posteriormente formados os grupos. -) Os investigadores avaliaram as seguintes questões relativamente à documentação dos enfermeiros: • os enfermeiros documentaram os casos de <i>delirium</i>? • que termos e frases foram usados pelos enfermeiros na documentação dos resultados da avaliação dos estados mentais? • como foram documentadas as características do <i>delirium</i>?	-) O estado mental dos clientes foi documentado por descrição da orientação e confusão. -) Foram documentadas pelo menos uma característica do <i>delirium</i> em clientes com <i>delirium</i> detetado pelos investigadores. As características, curso flutuante e desatenção, foram documentadas, mas com pouca significância. -) Os enfermeiros não documentaram termos ou frases para indicassem um início agudo de alteração do estado mental, e ocasionalmente descreveram características de hiper e hipoatividade, mas não se referiram a <i>delirium</i>. -) Os enfermeiros devem comunicar e documentar as suas avaliações, de um modo mais incisivo com uso consistente do termo <i>delirium</i> e pelo uso de instrumentos de avaliação, como o CAM. -) Os enfermeiros dos cuidados agudos beneficiariam se recebessem formação específica relativa às síndromes mais comuns em geriatria, como é o <i>delirium</i>.	
Vidán, M. T. Sánchez, E. Alonso, M. Montero, B. Ortiz, J. Serra, J. A. <i>An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients</i> Journal of the American	-) Avaliar o efeito da implementação de um programa de intervenção específico nas unidades de geriatria na prevenção do <i>delirium</i> em comparação com cuidados normais disponibilizados em serviços de medicina interna. -) Comparação também feita com resultados obtidos nas duas	-) n (amostra) = 542 clientes com 70 ou mais anos, com qualquer um dos critérios de risco para <i>delirium</i> (défice cognitivo, défice visual, gravidade da doença aguda, desidratação). Dos quais, 170 no grupo de intervenção (G1) e 372 no grupo de cuidados normais (G2). -) média idades = 86 anos (G1) e 82 anos (G2); (idades ≥70 anos)	-) Implementação de um programa de intervenção envolvendo a formação específica da equipa da unidade de geriatria com especial ênfase para 7 áreas de risco: orientação, défice sensorial, sono, mobilidade, hidratação, nutrição e uso de medicamentos. -) Avaliação de vários parâmetros associados ao <i>delirium</i>, eg., incidência, duração média do episódio, intensidade, etc.	-) Os resultados mostraram que a incidência de episódios de <i>delirium</i> em G1 foi inferior à em G2 (11.7% vs. 18.5%). -) A redução também é verificada quando se compara a incidência de <i>delirium</i> em G1 com a implementação do programa e os resultados da unidade de geriatria antes da implementação do programa (11.7% vs. 22.5%). -) Os efeitos positivos do programa de intervenção são evidenciados pelo número de mortes em clientes com <i>delirium</i> (10,0% vs. 14.5%) e pelo número de clientes com <i>delirium</i> que evidenciam declínio funcional (60% vs. 71.2%), no G1 e G2 respetivamente.	III

Geriatrics Society, 57(11), 2029-2036 (2009)	unidades antes da implementação do programa.	-)- Caracterização em função do nível de comprometimento cognitivo (MMSE) ^(f) e <i>delirium</i> (CAM) ^(a) entre outros	-)- Uso de análise de regressão lógica para análise de resultados.	-)- No entanto, uma vez instalado o delirium, nenhum benefício foi encontrado na intensidade ou duração dos episódios de delirium, assim como na evolução funcional dos idosos afetados. Isto suporta a hipótese de que as intervenções preventivas são mais eficazes do que as intervenções realizadas quando o delirium já se encontra presente.	
Robinson, S. Rich, C. Weitzel, T. Vollmer, C. Eden, B. <i>Delirium prevention for cognitive, sensory, and mobility impairments</i> Research and Theory for Nursing Practice, 22(2), 103-113 (2008)	-)- Determinar a eficiência de um protocolo de prevenção de <i>delirium</i> , em idosos hospitalizados, com os fatores de risco de demência e/ou défices visuais, auditivos e de mobilidade.	-)- n (amostra) = 160 idosos hospitalizados (50% admitidos antes da implementação do protocolo (G1) e 50% após a implementação do protocolo (G2)). -)- idades ≥65 anos (médias de 79.18 e 78.82 para G1 e G2, respetivamente) -)- Caracterização dos pacientes em função do nível de <i>delirium</i> (CAM) ^(a) e • demência • défice de visão • défice de audição • défice na mobilidade	-)- A equipa de enfermagem recebeu formação sobre: • <i>delirium</i> e suas características • demência • alterações sensoriais e de mobilidade -)- Foi elaborado e implementado um protocolo de intervenção por enfermeiros (Medidas preventivas de delirium por fator de risco: demência, défice visual e auditivo e alteração da mobilidade) -)- Análise de resultados feita com base em análises estatísticas, envolvendo testes de qui-quadrado	-)- Desenvolveram sintomas de <i>delirium</i> 37.5% (30 clientes) em G1 e 13.8% (11 clientes) em G2, revelando que a utilização de protocolos de enfermagem, com intervenções simples sobre os fatores de risco, preveniu alguns casos de <i>delirium</i> . -)- A etiologia multifatorial do <i>delirium</i> tem de ser tida em conta e os enfermeiros devem estar alerta para os fatores precipitantes específicos de cada caso. -)- Nos casos em que a implementação do HELP ^(k) não é viável, poderão adotar-se componentes do mesmo que sejam possíveis de implementar.	III
Conley, D. M. <i>The Gerontological Clinical Nurse Specialist's Role in Prevention, Early Recognition, and Management Of Delirium in Hospitalized Older Adults.</i> Urological Nursing, 31(6), 337-342 (2011)	-)- Explicar o desenvolvimento do papel do enfermeiro na prática avançada e descrever o papel do enfermeiro especialista em gerontologia. -)- Discutir o delirium na população idosa e quais as intervenções a aplicar.	-)- Análise de 7 publicações científicas em revistas da especialidade e alguns documentos publicados nas páginas oficiais de algumas associações americanas associadas à enfermagem.	-)- Efetuada a análise dos documentos bibliográficos, procedendo-se a uma sinopse relativa aos cuidados e procedimentos que os enfermeiros devem adotar de modo a prevenir, reconhecer precocemente e gerir o delirium em idosos hospitalizados.	-)- O papel do enfermeiro especialista revela-se importante na prática de cuidados baseados na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados. -)- Apresenta protocolos de intervenção no delirium, liderados e desenvolvidos por enfermeiros especialistas, tendo em conta os cuidados necessários à pessoa, ambiente, controlo dos sintomas, educação e envolvimento da família.	V
Tabet, N Howard, R	-)- Revisão da literatura quanto à definição de programas de	-)- Análise de 18 publicações científicas, publicadas entre 1996 e 2007.	-)- Compactação das principais conclusões dos diferentes estudos analisados, tendo em	-)- Embora terapias farmacológicas sejam frequentemente usadas em casos de delirium já instalado, a sua real eficácia e influência nos	V

<i>Non-pharmaceutical interventions in the prevention of delirium</i> Age and Ageing 38, 374-379 (2009)	intervenção não farmacológica para a prevenção de delirium.		conta as suas limitações e vantagens relativas.	resultados continua por determinar. -) A melhor abordagem em casos de delirium continua a ser a identificação das causas subjacentes. No entanto, as intervenções não farmacológicas podem ajudar a prevenir o delirium. -) A análise da literatura mostrou que a aplicação de protocolos que visam os fatores de risco e/ou a aplicação de programas de intervenção educacional são muito promissores. -) São fundamentais mudanças culturais e de processos de cuidados que aumentem o grau de consciência e de conhecimentos dos profissionais que cuidam de idosos.	
Marcantonio, E. R. Bergmann, M. A. Kiely, D. K. Orav, E. J. Jones, R. N. <i>Randomized trials of a delirium abatement program for postacute skilled nursing facilities</i> Journal of the American Geriatrics Society 58(6), 1019-1026 (2010)	-) Verificar se a implementação de um programa de intervenção no <i>delirium</i> pode reduzir a duração de <i>delirium</i> em novas admissões nos cuidados agudos	-) n (amostra) = 457 clientes, com 65 ou mais anos, admitidos em serviços hospitalares agudos, médicos ou cirúrgicos, com delirium (61.7% no programa de redução de <i>delirium</i> (G1) e os restantes expostos aos cuidados usuais (G2). -) idade média = 83.8 (76-91 anos) em G1 e 84.4 (77-92 anos) em G2. -) Caracterização em função do nível de <i>delirium</i> (CAM)^(a), comorbidade (CCI)^(c), nível de comprometimento cognitivo (MMSE)^(f) e outros.	-) Avaliação de <i>delirium</i> nos clientes aquando da admissão nos cuidados agudos, e reavaliação às 2 e às 4 semanas após admissão, usando escala CAM^(a). -) Enfermeiros inseridos no programa de redução de <i>delirium</i> receberam formação específica prévia e continuada. -) Nas instalações dos clientes submetidos ao programa de redução de <i>delirium</i> foram efetuadas pelo menos duas de três modificações ambientais (eg. colocação de relógio e/ou calendário e/ou rádio e/ou leitor de cassetes) -) Avaliação comparativa entre G1 e G2 no que respeita a 4 passos: • deteção de <i>delirium</i>; • tratamento de causas reversíveis; • prevenção e atuação perante as complicações usuais de <i>delirium</i>;	-) No grupo submetido ao programa de redução de <i>delirium</i>, G1, verificou-se uma melhoria na eficiência na deteção e na documentação do <i>delirium</i> (41% vs. 12% em G2). -) No que se refere à notificação aos médicos ou pessoal especializado, obtiveram-se piores resultados em G1 (13% vs. 21% em G2). -) No que se refere a todos os outros passos avaliados, os resultados mostram iguais ou piores eficiências no grupo G1 que no grupo G2. Os resultados mostraram ainda que não ocorriam diferenças significativas no que respeita à persistência de <i>delirium</i> às 2 e às 4 semanas nos dois grupos. -) Em resumo, os resultados apresentados sugerem que a aplicação do programa de redução de <i>delirium</i> aumenta a eficiência de deteção de <i>delirium</i> mas, uma vez instalado, o programa de intervenção, não reduz a sua persistência em comparação com os cuidados usuais. -) Os autores sugerem que a explicação para o insucesso do programa se relaciona com falta de incentivo sentida pelos enfermeiros.	II

			• restauração de funções.		
Voyer, P. Richard, S. Doucet, L. Cyr, N. Carmichael, P.-H. <i>Examination of the multifactorial model of delirium among long-term care residents with dementia</i> Geriatric Nursing 31(2), 105-114 (2010)	-) Determinar a inter-relação entre fatores predisponentes e precipitantes de <i>delirium</i>.	-) n (amostra) = 155 clientes com 65 anos ou mais, com diagnóstico de demência e sem historial de doença psiquiátrica. -) média idades = 86.3 (idades ≥65 anos) -) Caracterização em função do nível de <i>delirium</i> (CAM)^(a), comorbidade (CCI)^(c), de demência (HDS)^(g), autonomia funcional (SMAF)^(d), e outros	-) Análise dos resultados recorrendo a regressão lógica com vista a determinar a relação entre os dois tipos de fatores. -) Categorização da taxa de prevalência de <i>delirium</i> em função do número de fatores predisponentes e precipitantes de uma lista de fatores analisados.	-) Análise da população mostrou que 70.3% era classificada com tendo <i>delirium</i>. -) A combinação dos efeitos dos dois tipos de fatores permitiu verificar que a percentagem de prevalência de <i>delirium</i> é o resultado da combinação dos dois tipos de fatores. -) Estudo suporta a natureza multifatorial do <i>delirium</i>, sendo que o risco de apresentar <i>delirium</i> está associado não só ao número de fatores de risco mas também ao efeito dos fatores predisponentes sobre os fatores precipitantes -) É, portanto importante não só reconhecer as alterações agudas no estado mental do cliente com demência, mas também determinar os fatores individuais e ambientais que podem explicar essas alterações.	III
Rosenbloom-Brunton, D. A. Henneman, E. A. Inouye, S. K. <i>Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults</i> Journal of Gerontological Nursing 36(9), 22-33 (2010)	-) Determinar a viabilidade de um programa de intervenção, com suporte na família, na prevenção de <i>delirium</i> em idosos hospitalizados.	-) n (amostra) = 15 idosos hospitalizados em serviços médicos agudos. -) média idades = 77.8 (idades entre 68 e 85) -) Caracterização em função de fatores de risco de <i>delirium</i>, diagnóstico aquando da admissão, grau de independência e outros	-) Implementação do programa "Family-HELP", adaptação do programa HELP com incentivo à participação da família, por parte das equipas interdisciplinares, que pretendem incidir sobre seis fatores de risco de <i>delirium</i> identificados (alterações cognitivas, privação de sono, imobilidade, défice visual e auditivo, e desidratação). -) No programa "Family-HELP", os cuidadores recebem formação específica sobre alguns fatores de risco de <i>delirium</i>.	-) Com base no estudo foi possível identificar os fatores que facilitam e os que dificultam a participação dos familiares nos programas de intervenção. -) A equipa de enfermagem pode e deve facilitar o envolvimento ativo dos familiares em programas de intervenção de <i>delirium</i>, através de uma relação terapêutica, estabelecendo parcerias com os clientes e os seus familiares e adequação do ambiente. -) A participação dos familiares nesses programas de intervenção requer a formação dos profissionais do hospital .	III
Yevchak, A. Steis, M. Diehl, T. Hill N. Kolanowski, A. Fick, D.	-) Descrever a experiência e conhecimentos dos enfermeiros na deteção e gestão do <i>delirium</i> em idosos hospitalizados.	-) n (amostra) = 16 enfermeiros -) média de anos de exercício profissional: 13.38 (1-37).	-) Foram efetuadas reuniões, com duração de 60 minutos, com grupos de enfermeiros nas instalações do hospital e em horários variados para envolver os diferentes turnos, com vista a determinar as experiências e os	-) O estudo identificou três tópicos principais no que se refere à experiência e conhecimentos dos enfermeiros na gestão de <i>delirium</i>: • estados de confusão pós-operatória e por hospitalização são normais, especialmente em idosos; • a segurança dos clientes é a prioridade	IV

<i>Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study.</i> Journal of Older People Nursing 7, 152-162 (2012)	-) Ilustrar potenciais facilitadores e barreiras na gestão não-medicamentosa do <i>delirium</i>. -) Explicar o uso de intervenções não-farmacológicas na gestão do <i>delirium</i> em idosos hospitalizados.		conhecimentos sobre <i>delirium</i>. -) As sessões envolviam a discussão entre enfermeiros e dois investigadores, e o preenchimento de um questionário relativo a dados demográficos pessoais e a taxa de perceção de <i>delirium</i>.	principal dos enfermeiros; • os enfermeiros expressaram a necessidade de encontrar um balanço entre o seu tempo e a sua energia na gestão do <i>delirium</i> de modo a garantir os melhores cuidados possíveis. -) Os principais facilitadores ou barreiras encontradas pelos enfermeiros na aplicação de intervenções não-medicamentosas de <i>delirium</i> foram: • falta de recursos – estes planos de intervenção requerem maior disponibilidade da equipa, que é limitada. • familiares – a presença de familiares deve ser encorajada. • planos de atividade – a implementação de períodos de atividade física e/ou lazer requer tempo por parte dos profissionais. • falta de formação – a equipa de enfermagem reconheceu que a sua formação na gestão de <i>delirium</i> é insuficiente.	
---	--	--	--	--	--

(a) Confusion Assessment Method; (b) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – III (c) Charlson Comorbidity Index; (d) Functional Autonomy Measurement System; (e) Informant Questionnaire on Cognitive Decline in Elderly; (f) Mini-Mental State Examination; (g) Hierarchic Dementia Scale; (h) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV; (i) Nursing Delirium Screening Scale; (j) Delirium Detection Score^(k).

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O *delirium* é fortemente potenciado pelo processo de hospitalização na população idosa, sendo das complicações mais comuns no idoso hospitalizado (Han et al, 2009; Voyer et al, 2010; Conley, 2011).

Dos artigos selecionados, pode-se concluir que são vários os aspetos que dificultam a eficiência de protocolos de intervenção no *delirium*. A Figura 2 resume as potenciais barreiras, pretendendo-se, assim, evidenciar que o grau de eficácia de qualquer plano de intervenção depende da sua capacidade em minimizar, de forma coordenada e coesa, os efeitos dos diferentes tipos de barreiras, sejam elas individuais, familiares ou institucionais, clínicas ou sociais.

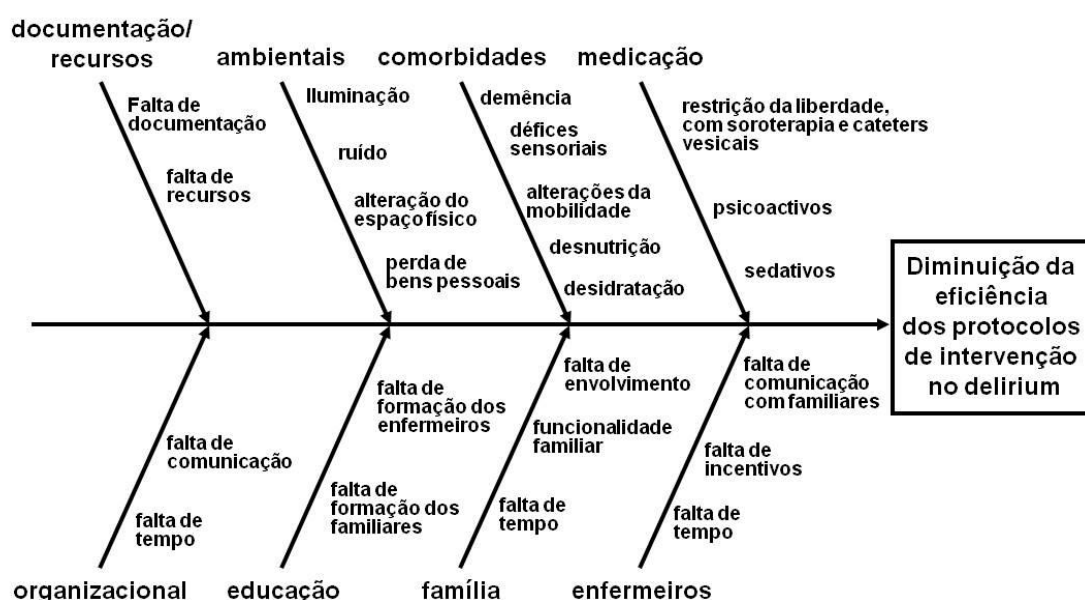


Figura 2: Esquematização das principais barreiras que contribuem para a ineficiência de protocolos de intervenção no *delirium*.

A cooperação entre a equipa multidisciplinar hospitalar, bem como uma mudança de mentalidade dos vários intervenientes é fundamental. Os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada no contacto com os idosos e devem, por isso, considerar a sua segurança e bem-estar uma prioridade. A deteção e gestão de *delirium* devem ser consideradas intervenções prioritárias no idoso hospitalizado (Steis e Fick, 2008; Robinson et al, 2008; Steis e Fick, 2012; Yevchak et al, 2012).

A necessidade de detectar potenciais casos de *delirium* atempadamente torna-se premente se se tiver em linha de conta que a prevenção do *delirium* está

associada a melhores resultados de saúde. A etiologia do *delirium* é reconhecidamente multifatorial, sendo que no idoso é resultante de uma sinergia entre a vulnerabilidade natural que caracteriza a pessoa idosa (os fatores predisponentes), e a ocorrência de complicações adversas (designados fatores precipitantes) (Robinson et al, 2008; Han et al, 2009; Voyer et al, 2010). Assim, torna-se importante que os enfermeiros sejam detentores de conhecimentos que lhes permitam identificar os fatores de risco, reconhecer e avaliar o *delirium*. Neste sentido, é necessário uma avaliação profunda dos antecedentes e conhecimento do estado cognitivo e funcional basal do idoso, de modo a identificar possíveis mudanças agudas (Steis e Fick, 2008; Robinson et al, 2008; Voyer et al, 2010). Vidán et al (2009) e Radtke et al (2010) enfatizam o uso de instrumentos que avaliem o estado cognitivo e o *delirium*, sugerindo instrumentos como o MMSE, CAM, NEECHAM, Nu-DESC e a DDS. Radtke et al (2010) concluem que a avaliação do *delirium*, fazendo uso da escala Nu-DESC, pode facilmente ser integrada na dinâmica de enfermagem, sem aumentar consideravelmente o tempo despendido com cada cliente.

De facto, Fick et al (2007) referem que os enfermeiros, na sua generalidade, apresentam bons conhecimentos teóricos relativamente às causas do *delirium*, no entanto tendem a não detetar sintomas chave e a subestimar significativamente a sua incidência (Steis e Fick, 2008; Voyer et al, 2008a; Voyer et al, 2008b; Marcantonio et al, 2010; Steis e Fick, 2012).

No estudo de Voyer et al (2008a), apesar de uma elevada prevalência de *delirium*, verificou-se que apenas 13% dos casos foram detetados, revelando dificuldade, por parte dos enfermeiros, em reconhecerem as características inerentes a esta síndrome, referindo que programas de educação e formação específica sobre *delirium*, bem como o uso de instrumentos de avaliação são fundamentais para a prática de enfermagem. Steis e Fick (2008) corroboram, descrevendo que para maior eficácia no reconhecimento, os enfermeiros necessitam de mais tempo com os clientes, formação especializada nas características específicas do *delirium*, instrumentos objetivos que auxiliem na deteção e documentação do *delirium* e apoio das instâncias superiores.

Num estudo de avaliação da documentação dos enfermeiros quanto aos sintomas de *delirium*, Voyer et al (2008a) verificaram que menos de 20% das

características do delirium eram detetados e/ou documentados pelos enfermeiros. As características do delirium que apresentaram menores taxas de detecção/documentação estão relacionadas com hipoatividade motora. A importância da documentação reflete-se na importância da atuação interdisciplinar quando detetado o delirium, mas também para descrição da gravidade dos sintomas.

A melhor abordagem em casos de delirium é a identificação e tratamento das causas subjacentes (Tabet e Howard, 2009). No entanto, no estudo de Vidán et al (2009), uma vez instalado o delirium, nenhum benefício foi encontrado após aplicação de um programa de intervenção, sugerindo que as intervenções preventivas são as mais eficazes. Estes sugerem intervenções baseadas na orientação, percepção sensorial, preservação do sono, mobilização, hidratação e nutrição, e revisão da terapêutica prescrita, evitando medicação como sedativos e psicoativos.

Por sua vez, Conley (2011) considera que as intervenções de Enfermagem devem ser multidimensionais com o uso de protocolos que foquem quatro principais áreas: necessidades de cuidados da pessoa, ambiente, gestão de sintomas e, envolvimento e educação da família.

A família pode revelar-se um recurso facilitador do processo de hospitalização e prevenção de delirium, sendo quem melhor descreve a avaliação do estado basal do cliente e quem sustem a eficácia de um programa de intervenção após a alta (Rosenbloom-Brunton et al, 2010). A parceria nos cuidados entre o cliente idoso, família e enfermeiros vão ao encontro de uma cultura baseada nos cuidados centrados na família, pretendendo melhorar os cuidados prestados e melhores resultados. Assim, a presença frequente de familiares e amigos deve não só ser facilitada como também encorajada (Conley, 2011; Yevchak et al, 2012).

Estudos mostram que a implementação de planos de atividade física e cognitiva diária (eg., algumas tarefas simples como andar, higiene pessoal, leitura), de rotinas de vigília-sono bem definidas (eg., evitar o sono durante o dia) e a resolução eficaz de potenciais dificuldades sensoriais (eg., visão, audição e fala), motoras (eg., evitar condicionantes que reduzam mobilidade) e/ou linguísticas contribuem também fortemente para a eficácia da prevenção

de estados de *delirium* em idosos hospitalizados (Robinson et al, 2008; Yevchak et al, 2012).

Os enfermeiros devem demonstrar a sua disponibilidade para esclarecer idosos e/ou familiares no que respeita aos sintomas, aos tratamentos ou a outra qualquer intervenção adotada. É também de extrema importância que os enfermeiros (e não só) encorajem os familiares e/ou amigos a envolverem-se nos planos de gestão de *delirium*, explicando esse envolvimento e a sua relevância (Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011).

Já Marcantonio et al. (2010) acrescenta a importância da prevenção e gestão de complicações associadas ao *delirium*, como a incontinência urinária, as úlceras de pressão, as quedas, problemas no sono, a malnutrição e desidratação e o risco de aspiração ou disfagia, assim como a importância da preparação para a alta, através do encaminhamento para programas de reorientação e de reabilitação.

Yevchak et al. (2012) reforçam o papel das intervenções não farmacológicas na prevenção de *delirium*, sendo que o ambiente hospitalar é referido, não só como um dos principais fatores precipitantes do *delirium*, como desempenha um papel importante na eficácia das intervenções não farmacológicas.

No sentido de determinar quais as principais razões, apontadas pelos próprios enfermeiros, para justificar a significativa ineficiência na deteção de casos de *delirium*, Yevchak et al (2012) realizaram sessões de discussão, acerca das experiências relativas ao *delirium*, que envolviam enfermeiros e dois investigadores. A análise dos inquéritos mostrou o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da falta de formação especializada na gestão de *delirium* e da necessidade de implementar planos específicos de intervenção. No entanto, a falta de recursos e de tempo parecem constituir fortes barreiras ao sucesso dos planos de intervenção não farmacológicos, que pressupõem uma maior disponibilidade por parte da equipa de enfermagem.

A Tabela 3 sumaria as principais intervenções de enfermagem que têm sido apontadas como contribuindo eficazmente para a prevenção, deteção e gestão de *delirium* no idoso no decorrer dos processos de hospitalização.

Tabela 3: Síntese das intervenções/ações de enfermagem

Intervenções gerais	Ações específicas
Reconhecimento precoce do delirium	• Formação sobre as características do delirium e dos fatores de risco, predisponentes e precipitantes (Fick et al, 2007; Steis e Fick, 2008; Robinson et al, 2008; Voyer et al, 2008a; Voyer et al, 2008b; Han et al, 2009; Vidán et al, 2009; Tabet e Howard, 2009; Voyer et al, 2010; Conley, 2011; Yevchak et al, 2012; Steis e Fick, 2012);
Deteção de delirium	• Importância do conhecimento da pessoa, do estado basal (Steis e Fick, 2008; Robinson et al, 2008; Voyer et al, 2010; Marcantonio et al, 2010); • Conhecimento e uso de instrumentos de avaliação cognitiva (ex.: MMSE) e do delirium (ex.: CAM, NEECHAM, Nu-Desc, DDS) (Steis e Fick, 2008; Robinson et al, 2008; Voyer et al, 2008a; Voyer et al, 2008b; Vidán et al, 2009; Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Radtke et al, 2010; Conley, 2011; Yevchak et al, 2012; Steis e Fick, 2012); • Documentação/registos de enfermagem (Steis e Fick, 2008; Voyer et al, 2008b; Marcantonio et al, 2010; Steis e Fick, 2012); • Adequação dos recursos humanos (Steis e Fick, 2008; Yevchak et al, 2012); • Identificação da causa subjacente (Medicação, infecção, dor não controlada, obstipação,...) (Tablet e Howard, 2009; Marcantonio et al, 2010; Conley, 2011); • Comunicação ao médico assistente (Marcantonio et al, 2010; Steis e Fick, 2012);
Orientação	• Comunicar com o cliente, com tom de voz suave; reorientar (Robinson et al, 2008; Marcantonio et al, 2010; Yevchak et al, 2012) e/ou validar sentimentos (Conley, 2011); • Lembrar a data, lugar e motivo da hospitalização (Vidán et al, 2009; Tabet e Howard, 2009); • Acessibilidade a calendário e relógio e decoração do quarto com objetos pessoais (Vidán et al, 2009; Rosenbloom-Brunton et al, 2010) e lembretes (Robinson et al, 2008; Conley, 2011); • Adequação do ambiente, mantendo iluminação apropriada à hora do dia (Tablet e Howard, 2009); • Garantir, sempre que possível, quarto individual para aumentar privacidade (Conley, 2011); • Fornecer modos de identificação dos profissionais do hospital (nomes e funções) (Conley, 2011); • Estimulação cognitiva, com livros, puzzles, revistas e jornais (Robinson et al, 2008; Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Yevchak et al, 2012); • Evitar trocas de quarto ao mínimo (Yevchak et al, 2012);
Percepção sensorial	• Garantir a colocação dos aparelhos corretores dos défices sensoriais (eg. Óculos, aparelhos de audição, dentadura) (Robinson et al, 2008; Vidán et al, 2009; Tabet e Howard, 2009; Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011);
Preservação do sono	• Evitar privações de sono, usando medidas não farmacológicas (Rosenbloom-Brunton et al, 2010); • Regular os ciclos do sono (Vidán et al, 2009; Conley, 2011; Yevchak et al, 2012); • Reduzir estimulação ambiental durante a noite, reduzindo o ruído e iluminação baixa (Vidán et al, 2009; Conley, 2011; Yevchak et al, 2012); • Manter o ambiente quente e possibilitar a ingestão de bebida quente à ceia (Vidán et al, 2009; Conley, 2011; Yevchak et al, 2012); • Música relaxante (Robinson et al, 2008; Yevchak et al, 2012);

Mobilidade	• Manter as atividades como cuidados pessoais a horas regulares na casa de banho (Robinson et al, 2008); • Iniciar a mobilização/levantar o mais cedo possível; Se não for possível, alternar os posicionamentos no leito de 3 em 3 horas (Vidán et al, 2009); • Reduzir ao estritamente necessário as condicionantes da liberdade física (cateteres vesicais, hidratação venosa contínua,...) (Vidán et al, 2009); • Evitar imobilização física (Vidán et al, 2009; Conley, 2011); • Encorajar a participação do cliente e dos familiares nas atividades de cuidados pessoais (eg. ida à casa de banho, higiene pessoal) (Conley, 2011); • Desenvolver programas de atividades específicas (eg., caminhadas curtas), terapia ocupacional e técnicas de reorientação (Robinson et al, 2008; Conley, 2011; Yevchak et al, 2012);
Hidratação	• Promover a hidratação (Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011), fornecendo 4 copos de água por dia (Vidán et al, 2009);
Nutrição	• Manter as horas das refeições em horários e intervalos regulares (Yevchak et al, 2012); • Se necessário, fornecer suplementos nutricionais (Vidán et al, 2009);
Rever terapêutica/medicação	• Minimizar ao estritamente necessário a medicação (Robinson et al, 2008; Tabet e Howard, 2009; Conley, 2011); • Evitar medicamentos psicoativos e sedativos, se possível, ou reduzir a dosagem (Vidán et al, 2009; Conley, 2011);
Envolver a família	• Encorajar a permanência de familiares e amigos com frequência (Tablet e Howard, 2009; Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011; Yevchak et al, 2012); • Explicar aos familiares e amigos os fatores de risco do <i>delirium</i>, os processos da doença e a medicação envolvida (Marcantonio et al, 2010; Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011); • Rever e explicar, sempre que necessário, os procedimentos e os objetivos com os familiares e amigos (Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011);
Prevenir complicações	• Incontinência urinária (Marcantonio et al, 2010; Conley, 2011); • Úlceras de pressão (Marcantonio et al, 2010; Conley, 2011); • Quedas (Marcantonio et al, 2010; Conley, 2011); • Problemas no sono (Marcantonio et al, 2010; Conley, 2011); • Malnutrição e desidratação (Marcantonio et al, 2010; Conley, 2011); • Aspiração ou disfagia (Marcantonio et al, 2010);
Encaminhamento	• Programa/plano de reabilitação (Marcantonio et al, 2010); • Preparação para a alta (Marcantonio et al, 2010; Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011).

4. CONCLUSÃO

O cliente idoso hospitalizado representa um grupo particularmente vulnerável à ocorrência de *delirium*, sendo este associado aos piores resultados em saúde, como o declínio funcional e cognitivo, aumento do tempo de internamento, morbidade, institucionalização e mortalidade.

O conhecimento dos principais fatores de risco e características do *delirium* capacita o enfermeiro para o reconhecimento e detecção precoce, sendo que a utilização de instrumentos de avaliação cognitiva e instrumentos específicos de avaliação do delirium, facilitam a identificação desta síndrome. A prevenção é sugerida como a estratégia mais eficaz na redução da incidência do *delirium*.

A implementação de programas de enfermagem ou multidisciplinares com foco nas intervenções não farmacológicas e formação específica sobre delirium, permitirá o desenvolvimento de uma filosofia de prevenção do declínio funcional e cognitivo, de promoção da independência e de adequação de cuidados ao idoso hospitalizado, facilitando a transição saúde-doença.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2002). *DSM IV – TR* (4ª ed. Revista). Washington: American Psychiatric Association. ISBN 0-89042-024-6.

Bergmann, M.; Murphy, K.; Kiely, D.; Jones, R.; Marcantonio, E. (2005) A model for management of delirious postacute care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(10), 1817-1825.

Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-89-4.

Conley, D. (2011). The Gerontological Clinical Nurse Specialist's Role in Prevention, Early Recognition, and Management of *Delirium* in Hospitalized Older Adults. *Urologic Nursing*, 31(6), 337-342.

Fick D.; Hodo D.; Lawrence F. (2007). Recognizing *delirium* superimposed on dementia: Assessing nurses' knowledge using case vignettes. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 40-47.

Fong, T.; Tulebaev S.; Inouye S. (2009). *Delirium* in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Reviews Neurology*, 5,210-220.

Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. A framework of six “marker conditions” can help focus assessment of hospitalized older patients. *American Journal of Nursing*, 107(10), 48-49.

Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Gomes, I. (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso - da submissão à acção negociada. Em: I. Gomes, et al. (2007) *Parceria e cuidado de enfermagem- uma questão de cidadania*. (pp 67-113). Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-86-3.

Guyatt G.; Rennie D.; Meade M.; Cook D. (2002). *Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*, 1st Ed. American Medical Association. Chicago: American Medical Association

Han J.H., Morandi A., Ely E.W., Callison C., Zhou C., Storrow A.B., Dittus R.S., Habermann R., Schnelle J. (2009). *Delirium* in the nursing home patients seen in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 889-894.

Immers, H.; Schuurmans, M.; Bijl, J. (2005). Recognition of delirium in ICU patients: a diagnostic study of the NEECHAM confusion scale in ICU patients. *BMC Nursing*, 4, 7-12.

Inouye, S. (2006) *Delirium* in older persons. *The New England Journal of Medicine*, 254(11), 1157-1165.

Inouye, S.; Fearing, M.; Marcantonio, E. (2009). *Delirium*. Em: J. Halter, et al. (2009) *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 6^a ed, (pp 647-658). EUA: McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 978-0-07-148872-3.

Marcantonio E.; Bergmann M.; Kiely D.; Orav E.; Jones R. (2010). Randomized trial of a *delirium* abatement program for postacute skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(6), 1019-1026.

Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.; Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Melnyck, B.; Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence based practice in Nursing and Health Care: A Guide to Best Practice, 1st Ed. Filadélfia: Lippincott, Williams e Wilkins.

Milisen K.; Lemiengre J.; Braes T.; Foreman M. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing *delirium* in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 79-90.

Palmisano-Mills C. (2007). Common problems in hospitalized older adults: four programs to improve care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(1), 48-54.

Potter J.; George J. (2006). The prevention, diagnosis and management of *delirium* in older people: concise guidelines. *Clinical Medicine*, 6(3), 303-308.

Radtke F.; Franck M.; Schust S.; Boehme L.; Pascher A.; Bail H.; Seeling M.; Luetz A.; Wernecke K.; Heinz A.; Spies C. (2010). A comparison of three scores to screen for *delirium* on the surgical ward. *World Journal of Surgery* 34, 487-494.

Robinson, S.; Rich, C.; Weitzel, T.; Vollmer, C.; Eden, B. (2008). *Delirium* prevention for cognitive, sensory, and mobility impairments. *Research & Theory For Nursing Practice*, 22(2), 103-113.

Rosenbloom-Brunton D.; Henneman E.; Inouye S. (2010). Feasibility of family participation in a *delirium* prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-33.

Steis M.; Fick D. (2008). Are nurses recognizing *delirium*? A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(9), 40-48.

Steis, M.; Fick D. (2012). *Delirium* superimposed on dementia accuracy of nurse documentation. *Journal of Gerontological Nursing*, 38(1), 32-42.

Tabet N., Howard R. (2009). Non-pharmacological interventions in the prevention of *delirium*. *Age and Ageing*, 38, 374-379.

Tropea, J.; Slee, J.; Brand, C.; Gray, L.; Snell, T. (2008) Clinical practice guidelines for the management of *delirium* in older people in Australia. *Australasian Journal On Ageing*, 27(3), 150-156.

Vidán, M.; Sánchez, E.; Alonso, M.; Montero, B.; Ortiz, J.; Serra, J. (2009). An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of *Delirium* During Hospitalization in Elderly Patients. *The American Geriatrics Society*, 57(11), 2029–2036.

Voyer, P.; McCusker, J.; Cole, M.; St-Jacques, S.; Khomenko, L. (2007). Factors associated with *delirium* severity among older patients. *Journal of Clinical Nursing* 16, 819-831.

Voyer, P.; Cole, M.; McCusker, J.; St-Jacques, S.; Laplante, J. (2008a). Accuracy of nurse documentation of *delirium* symptoms in medical charts. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 165-177.

Voyer, P.; Richard, S.; Doucet, L.; Danjou, C., Carmichael, P. (2008b). Detection of *delirium* by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, 7(4), 1-14.

Voyer, P.; Richard, S.; Doucet, L.; Cyr, N.; Carmichael, P. (2010). Examination of the multifactorial model of *delirium* among long-term care residents with dementia. *Geriatric Nursing*, 31(2), 105-114.

Yevchak, A.; Steis, M.; Diehl, T.; Hill, N.; Kolanowski, A.; Fick, D. (2012). Managing *delirium* in the acute care setting: a pilot focus group study. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 152-62.

Apêndice III:

Grelha de observação dos registos de
enfermagem

1ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Revelar-se

<u>Identidade do cliente idoso</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Nome preferido			
Idade			
Estado Civil			
Habilitações literárias			
Profissão			
Crenças religiosas			

<u>Contexto de vida (situação sociofamiliar)</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Com quem habita			
Condições habitacionais			
Cuidador principal/Pessoa de referência (nome e contacto)			
Situação económica (referencia a dificuldades)			
Ocupação dos tempos/Hobbies/ Projeto de vida			
Suporte social			

<u>Contexto da doença</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Diagnósticos			
Antecedentes Pessoais			
Medicação habitual do domicílio			
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física)			
Impacto da doença			
<u>Rede de apoio</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Apoio domiciliário (enfermagem ou social)			
Frequenta em Centro de Dia			
Encontra-se institucionalizado			

2ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Envolver-se

<u>Avaliação do cliente idoso</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Avalia o estado cognitivo basal				
Avalia sinais de alterações do estado cognitivo, agitação/apatia, inatenção, confusão ou pensamento desorganizado				
Avalia a existência de alterações na acuidade auditiva e/ou visual				

<u>Conhece o cliente idoso/cuidador face ao estado cognitivo</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Avalia a importância que o cliente/cuidador atribui ao estado cognitivo				
Procura conhecer o que o cliente idoso ou o cuidador, sabe sobre o seu estado cognitivo				
Procura conhecer que tipo de ajuda que o cliente idoso e cuidador necessitam para otimizar o estado cognitivo				

3ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Possibilitar/Capacitar

<u>Partilha o poder/construção de uma ação conjunta</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Partilha informação com o cliente idoso/cuidador acerca do seu estado cognitivo				
Realiza educação terapêutica relativamente ao estado cognitivo				
Promove o cuidado de Si, ajudando o cliente idoso/cuidador a manter-se cognitivamente estável				

4ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Comprometer-se

<u>Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve estratégias/ estabelece compromissos com o cliente idoso e cuidador, de modo a manter-se cognitivamente estável				
Valida estratégias/objetivos relativos à promoção do estado cognitivo do cliente idoso				
Ajuda a família/cuidador a construir a capacidade de cuidar do cliente idoso com alterações do estado cognitivo				

5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Assumir o controlo de Si/Assegurar o cuidado do Outro

<u>Assumir ou assegurar o cuidado de Si</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Garante que o idoso/ cuidador/família são detentores de informação que lhes permitam adotar estratégias de modo a manter-se cognitivamente estável				
Possibilita que o cliente idoso prossiga e tenha controlo no seu projeto de vida e de saúde.				
O cliente idoso demonstra conforto e bem-estar.				
Assegura-se que o cuidador/ família tem conhecimentos acerca de diferentes estratégias, de modo a manter o idoso cognitivamente estável				
Valida com o cliente idoso e cuidador, o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessitem.				

Apêndice IV:

Análise da observação inicial dos registros
de enfermagem

Observação e Análise inicial dos registos dos processos

No período de 02/10/2012 a 11/10/2012, foram analisados 33 processos de clientes com idade ≥ 65 anos, sendo que a população idosa representava 82,5% da população internada no serviço.

1ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Revelar-se

<u>Identidade do cliente idoso</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Nome preferido	14 (42%)	19 (58%)	0 (0%)
Idade	32 (97%)	1 (3%)	0 (0%)
Estado Civil	12 (36%)	21 (64%)	0 (0%)
Habilitações literárias	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)
Profissão	3 (9%)	30 (91%)	0 (0%)
Crenças religiosas	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)

<u>Contexto de vida (situação sociofamiliar)</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Com quem habita	31 (94%)	2 (6%)	0 (0%)
Condições habitacionais	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)
Cuidador principal/Pessoa de referência (nome e contacto)	24 (73%)	9 (27%)	0 (0%)
Situação económica (referencia a dificuldades)	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)
Ocupação dos tempos/Hobbies/ Projeto de vida	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)
Suporte social	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)

<u>Contexto da doença</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Diagnósticos	33 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Antecedentes Pessoais	33 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Medicação habitual do domicílio	27 (82%)	6 (18%)	0 (0%)
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física)	3 (9%)	30 (91%)	0 (0%)
Impacto da doença	3 (9%)	30 (91%)	0 (0%)

<u>Rede de apoio</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Apoio domiciliário (enfermagem ou social)	2 (6%)	23 (70%)	8 (24%)
Frequenta em Centro de Dia	0 (0%)	25 (76%)	8 (24%)
Encontra-se institucionalizado	8 (24%)	25 (76%)	0 (0%)

2ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Envolver-se

<u>Avaliação do cliente idoso</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Avalia o estado cognitivo basal	9 (27%)	24 (73%)	0 (0%)	0 (0%)
Avalia sinais de alterações do estado cognitivo, agitação/apatia, inatenção, confusão ou pensamento desorganizado	25 (76%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (24%)
Avalia a existência de alterações na acuidade auditiva e/ou visual	25 (76%)	8 (24%)	0 (0%)	0 (0%)

<u>Conhece o cliente idoso/cuidador face ao estado cognitivo</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Avalia a importância que o cliente/cuidador atribui ao estado cognitivo	1 (3%)	32 (97%)	0 (0%)	0 (0%)
Procura conhecer o que o cliente idoso ou o cuidador, sabe sobre o seu estado cognitivo	0 (0%)	32 (97%)	1 (3%)	0 (0%)
Procura conhecer que tipo de ajuda que o cliente idoso e cuidador necessitam para otimizar o estado cognitivo	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

3ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Possibilitar/Capacitar

<u>Partilha o poder/construção de uma ação conjunta</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Partilha informação com o cliente idoso/cuidador acerca do seu estado cognitivo	0 (0%)	25 (76%)	0 (0%)	8 (24%)
Realiza educação terapêutica relativamente ao estado cognitivo	0 (0%)	25 (76%)	0 (0%)	8 (24%)
Promove o cuidado de Si, ajudando o cliente idoso/cuidador a manter-se cognitivamente estável	4 (12%)	21 (64%)	0 (0%)	8 (24%)

4ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Comprometer-se

<u>Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve estratégias/ estabelece compromissos com o cliente idoso e cuidador, de modo a manter-se cognitivamente estável	0 (0%)	13 (39%)	12 (37%)	8 (24%)
Valida estratégias/objetivos relativos à promoção do estado cognitivo do cliente idoso	0 (0%)	25 (76%)	0 (0%)	8 (24%)
Ajuda a família/cuidador a construir a capacidade de cuidar do cliente idoso com alterações do estado cognitivo	0 (0%)	25 (76%)	0 (0%)	8 (24%)

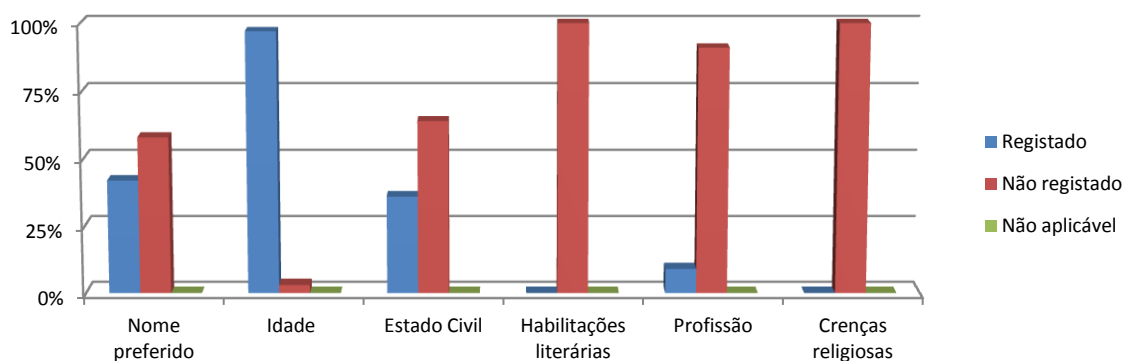
5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Assumir o controlo de Si/Assegurar o cuidado do Outro

<u>Assumir ou assegurar o cuidado de Si</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Garante que o idoso/ cuidador/família são detentores de informação que lhes permitam adotar estratégias de modo a manter-se cognitivamente estável	0 (0%)	25 (76%)	0 (0%)	8 (24%)
Possibilita que o cliente idoso prossiga e tenha controlo no seu projeto de vida e de saúde.	0 (0%)	13 (39%)	12 (37%)	8 (24%)
O cliente idoso demonstra conforto e bem-estar.	0 (0%)	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)
Assegura-se que o cuidador/família tem conhecimentos acerca de diferentes estratégias, de modo a manter o idoso cognitivamente estável	0 (0%)	25 (76%)	0 (0%)	8 (24%)
Valida com o cliente idoso e cuidador, o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessitem.	0 (0%)	33 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

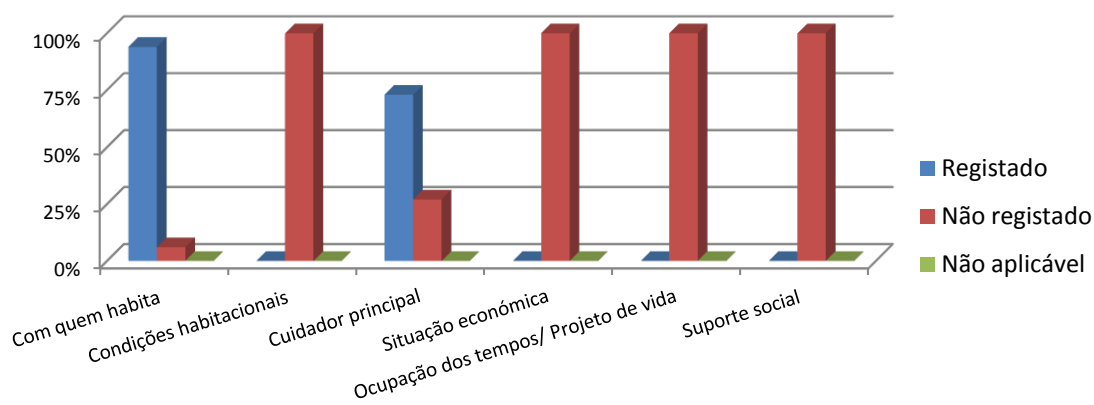
Análise

A construção desta grelha de observação surgiu com o intuito de analisar os registos de enfermagem, tendo por base o modelo de parceria (Gomes, 2009). Neles procurou-se identificar o que os enfermeiros registam e se esses registos dão visibilidade ao conhecimento da pessoa idosa nas várias dimensões e à existência de uma planificação dos cuidados, tendo em vista a promoção do cuidado de Si.

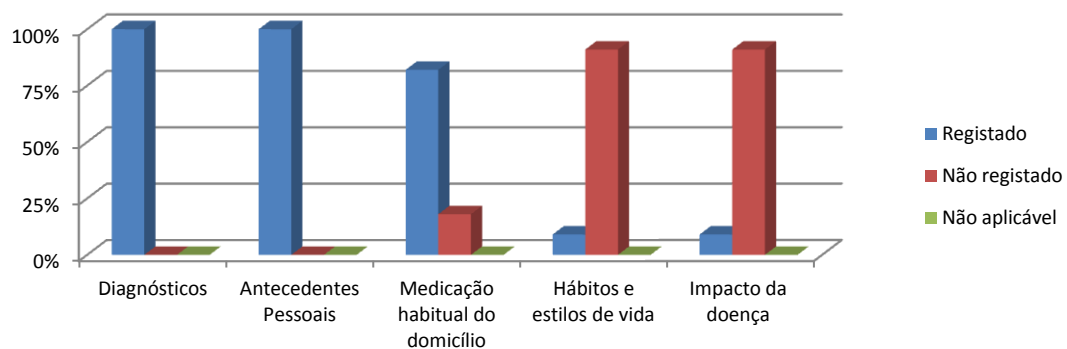
Na primeira fase do modelo de parceria, Revelar-se, considerou-se importante o conhecimento da identidade do cliente idoso. Verificou-se que o registo da “idade” surge com uma elevada percentagem, apontando ser um registo de relevância. Já os seguintes itens revelaram uma menor percentagem de registo, sempre inferior a 50%.



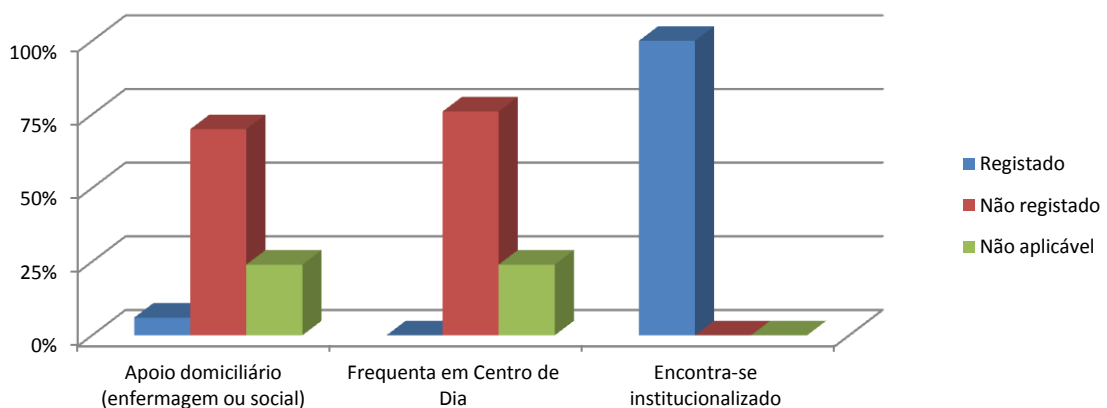
No indicador do contexto de vida (situação sociofamiliar), os itens que emergiram com maior taxa de adesão de registo são os itens “com quem habita” e “cuidador principal”, ambos em mais de metade dos processos analisados.



Relativamente ao indicador do contexto de doença, a equipa de enfermagem evidenciou uma elevada percentagem no registo dos diagnósticos de admissão, antecedentes pessoais e medicação habitual do cliente idoso no domicílio. Por sua vez, os hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física) e o impacto da doença na vida do idoso apresenta uma baixa taxa de registo.

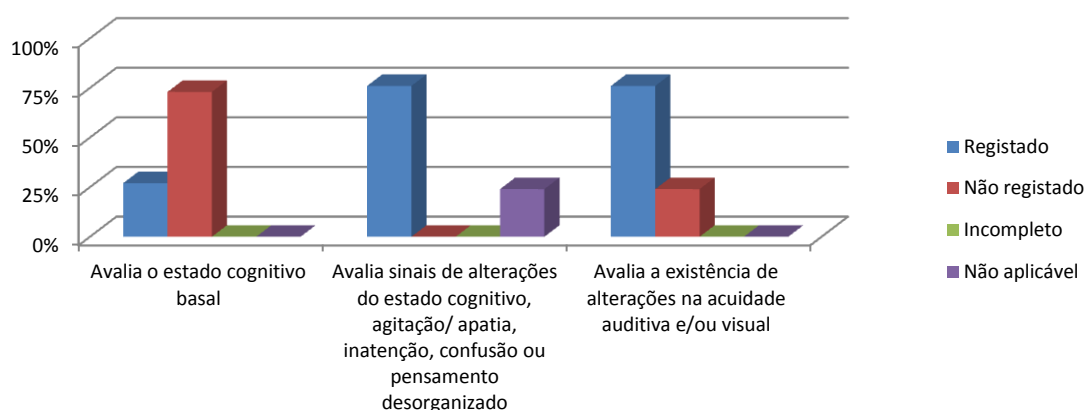


Já no que se refere ao indicador “rede de apoio”, denota-se que os enfermeiros registaram em todos os processos se os idosos se encontravam, ou não, institucionalizados. Este registo apresenta-se importante no momento da planificação da alta, talvez por isso o registo em todos os processos analisados. Em outros recursos de apoio, como o apoio domiciliário, de enfermagem ou social, e o centro de dia, verificou-se uma baixa adesão no registo.

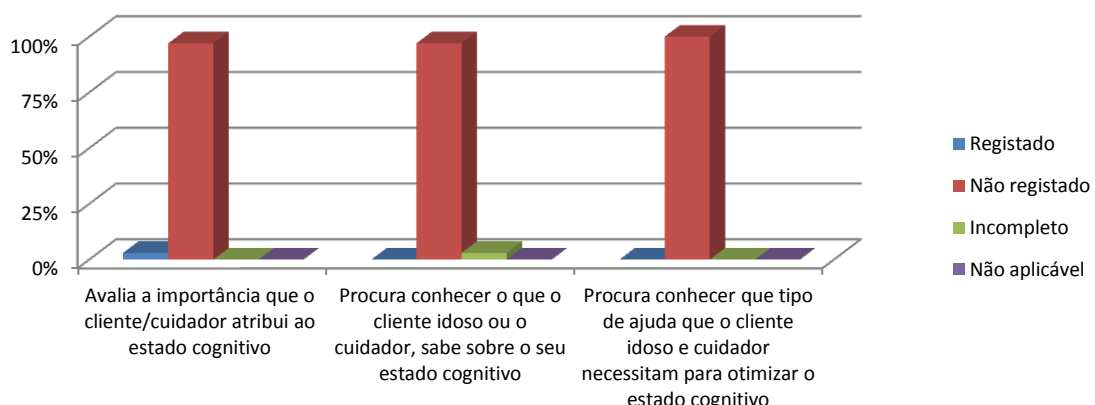


Durante a segunda fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), Envolver-se, procurou-se a documentação de indicadores que demonstrassem um conhecimento mais aprofundado e uma identificação das necessidades do cliente idoso, mais precisamente registos referente ao seu estado cognitivo.

Um dos indicadores estipulados foi a avaliação do cliente idoso. Verificou-se que a avaliação cognitiva não é realizada de uma forma objetiva, através de um instrumento específico, surgindo esta avaliação nas notas de evolução. Assim, foi evidenciado que o registo do estado cognitivo basal é efetuado apenas em 24% dos processos analisados. Em relação ao segundo item surge pelo menos uma referência nos registos a alterações do estado cognitivo, agitação, apatia, inatenção, confusão ou pensamento desorganizado, em cerca de 75% dos processos. A existência da avaliação sensorial, acuidade auditiva e/ou visual, surgem também com registo superior a 75% dos processos analisados.



Quanto ao indicador “Conhece o cliente idoso/cuidador face ao estado cognitivo”, verifica-se que o registo é muito baixo e mesmo inexistente na avaliação das necessidades do cliente idoso e cuidador para otimizar o estado cognitivo.



Relativamente às restantes fases do modelo de parceria, Possibilitar/Capacitar, Comprometer-se e Assumir o controlo de Si ou Assegurar o cuidado do Outro, surgem com registos inferiores a 25%. Este facto deve-se essencialmente porque os registos não revelam a partilha do poder, nem a construção de uma

ação conjunta entre o enfermeiro e o idoso/cuidador, nem a planificação de cuidados com vista a manter ou otimizar o estado cognitivo. Já as intervenções efetuadas para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro surgem de forma incompleta, normalmente abordando a administração terapêutica, a orientação para a realidade e o uso de contenção física.

Em suma, a análise dos registos com base no modelo de parceria conclui que é necessário investir mais nos registos de enfermagem em todas as fases deste modelo de intervenção. A equipa de enfermagem deverá empenhar esforços e registar com maior frequência o conhecimento que tem da pessoa, do seu projeto de vida, e ainda da informação partilhada e estratégias desenvolvidas na planificação dos cuidados ao idoso hospitalizado. O investimento na documentação permitirá identificar facilmente potenciais clientes em risco de desenvolvimento de delirium, identificar mudanças agudas no estado cognitivo e restantes manifestações desta síndrome, direcionar intervenções preventivas atempadamente e determinar quais as intervenções eficazes, caso seja necessário reproduzi-las.

Apêndice V:
Notas de campo

Notas de Campo nº 1: Observação das práticas

Data – Outubro de 2012

Local – Medicina do HCL

Hora – 10h – turno da manhã

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de enfermagem no serviço, por uma enfermeira perita (Benner, 2005).

Descrição da situação	Análise e reflexão da situação
O Sr. F deu entrada no serviço de maca, conduzido pelos tripulantes de ambulância e acompanhado pela sua filha. A enfermeira analisou sumariamente o processo clínico e dirigiu-se ao cliente. O Sr. F, com 91 anos de idade, residente em lar, foi encaminhado ao serviço de urgência por prostração e febre, ficando internado com o diagnóstico médico de desidratação e infeção do trato urinário (ITU). Tem antecedentes de neoplasia da próstata (operado há 10 anos), encontrando-se algaliado cronicamente, AVC há 2 anos, com sequelas de hemiparésia à esquerda, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular e hipertensão arterial. Este foi o primeiro contacto da enfermeira X com o Sr. F, no momento de entrada no serviço: Enfª X: “Bom dia! Eu sou a enfermeira X, como se chama?” O Sr F permaneceu apático, de olhos fechados. Por sua vez, a filha do doente respondeu: Filha do Sr. F: “Senhora enfermeira, o meu pai não fala desde ontem. As auxiliares do lar,	Analizando esta interação tendo por base o modelo de Parceria, considera-se que se tratou de um processo dinâmico, que apesar de breve permitiu uma partilha entre os intervenientes (Gomes, 2009). A enfermeira abordou discretamente todas as fases do modelo de parceria, no entanto com enfoque na fase Revelar-se e Envolver-se. O conhecimento do cliente idoso denota-se importante para a prestação de cuidados de enfermagem e programação de alta hospitalar, pelo que se procurou colher informação pertinente no momento de admissão. As questões colocadas, permitiram à enfermeira ter algum conhecimento sobre o local de residência, a identificação da

telefonaram-me hoje às 7h da manhã, a dizerem que tinham chamado os bombeiros porque o meu pai estava com febre e não acordava.” Enfª X: “Então posso fazer-lhe umas perguntas?” (A filha do Sr. F acenou afirmativamente.) A enfermeira solicitou de imediato à assistente operacional um colchão antiescaras e disse à filha do Sr. F: “Peço-lhe que aguarde um bocadinho, só para transferirmos o seu pai para a cama.” Posteriormente, munida da folha de colheita de dados de enfermagem, a enfermeira questionou: Enfª X: “Estava a dizer-me que o Sr. F vive num lar? Como se chama o lar? Se for necessário alguma coisa quer ser contactada ou contactamos o lar?” Filha do Sr. F: “Sim, sim. Está no lar da Sta M. há 2 anos, mas eu vou vê-lo sempre que posso...Gosto muito do meu pai! Se for preciso alguma coisa ligue para mim. Vou dar-lhe o meu contacto.” Enfª X: “Estava também a dizer-me que ele não fala desde ontem. Mas ele antes falava?” Filha do Sr. F: “Sim! Desde que teve o AVC que fala menos e com alguma dificuldade, mas percebia-se tudo o que dizia.” Enfª X: “E dizia as coisas certas? Não estava confuso, não?” Filha do Sr. F: “Não senhora enfermeira. Dizia tudo bem. Eu tinha ido ao lar antes de ontem, e ele ficou tão contente por ver o meu	pessoa de referência, o estado cognitivo e funcional basal do cliente admitido, bem como os fatores que predispoem e precipitaram o Sr. F ao desenvolvimento de um provável quadro de delirium. Destes puderam-se destacar o fato do senhor ter 91 anos, ter tido 1 AVC, apresentar algaliação crónica, limitações na mobilidade (fatores predisponentes), e com a febre, ITU e desidratação (fatores precipitantes). Todavia, outras questões poderiam ter sido colocadas, de modo a explorar os défices visuais e auditivos do cliente, alertando para a importância de estes serem trazidos para o internamento. A enfermeira ao apresentar-se e ao questionar a filha do cliente facilitou o desenvolvimento de uma relação empática, e ao mesmo tempo permitiu identificar as necessidades do cliente. Outro facto a salientar foi a perspicácia da enfermeira perita, ao detetar a necessidade de aplicação de um colchão anti-escaras, tendo observado uma úlcera de pressão no cliente posteriormente.
---	--

netinho...Você devia-o ter visto. Agora não parece o mesmo!”

Enfª X: “Reparei que o Sr. F tem um penso (na região sagrada), sabe-me dizer se ele passa o tempo todo na cama?”

Filha do Sr. F: “Olhe, a mim disseram-me da existência dessa ferida há pouco tempo...Até porque o meu pai ainda dá uns pequenos passos, embora com muita dificuldade. Tem é que ser com alguém, senão cai...E muitas vezes, as empregadas põem-no na cadeira de rodas. Eu gosto do lar...mas a enfermeira já viu a ferida?”

Enfª X: “Ainda não abri o penso. Mas nós depois fazemos uma carta com a descrição da ferida e do tratamento. O Sr. F alimenta-se bem, tem alguma dificuldade ou alimentos que não goste? E costuma beber água?”

Filha do Sr. F: “Ele come bem, tem é de ser tudo passado. A água é que é pior...é como os gatos! Bem que insisto! Sabe, ele tem tido muitas infecções urinárias, e sempre que é internado dizem-lhe para beber muita água.”

Enfª X: “Pois é muito importante insistir na hidratação. Mas ele não gosta?” (Sorrindo)

Filha do Sr. F: “É a idade, não perdoa...É difícil convencê-lo!”

Enfª X: “Ele já tem tido muitos internamentos por causa das infeções urinárias?”

Filha do Sr. F: “Ui, senhora enfermeira! Já lhes perdi a conta. Os médicos disseram-me que é um “bicho” com muita resistência!”

Enfª X: “Ele é alérgico a algum medicamento?”

Filha do Sr. F: “Que se saiba, até hoje não.”

A postura calma da enfermeira, bem como a disponibilidade para partilhar informação com a filha do Sr. F, demonstrou a capacidade de **envolver-se** com esta, tentando perceber o potencial existente no cliente para o autocuidado ou a necessidade de assegurar o cuidado deste.

Contudo, a avaliação realizada do estado cognitivo, realizou-se de forma pouco objetiva e superficial, pois não foi utilizado um instrumento específico nesta avaliação. Este fato, foi identificado como uma necessidade de melhoria, melhorando a consecução desta fase do modelo de parceria, e planificando intervenções específicas que incidam no estado cognitivo.

Embora a enfermeira não tenha usado o termo delirium, esta identificou a ocorrência de uma alteração aguda do estado cognitivo e do comportamento.

Consequentemente, interligou com os fatores que desencadeou esta alteração, relatou-os à filha, sugeriu o seu envolvimento no internamento e o reforço da hidratação.

Enfª X: “Então e também é costume ficar assim mais sonolento?” Filha do Sr. F: “Não senhora enfermeira! Assim nunca ficou. Costumava ficar muito vermelho na cara com a febre...mas assim, sem falar não. Quando me telefonaram hoje de manhã até me assustei, pensei que tinha dado outro AVC ao meu pai. Mas depois na urgência disseram-me que o exame estava bem, que à partida seria por causa da infecção urinária que ele estava assim. Entretanto, a enfermeira foi chamada a outra enfermaria. Enfª X: “Pois, parece estar associado à febre e à infecção urinária, mas vamos ver a evolução. Se quiser pode ficar aqui um bocadinho, mas o horário da visita será das 12h30 às 14h e depois das 16h às 20h. E se tiver alguma dúvida ou questão, é só dizer.” Filha do Sr. F: “Muito obrigado, senhora enfermeira!”	A identificação das necessidades do cliente, despoletou o criação de um plano de intervenção ao cliente idoso, como a aplicação do colchão, a envolvimento da família no processo saúde-doença e a necessidade de reforço hídrico. A enfermeira, ao registar os dados colhidos, na folha de colheita de dados e nos registos de enfermagem, permite facilitar a continuidade dos cuidados prestados, facilitando a operacionalização das três últimas fases do modelo de parceria.
--	--

Análise das notas de campo nº1, segundo o Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

Fases	Indicadores	Unidades de registo
Revelar-se	Revela conhecimento da pessoa	• “Senhora enfermeira, o meu pai não fala desde ontem. As auxiliares do lar, telefonaram-me hoje às 7h da manhã, a dizerem que tinham chamado os bombeiros porque o meu pai estava com febre e não acordava.”; “Estava a dizer-me que o Sr. F vive num lar? Como se chama o lar? Se for necessário alguma coisa quer ser contactada ou contactamos o lar?” (conhecimento da identidade do acompanhante, da residência, do motivo de internamento e rede de apoio). • “Sim! Desde que teve o AVC que fala menos e com alguma dificuldade, mas percebia-se tudo o que dizia.”; “Sabe, ele tem tido muitas infeções urinárias, e sempre que é internado dizem-lhe para beber muita água.”; “Ele já tem tido muitos internamentos por causa das infeções urinárias? (...) Ui, senhora enfermeira! Já lhes perdi a conta. Os médicos disseram-me que é um “bicho” com muita resistência!”; “Ele é alérgico a algum medicamento? (...) “Que se saiba, até hoje não.” (conhecimento do contexto saúde/doença).
Envolver-se	Promove um ambiente seguro	• “Então posso fazer-lhe umas perguntas?” (procura encontrar tempo para a criação de uma relação de confiança). • “A enfermeira solicitou de imediato à assistente operacional um colchão anti-escaras” (promove um ambiente seguro, prevenindo complicações inerentes ao internamento) • “Não senhora enfermeira. Dizia tudo bem. Eu tinha ido ao lar antes de ontem, e ele ficou tão contente por ver o meu netinho...Você devia-o ter visto. Agora não parece o mesmo! (...) o Sr. F

		alimenta-se bem, tem alguma dificuldade ou alimentos que não goste? E costuma beber água? (...) Então e também é costume ficar assim mais sonolento?"; "Reparei que o Sr. F tem um penso (na região sagrada), sabe-me dizer se ele passa o tempo todo na cama?" (procura identificar o seu estado basal, para desenvolver metas e objetivos)
	Demonstra competências	• Enf.^a X: "Pois, parece estar associado à febre e à infeção urinária, mas vamos ver a evolução (demonstra conhecimento sobre a sua doença). • "Pois é muito importante insistir na hidratação." (sensibiliza para estratégias a desenvolver)
Capacitar/ Possibilitar	Desenvolvimento de competências para agir	• "Pois é muito importante insistir na hidratação."; "Se quiser pode ficar aqui um bocadinho, o horário da visita será das 12h30 às 14h e depois das 16h às 20h. E se tiver alguma dúvida ou questão, é só dizer." (procura possibilitar uma ação conjunta que permita ao Sr. F prosseguir o seu projeto de vida).
	Previne complicações	• "A enfermeira solicitou de imediato à assistente operacional um colchão antiescaras" (apresenta preocupação na prevenção de complicações).
Comprometer-se	Promove a autonomia e a independência	• "A enfermeira solicitou de imediato à assistente operacional um colchão antiescaras"; "Pois é muito importante insistir na hidratação." (propõe uma estratégia que lhe irá permitir otimizar o seu estado de saúde)
Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro	Permitir a manutenção do projeto de vida	• "Posteriormente, munida da folha de colheita de dados de enfermagem, a enfermeira questionou" (o registo permitirá a continuidade dos cuidados e desenvolvimento de estratégias). • "E se tiver alguma dúvida ou questão, é só dizer." (demonstra que o enfermeiro se mantém como recurso, caso necessite).

Notas de Campo Nº2: Observação das práticas

Data – Outubro de 2012

Local – Medicina

Hora – 20h – turno da tarde

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de enfermagem a um cliente idoso com delirium, enfermeira proficiente (Benner, 2005).

Descrição da situação	Análise e reflexão da situação
A Sr^a I, com 87 anos de idade, residente num lar há 2 meses, recorreu ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência, com prostração. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus insulínica, cataratas e síndrome demencial. No decorrer da prestação de cuidados de enfermagem no turno da tarde, a enfermeira Y, com a presença de um dos filhos da cliente, efetuou a avaliação dos parâmetros vitais e da terapêutica prescrita. Dado a permanência de desorientação espaço-temporal, dificuldade em focar a atenção e discurso confusional e incoerente, a enfermeira Y questionou o filho da Sr^a I de como esta se encontrava antes do internamento. Este explicou à enfermeira que já há alguns meses que tem verificado perda de memória na mãe, tanto que a ida para o lar se relacionou com isso. “Ela vivia sozinha e começou a dar-me alguns	Analisando a situação, pode-se concluir que estamos perante um caso de delirium, pois a Sr^a I apresenta uma alteração aguda do estado mental relativamente ao seu padrão habitual, dificuldade em focar a atenção, discurso confusional e incoerente e ainda alteração do nível de consciência, com períodos de agitação psicomotora. A enfermeira ao questionar o filho da Sr.^a I sobre o estado cognitivo basal desta reconhece a importância do conhecimento da pessoa. O conhecimento do cliente permite que se reconheçam alterações agudas do estado basal, detetando alterações decorrentes do internamento e possibilitando aos profissionais de saúde distinguir possíveis estados confusionais, como o delirium. Sem este conhecimento, as alterações agudas associadas a um provável delirium permanecem mascaradas, como sendo “normais” para o seu estado demencial,

sustos, com o fogão ligado e coisas assim...Mas ela falava e dizia os nomes dos filhos e dos netos... Quando foi para o hospital, no lar disseram-me que ela não tinha reação e agora aqui ela tem dificuldade em dizer o meu nome e dos meus irmãos e dos netos...e só fala do meu pai, que já faleceu há quase 10 anos...” Quando a hora da visita terminou, o filho ausentou-se e a Sr^a I, que se encontrava sentada no cadeirão, ficou inquieta referindo que também queria ir para casa com ele. A enfermeira, calmamente explicou à cliente que esta se encontrava no hospital porque estava doente e quando estivesse melhor iria. A Sr^a I pareceu compreender a informação, mas cerca de minutos depois repetiu o mesmo discurso. A enfermeira reforçando à cliente que já era tarde, questionou-a se queria ir para a cama descansar. Com resposta positiva por parte da doente, foi massajada e posicionada no leito. Ao massajar o joelho esquerdo a doente manifestou dor, mas apenas ao toque, apresentando também edema. Cerca de 1 hora depois, a doente novamente inquieta, tentou sair do leito, gritando, em tom de voz alta, com discurso incoerente. A enfermeira reorientou a doente, mas com pouco sucesso; A Sr^a I exteriorizou os acessos	contribuindo para o subdiagnóstico de delirium. A existência de antecedentes como demência, revela-se um dos principais fatores predisponentes para o desenvolvimento de delirium. Neste caso, a diminuição da acuidade visual, provocada pela existência de cataratas, e das alterações da mobilidade, fomentadas pela dor e edema do joelho esquerdo, apresentam-se também como alguns dos fatores de risco. A falta de conhecimento sobre os fatores que predis põem e precipitam o delirium e das suas características, bem como a falta de uso de instrumentos de avaliação, dificultam a deteção do mesmo. Neste caso concreto, o facto de não se detetar o delirium, desenvolveu incongruências em cascata, uma vez que não houve uma correta documentação do fenómeno nem das suas características e não houve a preocupação em identificar a causa destas alterações. Das intervenções efetuadas, a criação de uma relação empática revela-se fundamental, quer na relação com o cuidador/familiar, como na relação estabelecida com a Sr^a I. A reorientação da Sr^a I, a negociação dos cuidados, o envolvimento da família, a adequação do ambiente e as intervenções de prevenção de queda foram intervenções
---	--

venosos e tentou sair do leito. A enfermeira, dado o risco de queda, colocou o plano do leito baixo (junto ao chão), as grades elevadas e repunção a cliente. Também contactou a médica de urgência interna descrevendo a situação, tendo esta dado indicação para administração de 1mg de lorazepam cp. Passada 1h, a doente manteve-se inquieta e verborreica em tom de voz alta, passando à agressividade verbal e física, sendo imobilizada dos membros superiores. A enfermeira deu conhecimento à médica, que deu indicação para também administrar 2,5 mg de haloperidol ev. Na passagem de turno, os termos que descreveram sobre a Sr^a I foram: desorientação, inquietação e agressividade, e em relação às intervenções efetuadas salientaram-se a contenção física e a administração de terapêutica farmacológica.	importantes, mas não foram valorizadas na passagem de turno, nem documentadas em registo de enfermagem. Por sua vez, o uso de contenção física e administração farmacológica foram intervenções de destaque. A evidência científica mostra que estas intervenções devem ser usadas apenas em último recurso, pelo que poder-se-ia ter tido em conta outras estratégias alternativas. A rotulagem de “doente agressivo” deve ser evitada, mas dever-se-á investir na análise da existência de factores predisponentes e/ou precipitantes, que possam justificar o comportamento e consequentemente atuar. Desta forma, conclui-se que nem todo o trabalho realizado acaba refletido nos registos de enfermagem. Outro aspecto a salientar é a importância da formação dos profissionais sobre as características do delirium e sobre as intervenções de enfermagem a adoptar no idoso hospitalizado, congruentes com a evidência científica.
---	---

Análise das notas de campo nº2, segundo o Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

Fases	Indicadores	Unidades de registo
Revelar-se	Revela conhecimento da pessoa	• “questionou o filho da Sr^a I de como esta se encontrava antes do internamento”; “alguns meses que tem verificado perda de memória na mãe, tanto que a ida para o lar se relacionou com isso”; “Quando foi para o hospital, no lar disseram-me que ela não tinha reação e agora aqui ela tem dificuldade em dizer o meu nome e dos meus irmãos e dos netos...e só fala do meu pai, que já faleceu há quase 10 anos” (conhecimento da identidade da cliente idosa, do seu contexto de vida e doença, recursos e motivo de internamento).
Envolver-se	Promove um ambiente seguro	• “A enfermeira, calmamente explicou à doente que esta se encontrava no hospital porque estava doente”; “dado o risco de queda, colocou o plano do leito baixo (junto ao chão), as grades elevadas” (promove um ambiente seguro). • “Dado a permanência de desorientação espaço-temporal, dificuldade em focar a atenção e discurso confusional e incoerente, a enfermeira Y questionou o filho da Sr^a I de como esta se encontrava antes do internamento” (procura encontrar tempo para a criação de uma relação de confiança, com a família).
	Demonstra competências	• “a enfermeira Y, com a presença de um dos filhos da cliente, efetuou a avaliação dos parâmetros vitais e da terapêutica prescrita.

		Dado a permanência de desorientação espaço-temporal, dificuldade em focar a atenção e discurso confusional e incoerente, a enfermeira Y questionou o filho da Srª I de como esta se encontrava antes do internamento.” (demonstra conhecimento na avaliação de alterações agudas no estado cognitivo, procurando conhecer o seu estado basal).
Capacitar/ Possibilitar	Desenvolvimento de competências para agir	• “A enfermeira, calmamente explicou à doente que esta se encontrava no hospital”; “A doente pareceu compreender a informação”; “A enfermeira reforçando à doente que já era tarde, questionou-a se queria ir para a cama descansar. Com resposta positiva por parte da doente, foi massajada e posicionada no leito.”; “A enfermeira reorientou a doente, mas com pouco sucesso” (procura uma ação conjunta que lhe permita decidir e prosseguir o seu projeto de vida).
	Previne complicações	• “A enfermeira, dado o risco de queda, colocou o plano do leito baixo (junto ao chão), as grades elevadas”; “Também contactou a médica de urgência interna descrevendo a situação”; “a doente manteve-se inquieta e verborreica em tom de voz alta, passando à agressividade verbal e física, sendo imobilizada dos membros superiores.” (apresenta preocupação na prevenção de complicações, como quedas e danos à integridade física).

Comprometer-se	Promove a autonomia e a independência	• “A enfermeira, calmamente explicou à doente que esta se encontrava no hospital porque estava doente”; “A enfermeira reorientou a doente” (utiliza a técnica de orientação com o intuito de acalmar a cliente). • “questionou-a se queria ir para a cama descansar. Com resposta positiva por parte da doente, foi massajada e posicionada no leito” (promove a mobilidade, realizando o levante).
Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro	Partilha de poder	• “...questionou-a se queria ir para a cama descansar.” (permite atuar de acordo com as preferências da cliente).
	Permitir a manutenção do projeto de vida	• “A enfermeira reorientou a doente”; “colocou o plano do leito baixo (junto ao chão), as grades elevadas”; “foi massajada e posicionada no leito”; “administração de 1mg de lorazepam cp”; “imobilizada dos membros superiores”; “indicação para também administrar 2,5 mg de haloperidol ev” (a enfermeira assegura o cuidado da Sra. I com intervenções autónomas e interdependentes) • “Na passagem de turno (...) salientaram-se a contenção física e a administração de terapêutica farmacológica.” (apresenta uma preocupação nas intervenções farmacológicas, não espelhando as atividades não farmacológicas, nem os seus resultados)

Notas de Campo Nº3: Observação das práticas

Data – Outubro de 2012

Local – Medicina

Hora – 00h30 – turno da noite

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de enfermagem no serviço num idoso com delirium, enfermeira iniciada avançada (Benner, 2005).

Descrição da situação	Análise e reflexão da situação
Na passagem de turno a Enf. S, responsável pelos cuidados do Sr. A, teve acesso a alguma informação sobre o cliente. O Sr. A de 67 anos, encontra-se internado há 2 dias, tendo dado entrada no serviço com o diagnóstico de AVC isq, ficando com défices de disartria e hemiparésia esquerda. Tem antecedentes de HTA, EAM, DM não insulino tratada, HBP e dislipidémia; Reside com a esposa num apartamento sem elevador, e esta mencionou problemas económicos. Subitamente, a Enf S foi chamada à sala 4. Os clientes que estavam no mesmo quarto do Sr. A, chamaram porque este se encontrava com as pernas fora do leito, em cima das grades, a tentar levantar-se. Sem o conseguir fazer, quase caiu... Enf S: Oh Sr. A o que é que está a fazer? Não se pode levantar, muito menos sozinho! Sr. A: Quero sair daqui. Quero ir embora. Enf S: Você não se pode levantar! Sabe	A situação descrita colocou a Enf. S numa posição difícil de gerir e resolver. Esta, com pouca experiência profissional, deparou-se com um cliente idoso hospitalizado com delirium hiperativo. A informação que possuía do Sr. A decorrente da passagem de turno era insuficiente, tendo sido necessário recorrer ao processo para aprofundar o conhecimento do cliente. A informação dos hábitos e estilos de vida, mais uma vez revelam-se fundamentais, surgindo provavelmente como um fator desencadeador deste quadro. A ocorrência de alterações súbita no estado cognitivo dos clientes, não era uma experiencia nova para a enfermeira. No entanto os conhecimentos que esta possuía não a permitiram relacionar o acontecimento com um possível quadro de delirium, podendo posteriormente

onde está? O Sr. A não responde. A enfermeira repete a pergunta por duas vezes. Enf S: Você está a ouvir-me? Sabe-me dizer onde está? Sr A: Quero lá saber! A enfermeira agarra o doente e tenta posicioná-lo no leito. Sr A: Deixe-me que eu quero ir embora! A minha família não sabe onde estou... Enf S: Sabem pois! A sua esposa esteve cá durante a tarde, não se lembra? Você está no hospital, porque ficou doente! Sr A: Cale-se! Deixe-me! As minhas coisas? Onde estão as minhas roupas? O Sr. A desencadeou episódio de gritos, mantendo inquietação motora, afastando a enfermeira com os braços. A Enf S imobiliza o Sr A nos MS e MI e posteriormente contactou o médico de urgência interna. O médico observou o doente, que mantinha o mesmo comportamento e discurso. Com a imobilização, o doente ficou ainda mais agressivo, dizendo também em tom de voz alta: “Socorro! Alguém me ajude!”. O médico deu indicação para administração de 1 f haldol ev. Aos poucos o tom de voz do Sr. A foi reduzindo de intensidade. Enf S: Sr. A tenha calma! Você está no hospital e nós vamos ajudá-lo a regressar	desenvolver intervenções adequadas. A comunicação em quadros de delirium surge como uma estratégia essencial, procurando-se uma intervenção eficaz, em tom de voz baixa, evitando uso da palavra não, de forma a acalmar o cliente. A técnica de orientação, sugerida na literatura como primordial, foi usada pela enfermeira, contudo sem resultados positivos, pelo que outra intervenção da enfermeira poderia ter sido o desvio da conversa para outro tema ou até mesmo a validação de sentimentos. A intervenção da enfermeira S priorizou a contenção física, o que aumentou o medo, a agitação e os gritos do Sr. A. Esta também recorreu à abordagem farmacológica, através da administração de um fármaco neuroléptico, após indicação médica. Das estratégias não farmacológicas usadas, denota-se a redução da intensidade da luz, promovendo o descanso e possibilitando a regulação dos ciclos do sono. Todavia, é de realçar que esta intervenção deveria ter surgido anteriormente, bem como outras. Esta atuação permitiu identificar oportunidades de melhoria na qualidade dos cuidados prestados, como o desenvolvimento de competências e formação dos profissionais em medidas
--	--

para casa. Mas agora é de noite, tente descansar um pouco... A enfermeira desligou a luz do quarto, mantendo a luz da galeria acesa de forma a fornecer uma luz de presença fraca. A enfermeira também recorreu ao processo, verificando o motivo de internamento, antecedentes pessoais e hábitos/estilos de vida, ao averiguar que o Sr. A possuía hábitos etanólicos, contactou o médico de urgência interna para lhe dar conhecimento desse fato.	não farmacológicas na gestão do delirium. Refletindo, a enfermeira poderia ter proporcionado o levante ao Sr. A e apesar de ser de noite, o contato com a família.
--	---

Análise das notas de campo nº3, segundo o Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

Fases	Indicadores	Unidades de registo
Revelar-se	Revela conhecimento da pessoa	• “A enfermeira também recorreu ao processo, verificando o motivo de internamento, antecedentes pessoais e hábitos/estilos de vida, ao averiguar que o Sr. A possuía hábitos etanólicos” (conhecimento do motivo de internamento e do contexto de doença). • “A sua esposa esteve cá durante a tarde, não se lembra?” (revela conhecimento da pessoa de referência).
Envolver-se	Promove um ambiente seguro	• “Você não se pode levantar! Sabe onde está?”; “A sua esposa esteve cá durante a tarde, não se lembra? Você está no hospital, porque ficou doente!”; “Sr A tenha calma! Você está no hospital e nós vamos ajudá-lo a regressar para casa. Mas agora é de noite, tente descansar um pouco...” (procura encontrar tempo para a criação de uma relação empática, orientado o cliente) • “Quero sair daqui. Quero ir embora! Enf S: Você não se pode levantar! Sabe onde está?”; “O Sr. A não responde. A enfermeira repete a pergunta por duas vezes.”; “O Sr. A desencadeou episódio de gritos, mantendo inquietação motora, afastando a enfermeira com os braços.” (a enfermeira identifica uma alteração aguda do estado cognitivo do cliente idoso)
	Demonstra competências	• “A enfermeira desligou a luz do quarto, mantendo a luz da galeria acesa de forma a fornecer uma luz de presença fraca. A enfermeira

		também recorreu ao processo, verificando o motivo de internamento, antecedentes pessoais e hábitos/estilos de vida” (ao deparar-se com alterações do estado cognitivo, procura identificar as suas causas)
Capacitar/ Possibilitar	Previne complicações	• “Enf S: Você não se pode levantar! Sabe onde está?”; “tenta posicioná-lo no leito”. (procura prevenir complicações inerentes a quedas). • “Você está no hospital e nós vamos ajudá-lo a regressar para casa. Mas agora é de noite, tente descansar um pouco...” (reorienta para a realidade)
Comprometer-se	Promove a autonomia e a independência	• “Você está no hospital e nós vamos ajudá-lo a regressar para casa. Mas agora é de noite, tente descansar um pouco...”; “A enfermeira desligou a luz do quarto, mantendo a luz da galeria acesa de forma a fornecer uma luz de presença fraca.” (promove um ciclo de sono adequado)
Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro	Permitir a manutenção do projeto de vida	• “Você está no hospital e nós vamos ajudá-lo a regressar para casa. Mas agora é de noite, tente descansar um pouco...”; “A enfermeira desligou a luz do quarto, mantendo a luz da galeria acesa de forma a fornecer uma luz de presença fraca.”; “tenta posicioná-lo no leito.”; “A Enf S imobiliza o Sr A.”; “O médico deu indicação para administração de 1 f haldol ev.”; “contactou o médico de urgência interna para lhe dar conhecimento desse fato.” (o enfermeiro assegura o continuidade do projeto de vida, prevenindo complicações inerentes da hospitalização e desencadeando uma ação multidisciplinar).

Apêndice VI:

Questionário realizado à equipa de
enfermagem

QUESTIONÁRIO: A AVALIAÇÃO DO DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM

No âmbito do 3º Curso de Mestrado na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, Vertente: Pessoa Idosa, venho convidá-lo(a) a participar no preenchimento de um questionário acerca da importância atribuída à avaliação do delirium no idoso hospitalizado, tendo como garantia o anonimato do participante. O período de resposta para cada questionário distribuído será de 5 dias úteis, sendo o tempo médio para o preenchimento de +/- 10 minutos.

1. Idade: _____

2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3. Experiência total na prestação de cuidados de enfermagem (nº de Anos): ____

4. Formação académica: Bacharelato ☐ Licenciatura ☐
Pós-graduação ☐ Especialidade ☐ Mestrado ☐
Outra ☐ Qual? _____

5. Para si, em que consiste o delirium?

6. Considera que o delirium se manifesta por:

Agitação/estado de vigília ☐	Discurso incoerente ☐
Letargia/apatia ☐	Pensamento desorganizado ☐
Dificuldade em focar a atenção ☐	Todas as anteriores ☐
Distração fácil ☐	

7. Conhece algum instrumento específico para a detecção de delirium?

Sim ☐

Não ☐

7.1. Se sim, quais?

8. Considera a avaliação do estado cognitivo do idoso hospitalizado importante para a sua prática de cuidados de enfermagem?

Discordo totalmente ☐

Discordo ☐

Nem concordo, nem discordo ☐

Concordo ☐

Concordo plenamente ☐

9. Efectua a avaliação do estado cognitivo do cliente idoso hospitalizado quando lhe presta cuidados?

Sim ☐

Não ☐

Parcialmente ☐

9.1. Se sim, de que forma avalia o estado cognitivo do idoso hospitalizado e que informação procura colher?

10. Que dificuldade sente na avaliação do estado cognitivo da pessoa idosa hospitalizada?

Muito obrigada pela sua colaboração!
Cristina Morais

Apêndice VII:

Análise dos questionários preenchidos

Questionários

De forma a tornar os enfermeiros parceiros no desenvolvimento deste projeto partilhado, assim como aprofundar os seus conhecimentos e limitações, tornou-se evidente a realização de um diagnóstico de situação, através da utilização de diversos instrumentos de colheita de dados. Entre eles encontra-se um questionário aplicado à equipa de enfermagem do serviço.

Numa primeira fase, foi elaborado um pré teste, tendo sido aplicado um questionário a 3 elementos. Este pré-teste foi importante para aperfeiçoar o conteúdo do mesmo, que resultou na introdução de duas novas questões.

A reposta à primeira pergunta permitiu perceber o conhecimento dos enfermeiros quanto às manifestações do delirium, mais precisamente em relação às alterações do nível de consciência manifestadas pelo comportamento. A resposta à segunda questão forneceu o conhecimento dos enfermeiros quanto à existência de instrumentos específicos para a detecção de delirium. Assim, o questionário ficou composto por 10 itens (ver anexo).

O questionário final foi aplicado a 16 enfermeiros do serviço Medicina 3A, permitindo tirar as seguintes conclusões:

- Na questão nº 1: a média de idade dos enfermeiros que responderam ao questionário é de 29,5 anos.
- Na questão nº 2: obtivemos que 13 profissionais são do sexo feminino (81,25%) e 3 enfermeiros do sexo masculino (18,75%).
- Na questão nº 3: a experiência total na prestação de cuidados de enfermagem é em média de 7,25 anos.
- Na questão nº 4: todos os enfermeiros têm a licenciatura, sendo que 2 deles possuem uma pós-graduação, 3 têm especialidade, e um deles tem também o grau de mestre.
- Na questão nº 5: Os enfermeiros descreveram o delirium como um estado confusional (13 UR), mas também como uma alteração cerebral (1 UR), delírio (3 UR) e ainda como o início de uma demência (2 UR), manifestado essencialmente por inquietação (8 UR). Poucos destacam o facto de ser um estado agudo ou pontual (3 UR).

- Na questão nº 6: 75% dos enfermeiros consideraram, corretamente, que o delirium se poderia manifestar por todas as opções apresentadas (12 UR). Contudo, 25% dos enfermeiros consideraram que o delirium se manifesta pelas opções apresentadas, excluindo “letargia/apatia”, originando o subdiagnóstico do delirium hipoativo.
- Na questão nº 7: Apenas um enfermeiro referiu conhecer instrumentos específicos para a deteção de delirium (1 UR), mas na questão 7.1, em que se pede que se especifique, não o faz (0 UR). Concluindo-se a falta de conhecimentos de instrumentos específicos na avaliação de delirium.
- Na questão nº 8: 3 enfermeiros (18,75%) responderam “concordo” e 13 enfermeiros (81,25%) responderam “concordo plenamente”, considerando que a avaliação do estado cognitivo do idoso hospitalizado é importante para a prática de cuidados de enfermagem de todos eles (16 UR).
- Na questão nº 9: 10 enfermeiros (62,5%) consideram que efetuam a avaliação do estado cognitivo e 6 enfermeiros (37,5%) reconhecem que o fazem de forma parcial. Na questão nº 9.1 questionou-se de que forma os enfermeiros avaliam o estado cognitivo do idoso hospitalizado e que informações procuram colher. Os enfermeiros destacaram a avaliação da orientação espaço-temporal (16 UR), memória (6 UR), atenção (3 UR) e linguagem (6 UR), referindo que o fazem questionando o cliente essencialmente (16 UR). Apenas dois enfermeiros mencionam pertinente a envolvimento da família (2 UR), de forma a perceber o padrão comportamental habitual do cliente.
- Na questão nº 10, os enfermeiros salientaram dificuldade na avaliação do estado cognitivo associada à inexistência de um instrumento que uniformize a avaliação para todos os enfermeiros do serviço (8 UR); Destacaram dificuldade na avaliação cognitiva em clientes afásicos e com défices sensoriais, destacando que muitas vezes estes não levam de imediato para o internamento os auxiliares de visão e audição (4 UR); Também destacaram a falta de disponibilidade dos profissionais (10 UR) para fazer uma avaliação completa e a dificuldade em recolher informações (4 UR) junto dos cuidadores (por ausência de visitas ou por indisponibilidade do enfermeiro).

Desta forma, constatou-se que o conceito de delirium é confundido com outros, que se desconhecem instrumentos de avaliação específicos de delirium e, ainda, que os enfermeiros reconhecem algumas limitações na avaliação do estado cognitivo do cliente idoso hospitalizado. Neste sentido, destaca-se a necessidade de formação para esclarecimento do conceito de delirium e suas manifestações, e investimento na divulgação de instrumentos de avaliação do estado cognitivo e de delirium. Outras intervenções a desenvolver será possibilitar um maior envolvimento da família no internamento e o incentivo à colocação dos dispositivos auxiliares de visão, audição e fala nos clientes internados.

Apêndice VIII:
Poster científico

Intervenções de Enfermagem no Idoso Hospitalizado com *Delirium*: A parceria com o idoso na promoção do cuidado de Si

Morais, Cristina (cmmorais@campus.esel.pt); Gomes, Idalina; Cuco, Célia

Âmbito: 3º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa Idosa, UC: Estágio com relatório num Serviço de Medicina de um Hospital Central de Lisboa (SMHCL).

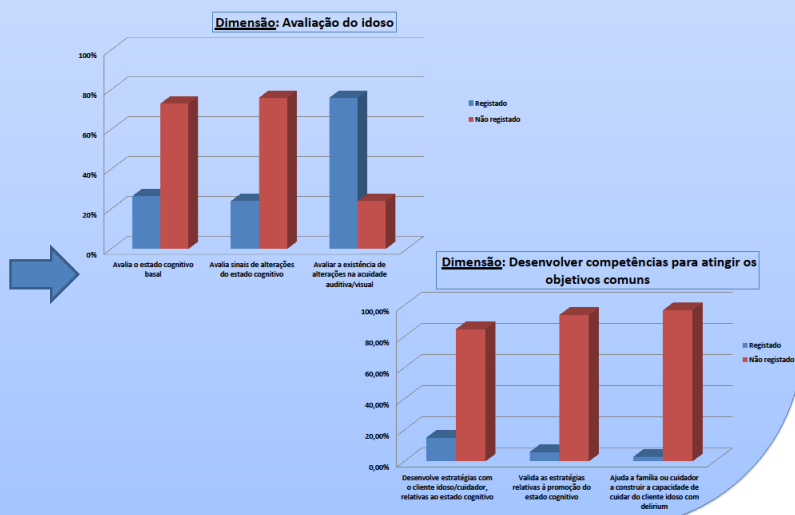
A população idosa representa um grupo particularmente vulnerável aos efeitos adversos da hospitalização¹, sendo o delirium das complicações mais comuns². Encontrando-se os enfermeiros numa posição privilegiada, devem prevenir, reconhecer e intervir em quadros de delirium, de forma a promover uma vida autónoma e o envelhecimento ativo.

Enquadramento teórico: O delirium define-se como uma perturbação da consciência, uma alteração do estado cognitivo ou o desenvolvimento de um distúrbio na perceção, que se desenvolve num curto período de tempo, podendo ser flutuante, mas não sendo explicado por uma demência pré-existente². Existe uma alta taxa de incidência de delirium em meio hospitalar, encontrando-se este associado ao declínio funcional e cognitivo, aumento do tempo de internamento, morbilidade, institucionalização e mortalidade². Muitos casos são preveníveis pela identificação dos fatores de risco, pelo uso de instrumentos de avaliação e de protocolos de intervenção de Enfermagem³, podendo o modelo de parceria ajudar a conhecer a pessoa idosa e a intervir, promovendo o cuidado de si⁴.

Objetivos: Contribuir para a prevenção do delirium no idoso hospitalizado, tendo uma intervenção em parceria que promova o cuidado de si.

Metodologia: Elaborado sob a metodologia de projeto: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução/avaliação e divulgação dos resultados⁵. Período: Outubro/2012 a Fevereiro/2013. Atualmente, na fase de diagnóstico, os dados foram recolhidos através da observação das práticas, análise dos registos de enfermagem (33 processos, com base numa grelha de observação que inclui as cinco fase do modelo de parceria) e aplicação de um questionário a 16 enfermeiros do serviço. A análise dos dados foi realizada pela análise de conteúdo e estatística descritiva.

Resultados: Dos questionários constatou-se que o conceito delirium é confundido com outros e desconhecem-se instrumentos de avaliação específicos. Relativamente a uma intervenção em parceria é importante investir no registo do conhecimento que se tem da pessoa e do seu projeto de vida, e ainda das estratégias desenvolvidas, de que são exemplo os gráficos que se apresentam. A observação das práticas mostra que nem todo o trabalho realizado acaba refletido nos registos de enfermagem.



Conclusão: O conhecimento específico da pessoa idosa, nomeadamente os fatores predisponentes do delirium, ajuda a estabelecer um trabalho de parceria com o idoso hospitalizado e família que vise a prevenção do declínio cognitivo e funcional, permitindo que a pessoa idosa prossiga a sua trajetória de vida, promovendo o cuidado de Si e um envelhecimento ativo.

Sugestões: A implementação de programas ou protocolos que abordem o delirium, e o uso de escalas (CAM), visando a prevenção do declínio cognitivo e funcional durante o internamento.

Referências bibliográficas:

1 - Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: A framework of six "marker conditions" can help focus assessment of hospitalized older patients. *American Journal of Nursing*, 107(1), 40-48; 2- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV – TR*, 4ª ed. American Psychiatric Association: Washington. ISBN 0-89042-024-6; 3 - Bergmann, M. [et al.] (2005). A model for management of delirious postacute care patients. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 53(10), 1817-1825; 4 - Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e doente idoso no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa: Lisboa. Tese de Doutoramento; 5 - Ruivo, M. [et al.] (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 2-37.

Apêndice IX:

Plano da primeira sessão de formação

Plano da sessão de formação

Tema: Intervenções de Enfermagem na Detecção de *Delirium* no Idoso

Hospitalizado: A parceria com o idoso na promoção do cuidado de si.

Formadora: Cristina Morais

Data e hora: 8 de Novembro de 2012

Duração: 45 min

Local: Serviço Medicina

Finalidade: Pretende-se com a sessão de formação a apresentação do projeto de estágio aos enfermeiros do serviço.

População alvo: Todos os enfermeiros do serviço Medicina

<u>Objetivos</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Recursos</u>
1. Contextualizar a problemática do delirium no cliente idoso hospitalizado	O envelhecimento Delirium	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
2. Apresentar o projeto de estágio	Delirium no idoso hospitalizado		
3. Envolver a equipa de enfermagem no projeto elaborado para desenvolvimento de intervenções de enfermagem na deteção de delirium, em parceria com o idoso hospitalizado	Intervenções de enfermagem		

Apêndice X:

Grelha de avaliação da sessão de
formação

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Para o preenchimento deste impresso, deverá assinalar com um círculo em redor do número que exprime a sua opinião, de acordo com a legenda:

- 1- Insuficiente
- 2- Suficiente
- 3- Bom
- 4- Muito Bom

1. Adequação dos objectivos (à população e às necessidades de formação)

1 2 3 4

2. Transmissão de conteúdo (em concordância com os objectivos)

1 2 3 4

3. Transmissão dos conteúdos (domínio da matéria, sequência lógica, adequação aos formandos)

1 2 3 4

4. Relação pedagógica da formanda (atitude, interactividade, pontualidade)

1 2 3 4

5. Adequação dos métodos utilizados

1 2 3 4

6. Utilização de meios e suportes pedagógicos

1 2 3 4

7. Documentação de apoio à formação

1 2 3 4

Sugestões/ Críticas/ Comentários:

Assinatura (Facultativa): _____

___/___/___

Apêndice XI:

Plano da segunda sessão de formação

Plano da sessão de formação

Tema: Implementação do algoritmo do Confusion Assessment Method ; O Modelo de Parceria de Gomes (2009)

Formadora: Cristina Morais

Data e hora: 29 de Novembro de 2012

Duração: 45 min

Local: Serviço Medicina

Finalidade: A implementação na dinâmica do serviço a avaliação do delirium, através da aplicação do algoritmo do CAM, utilizando o modelo de parceria como estratégia de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

População alvo: Todos os enfermeiros do serviço Medicina

<u>Objetivos</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Recursos</u>
1. Introduzir na dinâmica do serviço o algoritmo do CAM; 2. Operacionalizar os cuidados prestados segundo o modelo de parceria em enfermagem.	Apresentação do instrumento de avaliação, algoritmo do CAM, explicitando a sua origem, tradução e validação para a população portuguesa, e o seu modo de utilização e preenchimento. Abordado o modelo de parceria em enfermagem e as cinco fases que o contemplam, salientando o assegurar o cuidado do Outro e a capacitação do cuidador/família.	Método expositivo; Casos práticos; Discussão de grupo	Data show Computador

Apêndice XII:

Guia de conteúdo do documento orientador

1. Sessões de Formação do Projeto:

**“Intervenções de Enfermagem no Idoso Hospitalizado com *Delirium*:
A parceria com o idoso na promoção do cuidado de Si”**

1. Apresentação do projeto, abordando o delirium, o delirium no idoso hospitalizado e as intervenções de enfermagem;
2. A parceria nos cuidados de enfermagem ao idoso hospitalizado – Modelo de Parceria; Implementação do algoritmo do confusion assesement method (CAM).

2. Avaliação do MMSE e do algoritmo do CAM.

3. Artigos que esclarecem a aplicação do algoritmo do CAM:

- Waszynski, C. (2007). Detecting Delirium. *American Journal of Nursing*, 107(12), 50-59.
- Waszynski, C.; Petrovic, K. (2008). Nurses' Evaluation of the Confusion Assessment Method: A Pilot Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(4), 49-56.

4. Intervenções de enfermagem no Idoso Hospitalizado com Delirium, usando a metodologia de revisão sistemática de literatura.

5. Escalas de avaliação multidimensional do idoso:

- A) CAM;
- B) MMSE;
- C) Mini-nutritional assessment;
- D) Índice de Barthel (ABVD);
- E) Índice de Lawton e Brody (AIVD).

Apêndice XIII:

Estudo de caso

Estudo de Caso

Durante a hospitalização, o idoso é forçado a encontrar novas estratégias de adaptação ao ambiente hospitalar, envolvendo o desenvolvimento de novas competências, relacionamentos e papéis (Schumacher et al, 1999). Neste sentido, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental no conhecimento da pessoa e na planificação de cuidados negociados que permitem capacitar o idoso hospitalizado e família/cuidadores (Gomes, 2009).

A elaboração de um estudo de caso revela-se uma metodologia essencial, uma vez que proporciona uma assistência individual e personalizada a uma situação real (Galdeano et al, 2003). O enfermeiro desempenha um papel de facilitador nas transições, pois observa, procura entender e analisa uma determinada situação real, planificando intervenções que permitam uma transição saudável do cliente idoso hospitalizado (Meleis et al, 2000).

A título de exemplo, segue um estudo de caso elaborado no decorrer do estágio, estruturado seguindo as fases do modelo de parceria (Gomes, 2009):

DESCRIÇÃO DO CASO

REVELAR-SE

- **Identificação da pessoa idosa**

A Sr.^a AC tem 85 anos de idade, de biótipo humano branco, nasceu e reside em Lisboa. Estudou até à 3^a classe, tendo desenvolvido a profissão de costureira, atualmente reformada. Apresenta-se como católica não praticante.

Foi casada por duas vezes, tendo enviuvado dos dois casamentos. Tem um filho do seu primeiro relacionamento e dois netos.

- **Contexto de vida da pessoa idosa**

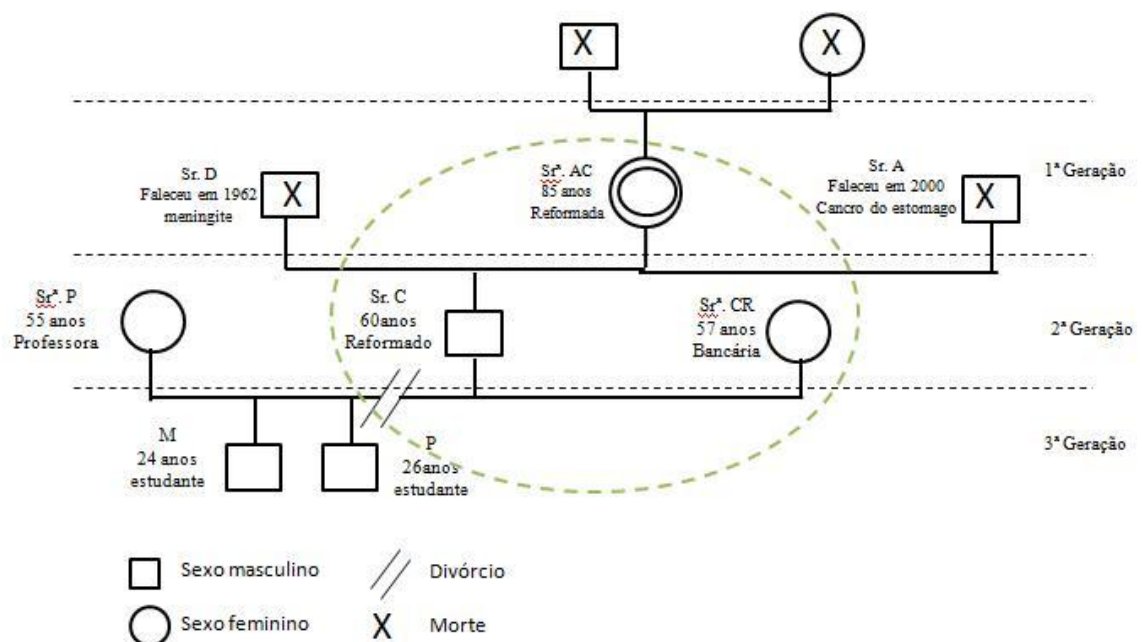
A Sr.^a AC enviuvou do 1º marido há cerca de 50 anos, tendo este falecido vítima de meningite. O seu filho (o Sr. C) tinha 10 anos na altura. Cerca de 12 anos depois, voltou a casar, com o Sr. A, que faleceu em 2000, vítima de cancro do estômago.

A Sr.^a AC vivia sozinha num apartamento na região da Amadora, no entanto há cerca de 2 anos, devido a problemas de saúde, mudou-se para casa do filho, no Lumiar. Reside com este e com a sua companheira, numa moradia com boas condições de salubridade e acessibilidade, de 4 assoalhadas de pequenas dimensões. Segundo o filho da Sr.^a AC, por vezes, esta apresenta-se agitada e com ideias persecutórias, relacionadas com a atual companheira e com a sua ex-mulher.

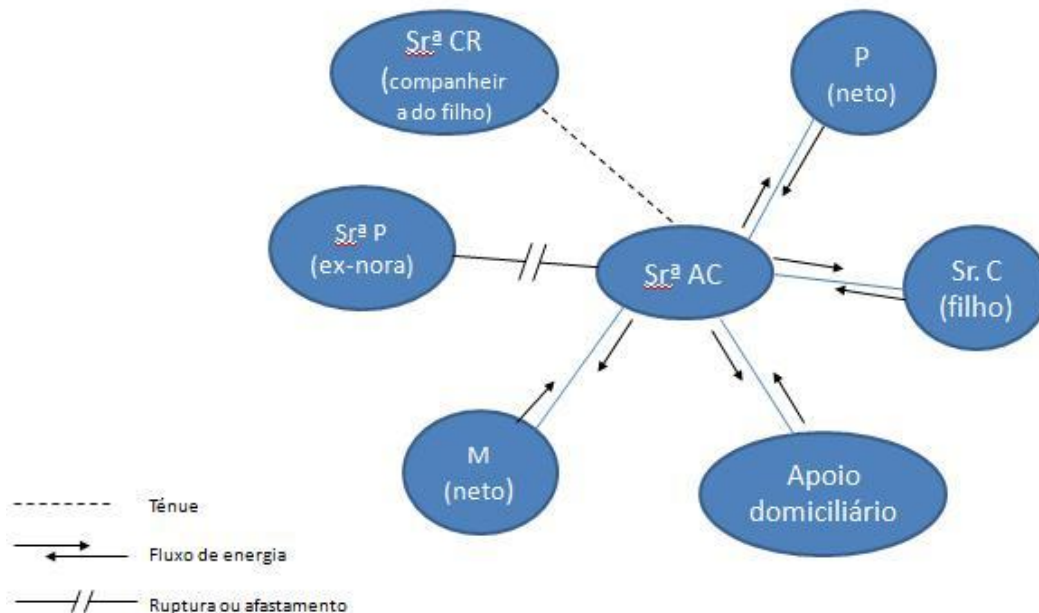
Tem apoio domiciliário, para os cuidados de higiene e para a alimentação ao almoço. O filho, contabilista já reformado, fica com ela o resto do dia, prepara-lhe as restantes refeições e é responsável pela administração e gestão da sua medicação.

A Sr.^a AC raramente sai de casa, e quando o faz é na companhia do filho. Desloca-se dentro de casa com auxílio de uma bengala e refere “passar o tempo” a ver televisão e revistas. Refere, com tristeza, já não conseguir fazer renda e que o tempo lhe fez perder as suas amizades.

- **Genograma**



- **Ecomapa**



- **Impacto da doença e o seu significado na sua vida**

A Sr.ª AC apresenta como principal motivo de internamento o aparecimento súbito de hemiparésia direita, acompanhado por disartria.

Tem como antecedentes pessoais, status pós três episódios de acidente vascular cerebral isquémico, demência mista (frontotemporal e vascular), hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, hipercolesterolémia, doença osteoarticular degenerativa, pneumonia hipoxemiante, insuficiência respiratória parcial crónica e hipoacusia bilateral, com prótese auditiva à direita.

Medicada no domicílio com: Omeprazol 20mg, em jejum; Perindopril 4mg, id ao pequeno almoço (PA); Bisoprolol 2,5mg, id ao PA; Ácido acetilsalicílico 100mg, id ao almoço; Sinvastatina 40mg, id ao jantar (J); Sertralina 50mg, id ao PA; Alprazolam 0,25mg, 2id ao PA e J; Halcion 0,5 mg, id à ceia; Donepezilo 5mg, id ao J; Risperidona 1mg, em SOS.

Para a Sr.ª AC a doença é responsável pela sua perda de memória, assim como pelas limitações que possui. Esta sente-se incapacitada, referindo que não consegue fazer nada sozinha, mas argumenta que já trabalhou muito, pelo que não precisa de o fazer agora.

- **Conhecimentos e recursos do doente idoso**

A Sr.^a AC refere ter o apoio do filho e de apoio domiciliário.

Apesar de saber ler, com auxílio de óculos, não consegue escrever com caligrafia legível.

No que concerne à sua doença, não consegue descrever os seus problemas de saúde de forma sistemática, nem explicar o tratamento farmacológico e não farmacológico que segue, referindo que é muita informação para si e que a “cabeça não fixa nada”. O filho revela-se o principal cuidador e estrutura de apoio.

ENVOLVER-SE

Para definir as intervenções de enfermagem individuais e adequadas às necessidades da Sr.^a AC, foi realizada uma avaliação multidimensional utilizando diferentes instrumentos de avaliação.

A Sr.^a AC encontra-se sonolenta, com flutuação do nível de consciência, uma vez que durante a noite se apresentou inquieta e com agitação motora, a tentar sair do leito.

Adaptando a prótese auditiva revela-se comunicativa, com discurso fluente, maioritariamente coerente, mas com períodos de confusão. Apresenta dificuldade em focar a atenção, distraíndo-se facilmente. Orientada na pessoa, mas desorientada no tempo e espaço. Através da aplicação do Mini-mental State Exam (MMSE), foi obtido um score de 14, indicando a existência de um défice cognitivo. Este revela alterações nas áreas da orientação, atenção e calculo, evocação e linguagem. Aplicando posteriormente o Algoritmo do Confusion Assessment Method (CAM), poderemos considerar o diagnóstico de delirium, pois a Sr.^a AC revela a presença das 4 principais características, flutuação e alterações agudas do estado mental, desatenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência.

Apresenta pele e mucosas descoradas e pouco hidratadas, sendo renitente à ingestão hídrica. Alimenta-se pela sua mão, com os alimentos previamente preparados e cortados, de cerca de metade da dieta fornecida. Através da aplicação do Mini-nutritional Assessment (MNA), foi obtido uma pontuação de

15, revelando desnutrição. Este valor associa-se ao facto de existir problemas neuropsicológicos, como a demência, pela perda ponderal nos últimos meses e encontrar-se polimedicada.

Realiza marcha com o auxílio do enfermeiro, uma vez que a doente apresenta desequilíbrio. Desloca-se ao WC, mas por vezes apresenta incontinência urinária e fecal. Com recurso ao Índice de Barthel, obteve-se um score de 13 (0-20), indicando uma dependência moderada nas suas ABVD. Esta está associada à incapacidade de cuidar da sua higiene pessoal, mobilidade e incontinência vesical e fecal.

Relativamente às atividades instrumentais de vida diária, utilizando o Índice de Lawton, resultou um score de 26, indicando dependência. A alteração do estado cognitivo, correlacionado pela presença de demência, afeta a capacidade na realização de funções executivas.

Na avaliação da escala de Braden, o resultado de 16 pontos, revela a presença de um alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, essencialmente relacionado com a incontinência vesical e fecal e as alterações na mobilidade. Também associadas às alterações da mobilidade e cognição, o preenchimento da escala de Morse, revelou um elevado risco de queda, com um score de 65 pontos.

Da avaliação das relações familiares, esta revelou um Apgar familiar de 7 pontos, constituindo-se como uma família funcional. Já utilizando a Escala de Graffar, esta indicou um bom nível socioeconómico, com a obtenção de 13 pontos (Classe II).

CAPACITAR E POSSIBILITAR

Após o conhecimento aprofundado da pessoa e estabelecimento de uma relação de confiança, torna-se importante identificar as necessidades e possibilitar a concretização de capacidades potenciais em reias.

Neste sentido, foi envolvida a cliente e a sua família, torando-os parceiros nos cuidados durante o tempo de hospitalização, tendo em vista o planeamento da alta e uma transição saudável do hospital para casa.

Dadas as limitações da Sr.^a AC, e o facto do seu filho ser a pessoa de referência, muito presente no internamento, foram identificadas as

necessidades, não só da Sr.^a AC, mas também as do seu filho, de modo a fornecer conhecimentos e estratégias que lhe possibilitem e facilitem a sua recuperação.

A mobilidade e a capacidade de locomoção representam um problema que deverá ser refletido de forma a atenuar o impacto destes nas atividades de vida diária da Sr.^a AC. É necessário intervir na capacitação do cuidador em relação a estratégias que permitam assegurar a manutenção da atividade física da Sr.^a AC, através da correta técnica de marcha e apoio. O cuidador referiu “medo” de ocorrência de quedas, sendo sugeridas estratégias como a remoção de tapetes, uso de calçado adequado e a aplicação de grades de proteção no leito.

A presença de incontinência fecal e vesical aumenta os riscos, como alterações da integridade cutânea e aparecimento de infeções urinárias, pelo que é necessário desenvolver intervenções preventivas. O aporte hídrico e nutricional adequados revelam-se importantes, uma vez que são necessários à manutenção de reservas funcionais, essenciais face à sua situação de doença. O défice cognitivo apresenta-se como uma área de intervenção prioritária, uma vez que compromete a satisfação de todas as necessidades anteriormente abordadas.

COMPROMETER-SE

Com base na negociação e no princípio do compromisso, foi elaborado um plano de cuidados segundo a taxonomia CIPE, a ser instituído pelos enfermeiros do serviço em parceria com a Sr.^a AC e o seu filho.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Confusão aguda	• Avaliar as funções cognitivas, com recurso ao MMSE e CAM; • Promover comunicação adequada, com tom de voz suave e calmo, utilizando técnicas de orientação e validação, se necessário;

	• Promover a orientação da doente no espaço/tempo/pessoa, utilizando relógio, auxiliares de visão e audição e lembretes; • Manter um ambiente calmo e seguro; • Regular o padrão de sono, evitando sestas, reduzindo o ruído e iluminação durante a noite. • Estimulação cognitiva diurna com jogos didáticos, como puzzles; • Envolver a família, incentivando a sua presença e de objetos pessoais no quarto.
Mobilidade comprometida	• Estimular a independência através do aumento da amplitude de movimentos (e.g., lavando os dentes, penteando o cabelo); • Estimular a mobilidade, com levante para cadeirão e deslocação até ao WC com ajuda parcial dos enfermeiros e do filho, pelo menos duas vezes por turno; • Promover reabilitação, articulando com a fisioterapeuta e enfermeira especialista de reabilitação.
Eliminação comprometida	• Estabelecer hábitos de eliminação regulares, oferecendo a arrastadeira, de 2 em 2 horas, e incentivando a ida ao WC, pelo menos 2 vezes por turno; • Incentivar a realização de higiene genital, pelo menos uma vez por turno, para prevenção de infeções urinárias; • Vigiar a integridade cutânea.
Hidratação e nutrição comprometida	• Promover uma alimentação adequada e personalização da dieta segundo os seus gostos – articulação com a dietista/nutricionista; • Incentivar a ingestão hídrica, cerca de 10 minutos antes da ida ao WC; • Estimular a realização de higiene oral, pelo menos após cada refeição; • Estimular a utilização de prótese dentária.
Risco de queda	• Promover a utilização de equipamento para prevenção de quedas, como elevar as grades da cama e colocar o plano

	da cama baixo; • Assegurar o uso de calçado adequado e utilização de auxiliar de marcha; • Promover ensino ao filho sobre o seu posicionamento aquando dos períodos de marcha e remoção de tapetes em casa.
--	---

ASSEGURAR OU ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI

Neste caso, a Sr.^a AC apresenta défices que lhe dificultam o cuidado de si, tendo o filho, enquanto cuidador principal, um papel primordial no assegurar o controlo pelo cuidado da mãe, possibilitando o seu trajeto de vida. Com a implementação deste plano de intervenção, a Sr.^a AC apresentou melhoria do score dos instrumentos avaliados, logo no dia seguinte. O incentivo à atividade física, regulou os padrões de eliminação diurna e regulou os ciclos do sono.

A Sr.^a AC teve alta, após 7 dias de internamento, apresentando uma melhoria do seu estado confusional e com incontinência apenas no período noturno, sendo que o seu filho demonstrou ter incorporado a capacidade para dar continuidade às intervenções desenvolvidas, assegurando o cuidado do outro (a Sr.^a AC). Este acionou o apoio domiciliário, para os cuidados de higiene e para a alimentação, e referiu ter removido os tapetes das áreas de circulação e adquirido grades de proteção para o leito.

Durante o internamento, os enfermeiros também apresentam um papel importante, assegurando a continuidade do projeto de vida, assegurando o cuidado da Sr.^a AC, quando necessário, exigindo uma intervenção continuada e adaptada a cada momento. Os enfermeiros, em parceria com a Sr.^a AC e o seu filho, identificaram, planearam, intervieram e capacitaram o filho de modo a assegurar o projeto de vida da Sr.^a AC.

.

Apêndice XIV:

Análise da observação final dos registros de
enfermagem

Observação e Análise final dos registos dos processos

No período de 28/01/2013 a 07/02/2013, foram analisados 28 processos de clientes com idade ≥ 65 anos, sendo que a população idosa representava 84,8% da população internada no serviço.

1ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Revelar-se

<u>Identidade do cliente idoso</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Nome preferido	16 (57%)	12 (43%)	0 (0%)
Idade	28 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Estado Civil	12 (43%)	16 (57%)	0 (0%)
Habilitações literárias	3 (11%)	25 (89%)	0 (0%)
Profissão	6 (21%)	22 (79%)	0 (0%)
Crenças religiosas	0 (0%)	28 (100%)	0 (0%)

<u>Contexto de vida (situação sociofamiliar)</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Com quem habita	27 (96%)	1 (4%)	0 (0%)
Condições habitacionais	0 (0%)	28 (100%)	0 (0%)
Cuidador principal/Pessoa de referência (nome e contacto)	22 (79%)	6 (21%)	0 (0%)
Situação económica (referencia a dificuldades)	0 (0%)	28 (100%)	0 (0%)
Ocupação dos tempos/Hobbies/ Projeto de vida	0 (0%)	28 (100%)	0 (0%)
Suporte social	4 (14%)	24 (86%)	0 (0%)

<u>Contexto da doença</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Diagnósticos	28 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Antecedentes Pessoais	28 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Medicação habitual do domicílio	27 (96%)	1 (4%)	0 (0%)
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física)	10 (36%)	18 (64%)	0 (0%)
Impacto da doença	4 (14%)	24 (86%)	0 (0%)

<u>Rede de apoio</u>	Registado	Não registado	Não aplicável
Apoio domiciliário (enfermagem ou social)	4 (14%)	12 (43%)	12 (43%)
Frequenta em Centro de Dia	4 (14%)	12 (43%)	12 (24%)
Encontra-se institucionalizado	12 (43%)	16 (57%)	0 (0%)

2ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Envolver-se

<u>Avaliação do cliente idoso</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Avalia o estado cognitivo basal	10 (36%)	18 (64%)	0 (0%)	0 (0%)
Avalia sinais de alterações do estado cognitivo, agitação/apatia, inatenção, confusão ou pensamento desorganizado	20 (71%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (29%)
Avalia a existência de alterações na acuidade auditiva e/ou visual	27 (96%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)

<u>Conhece o cliente idoso/cuidador face ao estado cognitivo</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Avalia a importância que o cliente/cuidador atribui ao estado cognitivo	10 (36%)	18 (64%)	0 (0%)	0 (0%)
Procura conhecer o que o cliente idoso ou o cuidador, sabe sobre o seu estado cognitivo	6 (21%)	22 (79%)	0 (0%)	0 (0%)
Procura conhecer que tipo de ajuda que o cliente idoso e cuidador necessitam para otimizar o estado cognitivo	6 (21%)	22 (79%)	0 (0%)	0 (0%)

3ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Possibilitar/Capacitar

<u>Partilha o poder/construção de uma ação conjunta</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Partilha informação com o cliente idoso/cuidador acerca do seu estado cognitivo	6 (21%)	14 (50%)	0 (0%)	8 (29%)
Realiza educação terapêutica relativamente ao estado cognitivo	9 (32%)	11 (39%)	0 (0%)	8 (29%)
Promove o cuidado de Si, ajudando o cliente idoso/cuidador a manter-se cognitivamente estável	9 (32%)	11 (39%)	0 (0%)	8 (29%)

4ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Comprometer-se

<u>Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Desenvolve estratégias/ estabelece compromissos com o cliente idoso e cuidador, de modo a manter-se cognitivamente estável	9 (32%)	11 (39%)	0 (0%)	8 (29%)
Valida estratégias/objetivos relativos à promoção do estado cognitivo do cliente idoso	4 (14%)	16 (57%)	0 (0%)	8 (29%)
Ajuda a família/cuidador a construir a capacidade de cuidar do cliente idoso com alterações do estado cognitivo	9 (32%)	11 (39%)	0 (0%)	8 (29%)

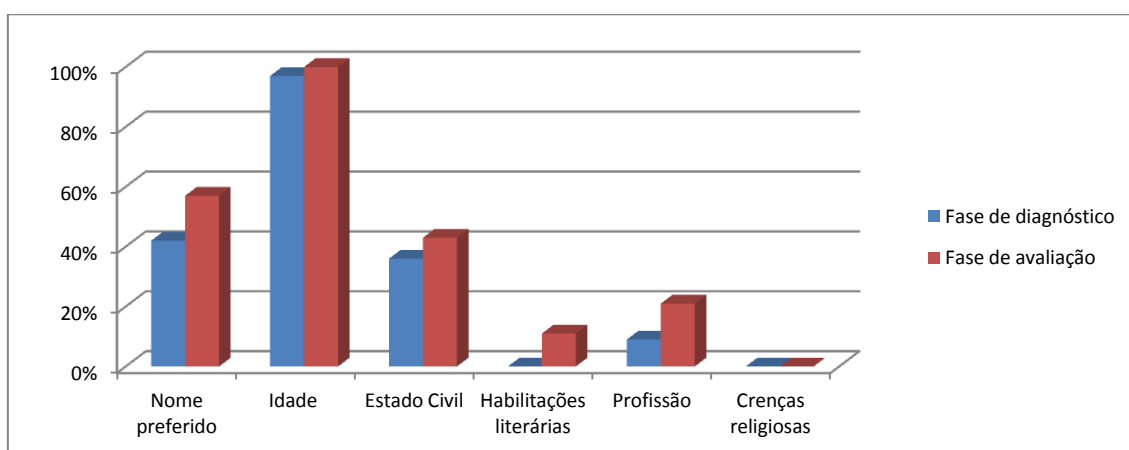
5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Assumir o controlo de Si/Assegurar o cuidado do Outro

<u>Assumir ou assegurar o cuidado de Si</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Garante que o idoso/ cuidador/família são detentores de informação que lhes permitam adotar estratégias de modo a manter-se cognitivamente estável	9 (32%)	11 (39%)	0 (0%)	8 (29%)
Possibilita que o cliente idoso prossiga e tenha controlo no seu projeto de vida e de saúde.	9 (32%)	11 (39%)	0 (0%)	8 (29%)
O cliente idoso demonstra conforto e bem-estar.	8 (29%)	0 (0%)	20 (71%)	0 (0%)
Assegura-se que o cuidador/ família tem conhecimentos acerca de diferentes estratégias, de modo a manter o idoso cognitivamente estável	4 (14%)	16 (57%)	0 (0%)	8 (29%)
Valida com o cliente idoso e cuidador, o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessitem.	0 (0%)	28 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

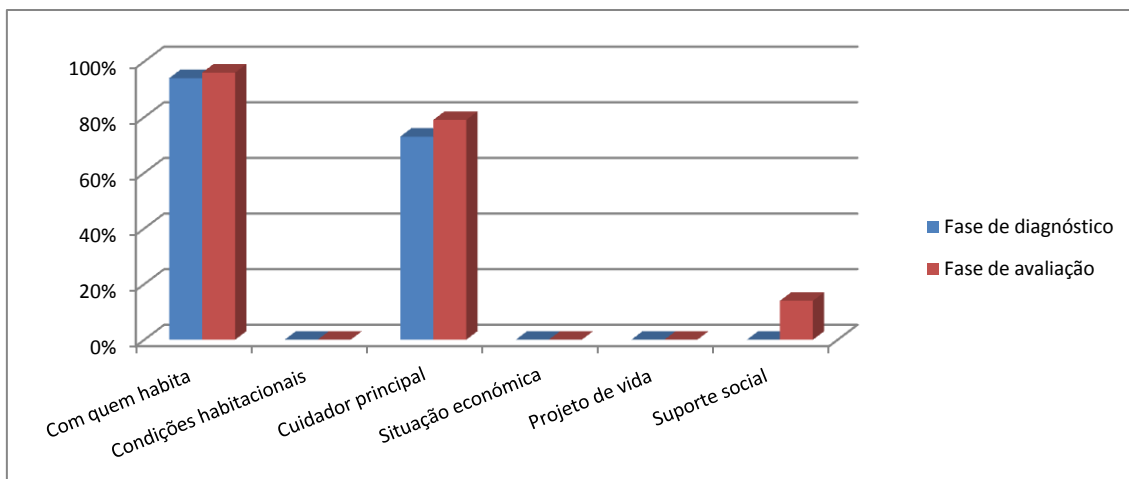
Análise

A análise dos registos de enfermagem, no final do estágio, permitiu-me realizar uma análise comparativa e visualizar os resultados do investimento realizado junto da equipa de enfermagem. Para esta comparação foi tido em conta apenas os resultados considerados “registados”, sendo que “incompletos” foram considerados como “não registados”. Na determinação da percentagem dos “registados” foram excluídos os “não aplicáveis”, sendo o total de registos, para cálculo das percentagens, resultante da soma dos “registados”, “não registados” e “incompletos”.

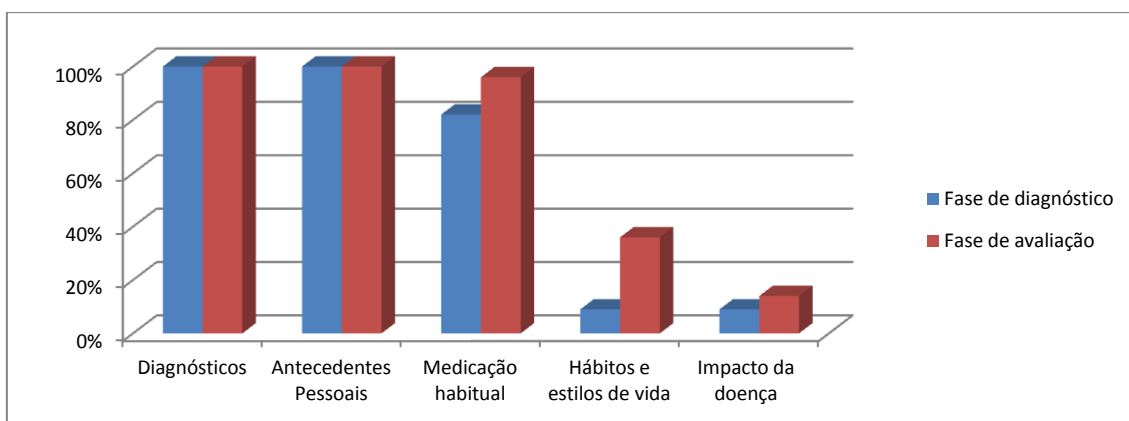
Desta forma, relativamente à primeira fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), revelar-se, verificou-se um aumento da percentagem de registo em todos os itens do indicador “identidade do cliente idoso”, exceto no item “crenças religiosas”.



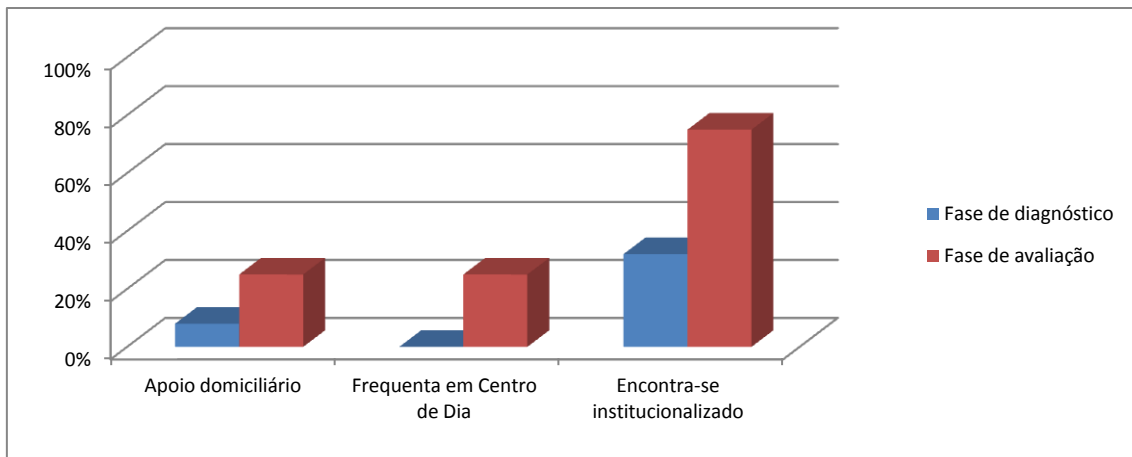
No indicador referente ao “contexto de vida”, o gráfico descreve um aumento da taxa de registo em relação aos itens “com quem habita”, “cuidador principal” e “suporte social”. Em relação aos itens “condições habitacionais” e “projeto de vida” não se obteve evolução, podendo este fato estar associado à inexistência de um espaço determinado na folha de colheita de dados.



Relativamente ao indicador “contexto de doença”, já na observação inicial se registou uma taxa de registo elevada, tendo-se obtido nesta observação final uma melhoria do registo da “medicação habitual”, “hábitos e estilos de vida” e “impacto da doença”.



No indicador “rede de apoio” constatou-se um aumento do registo em todos os itens, sendo que o maior aumento encontrou-se evidenciado no item “encontra-se institucionalizado”, apresentando uma percentagem superior a 60%.

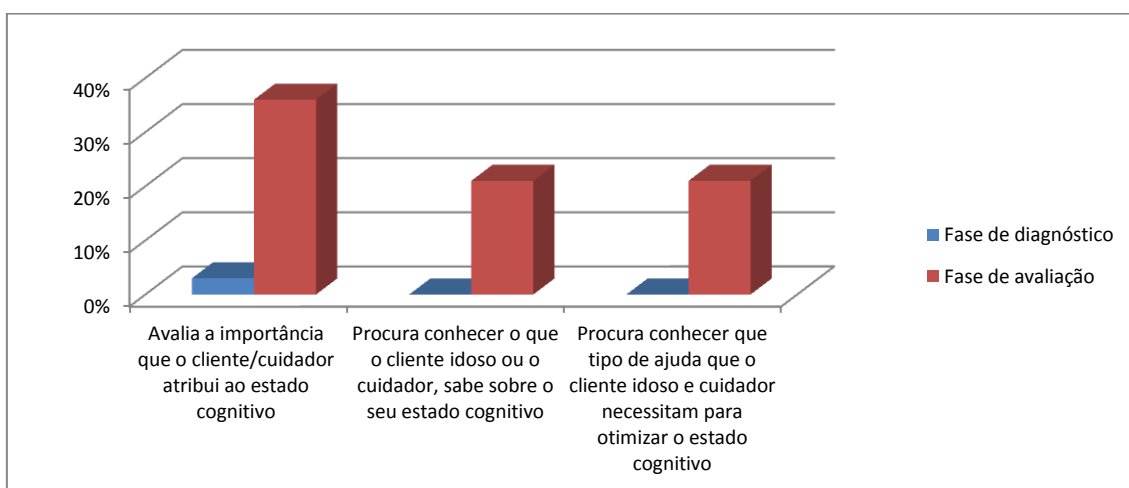
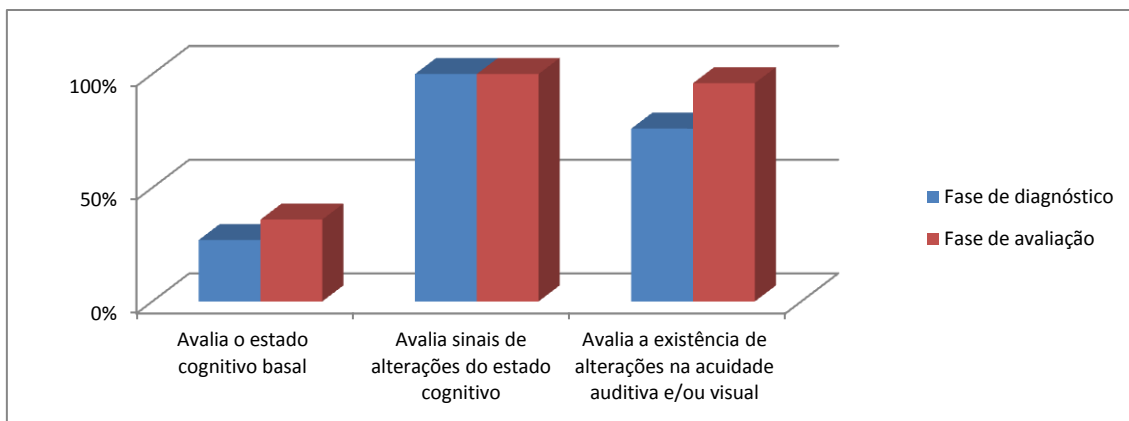


Desta forma poder-se-á concluir que os enfermeiros investiram no registo do conhecimento do cliente idoso nas dimensões da identidade, contexto de vida e de doença e, ainda, na rede de apoio.

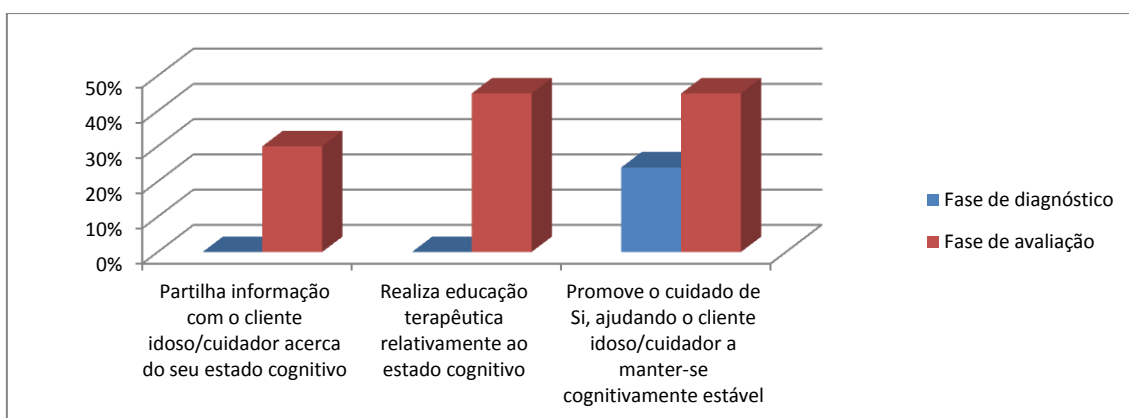
Na segunda fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), envolver-se, constou-se novamente uma melhoria nas percentagens de registo. No indicador “avaliação do cliente idoso” obteve-se um aumento da taxa de registo do “estado cognitivo basal” e da “existência de alterações na acuidade auditiva e visual”, mantendo-se o registo de 100% na existência de “alterações do estado cognitivo”.

Em relação ao indicador “conhece o cliente idoso/cuidador face ao estado cognitivo”, também se verificou um aumento em todos os itens, mais acentuado no “avalia a importância que o cliente/cuidador atribui ao seu estado cognitivo”.

A melhoria verificada nos indicadores desta fase, poderão estar associados à utilização do instrumento algoritmo do CAM, onde se tem em conta as alterações do padrão cognitivo habitual do cliente, e ainda à sensibilidade desenvolvida pelos profissionais no esclarecimento e envolvimento dos familiares/cuidadores na síndrome do delirium.

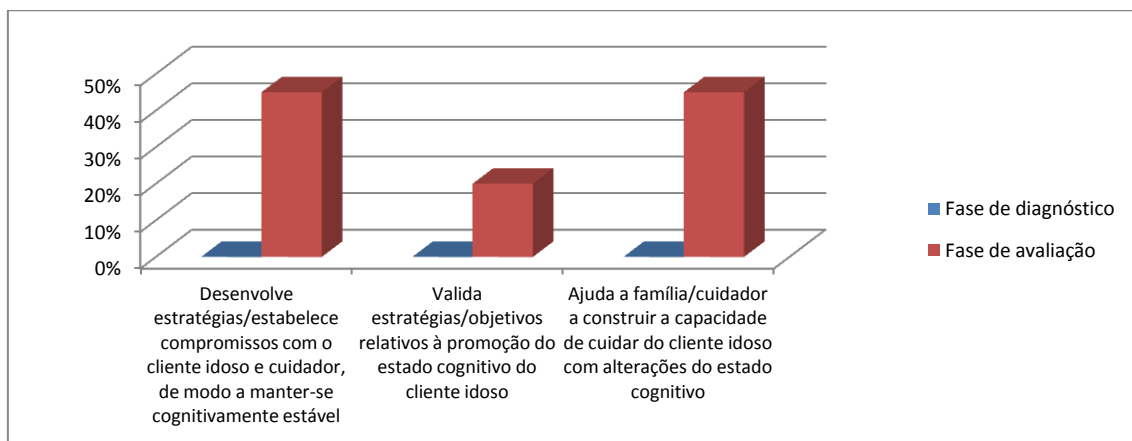


O indicador “partilha o poder/construção de uma ação conjunta”, pertencente à terceira fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), possibilitar/capacitar, similarmente aos anteriores, também verificou uma melhoria nos registos de todos os itens. Este facto demonstra a melhoria no registo da partilha de informação e da educação para a saúde realizada em conjunto com o cliente idoso e os seus familiares/cuidadores.

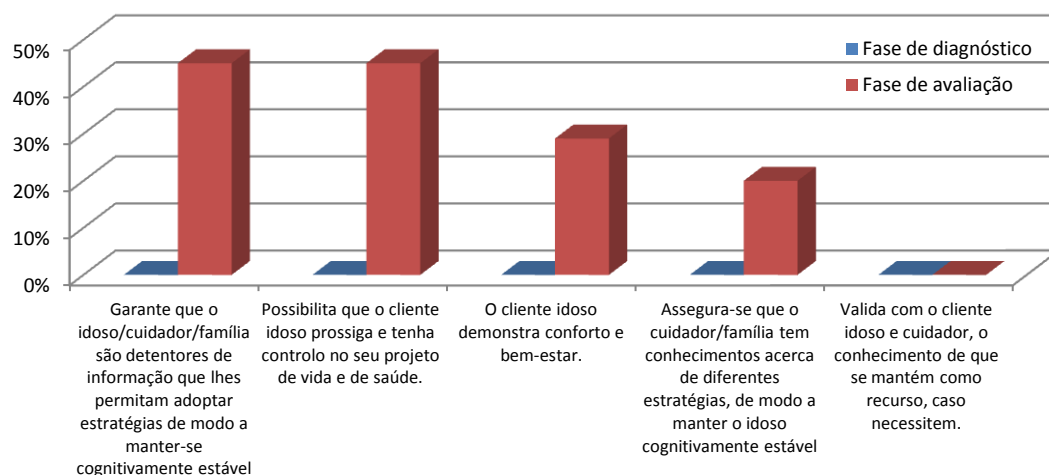


Este facto, poderá estar associado ao registo de intervenções, como “realizados ensinios”, “reorientação”, “mobilização”, “alternância de decúbitos”, “regulação da intensidade da luz”, “fornecida ceia quente”, “regulação do plano da cama”, “elevação das grades de proteção”, “prolongada a hora da visita” e “visita da família”

Analisando o indicador “desenvolver competências para atingir os objetivos comuns” da quarta fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), comprometer-se, denota-se a melhoria da documentação das estratégias negociadas, em parceria entre a equipa de enfermagem e o cliente idoso e os seus familiares/cuidadores. Os itens “desenvolve estratégias/estabelece compromissos com o cliente idoso e cuidador, de modo a manter-se cognitivamente estável” e “ajuda a família/cuidador a construir a capacidade de cuidar do cliente idoso com alterações do estado cognitivo” apresentou o aumento mais significativo, sendo este aproximadamente 40%.



Por fim, o indicador da última fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), assumir o controlo de Si/assegurar o cuidado do Outro, revelou um aumento no registo de todos os itens, exceto no item “valida com o cliente idoso e cuidador, o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessitem”, existindo a necessidade de maior investimento nesta área.



Em conclusão, esta análise comparativa indicou uma melhoria documental dos registos elaborados pelos enfermeiros em todos os indicadores, destacando a evolução dos registos referentes às três últimas fases do modelo de parceria (Gomes, 2009).

A análise reflete o resultado no investimento dos profissionais no registo do conhecimento do cliente idoso hospitalizado, da avaliação das necessidades, da partilha de informação, da negociação e compromisso das estratégias a serem implementadas, revelando o registo das mesmas.

Apêndice XV:

Análise da reflexão da equipa de
enfermagem, recorrendo à aplicação do
Ciclo de Gibbs

CONTRIBUTOS DO PROJECTO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado na Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa, venho convidá-lo(a) a refletir nos contributos do projeto “Intervenções de Enfermagem no Idoso Hospitalizado com *Delirium*: A parceria com o idoso na promoção do cuidado de Si”. Procure recordar uma situação de cuidados a um cliente idoso e procure descrever, com base no Ciclo de Gibbs (1998), como se sentiu e de que forma este projeto contribui para a sua prática de cuidados.



Muito Obrigado pela colaboração,
Cristina Morais

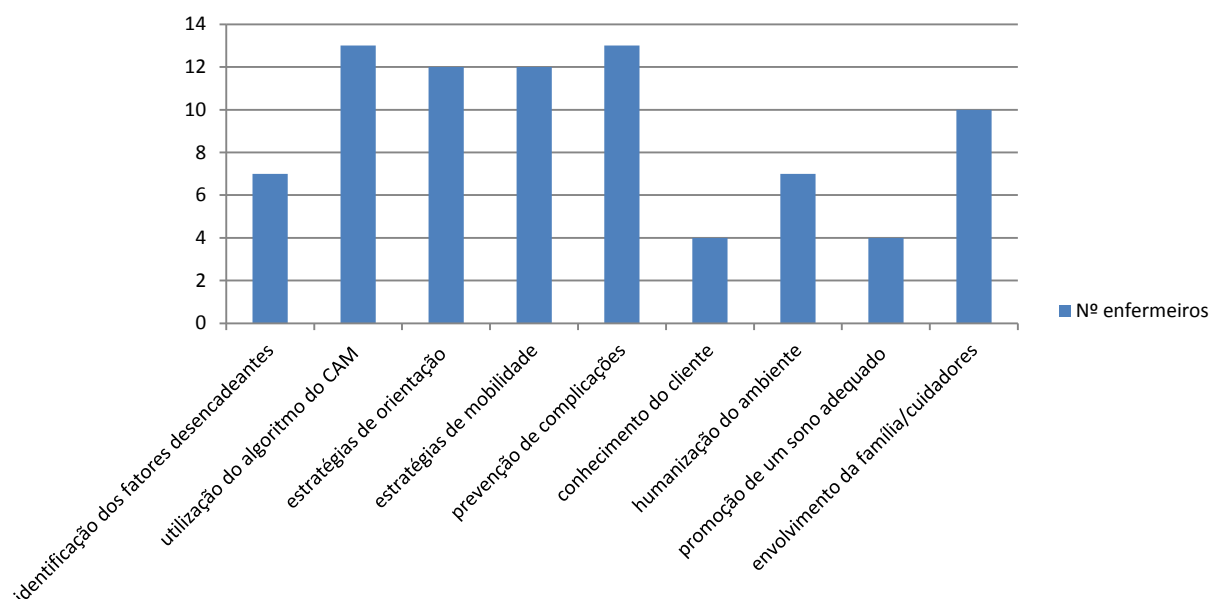
Análise das Reflexões

Com o intuito de descrever a contribuição do projeto na equipa de enfermagem, foi solicitado um momento reflexivo através da aplicação do ciclo de Gibbs, em que expusessem a sua opinião em relação ao projeto implementado, elementos facilitadores e inibidores e considerações futuras.

Nesta reflexão foi proposto que estes descrevessem a sua prestação de cuidados ao cliente idoso, mais especificamente na avaliação efetuada utilizando o algoritmo do CAM e a importância da implementação de estratégias de visem a prevenção, deteção e gestão do delirium. A este pedido responderam 13 enfermeiros, correspondendo a uma adesão de 68% da equipa de enfermagem.

A análise de conteúdo das reflexões descreveu que este projeto se apresentou como um estímulo, nos enfermeiros, na problemática do delirium no cliente idoso (13 UR), fomentando um olhar diferenciado no reconhecimento do delirium, através da identificação dos fatores desencadeantes (7 UR), na utilização do instrumento de avaliação, como o algoritmo do CAM (13 UR), e na implementação de estratégias que focavam a orientação (12 UR), a mobilidade (12 UR) e a prevenção de complicações adversas (13 UR). Os enfermeiros relatam que o projeto desenvolveu, ainda, um investimento no conhecimento do cliente (4 UR), na humanização do ambiente envolvente (7 UR), na promoção de um ciclo de sono adequado (4 UR) e no envolvimento da família/cuidadores nos cuidados prestados (10 UR).

Gráfico 1 - Principais contributos do projeto para os enfermeiros



Os enfermeiros mencionaram sentimentos de satisfação e de mudança de mentalidades, principalmente em relação ao uso da contenção física em clientes (5 UR). O projeto foi relatado como uma experiência positiva (13 UR), na qual se sentiram envolvidos, e importante no seu processo de aprendizagem em equipa (8 UR), mas também no sentido de que se proporcionou um investimento na qualidade dos cuidados prestados aos idosos hospitalizados (5 UR). Como aspetos inibidores à implementação do projeto, os enfermeiros salientaram a sobrecarga de trabalho (13 UR) e a existência de outros projetos no serviço, dificultando o seu total contributo e empenho (5 UR). Concluindo, referiram que a experiência deste projeto os estimula para a continuação da implementação de medidas preventivas, de avaliação e de gestão de casos de delirium em idosos hospitalizados (10 UR).

Apêndice XVI:
Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA
AO IDOSO HOSPITALIZADO E/OU FAMILIAR/CUIDADOR

- Sente que teve uma participação ativa ou que foi envolvido nos cuidados durante a sua hospitalização, ou durante a hospitalização do seu familiar/ alvo de cuidados?
 - Que diferença considera existir com a sua participação nos cuidados?
 - De que forma sentiu que os enfermeiros adequaram os cuidados aos quais foi alvo?
- Para si, qual foi o papel do enfermeiro(a) durante a sua hospitalização e/ou preparação para a alta? Em que medida o enfermeiro(a) o ajudou?
- Sabe a quem recorrer se tiver dúvidas?
- Que outro tipo de informação gostaria de ter recebido?
- Comparando com internamentos anteriores, quais os benefícios resultantes deste processo de parceria nos seus cuidados/ do seu familiar?

Nota: Estas questões são uma linha orientadora da entrevista, sendo que o que se pretende são questões e respostas simples, de forma a identificar os contributos do projeto nos idosos hospitalizados e/ou cuidadores. Apenas será realizada a entrevista aos familiares/cuidadores, quando o idoso hospitalizado não reúna capacidades cognitivas para responder a esta.

Apêndice XVII:
Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do projeto: “Intervenções de Enfermagem na Detecção de *Delirium* no Idoso Hospitalizado: *A parceria com o idoso na promoção do cuidado de Si*”.

Objetivo do estudo: O desenvolvimento deste projeto visa o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na deteção de *delirium* na pessoa idosa hospitalizada. Assim, o objetivo da entrevista, para a qual é convidado a participar, é compreender os efeitos da intervenção de enfermagem.

Procedimento: A participação neste projeto far-se-á através de uma entrevista. A informação obtida na referida entrevista (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98.

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

Declaro ter percebido a informação que me foi dada sobre a natureza do estudo. Fui esclarecido(a) sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste projeto.

____/____/____

Assinatura do Participante

ANEXOS

Anexo I:
Diagnóstico Diferencial

TABLE 53-5

Differential Diagnosis of Altered Mental Status

CHARACTERISTIC	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESSION	ACUTE PSYCHOSIS
Onset	Acute (hours to days)	Progressive, insidious (weeks to months)	Either acute or insidious	Acute
Course over time	Waxing and waning	Unrelenting	Variable	Episodic
Attention	Impaired, a hallmark of delirium	Usually intact, until end-stage disease	Decreased concentration and attention to detail	Variable
Level of consciousness	Altered, from lethargic to hyperalert	Normal, until end-stage disease	Normal	Normal
Memory	Impaired commonly	Prominent short- and/or long-term memory impairment	Normal, some short-term forgetfulness	Usually normal
Orientation	Disoriented	Normal, until end-stage disease	Usually normal	Usually normal
Speech	Disorganized, incoherent, illogical	Notable for parsimony, aphasia, anomia	Normal, but often slowing of speech (psychomotor retardation)	Variable, often disorganized
Delusions	Common	Common	Uncommon	Common, often complex
Hallucinations	Usually visual	Sometimes	Rare	Usually auditory and more complex
Organic etiology	Yes	Yes	No	No

Fonte: INOUE, S.; FEARING, M.; MARCANTONIO, E. (2009) – Delirium. Em: HALTER, J [et al.] – **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**, 6^a ed. EUA: McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 978-0-07-148872-3. p 654.

Anexo II:

MMSE

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)

1 – Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- _____ Em que ano estamos?
- _____ Em que mês estamos?
- _____ Em que dia do mês estamos?
- _____ Em que dia da semana estamos?
- _____ Em que estação do ano estamos?
- _____ Em que país estamos?
- _____ Em que distrito vive?
- _____ Em que terra vive?
- _____ Em que casa estamos?
- _____ Em que andar estamos?

2 – Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

_____ Pera _____ Gato _____ Bola

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

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

27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __

4 – Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

_____ Pera _____ Gato _____ Bola

5 – Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) *“Como se chama isto?” Mostrar os objetos:*

_____ Relógio _____ Lápis

b) *“Repita a frase que eu lhe vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA _____*

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

_____ Pega com a mão direita

_____ Dobra ao meio

_____ Coloca onde deve

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

_____ Fechou os olhos

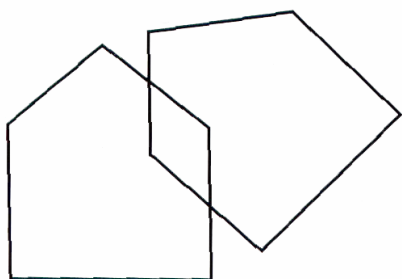
e) *“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.*

Frase: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

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

Cópia:



Defeito cognitivo em função do grau de escolaridade (Analfabetos ≤ 15 ; 1-11 anos de escolaridade ≤ 22 ; Mais que 11 anos de escolaridade ≤ 27).

Fonte: GUERREIRO, M. [et al.] (1994) – Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).

Anexo III:

Versão Completa do 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 Agudo]

Há 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 acompanhar 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 variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

2C. (Se presente)

Por favor, descreva o 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 assunto?

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 variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

3C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

4A. [Nível de Consciência Alterado]

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

Alerta (normal) - 1 Avance para a questão 5

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se 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 variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

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

Por favor, descreva o 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 variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

5C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

6A. [Défice de Memória]

O doente demonstrou problemas de memória durante a entrevista, como por exemplo, incapacidade para recordar acontecimentos do 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 variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

6C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

7A. [Distúrbios Percetuais]

O doente apresentou alguma evidência de distúrbios percetuais, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações erróneas (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 variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

7C. (Se presente)

Por favor, descreva as alterações percetuais.

8A (Parte 1). [Agitação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora excecionalmente aumentado, como por exemplo, inquietação, esgaravatar as roupas da cama, bater com 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 variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

8A (Parte 2). [Lentificação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora excecionalmente diminuído, como por exemplo, lentidão, olhar fixamente o vazio, 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 variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

9A. [Ciclo Sono-Vigília Alterado]

O doente apresentou evidência de distúrbio do ciclo sono-vigília, como por exemplo, excessiva sonolência diurna com insónias durante a noite?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

9B. (Se sim)

Por favor, descreva o distúrbio.

Adapted from: Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel 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.

Traduzido a partir de: INOUE, S. K. - *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide*. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003, atual. 2 Ago. 2011.

Anexo IV:

Algoritmo de diagnóstico do CAM

ALGORITMO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Avaliador:

Data:

1A. *[Início Agudo e Curso Flutuante]*

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

Sim - 1

Não - 2

1B.

O comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

2A. *[Desatenção]*

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar 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

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 assunto?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

4A. [Nível de Consciência Alterado]

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

Alerta (normal) - 1

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estupor (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

**O diagnóstico de *delirium* requer a avaliação
“presente/anormal” para os critérios:
(1A ou 1B) e (2), e (3 ou 4)**

Adapted from: Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel 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.

Traduzido a partir de: INOUE, S. K. - *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide*. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003, atual. 2 Ago. 2011.

Anexo V:

Instrumentos utilizados na avaliação
multidimensional do idoso

Nome do doente: _____ Sala: _____ Cama: _____

ÍNDICE DE BARTHEL	DATA DA AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
	Prévio	Admissão		
QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL: (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
QUANTO A TOMAR BANHO: (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
QUANTO A VESTIR-SE: (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
QUANTO A ALIMENTAR-SE: (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confeccionada, consegue comer sozinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO: (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.				
QUANTO A SUBIR E DESER ESCADAS: (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE: (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, ...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL: (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA: (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.				
QUANTO A IR À CASA DE BANHO: (2) Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.				
PONTUAÇÃO FINAL				
GRAU DE DEPENDÊNCIA				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO				

TOTAL DEPENDÊNCIA (0-8) DEPENDÊNCIA GRAVE (9-12) DEPENDÊNCIA MODERADA (13-19) INDEPENDÊNCIA TOTAL (20)

ESCALA DE BRADEN

AValiação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão

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

Etiqueta do doente

(Se não existir, colocar nome, data de nascimento e

Avaliação de Risco de Queda do Doente: Escala de Morse

Parâmetros		Pontos	Data Avaliação					
História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0						
	Sim	25						
Diagnóstico Secundário	Não	0						
	Sim	15						
Ajuda na mobilização	Nenhuma Com ajuda Acamado/Repouso leito	0						
	Bengala Andarilho Canadiana	15						
	Apoia-se no mobiliário	30						
Terapêutica Endovenosa	Não	0						
	Sim	20						
Marcha	Normal Acamado/repouso no leito Cadeira de rodas	0						
	Lenta	10						
	Alterada Cambaleante	20						
Estado Mental	Orientado/Tem consciência das suas limitações	0						
	Desorientado/Confuso Não tem consciência das suas limitações	15						
Atenção:								
Presença à entrada do IIR								
Reavaliar após queda de 48h								
Reavaliar de 72 dias								
Reavaliar no momento da alta								
Pontuação								
Epidemiário (a)								

Fonte: Adaptação da ESCALA DE MORSE - Avaliação do Risco de Queda. Pontuação: 0-25 = 0 pontos; 26-40 = 15 pontos; 41-60 = 30 pontos; 61-100 = 45 pontos.

O somatório dos vários parâmetros define o nível de risco de queda de um doente, designadamente:

Baixo Risco: Pontuação 0-24

Médio Risco: Pontuação 25-50

Alto Risco: Pontuação > 51

Definição dos Parâmetros da Escala de Morse

1. História de Queda:

Não (zero pontos) - o doente não caiu nos últimos três meses; Sim (25 pontos) - existe registro de queda em qualquer sistema de documentação de saúde (hospital, clínica, etc.)

2. Diagnóstico Secundário

Não (zero pontos) - o doente tem um único diagnóstico; Sim (15 pontos) - o doente tem mais de um diagnóstico médico relacionado ao problema atual.

3. Ajuda na Mobilização

Zero pontos - o doente anda com apoio de terceiros, sorrelhe e sem ajuda de apoio de marcha, em cadeira de rodas, ou com um dispositivo de apoio ou sorrelhe.

15 pontos - o doente anda com ajuda de bengala, andarilho ou canadiana; 30 pontos - o doente apoia-se no mobiliário para andar (corredor, armário, mesa, etc.); 45 pontos - o doente anda sozinho.

4. Terapêutica Endovenosa

Não (zero pontos) - o doente não faz terapêutica endovenosa contínua; Sim (20 pontos) - o doente faz terapêutica endovenosa contínua.

5. Marcha

Zero pontos - o doente apresenta dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 10 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 20 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 30 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 40 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 50 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 60 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 70 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 80 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 90 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões; 100 pontos - o doente tem dificuldade com a cabeça direita, balança os braços para o corpo, passadas, pernas sem flexões.

6. Estado Mental

Zero pontos - o doente apresenta orientamento a pessoas, lugares, situações; 15 pontos - o doente apresenta orientamento a pessoas, lugares, situações; 30 pontos - o doente apresenta orientamento a pessoas, lugares, situações; 45 pontos - o doente apresenta orientamento a pessoas, lugares, situações; 60 pontos - o doente apresenta orientamento a pessoas, lugares, situações; 75 pontos - o doente apresenta orientamento a pessoas, lugares, situações; 90 pontos - o doente apresenta orientamento a pessoas, lugares, situações; 100 pontos - o doente apresenta orientamento a pessoas, lugares, situações.

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

☐

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

☐

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

☐

D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudados últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

☐

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos

☐

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐ ☐

12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais 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

☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

☐

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

☐

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

☐

K O paciente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☐
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

☐ ☐

L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

☐

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

☐ ☐

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

☐

O O paciente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

☐

P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

☐ ☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

☐ ☐

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

☐

Avaliação global (máximo 16 pontos)

☐ ☐ ☐ ☐

Escore da triagem

☐ ☐ ☐ ☐

Escore total (máximo 30 pontos)

☐ ☐ ☐ ☐

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos
de 17 a 23,5 pontos
menos de 17 pontos

☐
☐
☐

estado nutricional normal
sob risco de desnutrição
desnutrido

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? 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

Versão Abreviada

Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007)

Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Pontuação _____

O Índice de Lawton avalia as Actividades Instrumentais de Vida Diária do idoso a que presta cuidados, leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião

Item	AIVD	Cota- ção	Item	AIVD	Cota- ção
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	Uso telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2		Só liga para lugares familiares	2
	Só faz tarefas leves	3		Necessita de ajuda para o usar	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4		Incapaz de usar o telefone	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5			
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	Uso transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só lava pequenas peças	2		Só anda de táxi	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3		Necessita de acompanhamento	3
				Incapaz de usar o transporte	4
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	Uso dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2		Só pequenas quantidades de dinheiro	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3		Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Incapaz de preparar	4			
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	Responsável pela sua medicação	Responsável pela sua medicação	1
	Só faz pequenas compras	2		Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Faz as compras acompanhado	3		Incapaz de se responsabilizar pela medicação	2
	É incapaz de ir às compras	4			3

O a 8 – Independente; 9 a 20 – Moderadamente dependente; 21 a 30 - Dependente

Traduzido e validado para Portugal por: Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

Anexo VI:

Autorização para a utilização do algoritmo do CAM, pelos autores responsáveis pela sua tradução, adaptação e validação à população portuguesa

Cristina Morais (tina_morais@hotmail.com)

Para: fmcsampaio@gmail.com

Exm.º Sr.º Enf.º Francisco Sampaio,

No seguimento de um contacto anterior, acerca de informação sobre o processo de tradução e validação da CAM, venho por este meio solicitar a vossa permissão para utilizar a CAM (Algoritmo de Diagnóstico) no estágio que irei desenvolver no âmbito do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa, a realizar entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013.

Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

Cristina Morais

Francisco Sampaio (fmcsampaio@gmail.com)

Para: Cristina Morais (tina_morais@hotmail.com)

Cara Cristina.

Desde já, está autorizada a utilizar o algoritmo de diagnóstico do CAM, para colheita de dados, no seu estágio do Mestrado.

Amanhã irei defender a minha tese de Mestrado (subordinada ao tema) pelo que, dentro de cerca de uma semana, se quiser, envie-me novamente, um e-mail que eu terei todo o gosto em fornecer-lhe a versão final do instrumento, bem como um exemplar da tese.

Com os melhores cumprimentos,

Francisco Sampaio

Francisco Sampaio (fmcsampaio@gmail.com)

Para: Cristina Morais (tina_morais@hotmail.com)

Cara Cristina,

Tal como "prometido" em e-mail anterior, segue em anexo a versão final do algoritmo do CAM, da versão integral do CAM, e da minha Dissertação de Mestrado.

Espero que a ajude no seu trabalho e, novamente, está autorizada a utilizar o instrumento na sua versão validada para a população portuguesa.

Desde já desejo-lhe, igualmente, sucesso profissional e académico.

Com os melhores cumprimentos,

Francisco Sampaio

Anexo VII:

Avaliação do estágio pela orientadora de
local de estágio

