

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 déficit 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: <ul style="list-style-type: none">• 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 eletrônica 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.

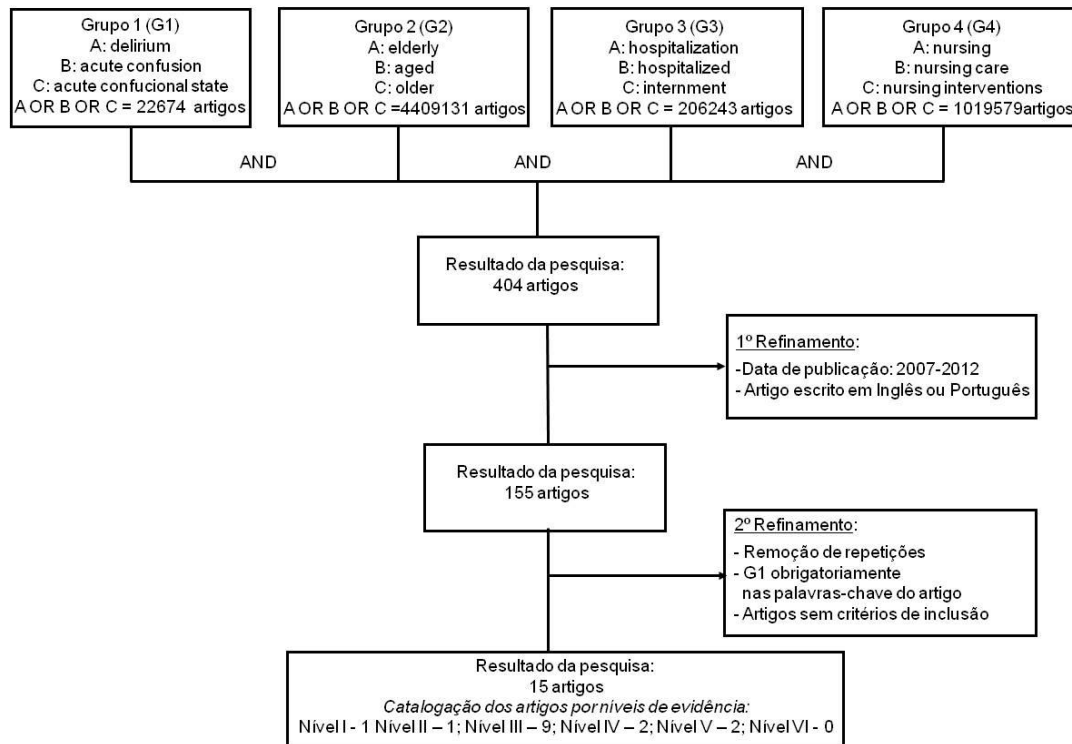


Figura1: Esquematização do procedimento usado na pesquisa bibliográfica efetuada.

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
<p>Steis, M. R. Fick, D. M.</p> <p><i>Are nurses recognizing delirium?</i></p> <p>Journal of Gerontological Nursing, 34(9), 40-48 (2008)</p>	<p>-) Revisão sistemática da literatura quanto ao reconhecimento do delirium pelos enfermeiros.</p> <p>-) Determinar planos de ação que melhorem a formação e intervenção nos casos de delirium.</p>	<p>-) Análise de 10 publicações científicas, publicadas entre 1991 e 2007, relativas ao reconhecimento do delirium em idosos, pelos enfermeiros.</p>	<p>-) Caracterização dos artigos com base em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>-) Dos dez artigos considerados, seis foram classificados como sendo de qualidade ≥ 10.</p> <p>-) Os resultados sugerem que os enfermeiros não reconhecem sintomas chave de delirium e parecem efetuar avaliações superficiais dos estados mentais.</p> <p>-) Para maior eficiência no reconhecimento de delirium, os enfermeiros necessitam de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>I</p>
<p>Fick, D. M. Hodo, D. M. Lawrence, F.</p> <p><i>Recognizing delirium superimposed on dementia</i></p> <p>Journal of Gerontological Nursing 33, 40-47 (2007)</p>	<p>-) Determinar a taxa de reconhecimento de delirium e delirium sobreposto a demência (DSD) por enfermeiros.</p> <p>-) Investigar os fatores associados ao reconhecimento de DSD por enfermeiros.</p> <p>-) Descrever os conhecimentos e a gestão de <i>delirium</i> por parte de enfermeiros.</p>	<p>-) n (amostra) = 29 enfermeiros, nenhum especializado em geriatria ou psiquiatria.</p>	<p>-) Os sintomas e comportamentos de cada cliente foram apresentados aos enfermeiros, com base em cinco estudos de casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • demência • <i>delirium</i> hiperativo • <i>delirium</i> hipoativo • DSD hiperativo • DSD hipoativo <p>-) Com base nos dados recebidos, os enfermeiros responderam a um questionário, abordando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>-) Os resultados mostraram as seguintes percentagens para a correta resolução dos estudos de caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 83% - demência • 41% - <i>delirium</i> hipoativo • 52% - <i>delirium</i> hiperativo • 59% - DSD hiperativo • 21% - DSD hipoativo <p>-) No geral os enfermeiros demonstraram ter bons conhecimentos acerca das causas de <i>delirium</i> (alterações metabólicas, medicação, alterações ambientais, infeções).</p> <p>-) 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.</p>	<p>IV</p>

<p>Voyer, P. Richard, S. Doucet, L. Danjou, C. Carmichael, P. H.</p> <p><i>Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia</i></p> <p>BMC Nursing, 7(4), 1-147, (2008a)</p>	<p>-) Determinar a detecção do <i>delirium</i> e dos seus sintomas por enfermeiros.</p> <p>-) Identificar os fatores associados à subdetecção dos casos de <i>delirium</i> pela equipa de enfermagem.</p>	<p>-) n (amostra) = 156 clientes idosos internados em unidades de longa duração -) média idades = 86 anos (idades ≥65 anos)</p> <p>-) 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.</p> <p>-) Caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo, à idade, grau de formação e experiência em enfermagem e geriatria.</p>	<p>-) Análise e comparação dos registos clínicos relativos a eventos de <i>delirium</i> registados pelos enfermeiros e por investigadores (com base CAM)^(a).</p> <p>-) Comparações relativas a dois períodos subsequentes de 7 dias (T1 e T2).</p> <p>-) Uso de métodos de regressão lógica para identificação dos fatores de <i>delirium</i> não detetados pelos enfermeiros.</p>	<p>-) A equipa de enfermagem subestimou os casos de <i>delirium</i> –apenas 13% (T1) e 18,7% (T2) dos casos detetados.</p> <p>-) A maioria dos casos identificados foi feito corretamente (93 e 86% em T1 e T2, respetivamente)</p> <p>-) 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%).</p> <p>-) 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.</p>	III
<p>Han, J.; Morandi, A.; Ely, E.; Callison, C.; Zhou, C.; Storrow, A.; Dittus, R.; Habermann, R.; Schnelle J.</p> <p><i>Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department</i></p> <p>Journal of the American Geriatrics Society, 57(5), 889-894 (2009)</p>	<p>-) 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.</p> <p>-) Avaliação dos fatores de risco de <i>delirium</i> associados.</p>	<p>-) 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).</p> <p>-) Caracterização em função da gravidade da demência (IQCODE)^(e), comprometimento cognitivo (MMSE)^(f) e <i>delirium</i> (CAM)^(a) entre outros.</p>	<p>-) 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.</p>	<p>-) 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>.</p> <p>-) Os clientes residentes em lar apresentaram 10 vezes mais probabilidade de desenvolver <i>delirium</i>, porque têm mais fatores de risco.</p> <p>-) 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></p>	III
<p>Radtke, F.; Franck, M.; Schust, S.; Boehme, L.; Pascher, A.; Bail, H.; Seeling, M.; Luetz, L.; Wernecke, K.; Heinz, A.; Spies, C.</p>	<p>-) Identificar um instrumento válido e eficaz de detecção de <i>delirium</i> pós-operatório que possa ser implementado num</p>	<p>-) n (amostra) = 88 (17 dos quais apresentavam <i>delirium</i> segundos os critérios descritos pelo DSM-IV^(h), 6 dias após cirurgia).</p>	<p>-) Foram efetuadas em média 5.8 avaliações por cliente durante o período de hospitalização.</p> <p>-) Foi feita uma avaliação da eficiência das três escalas na</p>	<p>-) Avaliação positiva de <i>delirium</i> pelas três escalas</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAM^(a) – 17% (n=15) • Nu-DESC⁽ⁱ⁾ – 32% (n=28) • DDS^(j) – 45% (n=40) <p>-) Assim, verifica-se</p>	III

<p><i>A comparison of three scores to screen for delirium on the surgical ward</i></p> <p>World Journal of Surgery, 34, 487-494 (2010)</p>	serviço de cirurgia.	<p>-) média idades = 68.7 (idades entre 63 e 74) em G1 e 64.7 (idades entre 62 e 67) em G2.</p> <p>-) caracterização em função da duração da cirurgia, tipo e duração da anestesia, e tempo de internamento.</p>	<p>determinação de <i>delirium</i> (CAM^(a), Nu-DESC⁽ⁱ⁾ e DDS^(j)) usando como referência as avaliações prévias com os critérios da DSM-IV^(h).</p> <p>-) Foi feita uma avaliação do tempo requerido na aplicação de cada uma das três escalas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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^(j) – sobrestima os casos positivos DSM-IV^(h) em 26.1% <p>-) 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^(j))). E a escala de maior especificidade é a CAM^(a) (100% vs. 92.30% (Nu-DESC⁽ⁱ⁾) e 87.11 % (DDS^(j))).</p> <p>-) No que se refere ao tempo médio requerido na avaliação de <i>delirium</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CAM^(a) – 5.31 min. • NuDESC⁽ⁱ⁾ – 1.27 min. • DDS^(j) – 3.27 min. <p>-) 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.</p>	
<p>Voyer, P. Cole, M. G. McCusker, J. St-Jacques, S. Laplane, J.</p> <p><i>Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical charts</i></p> <p>International Journal of Nursing Practice, 14, 165–177 (2008b)</p>	-) Avaliar a sensibilidade e especificidade dos registos de enfermagem quanto aos sintomas de <i>delirium</i> .	<p>-) n (amostra) = 226</p> <p>-) média idades = 82 anos (idades ≥65 anos)</p> <p>-) Caracterização em função do nível de comorbidade (CCI)^(c), demência (IQCODE)^(e), comprometimento cognitivo (MMSE)^(f) e <i>delirium</i> (CAM) entre outros</p>	<p>-) Efetuada descrição estatística da documentação de enfermagem relativamente aos sintomas de <i>delirium</i> tomando a caracterização CAM como referência.</p> <p>-) Efetuados testes t-student e qui-quadrado para avaliar a precisão da avaliação dos enfermeiros.</p>	<p>-) Os resultados deste estudo revelam que a documentação dos sintomas de <i>delirium</i>, por parte dos enfermeiros, é pobre.</p> <p>-) Os sintomas detetados mas não documentados, em função dos sintomas do CAM^(a), foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p><u>clientes:</u></p> <p>-) n (amostra) = 104 idosos com demência (53 com DSD</p>	-) 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

<p><i>Delirium Superimposed in dementia. Accuracy of nurse documentation.</i></p> <p>Journal of Gerontological Nursing, 38(1), 32-42 (2012)</p>	<p>relativamente aos casos de <i>delirium</i> sobreposto com demência (DSD)</p>	<p>(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</p> <p><u>Enfermeiros:</u> -) n (amostra) = 407 (92% registados e restantes com licença de prática) -) dos registados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19% com diploma • 51% com grau de associado • 29% com grau bacharelato • 1% com grau de mestre 	<p>diagnóstico de <i>delirium</i> e posteriormente formados os grupos.</p> <p>-) Os investigadores avaliaram as seguintes questões relativamente à documentação dos enfermeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>? 	<p>-) 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>.</p>	
<p>Vidán, M. T. Sánchez, E. Alonso, M. Montero, B. Ortiz, J. Serra, J. A.</p> <p><i>An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients</i></p> <p>Journal of the American</p>	<p>-) 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</p>	<p>-) 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)</p>	<p>-) 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.</p>	<p>-) 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.</p>	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 <ul style="list-style-type: none"> • demência • défice de visão • défice de audição • défice na mobilidade 	-)- A equipa de enfermagem recebeu formação sobre: <ul style="list-style-type: none"> • <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

<p><i>Non-pharmaceutical interventions in the prevention of delirium</i></p> <p>Age and Ageing 38, 374-379 (2009)</p>	<p>intervenção não farmacológicos para a prevenção de delirium.</p>		<p>conta as suas limitações e vantagens relativas.</p>	<p>resultados continua por determinar.</p> <p>-) 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.</p> <p>-) 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.</p> <p>-) São fundamentais mudanças culturais e de processos de cuidados que aumentem o grau de consciência e de conhecimentos dos profissionais que cuidam de idosos.</p>	
<p>Marcantonio, E. R. Bergmann, M. A. Kiely, D. K. Orav, E. J. Jones, R. N.</p> <p><i>Randomized trials of a delirium abatement program for postacute skilled nursing facilities</i></p> <p>Journal of the American Geriatrics Society 58(6), 1019-1026 (2010)</p>	<p>-) 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</p>	<p>-) 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).</p> <p>-) idade média = 83.8 (76-91 anos) em G1 e 84.4 (77-92 anos) em G2.</p> <p>-) Caracterização em função do nível de <i>delirium</i> (CAM)^(a), comorbidade (CCI)^(c), nível de comprometimento cognitivo (MMSE)^(f) e outros.</p>	<p>-) 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).</p> <p>-) Enfermeiros inseridos no programa de redução de <i>delirium</i> receberam formação específica prévia e continuada.</p> <p>-) 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)</p> <p>-) Avaliação comparativa entre G1 e G2 no que respeita a 4 passos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • deteção de <i>delirium</i>; • tratamento de causas reversíveis; • prevenção e atuação perante as complicações usuais de <i>delirium</i>; 	<p>-) 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).</p> <p>-) No que se refere à notificação aos médicos ou pessoal especializado, obtiveram-se piores resultados em G1 (13% vs. 21% em G2).</p> <p>-) 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.</p> <p>-) 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.</p> <p>-) Os autores sugerem que a explicação para o insucesso do programa se relaciona com falta de incentivo sentida pelos enfermeiros.</p>	<p>II</p>

			• restauração de funções.		
<p>Voyer, P. Richard, S. Doucet, L. Cyr, N. Carmichael, P.-H.</p> <p><i>Examination of the multifactorial model of delirium among long-term care residents with dementia</i></p> <p>Geriatric Nursing 31(2), 105-114 (2010)</p>	<p>-) Determinar a inter-relação entre fatores predisponentes e precipitantes de <i>delirium</i>.</p>	<p>-) n (amostra) = 155 clientes com 65 anos ou mais, com diagnóstico de demência e sem historial de doença psiquiátrica.</p> <p>-) média idades = 86.3 (idades ≥65 anos)</p> <p>-) Caracterização em função do nível de <i>delirium</i> (CAM)^(a), comorbidade (CCI)^(c), de demência (HDS)^(g), autonomia funcional (SMAF)^(d), e outros</p>	<p>-) Análise dos resultados recorrendo a regressão lógica com vista a determinar a relação entre os dois tipos de fatores.</p> <p>-) Categorização da taxa de prevalência de <i>delirium</i> em função do número de fatores predisponentes e precipitantes de uma lista de fatores analisados.</p>	<p>-) Análise da população mostrou que 70.3% era classificada com tendo <i>delirium</i>.</p> <p>-) 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.</p> <p>-) 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</p> <p>-) 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.</p>	III
<p>Rosenbloom-Brunton, D. A. Henneman, E. A. Inouye, S. K.</p> <p><i>Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults</i></p> <p>Journal of Gerontological Nursing 36(9), 22-33 (2010)</p>	<p>-) Determinar a viabilidade de um programa de intervenção, com suporte na família, na prevenção de <i>delirium</i> em idosos hospitalizados.</p>	<p>-) n (amostra) = 15 idosos hospitalizados em serviços médicos agudos.</p> <p>-) média idades = 77.8 (idades entre 68 e 85)</p> <p>-) Caracterização em função de fatores de risco de <i>delirium</i>, diagnóstico aquando da admissão, grau de independência e outros</p>	<p>-) 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).</p> <p>-) No programa "Family-HELP", os cuidadores recebem formação específica sobre alguns fatores de risco de <i>delirium</i>.</p>	<p>-) Com base no estudo foi possível identificar os fatores que facilitam e os que dificultam a participação dos familiares nos programas de intervenção.</p> <p>-) 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.</p> <p>-) A participação dos familiares nesses programas de intervenção requer a formação dos profissionais do hospital .</p>	III
<p>Yevchak, A. Steis, M. Diehl, T. Hill N. Kolanowski, A. Fick, D.</p>	<p>-) Descrever a experiência e conhecimentos dos enfermeiros na deteção e gestão do <i>delirium</i> em idosos hospitalizados.</p>	<p>-) n (amostra) = 16 enfermeiros</p> <p>-) média de anos de exercício profissional: 13.38 (1-37).</p>	<p>-) 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</p>	<p>-) O estudo identificou três tópicos principais no que se refere à experiência e conhecimentos dos enfermeiros na gestão de <i>delirium</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estados de confusão pós-operatória e por hospitalização são normais, especialmente em idosos; • a segurança dos clientes é a prioridade 	IV

<p><i>Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study.</i></p> <p>Journal of Older People Nursing 7, 152-162 (2012)</p>	<p>-) Ilustrar potenciais facilitadores e barreiras na gestão não-medicamentosa do <i>delirium</i>.</p> <p>-) Explicar o uso de intervenções não-farmacológicas na gestão do <i>delirium</i> em idosos hospitalizados.</p>		<p>conhecimentos sobre <i>delirium</i>.</p> <p>-) 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>.</p>	<p>principal dos enfermeiros;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>-) Os principais facilitadores ou barreiras encontradas pelos enfermeiros na aplicação de intervenções não-medicamentosas de <i>delirium</i> foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

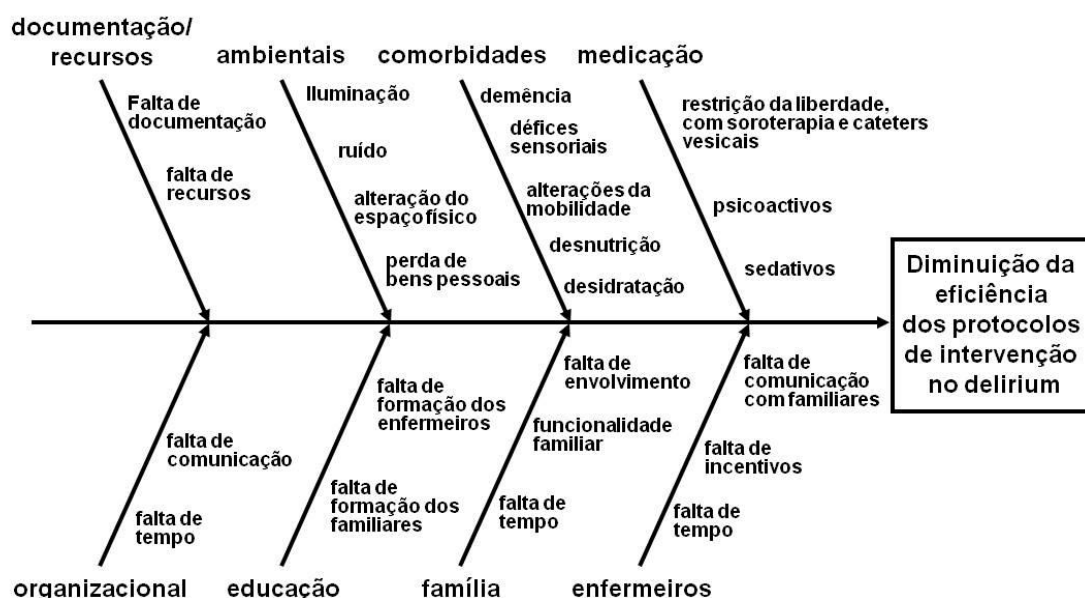


Figura 2: Esquematização das principais barreiras que contribuem para a ineficiência de protocolos de intervenção no *delirium*.

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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);
Detecção de delirium	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a hidratação (Rosenbloom-Brunton et al, 2010; Conley, 2011), fornecendo 4 copos de água por dia (Vidán et al, 2009);
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Melnick, 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%)

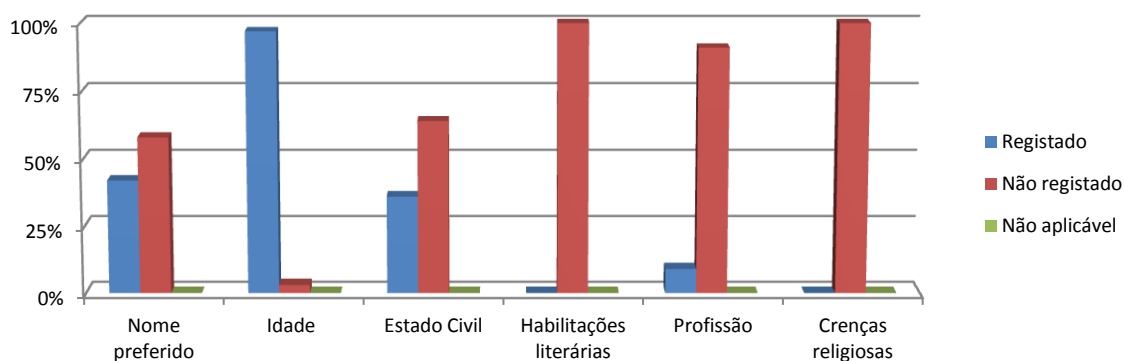
5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Assumir o controlo de Si/Assegurar o cuidado do Outro

<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%)

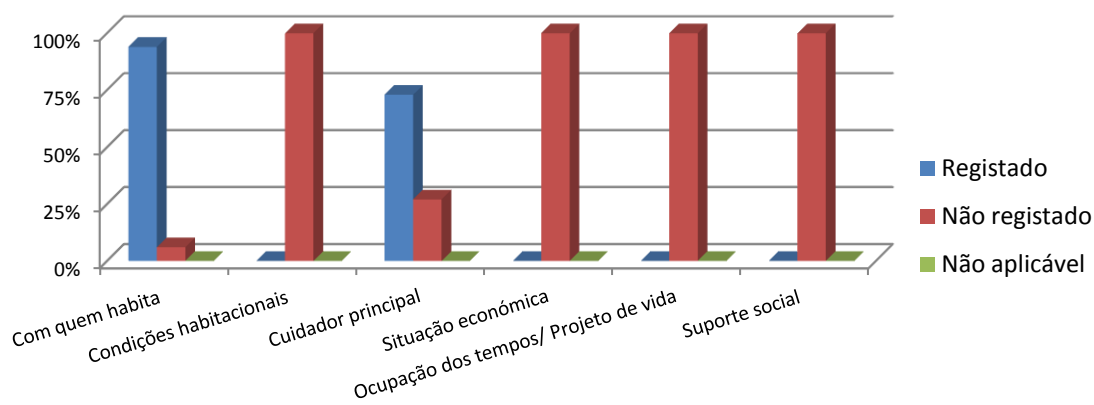
Análise

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.

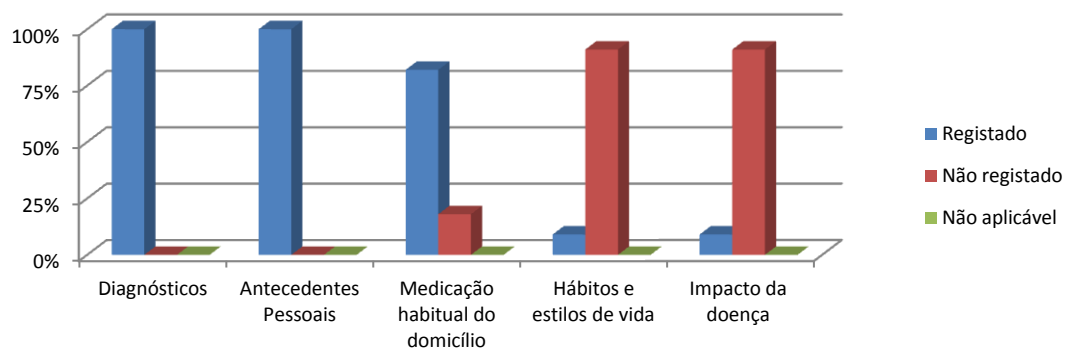
Na primeira fase do modelo de parceria, Revelar-se, considerou-se importante o conhecimento da identidade do cliente idoso. Verificou-se que o registo da “idade” surge com uma elevada percentagem, apontando ser um registo de relevância. Já os seguintes itens revelaram uma menor percentagem de registo,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



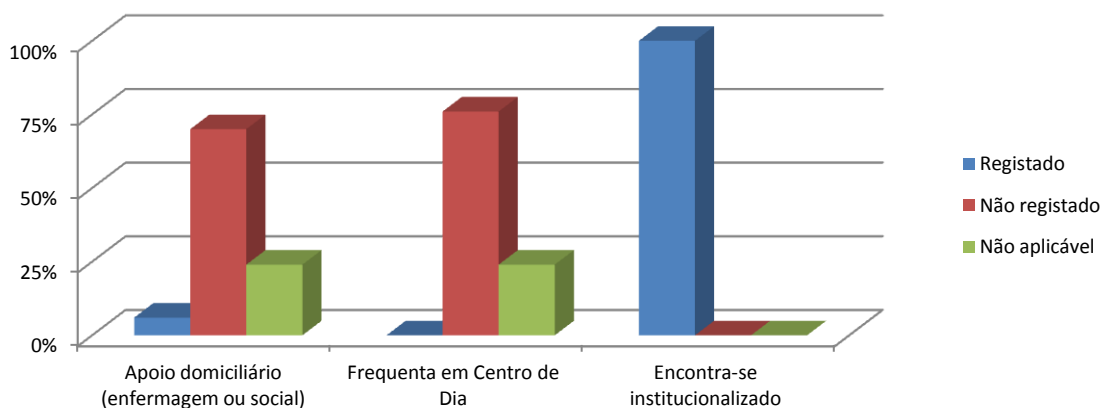
No indicador do contexto de vida (situação sociofamiliar), os itens que emergiram com maior taxa de adesão de registo são os itens “com quem habita” e “cuidador principal”, ambos em mais de metade dos processos analisados.



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.

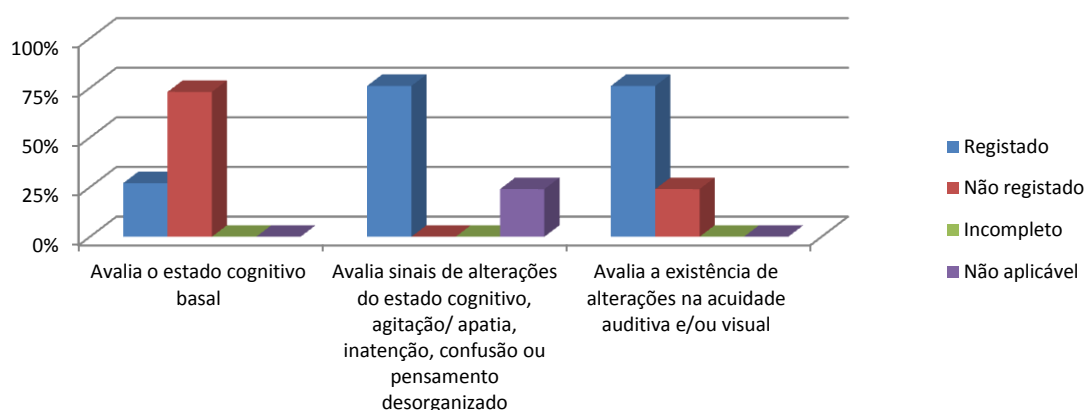


Já no que se refere ao indicador “rede de apoio”, denota-se que os enfermeiros registaram em todos os processos se os idosos se encontravam, ou não, institucionalizados. Este registo apresenta-se importante no momento da planificação da alta, talvez por isso o registo em todos os processos analisados. 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.

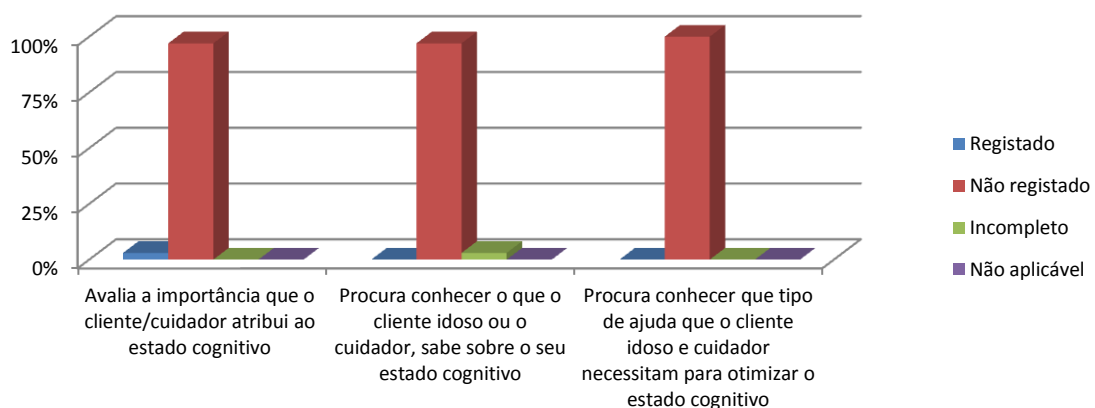


Durante a segunda fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), Envolver-se, procurou-se a documentação de indicadores que demonstrassem um conhecimento mais aprofundado e uma identificação das necessidades do cliente idoso, mais precisamente registos referente ao seu estado cognitivo.

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
<p>O Sr. F deu entrada no serviço de maca, conduzido pelos tripulantes de ambulância e acompanhado pela sua filha.</p> <p>A enfermeira analisou sumariamente o processo clínico e dirigiu-se ao cliente.</p> <p>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.</p> <p>Este foi o primeiro contacto da enfermeira X com o Sr. F, no momento de entrada no serviço:</p> <p>Enfª X: “Bom dia! Eu sou a enfermeira X, como se chama?”</p> <p>O Sr F permaneceu apático, de olhos fechados. Por sua vez, a filha do doente respondeu:</p> <p>Filha do Sr. F: “Senhora enfermeira, o meu pai não fala desde ontem. As auxiliares do lar,</p>	<p>Analisando 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).</p> <p>A enfermeira abordou discretamente todas as fases do modelo de parceria, no entanto com enfoque na fase Revelar-se e Envolver-se.</p> <p>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.</p> <p>As questões colocadas, permitiram à enfermeira ter algum conhecimento sobre o local de residência, a identificação da</p>

<p>telefonaram-me hoje às 7h da manhã, a dizerem que tinham chamado os bombeiros porque o meu pai estava com febre e não acordava.”</p> <p>Enfª X: “Então posso fazer-lhe umas perguntas?”</p> <p>(A filha do Sr. F acenou afirmativamente.)</p> <p>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.”</p> <p>Posteriormente, munida da folha de colheita de dados de enfermagem, a enfermeira questionou:</p> <p>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?”</p> <p>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.”</p> <p>Enfª X: “Estava também a dizer-me que ele não fala desde ontem. Mas ele antes falava?”</p> <p>Filha do Sr. F: “Sim! Desde que teve o AVC que fala menos e com alguma dificuldade, mas percebia-se tudo o que dizia.”</p> <p>Enfª X: “E dizia as coisas certas? Não estava confuso, não?”</p> <p>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</p>	<p>pessoa de referência, o estado cognitivo e funcional basal do cliente admitido, bem como os fatores que predispõem e precipitam 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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
---	--

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.

<p>Enfª X: “Então e também é costume ficar assim mais sonolento?”</p> <p>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.</p> <p>Entretanto, a enfermeira foi chamada a outra enfermaria.</p> <p>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.”</p> <p>Filha do Sr. F: “Muito obrigado, senhora enfermeira!”</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
--	--

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

Fases	Indicadores	Unidades de registo
Revelar-se	Revela conhecimento da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • "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	<ul style="list-style-type: none"> • "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	<ul style="list-style-type: none"> • "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	<ul style="list-style-type: none"> • "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
<p>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.</p> <p>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</p>	<p>Analizando 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.</p> <p>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,</p>

<p>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...”</p> <p>Quando a hora da visita terminou, o filho ausentou-se e a Srª 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 Srª 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.</p> <p>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 Srª I exteriorizou os acessos</p>	<p>contribuindo para o subdiagnóstico de delirium.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 Srª I. A reorientação da Srª I, a negociação dos cuidados, o envolvimento da família, a adequação do ambiente e as intervenções de prevenção de queda foram intervenções</p>
--	--

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>importantes, mas não foram valorizadas na passagem de turno, nem documentadas em registo de enfermagem.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
---	---

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

Fases	Indicadores	Unidades de registo
Revelar-se	Revela conhecimento da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> • “questionou o filho da Srª 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	<ul style="list-style-type: none"> • “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 Srª 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	<ul style="list-style-type: none"> • “a enfermeira Y, com a presença de um dos filhos da cliente, efetuou a avaliação dos parâmetros vitais e da terapêutica prescrita.

		<p>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).</p>
Capacitar/ Possibilitar	Desenvolvimento de competências para agir	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “...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	<ul style="list-style-type: none"> • “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
<p>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.</p> <p>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...</p> <p>Enf S: Oh Sr. A o que é que está a fazer? Não se pode levantar, muito menos sozinho!</p> <p>Sr. A: Quero sair daqui. Quero ir embora.</p> <p>Enf S: Você não se pode levantar! Sabe</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>A informação dos hábitos e estilos de vida, mais uma vez revelam-se fundamentais, surgindo provavelmente como um fator desencadeador deste quadro.</p> <p>A ocorrência de alterações súbita no estado cognitivo dos clientes, não era uma experiência 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</p>

<p>onde está?</p> <p>O Sr. A não responde. A enfermeira repete a pergunta por duas vezes.</p> <p>Enf S: Você está a ouvir-me? Sabe-me dizer onde está?</p> <p>Sr A: Quero lá saber!</p> <p>A enfermeira agarra o doente e tenta posicioná-lo no leito.</p> <p>Sr A: Deixe-me que eu quero ir embora! A minha família não sabe onde estou...</p> <p>Enf S: Sabem pois! A sua esposa esteve cá durante a tarde, não se lembra? Você está no hospital, porque ficou doente!</p> <p>Sr A: Cale-se! Deixe-me! As minhas coisas? Onde estão as minhas roupas?</p> <p>O Sr. A desencadeou episódio de gritos, mantendo inquietação motora, afastando a enfermeira com os braços.</p> <p>A Enf S imobiliza o Sr A nos MS e MI e posteriormente contactou o médico de urgência interna.</p> <p>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.</p> <p>Enf S: Sr. A tenha calma! Você está no hospital e nós vamos ajudá-lo a regressar</p>	<p>desenvolver intervenções adequadas.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Esta atuação permitiu identificar oportunidades de melhoria na qualidade dos cuidados prestados, como o desenvolvimento de competências e formação dos profissionais em medidas</p>
--	--

<p>para casa. Mas agora é de noite, tente descansar um pouco...</p> <p>A enfermeira desligou a luz do quarto, mantendo a luz da galeria acesa de forma a fornecer uma luz de presença fraca.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p>
--	---

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

Fases	Indicadores	Unidades de registo
Revelar-se	Revela conhecimento da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “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	<ul style="list-style-type: none"> • “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 <input type="checkbox"/>	Discurso incoerente <input type="checkbox"/>
Letargia/apatia <input type="checkbox"/>	Pensamento desorganizado <input type="checkbox"/>
Dificuldade em focar a atenção <input type="checkbox"/>	Todas as anteriores <input type="checkbox"/>
Distração fácil <input type="checkbox"/>	

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).

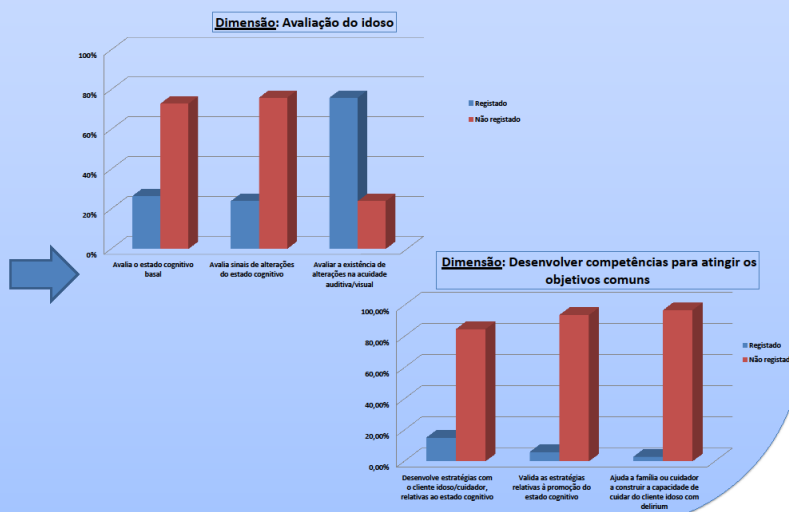
A população idosa representa um grupo particularmente vulnerável aos efeitos adversos da hospitalização¹, sendo o delirium das complicações mais comuns². Encontrando-se os enfermeiros numa posição privilegiada, devem prevenir, reconhecer e intervir em quadros de delirium, de forma a promover uma vida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

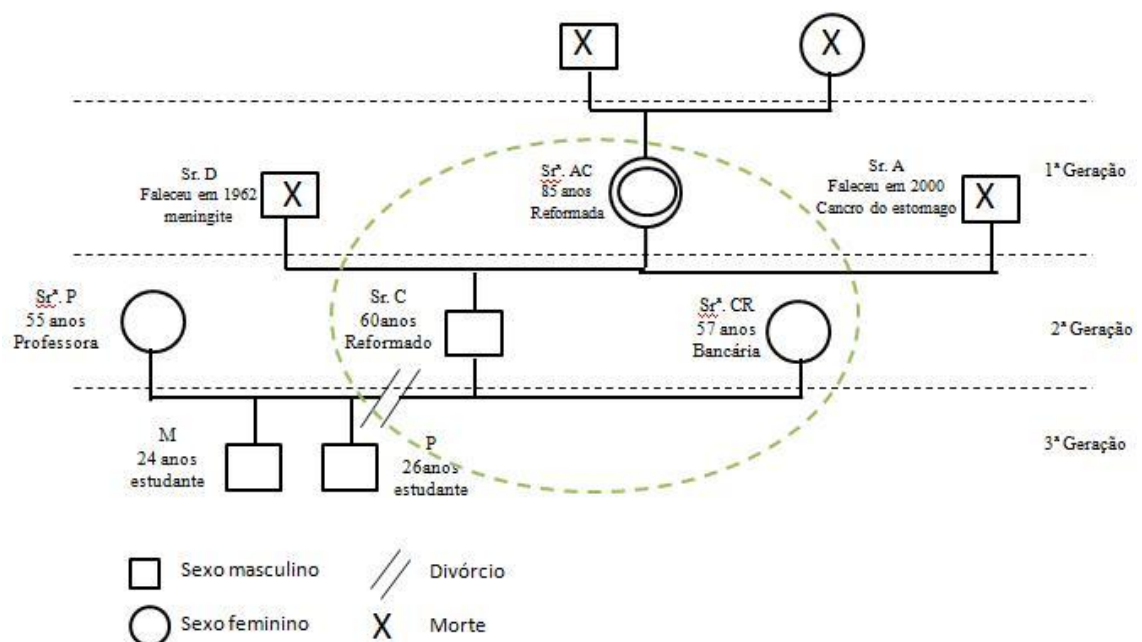
A Sr.^a AC enviuvou do 1^o marido há cerca de 50 anos, tendo este falecido vítima de meningite. O seu filho (o Sr. C) tinha 10 anos na altura. Cerca de 12 anos depois, voltou a casar, com o Sr. A, que faleceu em 2000, vítima de cancro do estômago.

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.

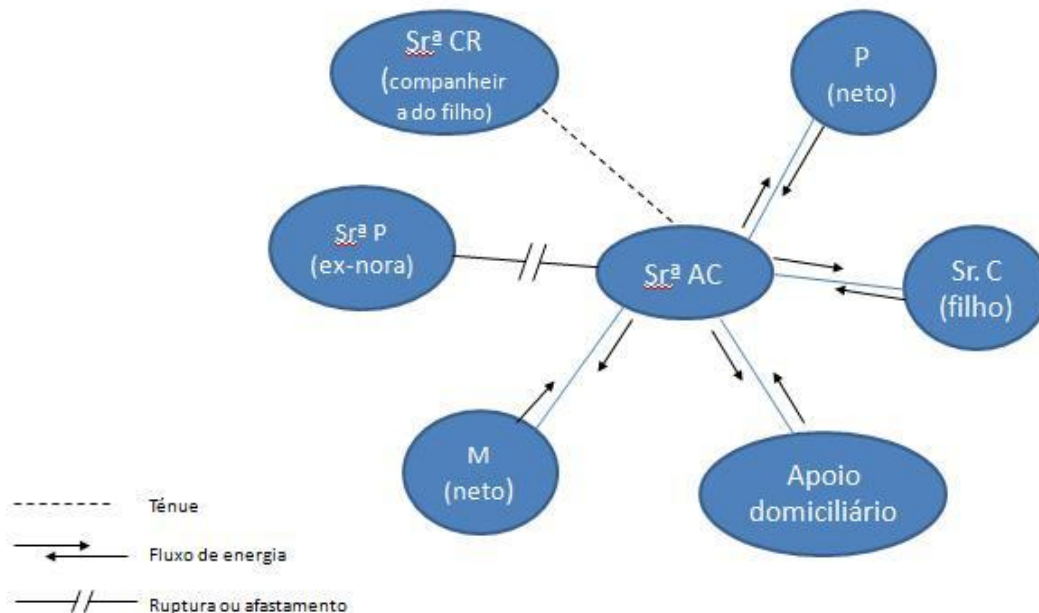
Tem apoio domiciliário, para os cuidados de higiene e para a alimentação ao almoço. O filho, contabilista já reformado, fica com ela o resto do dia, prepara-lhe as restantes refeições e é responsável pela administração e gestão da sua medicação.

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 hipoacúsia 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	<ul style="list-style-type: none">• 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;

	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 registos 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%)

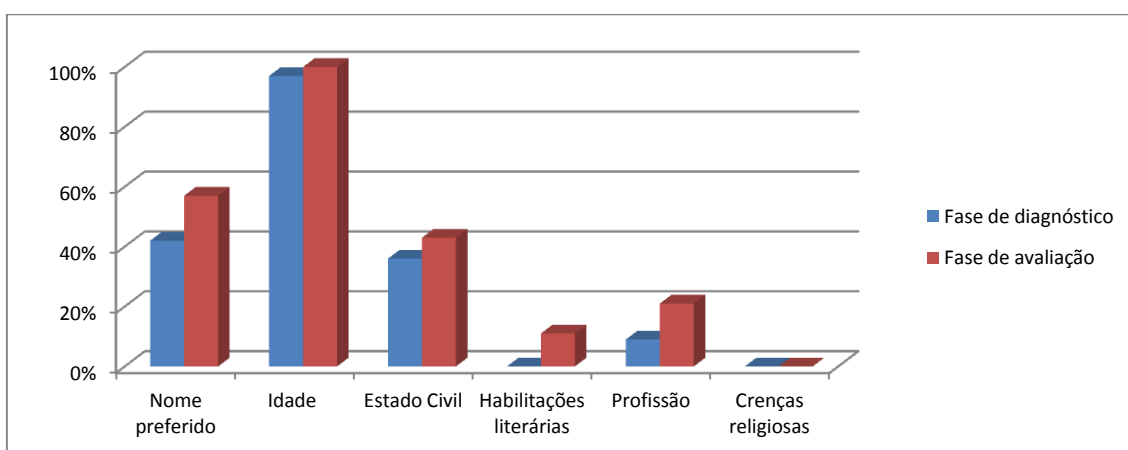
5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Assumir o controlo de Si/Assegurar o cuidado do Outro

<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%)

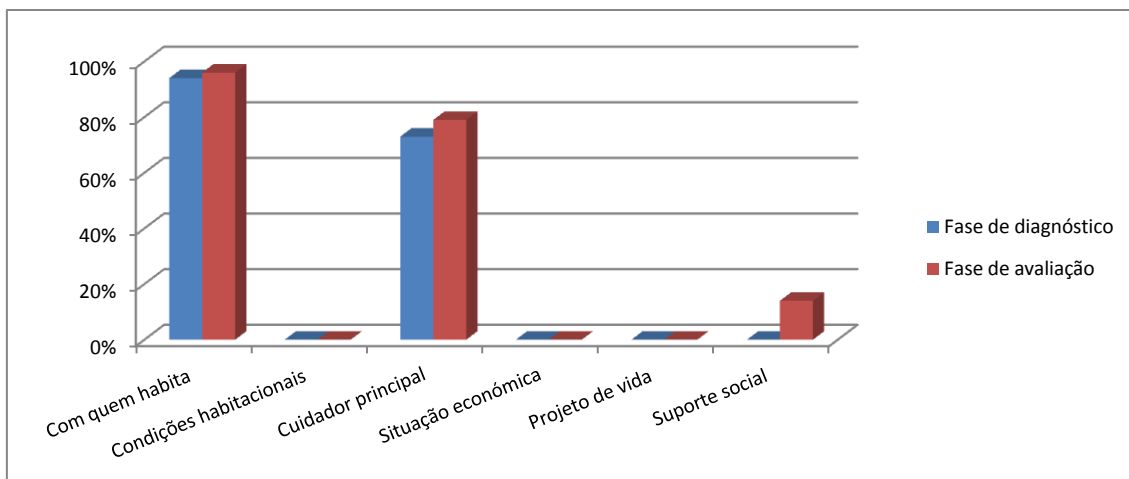
Análise

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”.

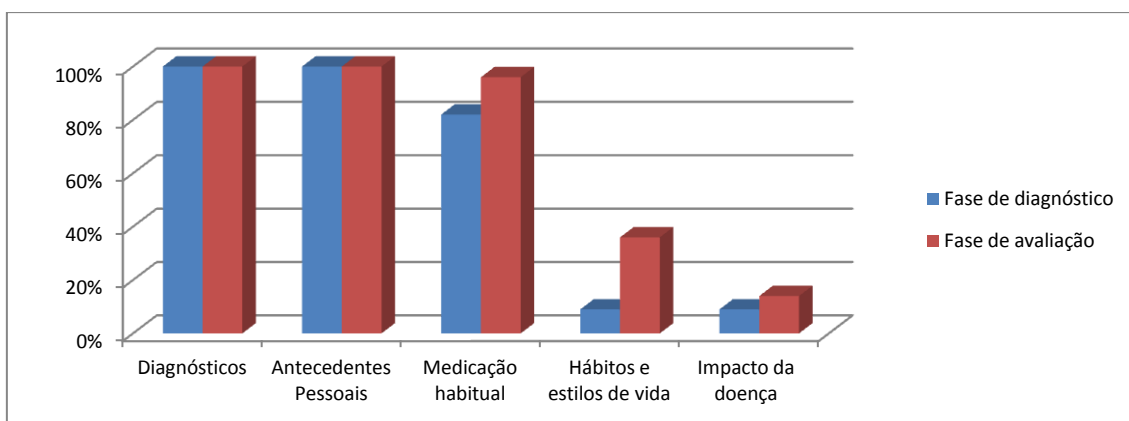
Desta forma, relativamente à primeira fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), revelar-se, verificou-se um aumento da percentagem de registo em todos os itens do indicador “identidade do cliente idoso”, exceto no item “crenças religiosas”.



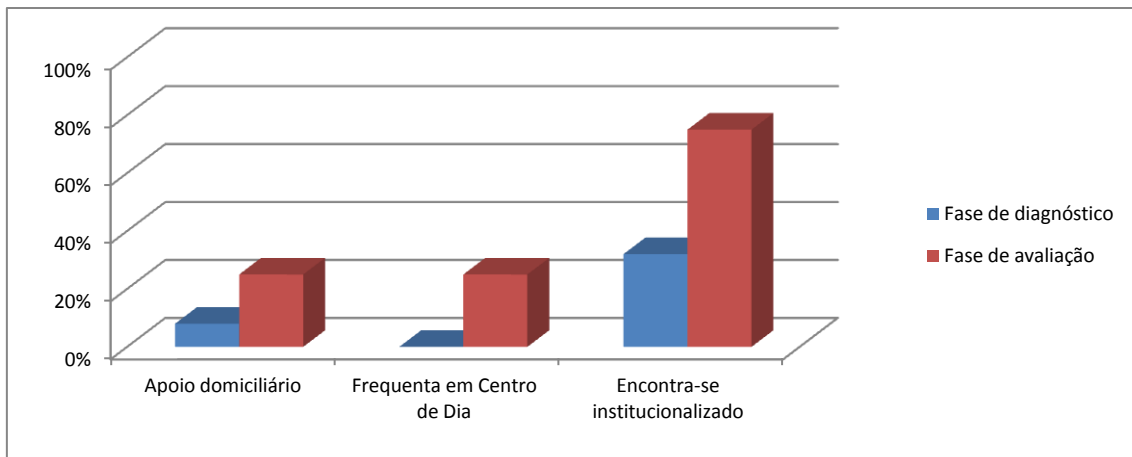
No indicador referente ao “contexto de vida”, o gráfico descreve um aumento da taxa de registo em relação aos itens “com quem habita”, “cuidador principal” e “suporte social”. Em relação aos itens “condições habitacionais” e “projeto de vida” não se obteve evolução, podendo este fato estar associado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

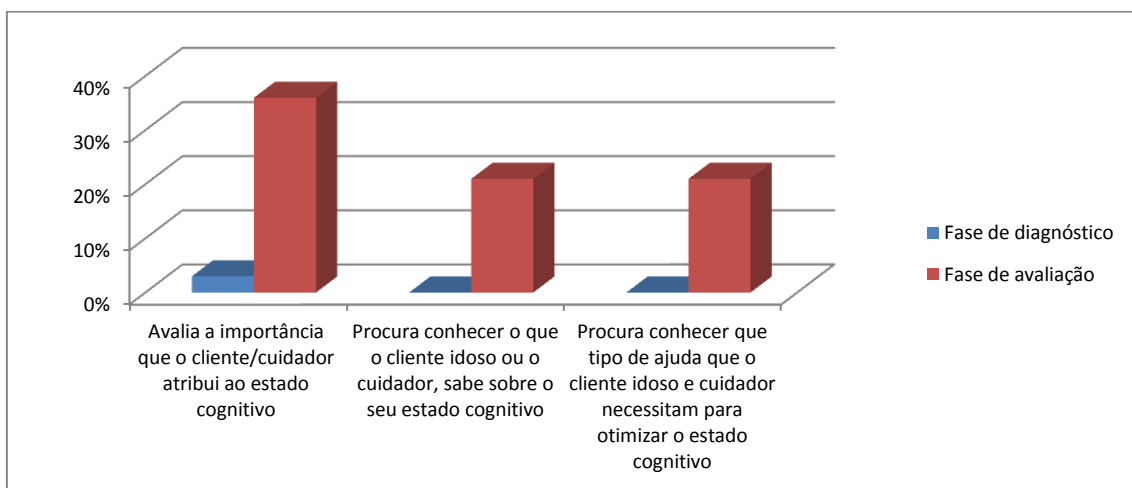
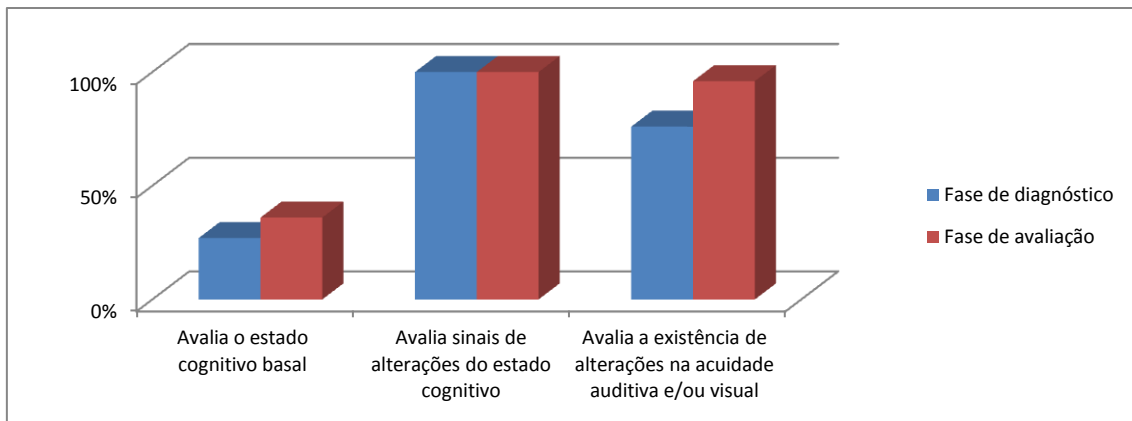


Desta forma poder-se-á concluir que os enfermeiros investiram no registo do conhecimento do cliente idoso nas dimensões da identidade, contexto de vida e de doença e, ainda, na rede de apoio.

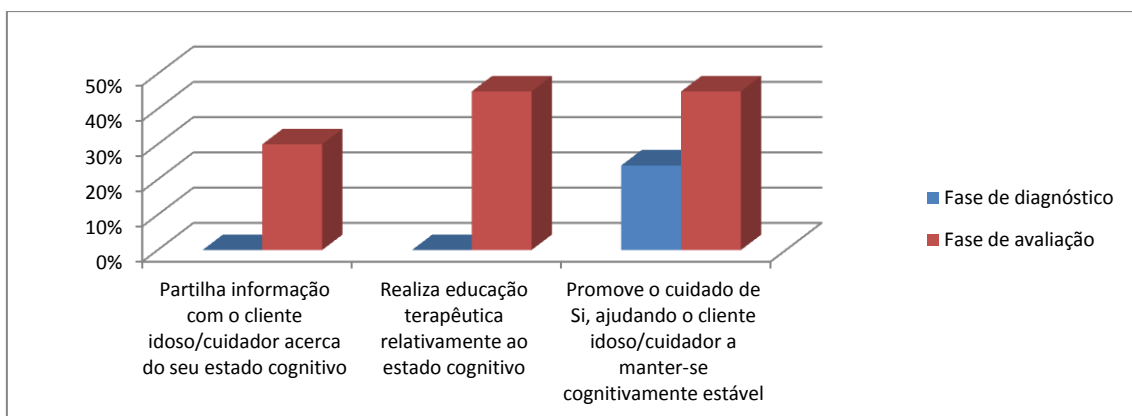
Na segunda fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), envolver-se, constou-se novamente uma melhoria nas percentagens de registo. No indicador “avaliação do cliente idoso” obteve-se um aumento da taxa de registo do “estado cognitivo basal” e da “existência de alterações na acuidade auditiva e visual”,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

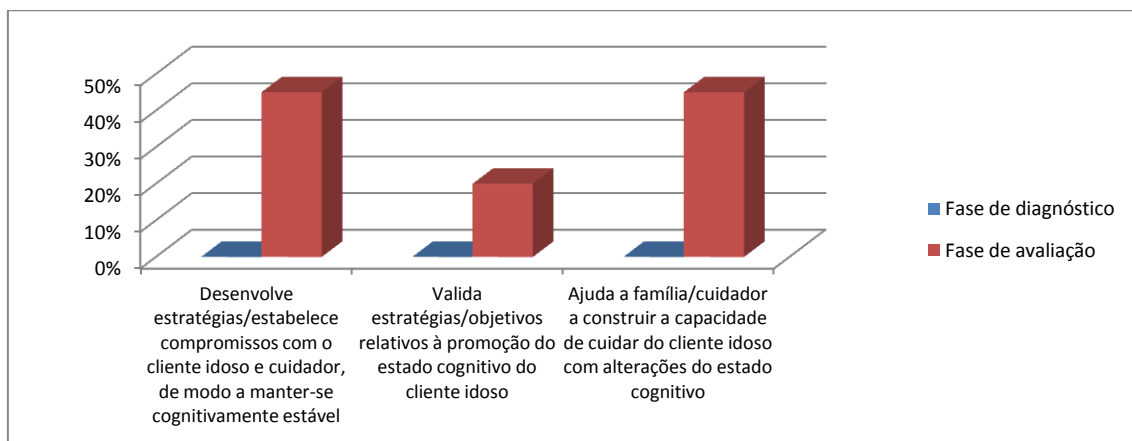


O indicador “partilha o poder/construção de uma ação conjunta”, pertencente à terceira fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), possibilitar/capacitar, similarmente aos anteriores, também verificou uma melhoria nos registos de todos os itens. Este facto demonstra a melhoria no registo da partilha de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

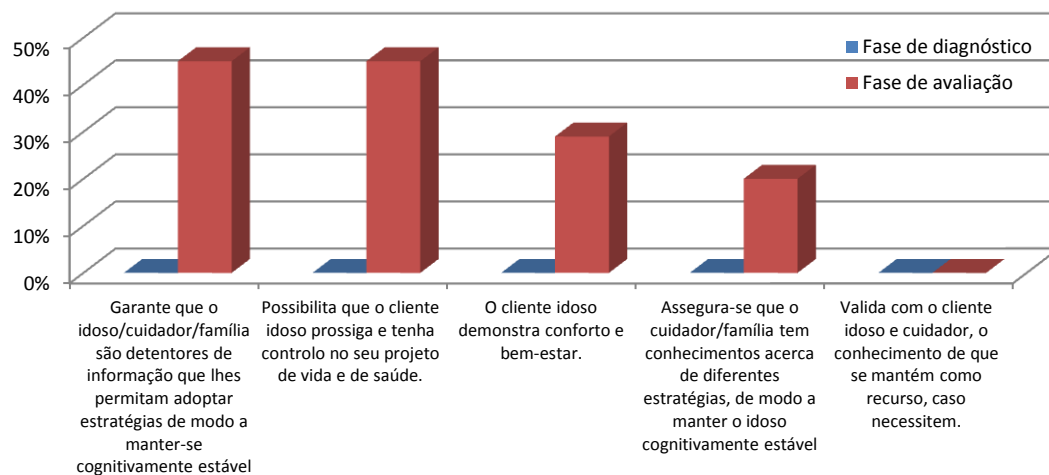


Este facto, poderá estar associado ao registo de intervenções, como “realizados ensinios”, “reorientação”, “mobilização”, “alternância de decúbitos”, “regulação da intensidade da luz”, “fornecida ceia quente”, “regulação do plano da cama”, “elevação das grades de proteção”, “prolongada a hora da visita”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

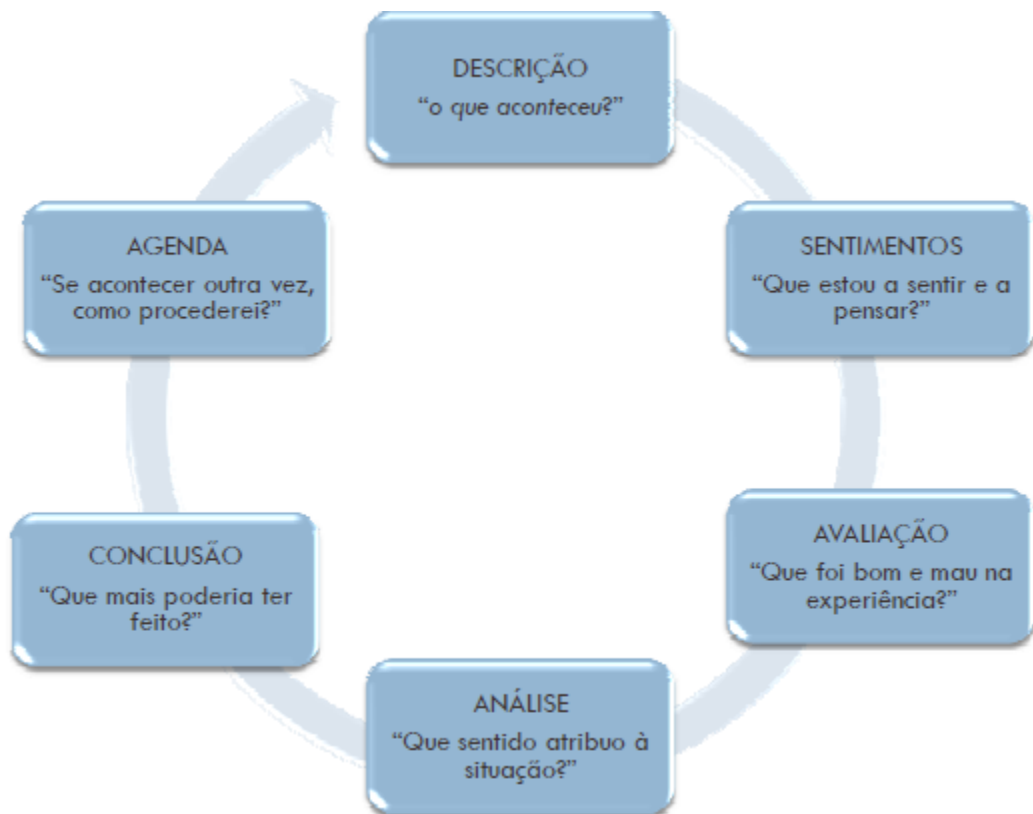
A análise reflete o resultado no investimento dos profissionais no registo do conhecimento do cliente idoso hospitalizado, da avaliação das necessidades, da partilha de informação, da negociação e compromisso das estratégias a serem implementadas, revelando o registo das mesmas.

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

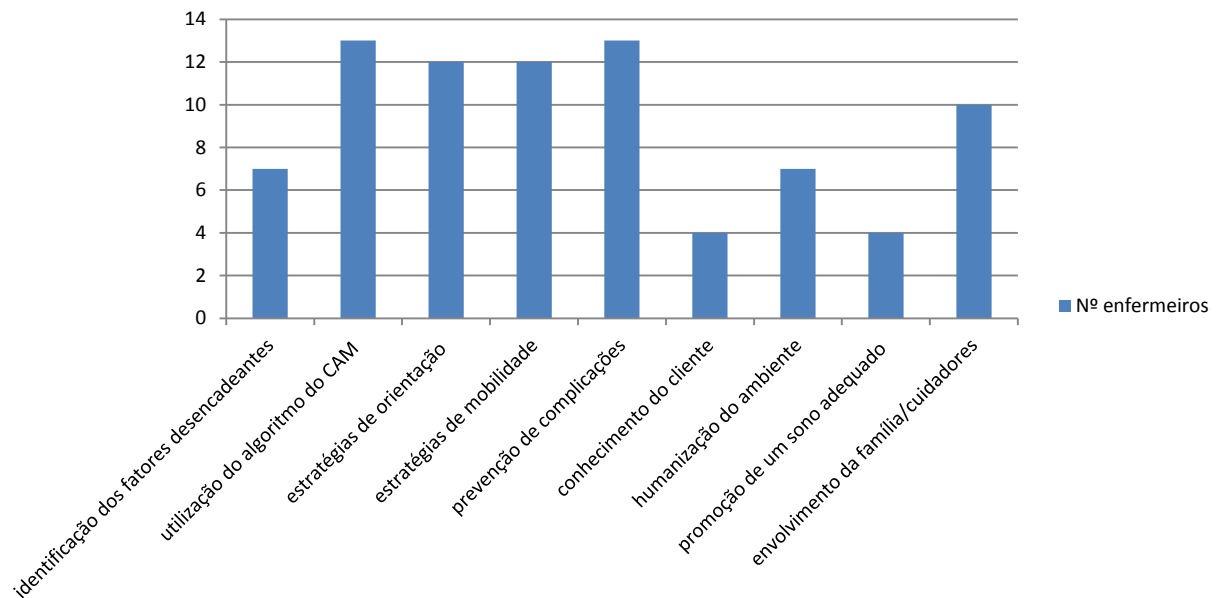
Análise das Reflexões

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
