



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**O *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto
hospitalar: perceção do enfermeiro**

Ana Catarina Almeida Duarte

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**O *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto
hospitalar: perceção do enfermeiro**

Ana Catarina Almeida Duarte



Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva



**Lisboa
2020**

“ Os enfermeiros tendem a rotular os doentes como delirantes quando o seu comportamento se torna difícil de cuidar” (Inouye, Foreman, Mion, Katz, & Cooney, 2001, p. 2471)

AGRADECIMENTOS

À Professora Graça Melo, indiscutivelmente nada disto seria possível de concretizar sem o seu apoio, paciência, orientações, disponibilidade e compreensão. Acreditou em mim desde o primeiro dia, muito obrigada!

Não podia deixar de agradecer aos enfermeiros do estudo e enfermeiras orientadoras, pela sua participação, apoio e disponibilidade. Sem o vosso empenho nada disto seria possível. Muito obrigada!

Aos meus pais por terem acreditado e confiado em mim em 2011 quando decidi escolher Enfermagem e estiveram sempre comigo de mão dada. Obrigada pelo apoio incondicional, carinho, paciência e amizade durante estes anos. Se sou o que sou hoje a eles o devo.

Ao meu namorado, o meu mais que tudo, que esteve todos os dias ao meu lado nos bons e maus momentos e tinha sempre a palavra certa na circunstância certa!

Em especial à minha avozita, que inconscientemente viveu esta etapa comigo muito de perto. Felizmente quando mais precisaste eu estive lá ao teu lado a cuidar de ti como cuidaste de mim.

A todos os amigos que contribuíram diretamente ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AIVD- atividades instrumentais da vida diária

APA- American Psychiatric Association

AVDS- atividades de vida diárias

BO- bloco operatório

CAM- Confusion Assessment Method

DA- Doença de Alzheimer

DCL- Demência com Corpos de Lewy

DFT- Demência Frontotemporal

DPO- delirium pós-operatório

DSM-V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, volume 5

DV- Demência Vascular

E- entrevista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

OE- Ordem dos Enfermeiros

PCD- pessoa com demência

PI- pessoa idosa

SOS- Si Opus Sit (administrar medicação se for necessário)

SPC- sintomas psicológicos e comportamentais

UE- União Europeia

RESUMO

Portugal é caracterizado como envelhecido e sendo a demência um dos maiores desafios do envelhecimento, com o crescimento da população idosa no nosso país é expectável que o número de doentes continue a aumentar.

Num serviço cirúrgico, a pessoa idosa com demência é considerada como fator de risco sendo predisponente para ocorrer um episódio de *delirium*. Existem fatores extrínsecos e intrínsecos que concebem certos comportamentos, que podem ser atenuados se os enfermeiros estiverem capacitados para atuar na deteção precoce desta problemática.

Os objetivos delineados para o estágio foram os seguintes: prestar cuidados à pessoa idosa em situação de cuidados complexa com presença de *delirium* e demência; realizar formação em serviço aos enfermeiros sobre a pessoa idosa com *delirium* e demência; descrever a perceção dos enfermeiros sobre a pessoa idosa com *delirium* e demência – estudo qualitativo.

Foram realizados dois contextos de estágio, primeiramente na Unidade de Demências de um hospital e num serviço de internamento de Ortopedia, na região de Lisboa.

No estudo participaram 20 enfermeiros de um serviço de Ortopedia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e efetuada análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

Como conclusão principal referimos que existe fragilidade nos conhecimentos dos enfermeiros sobre *delirium* e demência. Torna-se imperativa a formação teórica e prática nesta área para o enfermeiro que presta cuidados num serviço de internamento.

Palavras-chave: *delirium*; demência; pessoa idosa; hospital; perceção, enfermeiro

ABSTRACT

Portugal is a country with a high number of elderly individuals. Dementia presents one of the biggest challenges of aging and with the growth of the elderly population in our country it is expected that the number of patients will continue to rise.

In a surgical unit, elderly people with dementia are considered risk patients due to the predisposition to delirium. There are extrinsic and intrinsic factors that result in certain behaviors, which can be mitigated if nurses are trained to act in the early detection of this condition.

The goals outlined for this internship were: to provide care to the elderly in complex care situations with the presence of delirium and dementia; conduct in-service training for nurses on the elderly with delirium and dementia; describe the nurses' perception of the elderly person with delirium and dementia - a qualitative study.

This internship was carried out in two different contexts, the first one in a hospital Dementia Unit and the second in an Orthopedics inpatient service, in the Lisbon area.

Twenty nurses from an Orthopedics service participated in this study. Semi-structured interviews were conducted and content analysis was performed according to Bardin (2009).

As a main conclusion, we mention that there is a weakness in nurses' knowledge about delirium and dementia. Theoretical and practical training in this area is imperative for nurses who provide care in an inpatient service.

Key-words: delirium; dementia; elderly; hospital; perception, nurse

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	10
ÍNDICE DE APÊNDICES	11
ÍNDICE DE ANEXOS	12
I. INTRODUÇÃO	13
1.1 Natureza e âmbito do projeto	16
1.1.1 Contextualização da problemática	16
1.2 Revisão da literatura	18
1.2.1 Envelhecimento	18
1.2.2 <i>Delirium</i> na pessoa idosa.....	19
1.2.3 Demência na pessoa idosa	22
1.2.4 A pessoa idosa internada no serviço de Ortopedia.....	24
1.2.5 Filosofia de cuidados de Enfermagem	25
1.2.6 Orientações para a intervenção de Enfermagem.....	26
1.2.7 Percepção do enfermeiro	29
1.3 Contextos da execução do projeto	30
1.4 Objetivos gerais e específicos	31
II. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS TAREFAS REALIZADAS	31
2.1 Prestação de cuidados à pessoa idosa com demência	31
2.2 Prestação de cuidados à pessoa idosa com episódio de <i>delirium</i> sobreposto à demência	44
2.3 Formação aos enfermeiros sobre <i>delirium</i> e demência na pessoa idosa	47
2.4 Estudo sobre a percepção dos enfermeiros sobre <i>delirium</i> e demência na pessoa idosa internada em contexto hospitalar	49
2.4.1 Participantes e Métodos.....	49
2.4.2 Apresentação dos resultados.....	50

2.4.3 Discussão dos resultados	62
2.4.4 Conclusão	70
III. AVALIAÇÃO DO PERCURSO	71
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
APÊNDICES	90
ANEXOS	96

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1- Caracterização de um episódio de delirium e o perfil do doente.....</i>	<i>51</i>
<i>Quadro 2- Fatores de risco para desenvolvimento de delirium em hospital.....</i>	<i>52</i>
<i>Quadro 3- Intervenções de enfermagem para a prevenção de delirium</i>	<i>53</i>
<i>Quadro 4-Conhecimento do instrumento de avaliação do risco de delirium.....</i>	<i>54</i>
<i>Quadro 5- Caracterização do doente com demência.....</i>	<i>55</i>
<i>Quadro 6- Conhecimento dos vários tipos de demência.....</i>	<i>56</i>
<i>Quadro 7- Intervenção de Enfermagem à pessoa idosa com demência</i>	<i>56</i>
<i>Quadro 8- Conhecimento do conceito de delirium sobreposto à demência</i>	<i>57</i>
<i>Quadro 9- Dificuldade na prestação de cuidados a idosos com delirium</i>	<i>58</i>
<i>Quadro 10- Dificuldade na prestação de cuidados à pessoa idosa com demência</i>	<i>59</i>
<i>Quadro 11- Intervenção mais eficaz no pós-operatório da pessoa idosa com demência agitada</i>	<i>60</i>
<i>Quadro 12- Limitações da equipa e serviço na prestação de cuidados</i>	<i>61</i>

ÍNDICE DE APÊNDICES

I.	Sinopse do protocolo principal entregue à comissão de ética do hospital.....	91
II.	Consentimento informado para participação no estudo	93
III.	Guião de entrevista semiestruturada	94
IV.	Dados dos participantes do estudo.....	95

ÍNDICE DE ANEXOS

I.	Parecer da comissão de ética ao estudo	97
----	--	----

I. INTRODUÇÃO

A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem à pessoa idosa, propôs a realização de um relatório de estágio com a finalidade de adquirir ferramentas para construir e desenvolver um projeto, que contribui para um agir profissional, ético e teoricamente fundamentado.

Neste contexto, é premente um olhar profundo à pessoa idosa, uma vez que, o envelhecimento exponencial da população é uma questão preocupante, quer a nível mundial quer a nível europeu. Sendo Portugal um país envelhecido, em que a população com 65 anos ou mais de idade representa 22,1%, no futuro mantém-se o declínio populacional e o agravamento do envelhecimento demográfico (INE, 2020). De acordo com as projeções nacionais, prevê-se que em 2030 os idosos representem cerca de 26% da população e em 2060 aumente para 29% (Ministério do Trabalho & Solidariedade e Segurança Social, 2017).

Assim, o declínio do estado de saúde e da função da pessoa idosa após a hospitalização, pode ser influenciado por processos de doença, mas também pelo ambiente hospitalar e pelo cuidado dos profissionais (Jackson et al., 2017).

Estes aspetos são considerados como problemática, uma vez que, os enfermeiros não reconhecem o *delirium* pois não têm compreensão conceptual do mesmo, e não conseguem identificar as diferenças entre *delirium* e demência (Brooke, 2018; Jackson et al., 2017). Nesta conformidade, é definido como base de partida para este trabalho de investigação, **qual a perceção do enfermeiro sobre *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar**. Importa ressaltar que, o maior desafio para o enfermeiro que cuida de um idoso num período de confusão é identificar se este apresenta um episódio de *delirium*, demência ou *delirium* sobreposto à demência (DSD) (Jackson et al., 2017). Segundo a literatura especializada, existe associação significativa entre o desenvolvimento de demência e o agravamento da mesma após um episódio de *delirium* (Hasemann et al., 2018) sendo predisponente para ocorrer *delirium* a existência de demência (Inouye, Westendorp & Saczynski, 2014). Podendo-se

destacar vulnerabilidade de a desenvolver ou identificar uma demência não diagnosticada (Brooke, 2018). Daqui se conclui, a necessidade de adquirir e desenvolver competências na área de intervenção à pessoa idosa institucionalizada, com demência ou com risco de desenvolver um episódio de *delirium*.

Sublinha-se que, com o desígnio de desenvolver competências nesta área, é considerado importante englobar dois contextos de estágios, o primeiro foi desenvolvido numa unidade especializada de demências com a duração de 5 semanas (26/9/2019 a 30/10/2019) onde foram adquiridos conhecimentos teórico-práticos no cuidar do doente complexo com diagnóstico de demência. O segundo contexto foi desenvolvido num serviço de Ortopedia de um hospital na área metropolitana de Lisboa, com a duração de 4 meses (4/11/2019 a 7/02/2020) onde foi realizado o estudo exploratório.

Desta forma é importante determinar o ambiente hospitalar, pois cerca de 40 % das pessoas idosas admitidas em hospital em fase aguda têm demência (Feast et al., 2018). Aquando a admissão hospitalar, segundo Inouye e colaboradores (2009) o *delirium* na pessoa idosa ocorre entre 14 a 24% gerando até 56% de novos casos durante o internamento. Particularmente, num serviço de Ortopedia, o *delirium* no pós-cirúrgico está associado ao aumento de desenvolver demência, especialmente nos idosos submetidos à cirurgia por fratura de colo do fémur (Lundström et al., 2003).

No presente relatório de estágio foi desenvolvido um estudo qualitativo, tendo como finalidade analisar a perceção dos enfermeiros sobre *delirium* e demência na pessoa idosa internada em âmbito hospitalar, realizando e interpretando segundo Bardin (2009) os dados obtidos na entrevista semiestruturada aos enfermeiros do serviço. As conclusões, contribuem para a formação dos enfermeiros sobre a temática bem como os cuidados que visam a deteção precoce e intervenção da problemática.

Para a execução do projeto e planeamento do estágio tive como objetivo principal: desenvolver competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC), no cuidar da pessoa idosa internada

em contexto hospitalar, com *delirium* e demência. Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados à pessoa idosa em situação de cuidados complexa com presença de *delirium* e demência;
- Realizar formação em serviço aos enfermeiros sobre *delirium* e demência, no âmbito da prevenção, diagnóstico e intervenção especializada;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre *delirium* e demência.

A concorrer a título EEEMC, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o título é reconhecido como “*aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem(...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744). Acresce ainda referir que, o grau de mestre é atribuído ao profissional que apresenta capacidade de análise e conhecimento, que sustenta a prática de enfermagem bem como desenvolve projetos que promovam a reflexão, questionamento de práticas, paradigmas e processos de inovação (ESEL, 2014).

Em suma, o trabalho final pretende atingir os objetivos e respetivas competências supramencionados que visam a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa internada, bem como prestar os cuidados especializados nesta área. De outra forma, tendo como pilar o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, que define níveis de proficiência, sendo o modelo aplicado na Enfermagem por Patrícia Benner, refletindo sobre o modelo considero-me no nível 3: competente, desejo com isto, atingir o nível de perito nesta área de intervenção no término do curso.

O presente relatório está estruturado em 4 capítulos: introdução, execução das tarefas previstas, avaliação e conclusão, por fim inclui-se os apêndices e anexos que suportam o relatório. Foi desenvolvido segundo o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL 2018, da *American Psychological Association*. O suporte bibliográfico foi consultado através das bases de dados MEDLINE, CINAHL, EBSCO, Pubmed e livros científicos.

1.1 Natureza e âmbito do projeto

1.1.1 Contextualização da problemática

A demência à escala Mundial em 2015, afetou 47 milhões de pessoas em todo o mundo, número que se prevê que aumente para 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050 (WHO, 2017). A nível da UE num estudo de 2018 estimou-se que 9,1 milhões de pessoas com mais de 60 anos vivem com demência e para 2040 haverá um aumento de cerca 60% (OECD, 2018).

Em Portugal, em 2015 foi estimado que, o número de pessoas com demência ronda os 160 mil doentes, o que corresponde a 5,91% da população (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015). Tanto a incidência como a prevalência da demência aumentam exponencialmente com a idade. O crescimento da população idosa no nosso país parece acompanhar-se de um aumento do número de casos de demência, sendo expectável que este número continue a aumentar (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015).

Conforme apresenta o relatório *Health at a Glance 2017*, Portugal insere-se como o 4º país com mais casos, com estimativa de 322 mil casos até 2037 (OECD, 2018). A mesma fonte num estudo mais recente, estima que até 2050, no Japão, na Itália, em Espanha e em Portugal, existirá mais de uma em cada 25 pessoas com demência (OECD, 2019). Isto exprime que, à medida que os países envelhecem este número aumentará exponencialmente. Contudo, apesar do investimento na investigação, ainda não há cura ou mesmo tratamento substancialmente transformador da doença (OECD, 2019).

Por outro lado, os dados conhecidos são maioritariamente estimativos, pois é difícil aferir o número certo. Primeiramente, a demência é uma situação de diagnóstico complexo que implica recursos à população, por vezes pouco acessíveis bem como o desconhecimento parcial por parte dos profissionais de saúde. Em segundo lugar, considera-se uma situação de doença crónica, mas que raramente se constitui como causa principal de morte. Considera-se assim, subdiagnosticada nas estruturas de cuidados de saúde primários e nos hospitais (Santana et al., 2015).

É de ressaltar que, o impacto da demência não existe apenas nas pessoas envolvidas, mas também na família e comunidade, nomeadamente a carga socioeconómica adjacente, sendo que em 2015 em Portugal, cerca de 76 mil doentes consumiram fármacos para demência representando um encargo financeiro de 37 milhões de euros por ano (Santana et al., 2015). De outra forma, é estimado que apenas 40 a 50% dos casos de demência são diagnosticados nos países desenvolvidos, reforçando assim que, os valores reais podem ser de grande escala (Alzheimer's Disease, 2016).

Relativamente ao *delirium*, este é maioritariamente observado na pessoa idosa (PI) hospitalizada, causando impacto na morbilidade e na mortalidade (Jackson et al., 2017) readmissões hospitalares e institucionalização prolongada (Sendelbach & Guthrie, 2009). Em Portugal desconhece-se a prevalência (Ordem dos Médicos, 2018) e os achados encontrados apenas remetem para estudos em unidades específicas. Contudo, o principal foco é que não é reconhecido o episódio na maioria das ocorrências (cerca de 50% a 75%) e concludentemente, não existe uma intervenção direcionada por parte dos profissionais de saúde (Meagher, 2009). Considerando assim o subdiagnóstico elevado, pois apenas é identificado uma minoria dos casos (Voyer et al., 2008a).

Denotando assim que, os enfermeiros têm dificuldade em clarificar o conceito de *delirium* e confusão, demonstrando desconhecimento das características do mesmo e a terminologia preferencialmente utilizada pelos enfermeiros é a “confusão” (Marques et al., 2013; Voyer et al., 2008a ; Sendelbach & Guthrie ,2009; Wang e Menten, 2009; Speed et al., 2007), enquanto o termo *delirium* é utilizada pela equipa médica (Sendelbach & Guthrie, 2009). Paralelamente, alguns doentes são titulados como hipótese de apresentarem uma demência, sem existir previamente uma avaliação formal que sustente o diagnóstico (Speed et al., 2007).

Face ao exposto, a minha problemática assenta na medida em que, em ambiente hospitalar num quadro de agitação psicomotora e desorientação na PI, a intervenção do enfermeiro é fulcral no sentido de prestar cuidados diferenciados bem como na deteção precoce de um quadro de *delirium* e ou demência. Na

minha realidade, existe dificuldade por parte dos enfermeiros em perceberem a diferença entre os dois, sendo os cuidados prestados de igual forma em ambas as situações. Existem fatores extrínsecos e intrínsecos que concebem certos comportamentos na PI internada, que podem ser atenuados se os enfermeiros estiverem capacitados para atuar na deteção precoce desta problemática.

No cuidado à PI permanece a necessidade de diretrizes clínicas ou protocolos focados no *delirium* e demência, com auxílio a ferramentas para realizar triagem cognitiva e implementação de intervenções baseadas na evidência que visam capacitar os enfermeiros (Brooke, 2018).

1.2 Revisão da literatura

1.2.1 Envelhecimento

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas transformações demográficas, determinadas pelo aumento da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem (DGS, 2017). A Organização Mundial da Saúde define que, nos países desenvolvidos idoso é aquele que apresenta 65 anos ou mais de idade.

Reforçando a ideia já descrita, o nosso país é reconhecido como envelhecido estando representado por 22,1% de população com 65 anos ou mais (INE, 2020). Analisando com a EU, Portugal é o 4º país com maior percentagem de idosos apenas ultrapassado pela Finlândia, Grécia e Itália (INE, 2020). No que diz respeito ao índice de envelhecimento passou de 146,5% em 2015 para 163,2% em 2019 e segundo a estimativa nacional apenas estará estabilizado na proximidade de 2050 (INE, 2020).

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas, à medida que o tempo avança, existe uma perda gradual na reserva fisiológica, levando a um elevado risco de contrair doença, que deriva um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo (OMS, 2015).

A demência revela um dos maiores desafios pronunciado do envelhecimento da população, sendo a idade o maior fator de risco (OECD, 2019) interferindo significativamente na capacidade de autonomia e independência da pessoa idosa (APA, 2014; WHO, 2017). A hospitalização não é benéfica, pois não fomenta o cuidado individualizado da PI e família pela gestão organizacional e estrutural (Fernandes & Silva, 2014).

1.2.2 Delirium na pessoa idosa

A confusão aguda é um conceito mais amplo onde se enquadra o *delirium* logo, todas as pessoas com *delirium* têm confusão aguda mas nem todas as pessoas com confusão aguda têm *delirium* (Sampaio & Sequeira, 2013).

Caracterizo *delirium*, baseado no *Diagnostic and Statistical Manual* 5ª edição (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (APA), como uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante com início súbito, que representa uma alteração em relação a um nível prévio de atenção e consciência. É determinada por um declínio cognitivo global do estado de consciência, da atenção, atividade psicomotora; maioritariamente é observada nos idosos hospitalizados. Estão associadas alterações cognitivas como: desorientação, alteração da linguagem, dificuldade visual e percepção. Desenvolve-se num curto período (horas a dias) com flutuações ao longo do dia, com tendência a agravar ao final da tarde ou durante a noite, está muitas vezes associado a uma perturbação no ciclo sono-vigília que desenvolve sonolência diurna, agitação noturna e insónia inicial, sendo critérios essenciais para o diagnóstico.

Estão descritos dois tipos de *delirium*: hipoativo e o hiperativo, mas algumas pessoas apresentam sinais de ambos (misto). Sendo o primeiro caracterizado por lentificação e letargia que se aproxima do estupor; o segundo apresenta características de labilidade afetiva, agitação e ou recusa em colaborar nos cuidados médicos (APA, 2014). Os profissionais têm dificuldade em diagnosticar o *delirium* hipoativo e o misto (Hasemann et al., 2018; Inouye et al., 2001) sendo que, corroborado por outro autor que neste estudo concluiu que o *delirium*

hiperativo foi reconhecido pelos enfermeiros em 30,9% e o hipoativo apenas 19% (Voyer et al., 2008b).

O *delirium* aumenta significativamente o risco de demência incidente, alguns doentes desenvolvem declínio cognitivo a longo prazo após um episódio de *delirium* (Fong et al., 2019). O *delirium* que ocorre na pessoa com demência (PCD) é designado de *delirium* sobreposto à demência (DSD) que se define quando uma mudança aguda no estado mental é sobreposta à demência existente (Fick, Steis, Waller, & Inouye, 2013). No entanto o DSD continua a ser subdiagnosticado, este subsiste quando o *delirium* é sobreposto à demência preexistente. É caracterizado por flutuações ao longo do dia, pensamento desorganizado, desatenção ou alteração do estado de consciência (Fick et al., 2013). A prevalência de *delirium* em doentes com demência institucionalizados pode variar entre 22% a 89% (Fick et al., 2013). Com isto, é importante a deteção precoce pois 65% dos casos em hospital são DSD (Jackson et al., 2017).

Existem fatores de risco relacionados ao *delirium*, fatores predisponentes e precipitantes. Os fatores predisponentes mais comuns são, ser do sexo masculino, apresentar diminuição da acuidade visual e auditiva (Echeverría et al., 2019), idade avançada, défice cognitivo, fratura da anca, doença grave ou deterioração do estado clínico (APA, 2014). Os fatores precipitantes variam entre cada PI, sendo que, em meio hospitalar a contenção física, a desnutrição, três ou mais medicamentos prescritos, a drenagem vesical e um evento iatrogénico intensificam o desenvolvimento do episódio (Inouye, 1999). No que diz respeito à medicação existem fármacos que são potenciais; particularmente neste estudo foi evidenciado que os agentes hipnóticos sedativos, opióides, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos, agentes anti parkinsónicos, antipsicóticos, barbitúricos, digoxina e antibióticos aumentam o risco de *delirium* (Echeverría et al., 2019). Por outro lado, os fatores precipitantes podem ser:

- dor,
- infecção,
- status pós-operatório,
- desequilíbrio hidroeletrólítico,
- retenção urinária ou intestinal,
- privação do sono,
- hipóxia,
- hipoglicémia,
- abstinência alcoólica ou sedativa,
- distúrbios endócrinos,

- neoplasia,
- trauma, lesões cerebrais,
- hipertermia ou hipotermia, (APA,2014)
- anestesia,
- intervenção cirúrgica,
- doenças agudas;
- agravamento agudo de doenças crónicas (Fields et al., 2018),
- medicação psicoativa, sedativos ou hipnóticos,
- contenção mecânica,
- alterações analíticas (ureia, creatinina, albumina sérica aumentada, acidose metabólica),
- aneurisma da aorta,
- admissão de trauma ou urgente ou
- coma (Inouye, 2014).

Segundo o evidenciado anteriormente, existem complicações major na PI que desenvolve um episódio de *delirium* sendo estas: pneumonia de aspiração, úlceras por pressão, fraqueza, mobilidade reduzida, quedas e comportamento agressivo conduzindo a lesões e fraturas, desnutrição e compromisso cognitivo a longo prazo (Echeverría et al., 2019).

Todavia, identificar os fatores de risco é o primeiro passo no desenvolvimento de estratégias de prevenção eficazes (Inouye et al., 2007). Contudo, a etiologia nem sempre é totalmente reconhecida pelos profissionais e existem inúmeras variáveis que contribuem para o seu desenvolvimento. É necessário identificar se o doente iniciou algum medicamento que pode potenciar o *delirium*, se for confirmado deve-se atribuir o evento agudo à medicação e suspendê-la (Echeverría et al., 2019).

O *delirium* ainda que não seja um diagnóstico de enfermagem, é fundamental o papel do enfermeiro no rastreio desta entidade nosológica. Através da avaliação do risco, identificação precoce dos primeiros sinais e implementação de estratégias não farmacológicas que possam eliminar fatores precipitantes bem como a sua referenciação ao médico (Sampaio & Sequeira, 2013). Neste contexto, pode ser evitável até dois terços se for detetado (Mccrow, 2015) visto que apresenta efeitos adversos de saúde de curto a longo prazo (Terrera et al., 2013). Consequentemente, os internamentos prolongados acarretam custos elevados para o seio familiar (Fong et al., 2019).

1.2.3 Demência na pessoa idosa

Existe uma perturbação cognitiva quando o défice cognitivo não esteve presente desde o nascimento, revelando um declínio em relação a um nível prévio de desempenho. Pode ser classificada em três níveis: ligeira, moderada ou grave (APA, 2014).

Caraterizo demência segundo o proposto no *Diagnostic and Statistical Manual 5ª edição (DSM-V)* da *American Psychiatric Association (APA)* como: uma perturbação neurocognitiva com evidência de declínio num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade percetivo-motora ou cognição social). É obrigatoriamente caracterizada por um compromisso da memória recente e, pelo menos, uma perturbação cognitiva (afasia, apraxia, agnosia e o compromisso das funções executivas) que interfere na realização independente nas AVDS e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). O percurso é irreversível e progressivo, de forma contínua e lenta da função cognitiva (APA, 2014). O declínio das capacidades cognitivas difere em cada tipo de demência e consoante a fase da progressão da doença.

Os défices cognitivos causam perdas no âmbito social e profissional do indivíduo. Fazem parte da doença sintomas psicológicos e comportamentais (SPC) que afetam até 90% das pessoas com demência, sendo os comportamentais demonstrados com: agitação, gritos, choro, desinibição, comportamentos desadequados, agressão física e verbal, inquietação com deambulação sem destino; por outro lado os sintomas psicológicos são: a ansiedade, apatia, delírios, humor deprimido, alucinações (International Psychogeriatric Association, 2007).

Os SPC causam sofrimento ao doente, família e cuidadores se não forem reconhecidos sendo necessário a compreensão da complexa interação entre as dimensões psicológicas, relações interpessoais e o ambiente (International Psychogeriatric Association, 2007). Estes comportamentos agravam o declínio da capacidade funcional diminuindo a qualidade de vida e o risco de institucionalização é maior.

A qualidade dos cuidados pode ser aperfeiçoada através de intervenções não farmacológicas apropriadas, contudo os SPC da demência conduzem à polifarmácia na pessoa idosa (Chen, 2019). A intervenção farmacológica preconiza-se apenas quando, os SPC geram sofrimento ou colocam em risco a própria pessoa e ou o outro. Embora os antipsicóticos possam reduzir os SPC que afetam a pessoa com demência (PCD), devido aos riscos de saúde associados apenas são recomendados como último recurso (Chen, 2019). No entanto, estes medicamentos são utilizados de forma inadequada, sendo para muitos países da OCDE uma prioridade política (OECD, 2019).

No que concerne a intervenções não farmacológicas, a avaliação direciona-se em identificar fatores que possam influenciar certos comportamentos tais como: a saúde física, a depressão, a dor, os efeitos de medicação, fatores psicossociais, ambientais e físicos (falta de privacidade, atenção inadequada, má comunicação e conflitos externos) e por fim analisar o comportamento dos profissionais e família junto do doente (NICE, 2018). O desconhecimento dos SCP pode conceber contenções físicas ou químicas inadequadas que comprometem ainda mais a saúde e os direitos humanos da PCD (Chen, 2019).

No que respeita, aos vários tipos de demência irei abordar as mais comuns como: Doença de Alzheimer (DA), Demência Frontotemporal (DFT), Demência com Corpos de Lewy (DCL) e Demência vascular (DV). A DA é considerada a mais comum na população (Alzheimer's Association, 2018; Scheltens et al., 2016; Prince et al., 2013). Nomeadamente em Portugal, em 2015, a DA representava 50-70% dos casos (Santana et al., 2015) contudo em 2018 foi também referido que, a DV é a principal causa de demência, sendo apontado como maior fator o acidente vascular cerebral (Ruano et al., 2018) associado à hipertensão arterial existente na nossa população (42,2%) (Polonia, Martins, Pinto, & Nazare, 2014).

1.2.4 A pessoa idosa internada no serviço de Ortopedia

Num serviço cirúrgico a prevalência de *delirium* é maior na população idosa (Fields et al., 2018) na verdade, o *delirium* no pós-operatório (DPO) é reconhecido como a complicação mais frequente (Fields et al., 2018; Lundstrom et al., 2007; Marcantonio et al., 1994;). Pode ocorrer entre 15% a 25% (Fields et al., 2018) ou entre 10% a 50% (NICE, 2010) após a intervenção.

A PI que não apresenta compromisso cognitivo no pré-hospitalar, um episódio de *delirium* durante o internamento é fator de risco para desenvolver demência. Por outro lado, a PCD que fratura a anca e existindo um DSD este acelera o declínio cognitivo da mesma (Krogseth et al., 2016). Podem existir complicações peri operatórias sendo que em 2018 num estudo concluiu-se que, doentes com *delirium* eram mais propensos a ter complicações versus doentes sem episódio de *delirium* (Aziz et al., 2018).

As complicações no pós-operatório, nomeadamente *delirium* e a diminuição da mobilidade aumentam o risco de desenvolver demência (Kim, Lee, Lim, Park, & Choi, 2020). Em 2018 num estudo verificou-se que, em 135 doentes sem demência 3 anos após intervenção cirúrgica, desses 135 doentes 43 foram diagnosticados com demência (Olofsson, Persson, Bellelli, Morandi & Gustafson, 2018).

No foro ortopédico, a fratura do colo do fémur está relacionado com a incidência de demência após 6 meses (Krogseth et al., 2011), sendo a incidência de fratura da anca na PCD maior do que na pessoa idosa sem demência (Friedman, Menzies, Bukata, Mendelson, & Kates, 2010). Porém, o risco de demência é quase o dobro em idosos que apresentaram *delirium* após cirurgia ao colo do fémur (Kat et al., 2008).

Neste estudo recente, os SPC de demência foram identificados em 73% dos doentes dos quais 63% apresentaram quedas (Onn & Teo, 2019) hospitalar. O DPO pode impedir a recuperação da fratura associado a maior tempo de internamento, evidenciando uma maior dependência nas AVDS e aumentando a

mortalidade (Olofsson, Persson, Bellelli, Morandi & Gustafson, 2018). O risco de deterioração cognitiva no pós-operatório é elevado, principalmente em doentes que apresentaram episódio de *delirium* durante 1 mês no pós-operatório (Daiello et al., 2019). Decorrente disto, sendo que os doentes que apresentam *delirium* em hospital, futuramente denota-se um declínio funcional elevado comparado com aqueles sem episódio de *delirium* (Jackson, 2017). Assim, o DPO está associado a resultados clínicos negativos inclusive maior taxa de mortalidade (Park & Kim, 2019).

1.2.5 Filosofia de cuidados de Enfermagem

Na prestação de cuidados, a filosofia aplicada é o cuidado centrado na pessoa (Nolan, Davies, Brown, & Keady, 2004; Kitwood 1997;) sendo descrito primeiramente em 1997, descrevendo que a PCD necessita de cinco etapas para ser cuidada: conforto, afeto, inclusão, ocupação e identidade (Kitwood, 1997). O conforto e o afeto promovem o sentimento de estar num local seguro, a inclusão e ocupação desenvolve sentimentos de utilidade na pessoa e por fim a identidade pessoal deve manter-se com o apoio da família e ou cuidadores. Nos últimos 50 anos, as teorias de enfermagem têm continuamente enfatizado a centralidade na relação enfermeiro/doente (Kitson, 2018).

No âmbito da Enfermagem foi desenvolvida uma estrutura conceptual para o cuidado holístico na pessoa idosa (McCormack & Mccance, 2006), neste modelo os cuidados são envolvidos consoante as necessidades físicas e psicológicas do doente dando resposta às mesmas, conhecendo a individualidade de cada um com respeito e aplicar o toque terapêutico. É reconhecido que o ambiente de cuidado gera impacto na operacionalização de enfermagem no que pertence ao cuidado centrado na pessoa, com maior potencial de melhorar o processo de facilitação dos cuidados (McCormack, 2004). Isto aplica-se à relação enfermeiro-doente que resulta de um processo de negociação entre pares com respeito mútuo, não só a relação de díade mas também a forma como os enfermeiros envolvem os restantes profissionais de saúde no processo (Nolan et al., 2004).

Os cuidados fundamentais assentam na totalidade da dimensão do conforto físico, com a inclusão da necessidade do doente, o apoio psicossocial e o estabelecimento de um ambiente em díade (Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, & Lyons, 2013). O cuidado deve ser holístico, envolvendo a componente biológica, psicológica, social e espiritual, abrangendo a família no planeamento dos cuidados (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

Os cuidados fundamentais são atividades básicas para a vida onde se inserem as atividades diárias de autocuidado, quando existe incapacidade da pessoa em realizar estas atividades carece a intervenção de enfermagem (Kitson et al., 2010). Baseado em Virgínia Henderson (2007) as necessidades do indivíduo englobam: a respiração; alimentação; eliminação; movimento; sono e repouso; vestir; temperatura corporal; higiene; controlo do ambiente; comunicação; religião; trabalho; lazer e aprendizagem (Henderson, 2007). O papel do enfermeiro baseia-se em identificar as dimensões afetadas e prestar cuidados centrados na pessoa.

1.2.6 Orientações para a intervenção de Enfermagem

Os enfermeiros têm um papel fulcral na educação para a saúde promovendo estilos de vida saudáveis e com qualidade de vida (Department of Health, 2016). Determinados autores internacionais, emanaram normas de atuação do enfermeiro nas diferentes fases de demência que define intervenções específicas como:

- a) Promover o ambiente favorável à pessoa com alterações cognitivas, funcionais e comportamentais;
- b) Ser capaz de fornecer informação sobre as alterações progressivas da doença e como agir;
- c) Capacidade em tomar decisão pelo outro quando esta está comprometida;
- d) Desenvolver uma prática de cuidados com segurança, compaixão e eficácia;
- e) Adquirir conhecimentos sobre a demência e cuidados a prestar;

- f) Conhecer os recursos da comunidade que permitem o apoio necessário para viver com a doença;
- g) Colaborar com a pessoa, família ou cuidador de forma a identificar situações de stress e definir estratégias para antecipar a situação;
- h) Promover a permanência da pessoa em casa para garantir a sua independência e conforto pelo maior tempo possível;
- i) Prestar cuidados de conforto e planejar os desejos e preferências para o fim de vida bem como fornecer suporte para alcançar os mesmos;
- j) Compreender as dificuldades em verbalizar a dor e angústia que sentem e garantir alívio eficaz da dor;
- k) Promover os cuidados em parceria com os cuidados de saúde primários, hospitais entre outros,
- l) Apoiar a família e os cuidadores durante os últimos dias da vida da pessoa e orientá-los para serviços relevantes e apoio ao luto (Fazio et al., 2018; Department of Health, 2016) .

Outra grande referência nesta área é o *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* que tem apresentado orientações que sustentam os cuidados de suporte. A mais recente em 2018 descreve intervenções à PCD em três dimensões: intervenção nos sintomas cognitivos e manutenção da função (intervenção farmacológica e não farmacológica); intervenção nos sintomas não cognitivos e desafios comportamentais (intervenção não farmacológica, farmacológica e tratamento urgente em alterações comportamentais) e intervenção no transtorno emocional (intervenção psicológica para a depressão e ou ansiedade e farmacológica para a depressão (NICE, 2018).

A nível nacional em 2018 através do Ministério da Saúde, foram descritas bases para a definição de políticas públicas na área da demência com necessidade de desenvolver um quadro de referência para cuidar da PCD, tendo em consideração as características específicas do nosso serviço nacional de saúde. Foi assente nos princípios de proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade, com principal objetivo a promoção da saúde e prevenção da doença. Foram definidas quatro etapas: a identificação precoce, diagnóstico integral, planeamento de cuidados e intervenção terapêutica incluindo o fim de

vida. Neste percurso de cuidados é primordial a relação entre o hospital, cuidados de saúde primários (equipa de cuidados continuados integrados), estruturas residenciais para idosos e todas as valentes da rede nacional de cuidados continuados integrados (SNS, 2018).

No que diz respeito ao *delirium*, a deteção e prevenção inicia-se no momento da admissão, onde é importante avaliar se existem fatores de risco para evitar o desenvolvimento de *delirium*. De forma a monitorizar este risco, após 24h da admissão hospitalar é premente avaliar novamente o doente. Se forem identificados indicadores de risco, deverá ser realizada uma avaliação clínica com base nos Critérios do DSM-V ou uma avaliação através da escala de CAM(*Confusion Assessment Method*) para confirmar o diagnóstico (NICE, 2010). Com base nos resultados obtidos são planeadas intervenções direcionadas à pessoa com *delirium* tais como:

- verificar a capacidade cognitiva inicial e mudanças recentes do estado mental (últimas 2 semanas);
- fornecer iluminação adequada no período diurno
- utilizar estratégias de reorientação para a realidade;
- fornecer um relógio ou um calendário;
- incentivar o autocuidado e a comunicação;
- introduzir atividades cognitivas estimulantes;
- felicitar as visitas regulares de familiares e pessoas significativas e envolvê-las nos cuidados;
- avaliar os sinais vitais: hipóxia, glicémia capilar e dor;
- verificar sinais de infeção, desidratação, retenção urinária entre outras;
- promover a mobilidade segura, incentivar a deambulação se possível e atividades ativas no leito;
- rever a medicação recente e potenciais interações medicamentosas;
- verificar o uso de álcool ou sedativos;
- disponibilizar próteses auditivas, visuais e dentárias;
- evitar a contenção mecânica;
- normalizar o ciclo sono-vigília: quarto silencioso, iluminação baixa, evitar procedimentos invasivos e reduzir o ruído;

- utilizar apenas o tratamento farmacológico em situações de agitação grave e sintomas psicóticos, que coloquem em risco o mesmo ou o outro (Inouye, 2014; NICE, 2010).

1.2.7 Percepção do enfermeiro

Relembrando a minha questão de partida qual a percepção do enfermeiro sobre *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar; aclaro percepção segundo o dicionário da Língua Portuguesa como, um processo do qual um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões, na medida a atribuir significado ao seu meio. É definido como o ato ou efeito de perceber, a tomada de conhecimento sensorial de objetos ou de acontecimentos exteriores, a noção ou o conhecimento de um determinado assunto ou objeto. Outro autor define que é empregue no sentido de opinião ou atitude (Bacha, Strehlau & Romano, 2006).

Clarificando a confusão aguda, esta é um conceito mais amplo onde se enquadra o *delirium*. Existe por vezes, a dificuldade dos enfermeiros em definir estes conceitos, apresentam desconhecimento das particularidades do *delirium* e a terminologia preferencialmente utilizada é a “confusão” (Marques et al., 2013; Voyer et al., 2008a; Sendelbach & Guthrie, 2009; Wang & Menten, 2009; Speed et al., 2007). A Taxonomia descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para confusão é o “*pensamento destorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo*” (CIPE, 2015. *Pag,47*), não se encontra definição de *delirium*. Eventualmente, o diagnóstico de confusão aguda realizado pelos enfermeiros aplicar-se-á antes de estarem reunidos os critérios de *delirium*, neste sentido será um estado prévio e menos grave do mesmo (Sendelbach & Guthrie, 2009).

Os enfermeiros tendem a rotular um doente com estado mental alterado como tendo uma demência, em vez de um episódio de DSD (Hasemann et al., 2018). Apresentam dificuldade em identificar e interpretar o *delirium* do que os sintomas isolados do mesmo (Voyer et al., 2008a), isto é, o *know how* dos enfermeiros

sobre a problemática, tem como base as suas experiências pessoais e crenças, que pouco contribuem para um conhecimento técnico/científico (Wang & Menten, 2009; Voyer et al., 2008a).

Importa ainda sensibilizar os enfermeiros de que, o *delirium* não é uma ocorrência natural da idade (Wang & Menten, 2009; Voyer et al., 2008a), mas sim o resultado de uma complicação de uma situação de doença. Neste sentido, promover o desenvolvimento de formação dos enfermeiros aumenta o conhecimento nesta área (Wang & Menten, 2009; Voyer et al., 2008a; Voyer et al., 2008b).

1.3 Contextos da execução do projeto

O primeiro local de estágio foi desenvolvido numa unidade especializada de demências. Escolhi este local pois a unidade disponibiliza serviços especializados, adaptados às diferentes fases da doença acompanhado de profissionais com formação na área, e a intervenção é planeada de forma individual baseando-se no cuidado centrado da pessoa. A máxima da unidade baseia-se na estabilização de comportamentos, promoção da autonomia do doente para integração em domicílio ou em fases mais avançadas na promoção do conforto. É considerada uma referência de cuidados no âmbito da demência em Portugal com enfermeiros peritos na área de demência.

O segundo contexto de estágio foi desenvolvido num serviço de Ortopedia de um hospital na região de Lisboa. Escolhi este serviço porque através do suporte à literatura especializada, esta aponta que é onde subsiste maior prevalência e incidência de PI com demência e desenvolvimento de *delirium*, após o evento cirúrgico. É conhecido que a fratura, o processo cirúrgico e todo o ambiente hospitalar acresce como fator de risco para o desenvolvimento de *delirium* na PCD. É também importante, formar os profissionais que prestam cuidados num serviço tão específico. No decorrer do ensino clínico, projetei a prestação de cuidados à pessoa idosa com segurança e conforto, acompanhando o momento da admissão, o pré-operatório e o pós-operatório no serviço.

1.4 Objetivos gerais e específicos

O objetivo geral do presente relatório foi: desenvolver competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica, no cuidar da pessoa idosa, internada em contexto hospitalar, com *delirium* e demência. Tendo como objetivos específicos:

- a) Prestar cuidados à pessoa idosa em situação de cuidados complexa com presença de *delirium* e demência;
- b) Realizar formação em serviço aos enfermeiros sobre a pessoa idosa com *delirium* e demência;
- c) Descrever a percepção dos enfermeiros sobre a pessoa idosa com *delirium* e demência.

II. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS TAREFAS REALIZADAS

2.1 Prestação de cuidados à pessoa idosa com demência

A prestação de cuidados no estágio englobou o pré-operatório, a preparação para a intervenção cirúrgica, o pós-operatório imediato e o momento de alta hospitalar. De todos os doentes internados no serviço, tive oportunidade de prestar cuidados à PCD, visto que no universo de 60 camas cerca de 15 a 20 doentes apresentavam demência. Curiosamente pude constatar que, durante as passagens de turno a PI com diagnóstico de demência, eram descritos pelos enfermeiros como confusos, agitados e com necessidade de contenção mecânica.

A PI internada com uma fratura até ser intervencionada fica imobilizada no leito, o que por vezes dura 2 a 5 dias. Até ao momento de ir para o bloco operatório (BO) fica dependente e necessita de cuidados prestados no leito. Sendo que, a dependência surge como efeito de um défice que limita a função do próprio em resultado de um processo patológico ou acidente (Sequeira, 2010).

Especificamente na PCD, o compromisso nas AVDS pode ocorrer desde a fase inicial de demência (Njegovan et al., 2001), sendo que existe uma hierarquia de compromisso funcional, as AIVD são acometidas mais precocemente que as AVDS, logo num diagnóstico inicial deve-se dar preferência a avaliação das AIVD (Caramelli & Barbosa, 2002).

De acordo com os cuidados fundamentais, as necessidades que se encontravam comprometidas onde tive oportunidade de planejar e prestar os cuidados foram: comunicação, alimentação, eliminação, higiene pessoal e conforto onde se insere a avaliação da dor. No que concerne a avaliação das AVDS, na instituição onde estagiei, é avaliado o índice de Barthel de 7 em 7 dias, este avalia o nível de independência da pessoa para a realização de 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, vestir e despir, tomar banho, uso de sanitários, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). Outras escalas avaliadas na admissão são a escala de Glasgow e a escala de Braden.

○ **Comunicação**

A comunicação é o pilar central na relação entre enfermeiro/doente, o saber comunicar é complexo e requer um grande nível de competência de avaliação e implementação de estratégias de comunicação individualizados. A comunicação é suportada por conversa, pensamentos e informações, mas também inclui comunicação não verbal que envolve gestos e expressões faciais, tom de voz e velocidade da fala (International Psychogeriatric Association, 2007).

Durante o percurso de estágio experienciei com os colegas do serviço a comunicação com a PCD, em que, inúmeras vezes eles me verbalizavam que sentiam frustração pois estavam constantemente ao longo do turno a repetir a mesma informação. Referiam que explicavam e solicitavam inúmeras vezes ao doente internado que fizesse certa tarefa, e ele não a realizava. Do que observei, repetiam várias vezes as mesmas questões, inclusive ao fim de um tempo o tom de voz já era elevado, derivado ao cansaço também. Desenvolvi conversas longas e elaboradas com a PI que por vezes originava agitação psicomotora, o

que trazia um sentimento de frustração no colega, pois não estava a ser compreendido e não compreendia o que o doente queria transmitir.

Segundo descrito pela Alzheimer's Association (2013), os défices de comunicação da PCD são:

- afasia,
- dificuldade em encontrar as palavras certas,
- falta de coerência ou lógica na fala,
- repetição de ideias, atenção diminuída,
- esquecimento regular de eventos, nomes e rostos recentes.

Se existir défice na comunicação as mudanças de humor serão afetadas na medida em que, existe perda de confiança, a PCD torna-se lábil, irritável, apático ou desinibido e apresenta delírios de perseguição (APA, 2014).

Na prestação de cuidados à PCD, a principal dificuldade sentida nos enfermeiros era a comunicação, contudo importa ressaltar que, a dificuldade é ainda maior para a PCD pois não compreende o ambiente que o rodeia. Com isto fui explanando aos enfermeiros esta complexidade, fui demonstrando estratégias facilitadoras na comunicação com a PCD, tais como:

- a velocidade da fala reduzida,
- uso de perguntas fechadas (sim ou não) em vez de perguntas abertas
- frases simples e curtas
- fazer uma pergunta ou dar uma instrução de cada vez,
- fornecer à pessoa uma direção ou ideia de cada vez (Wilson et al 2012),
- eliminar distrações (televisão ou rádio),
- aproximação à pessoa devagar, frente a frente estabelecendo contato visual,
- repetição da mensagem utilizando o mesmo texto;
- evitar interromper a linha de pensamento,
- incentivar a pessoa a conversar e a descrever a palavra que está a procura (Small et al., 2003).

Por vezes, o doente quando se ausentava para o BO a prótese auditiva era guardada em espólio e aquando o seu regresso por vezes era esquecida. Alguns doentes regressavam em agitados, possivelmente também pelo efeito

anestésico. Contudo, se não era colocado de imediato a prótese auditiva do doente pode desenvolver-se uma situação de stress para a PCD, com necessidade inclusive de imobilização mecânica. Se existir diminuição da acuidade visual ou auditiva, a comunicação será afetada também, na medida em que pode apresentar:

- falha na comunicação,
- afasia,
- défice visuoespaciais e alucinações visuais que podem ser assustadoras e levar a pessoa a acreditar que está em risco,
- isolamento social,
- desorientação,
- depressão,
- agitação
- insegurança (Alzheimer's Association ,2013).

A comunicação não verbal é a chave para o planeamento dos cuidados à PCD, o doente apresenta dificuldade em verbalizar o que sente ou o que deseja. Assisti, a uma doente que ficou muito agitada ao almoço com recusa alimentar e discurso incoerente, desta forma as assistentes operacionais pediram para eu ir ver a doente pois até ao momento sempre esteve orientada. Após analisar a linguagem corporal da mesma, a inquietação marcada, o desconforto corporal, coloquei-me frente a frente com contato visual direto, com tom de voz sereno e após observação, verifiquei que a doente se encontrava febril e após resolução do quadro febril a doente almoçou e serenou.

Contudo, é importante enaltecer que através de um comportamento alterado consegui compreender a causa orgânica. Isto é, sempre que verifico que existe uma mudança no comportamento questiono-me, o que se estará a passar? e tento fazer uma lista na minha cabeça onde à medida que vou despistando as causas chego à causa principal deste comportamento. Por vezes, o facto de falarmos com o doente de pé e ele no leito ou na cadeira de rodas, por sermos desconhecidos pode gerar sentimento de ameaça, sensação de inferioridade e medo perante os nossos cuidados.

É difícil para a PCD entender o que é verbalizado ou responder de forma a que seja compreendido, com isto, a linguagem o tom e o volume da voz é fulcral (Williams & Herman 2011). O tom de voz elevado e a comunicação infantilizada remete à resistência nos cuidados. Outras estratégias de comunicação não verbal incluem:

- sentar frente a frente;
- utilizar gestos para explicar as tarefas pretendidas;
- acenar com a cabeça;
- contacto visual com aproximação inclinando-se para a frente;
- tom de voz calmo;
- utilizar o toque para apoiar ou direcionar a pessoa nas tarefas;
- movimentar-se de forma lenta (Banovic, Zunic & Sinanovic, 2018; Maxim & Bryan 2006; Small et al., 2003;).

Estas medidas supramencionadas visam aliviar ou diminuir o sofrimento emocional experimentado pela outra pessoa (Burlison, 2003). Logo, o saber escutar produz maior interação na díade, maior satisfação relacional e melhora a prestação de cuidados (de Vries, 2013).

Ao longo do estágio fui observando que os enfermeiros e as assistentes operacionais do serviço, questionavam várias vezes o doente “*lembra-se de mim? tive consigo ontem.... não se lembra? pense lá bem...*” (SIC), ou então não compreendiam porque o doente questionava sempre o mesmo num curto espaço de tempo “*já lhe disse, está no hospital.... outra vez? está no hospital...*” (SIC). Na prestação de cuidados direta não se deve questionar se se recorda da equipa, para a equipa é frustrante mas para o doente também. É impraticável pedir à PCD que deixe de questionar algo que o mesmo não se recorda de questionar, sendo que na demência ocorre o esquecimento regular de eventos recentes, nomes ou rostos e a repetição de ideias é constante (Alzheimer’s Association ,2013).

Reforço que, é importante não subestimar a consciência de que a PCD tem do ambiente que a rodeia, isto é, a PCD apresenta outras capacidades que não se encontram comprometidas e que podem ser utilizadas para melhorar a comunicação, tais como:

- falar das memórias de longo prazo;
- a capacidade de resposta aos sentidos como cheiro, toque e sabor;
- habilidades sociais como dançar e cantar (de Vries, 2013).

○ **Alimentação**

A alimentação à PCD é complexa, requer disponibilidade, adaptação e estratégias centradas na pessoa. A atrofia cerebral presente na demência pode afetar regiões cerebrais que envolvem o apetite e o comportamento alimentar (Grundman et al., 1996). Conforme a progressão da doença, os doentes não reconhecem a comida nem o momento da alimentação e apresentam dificuldade em reconhecer os objetos e a própria sequência da tarefa (apraxia e agnosia) originando por vezes comportamentos disruptivos (Volkert et al., 2015). Apresentam elevado risco de desnutrição e perda de peso (Belmin, 2007; White et al., 1996) com fragilidade presente, sendo que o risco de morbilidade e mortalidade aumenta (Agarwal et al., 2013; Chapman, 2011).

Durante o percurso de estágio acompanhei a PCD na alimentação, confesso que é um processo que requer competências teóricas e práticas para ser alcançado sem causar sofrimento, stress e desconforto à PI. Em meio hospitalar, é complicado desempenhar a tarefa com a devida disponibilidade, o rácio enfermeiro-doente é baixo, o tempo de alimentação é reduzido e o serviço de internamento é trabalhoso a nível de dependência. Contudo, consegui observar várias situações em que o doente no dia anterior até se alimentou autonomamente, mas no próprio dia não se alimentou. A equipa de enfermagem não compreende o porquê e descreve que o doente apresentou recusa alimentar, inclusive que o prato da comida ficou no tabuleiro. O enfermeiro verbaliza “*então D.S. não quer comer? ontem comeu sozinha... vá tem de comer...*” (SIC) e abandonavam o quarto, quando regressavam para retirar o tabuleiro a doente não comeu. Nestas situações consegui intervir por mecanismo de imitação, quando pego na colher e faço o movimento boca-prato e entrego de novo a colher ao doente, ele inicia a tarefa e consegue terminar a refeição. Reforço que, a PCD pode apresentar dificuldades no manuseamento

dos utensílios e dos alimentos no prato, o transportar o alimento à boca, a manipulação do alimento na orofaringe e na deglutição (Watson & Green, 2006; Watson, Manthorpe, & Stimpson, 2003). É essencial a avaliação por parte do enfermeiro para compreender se o doente apresenta apraxia ou agnosia.

Por outro lado, se existir momentos de distração a tarefa não será bem-sucedida até ao final, por vezes os doentes eram alimentados no corredor onde estavam sentados na cadeira de rodas e recusavam alimentar-se, ou até iniciavam a tarefa e rapidamente a terminavam sem dar continuidade. Nesta situação, colocava o doente num local calmo ou no quarto para ser alimentado. Fatores ambientais desempenham um papel fulcral durante a refeição tais como, a localização, as pessoas em redor, os sons, os odores, a temperatura, a iluminação da sala, a porção alimentar e a apresentação do alimento (Nieuwenhuizen et al., 2010; Stroebele, 2004). A PCD apresenta défice de atenção, logo se existir distração ela suspende a tarefa e já não se recorda da sequência, nesta ocorrência inicia-se de novo a tarefa demonstrando-a, de seguida o doente consegue dar continuidade à tarefa.

Alguns doentes necessitam de assistência física na alimentação ou apenas uma orientação verbal para o fazer, alguns têm o reflexo de deglutição íntegro e conseguem mastigar com eficácia e apenas necessitam que alguém leve a comida à boca (Chang & Lin, 2005). Noutro ponto de vista, tive a oportunidade de trabalhar com uma doente, que no momento das refeições colocando o prato à frente dela com talheres e com diversas técnicas não se alimentava, após testarmos em equipa ser alimentada pela mão-própria alcançamos o sucesso. O *finger food* é uma forma de manter a independência na alimentação e inclusive serem alimentados enquanto deambulam incessantemente (Biernacki et al., 2001). Para mim, foi enriquecedor pois consegui aplicar na prática o que anteriormente conhecia na teoria.

É importante supervisionar a alimentação sem interrupção, pois pode ocorrer disfagia sendo a pneumonia de aspiração a causa mais comum de mortalidade (Langmore et al., 2002). Para além dos problemas nutricionais relacionados à doença, devem ser despistados outras causas como, dificuldade na deglutição, efeitos de medicação, a dor pois não a conseguem verbalizar ou inclusive um

conflito familiar na hora da refeição. A capacidade de ingerir líquidos e o reflexo de deglutição geralmente são as últimas funções a ficarem comprometidas sendo que por vezes é fatal (Volkert et al., 2015). A taxa de mortalidade é elevada, sendo apontadas como principais causas as infeções e problemas alimentares que se desenvolvem maioritariamente na fase final da doença, sendo descrito sofrimento até ao último dia de vida (Mitchell, 2015; Mitchell et al., 2009).

Geralmente, em ambiente hospitalar quando a recusa alimentar é recorrente e não existem estratégias ou conhecimento/formação da equipa, o doente é entubado nasogastricamente e fica imobilizado de membros superiores por risco de exteriorizar dispositivos médicos. Segundo defende Druml e colaboradores (2016) qualquer tratamento desproporcional deve ser evitado, privilegiando o bem-estar do doente e sem sofrimento (Druml et al., 2016).

Embora a caquexia ocorra inevitavelmente nesta fase, é importante que o estado nutricional não fique comprometido por práticas de cuidado ineficazes ou inadequadas por parte dos profissionais (Lea et al., 2019). A falta de informação pode impedir a qualidade dos cuidados prestados bem como a abordagem de fim de vida (Mitchell et al., 2009). Em resumo, neste estudo a probabilidade de entubação nasogástrica, análises sanguíneas e contenção antes da morte existiram no doente com demência avançada (Mitchell et al., 2004).

○ **Eliminação**

A incontinência vesical ou intestinal pode ser causada por vários fatores tais como, a incapacidade de reconhecer a importância de utilizar a casa de banho, o esquecimento da localização do mesmo, objetos no caminho que dificultem a marcha, efeito adverso de medicação, stress ou inclusive roupa difícil de remover.

Em meio hospitalar, após a intervenção cirúrgica o doente normalmente vem com drenagem vesical o que gera desconforto, desconhecimento e possíveis infeções urinárias. Durante o estágio, aconteceu uma situação em que o doente

esteve a noite toda agitado e desorientado, e as 7h ausentou-se para o BO. Na passagem de turno os enfermeiros mencionaram esta desorientação e agitação psicomotora relacionando à demência de base que o doente apresentava. Contudo, quando chega ao BO a inquietação mantinha-se e segundo informação transmitida após a cirurgia, o doente apresentava um globo vesical de 1000ml e que após algáliação serenou e conseguiram administrar a anestesia. Claramente, o doente não conseguiu verbalizar a dor e o desconforto e a forma de demonstrar o seu sofrimento, foi pela comunicação não verbal (agitação).

Outra situação em que, o doente estava na sala de refeição com comportamentos disruptivos, gritos e deambulação incessante, quando fui observar a doente verifiquei se havia fator precipitante, o que se estará a passar? pensei eu, quando verifiquei a fralda a mesma encontrava-se com fezes. Após higienização e conforto foi levada para a sala de refeição e conseguiu terminar o almoço. Uma das formas de evitar o desconforto é vigiar a fralda ou levar o doente à casa de banho de tempo a tempo, ou até inclusive, prestar atenção a sinais de linguagem não verbal demonstrada com inquietação, fáceis com esgar, silêncio repentino, ficar num canto sem movimento e puxar ou rasgar a roupa (Rader et al., 2006).

○ **Higiene pessoal e conforto**

O banho é uma das primeiras AVDS a ficar comprometida, a perda da autonomia em realizar a higiene corporal representa uma carência importante para a PI originando desconforto emocional e físico. Muitas vezes o comportamento desadequado e o desconforto ocorrem porque a pessoa não se recorda para que efeito é o banho (Rader et al., 2006).

Durante o estágio, debrucei-me sobre situações complexas e difíceis de gerir no momento inicial. Trabalhei com uma doente no primeiro ensino clínico em que o momento do banho era de angústia total. Primeiramente, fui-me apercebendo que certas sequências para ela lhe geravam conflito. Inicialmente observei os cuidados de higiene que lhe eram prestados no chuveiro, em que a doente não era autónoma e o banho era totalmente assistido pelo profissional de saúde de

forma rápida pois a doente tentava fugir várias vezes. Sendo que, deve-se testar primeiro se o ambiente é o motivo de angústia, como por exemplo se existir espelhos é importante removê-los pois o reflexo pode levar a acreditar que há um estranho na casa de banho. Se mesmo assim após iniciar o banho o doente continua a resistir e agitado, não se deve obrigar deixando para mais tarde o banho (Rader et al., 2006).

Quando comecei a ficar com a doente ao longo das semanas, apercebi-me que ela tinha apraxia e que necessitava apenas do gatilho por parte do profissional em relembrar os movimentos da tarefa, desta forma ela conseguia autocuidar-se. Não gostava de lavar o cabelo era sempre o momento de stress, até que depois compreendi que em domicílio nunca o tinha feito, seria uma senhora que se deslocava ao cabeleireiro todas as semanas. Ficava assustada com o jato de água do chuveiro no corpo, inicialmente colocava a sua mão primeiro para sentir a água e iniciava a tarefa dos pés até ao pescoço e após visualizar a minha sequência ela própria o fazia sem auxílio. Porém, durante os cuidados de higiene ainda se apresentava um pouco inquieta, à medida que a fui conhecendo percebi que ela adorava música, principalmente tango e valsa pois no passado participava em danças de salão. Logo, imediatamente com o recurso à música durante os cuidados de higiene ela finalmente serenou. O recurso à música ou o cantar potencia a comunicação e a interação com a PCD (Hammar et al., 2011) trazendo vitalidade e emoções positivas (Kverno et al., 2009). Concluo aqui que, conhecer a história de vida da doente é importante, pois deu-me ferramentas para intervir de forma não farmacológica trazendo significado para a pessoa.

No serviço de Ortopedia, todas as manhãs a seguir ao pequeno-almoço são prestados os cuidados de higiene, tanto no leito como na casa de banho com auxílio a cadeira de rodas, se a condição clínica o permitir. A definição de um horário certo para o banho é importante pois alterar o horário pode gerar conflito (Rader et al., 2006).

A PCD no pós-operatório imediato, se estiver sob efeito de anestesia pode encontrar-se confusa e agitada e eventualmente com dor. Contudo, a dificuldade em verbalizar nestes doentes como anteriormente referi é visível, logo quando o enfermeiro e o assistente operacional se deslocam para realizar higiene no leito

existe renitência aos cuidados. Nestas situações acautelo que a dor durante o banho é comum, os movimentos necessários durante o banho como transferir da cama para uma cadeira de banho, elevar e mobilizar os membros superiores e inferiores, pode causar dor, medo e desconforto (Miller et al., 2005). Primeiramente, antes de iniciar os cuidados de higiene deve-se administrar medicação analgésica para evitar ao máximo que o banho seja desconfortável e causador de stress. Para além de que, muitos doentes apresentavam apraxia agnosia e incapacidade de execução, isto é, por mais que o profissional dê instrução para levantar o membro superior ou inferior, se a PCD não compreende o que lhe é pedido é normal que não o faça, e por vezes isso ocorria durante os cuidados de higiene. O profissional repete várias vezes a instrução da tarefa sem feedback, levando a que o profissional acabe por fazer pelo doente e não o deixe ser autónomo dentro das suas possibilidades. O doente não percebe o porquê de fazerem por ele, nesta situação em particular aquilo que consegui desenvolver foi solicitar ao doente que levante o braço, mas olhando para mim e relembrando o movimento de levantar o braço. Todavia antes de iniciar os cuidados de higiene administrava paracetamol como analgesia.

Outra estratégia a adotar durante um banho em que o doente se torna agressivo com o profissional, é utilizar estratégias de remeter as memórias passadas isto é, questionar situações que relembrem o doente e que ele possa comunicar connosco, originando uma distração na tarefa e assim é possível concretizá-la. Aconteceu-me uma vez, durante o banho um doente agressivo verbalmente e fisicamente, utilizei a seguinte estratégia “*sr. M, fale-me da sua fábrica no norte...*” o doente ficou sereno e distraído e enquanto ele me explicava a situação laboral eu já tinha finalizado os cuidados de higiene. Com isto ressalvo que, é importante estar alerta para os sinais, pois existem fatores externos e internos que contribuem para a relutância aos cuidados tais como:

- dores músculo-esqueléticas;
- cansaço;
- fragilidade;
- ansiedade;
- medo de cair, local desconhecido;
- ruído;
- o estar despido em frente a um desconhecido;
- desconforto com a temperatura da água;

- o jato de água a cair em cima do corpo (Naik et al., 2004).

Estes são alguns fatores que levam a PCD a resistir aos cuidados de higiene por não compreender o que a rodeia (Naik et al., 2004). Desta forma, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, através do método centrado na pessoa reduzem o desconforto, a agitação e agressão da PCD durante o banho (Sloane et al., 2004).

○ **A dor na pessoa idosa com demência**

A dor foi considerada pela Direção Geral da Saúde em 2003 como o 5º sinal vital, necessita de avaliação e registo da intensidade da dor de forma contínua e regular, de modo a otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003).

Normalmente a dor é sinalizada através da comunicação verbal, contudo dada a deterioração do estado cognitivo da PCD que não a verbaliza esta não é reconhecida pelos profissionais (Achterberga et al., 2020). Sendo que a dor pode ser manifestada por três domínios comportamentais, fáceis, vocalização e postura corporal (Warden et al., 2003). A avaliação correta da dor é premente para aliviar o sofrimento da PCD durante o internamento, porém existem escalas específicas que auxiliam o enfermeiro.

Na minha prática, um doente entubado nasogastricamente e com afasia de expressão iniciou um quadro de agitação psicomotora, estando imobilizado de membros superiores. É conhecido que medidas invasivas e imobilização são medidas que geram desconforto (Mitchell et al., 2004; Aquilina & Agius, 2015). Todavia, após reflexão sobre a problemática em equipa decidimos em primeira linha administrar o paracetamol em vez do haloperidol em SOS, visto que no âmbito da analgesia é considerado de primeira escolha pois é seguro e eficaz. Após breves momentos, o doente acalmou e definitivamente a agitação era a comunicação não verbal com a equipa para a dor que sentia. O doente com demência apresenta mais dor do que aquele sem demência (van Kooten et al., 2017). Neste estudo existiu evidência de que a dor na PCD desenvolveu

sintomas comportamentais como depressão, agitação, agressão e deambulação sem destino (van Dalen-Kok et al., 2015).

Existem inúmeras causas que podem desencadear dor durante o internamento, tais como, dores articulares, problemas gastrointestinais e cardíacos, infecções, feridas entre outras (Corbett et al., 2012). Em particular interesse, a dor da cavidade oral é prevalente em cerca de 10% na PCD (van de Rijt et al., 2018). Em 2019, um estudo identificou que a PCD e doença crónica, sentiram mais sofrimento físico nas últimas semanas e meses de vida em relação ao doente oncológico (Boyd et al., 2019).

Em meio hospitalar, doentes com demência que desenvolvem um episódio de *delirium* durante o internamento a dor apontada é como principal causa. Sendo que por vezes é subdiagnosticada (Feast et al., 2018). De maneira a que, a dor não seja subdiagnosticada na minha prática, utilizo para avaliação da dor a escala de faces em conjunto com a observação dos comportamentos corporais (comunicação não verbal) que o doente me transmite.

Suportado pela *Australian Pain society* (2020) os comportamentos demonstrados na dor podem ser:

- expressões faciais;
- gestos;
- colocar-se encurvado;
- colocar a mão numa parte do corpo;
- renitência nos posicionamentos;
- gemidos na mobilização;
- aumento da frequência cardíaca tensão arterial ou sudorese perfusa;
- inquietação, choro, vocalizações;
- diminuição do apetite;
- confusão acentuada;
- agressividade, irritabilidade ou agitação.

2.2 Prestação de cuidados à pessoa idosa com episódio de *delirium* sobreposto à demência

No serviço de Ortopedia existe uma unidade de cuidados intermédios onde se alojavam os doentes provenientes do BO. Durante o meu percurso, estive várias vezes nos intermédios a acompanhar doentes no pós-operatório. Consegui constatar que, a maioria das pessoas idosas apresentava alteração do estado de consciência e agitação após regressar do BO. Maioritariamente, prestei cuidados a pessoas idosas com demência, mas verifiquei que os comportamentos demonstrados eram transversais aquando regresso do BO, isto é, a PI sem compromisso cognitivo apresentava por vezes o mesmo comportamento, sendo apontado como foco principal o efeito anestésico e a administração de opióides. Porém, na PCD os sintomas permaneciam durante mais tempo e era moroso a resolução do quadro, sendo que no pós-operatório imediato os fatores precipitantes eram a dor e o efeito da anestesia. Existia muitas vezes a necessidade de conter ambos os doentes mecanicamente por risco de exteriorizar dispositivos médicos.

Durante um turno, um doente com demência diagnosticada tinha sido intervencionado no próprio dia a uma fratura do colo fémur, encontrava-se confuso, verborreico e agitação psicomotora, quando me aproximei tinha retirado o penso operatório. Os enfermeiros não estavam a compreender o quadro pois o doente outrora sempre foi orientado. Administrou-se analgesia para despiste o que não sortiu efeito. Após discussão em equipa, presumiu-se que seria ainda efeito da anestesia e efetivamente após umas horas, o doente ficou mais calmo e orientado. Todavia por vezes pode não ser reconhecido logo, quando existe um DSD necessita de ser tratado pela sua complexidade e gravidade. Por vezes, assume-se em equipa que a síndrome demencial gera esta alteração do estado de consciência e que não há tratamento para o *delirium* a não ser pela via farmacológica e pela contenção mecânica. O tratamento do *delirium* tem como principal foco melhorar a recuperação, maximizar a capacidade funcional e melhorar os resultados clínicos (Inouye, 2014).

Outra situação em que, um doente com uma DA medicado em domicílio com rivastigmina e desde que ficou internado (5 dias) suspendeu toda a medicação

de ambulatório. A equipa de enfermagem desde o primeiro dia que sugeriu à equipa médica prescrever a medicação de ambulatório pois o doente começou a ficar confuso, agitado e agressivo inclusive. Contudo, a equipa médica nunca chegou a prescrever a terapêutica de domicílio e após intervenção cirúrgica, um senhor com 87 anos de idade tinha prescrito morfina em SOS (que foi administrado no recobro) e no internamento estaria a ser medicado com outro opióide (tramadol) para redução do quadro álgico. Reparou-se que, quando o tramadol era administrado o quadro de agitação intensificava-se...durante uma das passagens de turno foi partilhado em equipa que talvez seria um fármaco forte para o doente pelo que se suspendeu a administração e fez paracetamol em SOS. Com isto, após ser administrado paracetamol foi visível que o quadro de agitação reverteu. Todos os doentes após serem intervencionados tinham prescrito medicação analgésica em SOS, contudo a equipa médica dá prevalência à morfina, tramadol, droperidol, metamizol de magnésio e por fim ao paracetamol. Durante o estágio as inúmeras situações de episódio de *delirium* foram associados à morfina, em que após suspender a medicação o doente normalizava o estado geral. Porém, o uso de anti-inflamatórios não esteroides e opióides denotam problemas de segurança na PCD sendo importante monitorizar os efeitos secundários (Achterberga et al., 2020).

Neste hospital as transferências de serviço são realizadas a qualquer hora, ou seja, aconteceu várias vezes os doentes serem transferidos do serviço de urgência para a Ortopedia durante a noite. Os quartos são pequenos, onde estão por vezes 3 camas e quando se recebe um doente o barulho é ensurdecador, as luzes ficam acesas, o movimentar das camas e o falar alto. Normalmente, esta dinâmica desorienta os doentes e muitas vezes não os deixa ter um sono reparador. Sabendo que, a privação do sono pode gerar sonolência diurna, irritabilidade e alteração comportamental mesmo na ausência de *delirium*, para a PCD isto é suficiente para apresentar um DSD. A melhor prática é presumir que é um DSD e intervir precocemente (Jackson, 2017). As intervenções não farmacológicas de prevenção mostram-se eficazes na redução de *delirium* e nas quedas, com tendência a minimizar o tempo de internamento (Hshieh et al., 2015).

Recordo-me também de uma situação em que no 4º dia de pós-operatório a doente com uma síndrome demencial não diagnosticada, mas que aparece nos antecedentes, desenvolveu um quadro de agitação com períodos de prostração que alternavam durante o dia. Após observação os sinais vitais estavam estáveis, administrou-se analgesia, mas o quadro mantinha-se. Durante a noite a agitação era muita e o risco de se magoar a si própria era elevado com tentativas de levantar. Os enfermeiros do turno da noite, falaram com os médicos de urgência interna que deram indicação para ser administrado haloperidol. Na passagem de turno da manhã, os enfermeiros relataram que o haloperidol não sortiu efeito e que potenciou ainda mais a agitação naquela doente. Sendo uma doente com antecedente de demência que não está diagnosticada, pode existir a hipótese de ser uma DCL onde existe hipersensibilidade aos neurolépticos sendo contraindicado a sua administração. Assim, em doentes vulneráveis como aqueles com demência subjacente a administração de medicação sedativa-hipnótica carece de cuidados.

Contudo, o tratamento do *delirium* em meio hospitalar está focado na utilização de medicação antipsicótica ou sedativa, sendo que estes podem reduzir a agitação e alteração de comportamento, mas não demonstram eficácia no prognóstico. Sendo que por vezes apenas o atenua ou modifica, sendo um *delirium* hiperativo que se torna em hipoativo (Inouye, 2014) e neste caso existia oscilação de comportamento durante o dia, ora estava agitada ora prostrada. Após os cuidados de higiene nessa manhã, falou-se com a equipa médica e sugeriu-se a colheita de urina asséptica pois a urina estava muito concentrada e poderia ser daqui o foco. Após resultado da urocultura que revelou uma infeção do trato urinário iniciou antibioterapia e ao fim de 2 dias, começou a comunicar com a equipa e a apresentar um comportamento estabilizado na presença da filha que seria a sua referência e principal cuidador.

Na PCD um pequeno processo de inflamação causado por infeção, lesão ou cirurgia é um dos principais focos para potenciar o quadro (Inouye et. al, 2007). A ocorrência de DSD gera um declínio cognitivo mais célere, assim o motivo primário que causa o DSD pode aumentar diretamente o compromisso cognitivo subjacente (Cunningham, 2011).

Em suma, a minha intervenção inicialmente visava em fazer a questão interior, o que se está a passar? o que pode despoletar este comportamento? de seguida, observava a comunicação não verbal (linguagem corporal) fazendo o despiste de todos os fatores precipitantes, baseando-me nas orientações descritas na neste relatório. É de tamanha importância vigiar o DSD durante o internamento, pois este potencia a dependência funcional, aumenta o tempo de internamento e a mortalidade.

2.3 Formação aos enfermeiros sobre *delirium* e demência na pessoa idosa

A formação ocorreu em várias situações, numa sessão formal, durante a prestação de cuidados direta e nas passagens de turno. Foi realizada no âmbito da prevenção, diagnóstico e intervenção especializada nesta problemática.

Desde o início do estágio que o projeto foi abraçado pela equipa com grande entusiasmo. Até ao momento de realizar as entrevistas durante a prestação de cuidados e partilha com a equipa, o tema foi debatido diariamente. Durante a prestação de cuidados fiz formação *on job* aos enfermeiros com intuito de discutir situações diárias de cuidados. Os momentos de aprendizagem não são limitados a espaços ou finalidades específicas podendo ser de carácter espontâneo, dirigido, aleatório ou sistemático (Pires, 2005). Nesta linha de pensamento quero dizer que, para além das passagens de turnos todos os momentos que surgiam de dúvidas ou planeamento de cuidados, sejam no corredor ou na sala de enfermagem, fazem parte da formação *on job*.

Durante as passagens de turno e quando existia um doente com demência ou em *delirium* difícil de lidar pela equipa, os enfermeiros foram-me questionando estratégias para a prestação de cuidados, referindo várias vezes que queriam muito ter formação nesta área pois sentem lacunas. As passagens de turno são momentos de aprendizagem onde são partilhadas em equipa as diversas experiências e conhecimentos da mesma, existe uma reflexão da prática diária. Tem como principal objetivo *“assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria*

contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (OE, parecer nº61, 2017, p.1).

Os enfermeiros incluíram-me sempre no plano de cuidados logo, a receptividade da equipa foi uma mais valia para eu conseguir implementar e desenvolver o projeto. Para além dos momentos formativos durante a prestação de cuidados e passagem de turno, a formação em serviço é pertinente como suporte à prática dos enfermeiros. Assim, a formação contínua do enfermeiro é essencial a nível profissional e pessoal, com objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados. Paralelamente, a formação em serviço promove nos enfermeiros a concretização de um confronto entre a teoria e a prática, ou seja, entre o autêntico e o ideal, o que leva a uma alteração de comportamentos (Basto, 1998).

Por outro lado, a ineficácia da formação está relacionada com o facto de se pensar que é através da formação que o profissional se torna num indivíduo novo e com conhecimentos imediatos após a sessão. Suportado por Nóvoa (2002) ninguém forma ninguém, pertence a cada indivíduo transformar-se através da formação com os conhecimentos que adquire e ou durante as relações com os pares.

Conforme planeado no projeto, realizei uma sessão de formação em serviço (6 e 7 de fevereiro de 2020) com cerca de 30 minutos cada sessão, apresentado em suporte digital numa sala reservada e sem ruído. Após entrevistar os 20 enfermeiros do estudo, consegui ter uma perceção das dificuldades sentidas e quais as temáticas mais pertinentes a abordar. A importância de juntar a teoria com a prática faz sentido, à luz de Nóvoa (1991) a formação não se constrói com o frequentar de muitos cursos, mas sim através de um trabalho crítico e reflexivo sobre a prática. A sessão de formação assentou numa breve abordagem teórica, que visou sensibilizar os enfermeiros e dar a conhecer intervenções direcionadas para promover a qualidade dos cuidados prestados, bem como a deteção precoce da patologia. A edificação de saberes não é simples, por vezes os profissionais podem sentir dificuldades em refletir sobre a prática, muitas vezes não existe um espaço destinado às práticas reflexivas (Costa, 2008). E sempre que é possível realizar esta reflexão, muitas vezes não é olhado como construtivo, mas sim como ponto negativo a apontar ao profissional. Sendo

assim, é de extrema importância que a formação seja também apoiada pela experiência profissional dando exemplos da prática diária.

Na formação que realizei, no final incluí estudos de caso para que os participantes conseguissem relacionar a teoria que apresentei com a prática diária do serviço de Ortopedia. Senti que foi importante e os enfermeiros gostaram desse envolvimento. A formação foi bem-sucedida e toda a equipa referiu que, os temas abordados alguns eram desconhecidos, e que por vezes a prática diária não estava correta devido à insciência sobre este tema.

2.4 Estudo sobre a percepção dos enfermeiros sobre *delirium* e demência na pessoa idosa internada em contexto hospitalar

2.4.1 Participantes e Métodos

Tipo de estudo: exploratório de natureza qualitativa que visa descrever a percepção dos enfermeiros sobre *delirium* e demência na pessoa idosa internada em contexto hospitalar, no serviço de Ortopedia.

Participantes: 20 participantes, enfermeiros, que exerciam funções no serviço de Ortopedia num hospital na região de Lisboa, correspondendo a 51% da população do serviço, tendo sido selecionados pelo método não probabilístico do tipo acidental. Não existiram critérios de exclusão.

Procedimentos: submissão do projeto à comissão de ética do hospital (apêndice I) que deu parecer favorável (anexo I). Posteriormente, facultou-se a toda a equipa o consentimento informado do projeto, foi assinado pelos participantes ficando um exemplar na posse do entrevistado e outro na posse do entrevistador (apêndice II). Na fase final, a entrevista semiestruturada foi conduzida por um guião de entrevista (apêndice III) realizada em privado num gabinete resguardado sem interrupções de terceiros, sendo guiada sempre pelo mesmo entrevistador. As entrevistas foram gravadas com suporte de áudio com um gravador digital. A informação obtida será guardada e destruída ao fim de 1 ano sendo o material a negro guardado durante 5 anos. Os dados fornecidos são

confidenciais, destinando-se meramente a tratamento de dados de foro académico, respeitando o anonimato do profissional e da instituição. Reforço que o entrevistado poderia desistir a qualquer momento do estudo. Não existiram conflitos de interesse.

Instrumento de recolha de dados: a entrevista semiestruturada teve uma duração aproximada entre 10 e 20 minutos, sendo possível ao entrevistador acrescentar algo se pertinente. De forma a analisar a informação obtida, foram transcritas as falas dos participantes em *verbatim* na íntegra, os dados foram analisados pela leitura e releitura e codificados manualmente através de análise de conteúdo de Bardin (2009).

2.4.2 Apresentação dos resultados

Do total de participantes, 14 eram do sexo feminino (70%) e 6 do sexo masculino (30%), com idades compreendidas entre 22-55 anos. O tempo médio de experiência profissional foi de 9,4 anos e especificamente no serviço de Ortopedia foi de 7,6 anos, sendo que 2 enfermeiros (10%) tinham a especialidade em Enfermagem de Reabilitação (apêndice IV).

No que diz respeito à participação em formações sobre o tema, 15 enfermeiros não frequentaram nenhuma formação e referiram não terem conhecimento nesta área; apenas cinco responderam que já participaram numa formação sobre a temática.

Em relação à **caracterização de um episódio de *delirium* e o perfil mais frequente**, como podemos ver no quadro 1, verificamos que a desorientação no espaço tempo e pessoa foi referida 14 vezes pelos enfermeiros.

Quadro 1- Caracterização de um episódio de *delirium* e o perfil do doente

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e unidades de registo
Estado confusional	<p>Desorientação no espaço tempo e pessoa (E1,4,5,6,7,8,9,10,11,13,15,16,17,20) 14x</p> <p>“(…) não consiga estar orientada nas três vertentes (…)” (E5)</p> <p>“(…) confusos (…)” (E10)</p> <p>“(…) desorientação tempo e no espaço (…)” (E13)</p>
	<p>Perda da própria realidade/Não compreensão da situação clínica (E3,12,20) 3x</p> <p>“(…) foge à realidade (…)” (E3)</p> <p>“(…) não está no seu estado normal (…)” (E12)</p> <p>“(…) sente algo que não está nela (…) confusos de si mesmo e da própria realidade (… não têm noção e consciência das suas limitações…)” (E20)</p>
Alteração do comportamento	<p>Agitação psicomotora (E1,3,5,6,7,10,15,19) 8x</p> <p>“(…) agitada (…)” (E5)</p> <p>“(…) agressiva (… há tentativas de querer fugir (…))” (E6)</p> <p>“(…) agitação noturna (…)” (E15)</p> <p>“(…) agitado, não consegue ver as coisas (…)” (19)</p>
	<p>Alteração do discurso (E1,3,5,6,7,12) 6x</p> <p>“(…) verborreico (…)” (E1)</p> <p>“(…) fala sobre assuntos...que não estão contextualizados (…)” (E3)</p> <p>“(…) a chorar (…)” (E6)</p> <p>“... discurso não coerente...” (E12)</p>
Alucinação	<p>Psicose (E2,4,10,13,14,17,20) 7x</p> <p>“(…) visão de animais ou presença de familiares (… o ouvir sons (…))” (E2)</p> <p>“(…) dizer que observa coisas (…)” (E4)</p> <p>“(…) vê e percebe como seja real (…)” (E13)</p> <p>“(…) alucinar, a ver coisas que não existem, na cabeça deles existem (…)” (E14)</p> <p>“(…) alucinação visual, auditiva (…)” (E17)</p> <p>“(…) delírios persecutórios...visuais, auditivos (…)” (E20)</p>
Envelhecimento	<p>Pessoa idosa (E8,13,16,18) 4x</p> <p>“(…) idoso (…)” (E8)</p> <p>“(…) faz parte do envelhecimento...” (E13)</p> <p>“(…) idosas a partir dos 60 anos (…)” (E18)</p>
	<p>Comorbilidades associadas à pessoa idosa (E10,16,18) 3x</p> <p>“(…) idoso...com patologias associadas...” (E16)</p> <p>“(…) idosos com demência devido a Alzheimer (…)” (E18)</p>

No que diz respeito aos **fatores de risco para desenvolver um episódio de *delirium* em hospital**, verificado no quadro 2, apuramos que 15 enfermeiros referem a hospitalização.

Quadro 2- Fatores de risco para desenvolvimento de *delirium* em hospital

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e ou unidades de registo	
	<p>Hospitalização (E2,3,4,5,7,8,9,11,12,14,15,17,18,19,20) 15x</p> <p>“(…) estarem internados (…)” (E3)</p> <p>“(…) luz, barulho...à noite (… ambiente diferente fora de casa (…)” (E4)</p> <p>“(…) mudarmos de ambiente (… não fazer aquilo que é a rotina deles (…)” (E7)</p> <p>“(…) rotinas diferentes (…)” (E14)</p> <p>“(…) institucionalização (…)” (E15)</p> <p>“(…) mudança do ambiente (…)” (E18)</p>	
	<p>Comorbilidades associadas (E3,4,5,7,9,10,15,16,19,20) 10x</p> <p>“(…) doenças que existam previamente ao internamento (…)” (E3)</p> <p>“(…) antecedentes clínicos (…)” (E5)</p> <p>“(…) fatores biológicos (…)” (E9)</p> <p>“(…) comorbilidades associadas (…)” (E15)</p> <p>“(…) episódios de internamento relacionados com a área neurológica...psiquiátrica (…)” (E20)</p> <p>Diagnóstico de demência (E4,7,10,16) 4x</p> <p>“(…) já ter um síndrome demencial (…)” (E4)</p> <p>“(…) alterações cognitivas antes, não nos conseguem entender ou não conseguem memorizar aquilo que nós dizemos (…)” (E7)</p> <p>“(…) síndromes demenciais (…)” (E10)</p> <p>“(…) se já existe patologia psiquiátrica (… demência de base (…)” (E16)</p>	
	<p>Interrupção da medicação prévia ao internamento (E2,5,8,17,19) 5x</p> <p>“(…) medicação de ambulatório não estar prescrita (…)” (E5)</p> <p>“(…) falta da medicação domiciliária (…)” (E8)</p> <p>“(…) falta de terapêutica do domicílio...não é logo prescrita (…)” (E17)</p>	
	<p>Ausência de suporte familiar próximo (E2,3,6,13,14) 5x</p> <p>“(…) não estarem em contacto com os seus familiares (…)” (E2)</p> <p>“(…) perdem as pessoas de referência (…)” (E3)</p> <p>“(…) suporte familiar”(E13)</p>	
	<p>Pessoa idosa (E3,10,18,19,20) 5x “(…) idosos (…)” (E3,10)</p>	
Fatores clínicos desencadeantes	<p>Infeção (E4,9,18,20) 4x</p> <p>“(…) surto infeccioso (…)” (E4)</p> <p>“(…) infeções do trato urinário (…)” (E9)</p> <p>“(…) infeções hospitalares (…)” (E20)</p>	<p>Dor (E16, 18,19) 3x</p> <p>Fratura (E1,8,14) 3x</p> <p>“(…) osso partido (…)” (E1)</p> <p>“(…) a queda (…)” (E14)</p>
	<p>Nutrição comprometida (E2,9) 2x</p> <p>“(…) nutrição (…)” (E2)</p> <p>“(…) desidratação (…)” (E9)</p>	<p>Pós-operatório (E1, 9,16, 18) 4x</p> <p>“(…) pós-cirúrgico (…)” anestesiados (… ansiedade (…)” (E9)</p> <p>“(…) pós-operatórios...efeito de medicação (…)” (E16)</p> <p>“(…) a baixa de hemoglobina...pós-cirúrgico (… anestesia (…)” (E18)</p>
	<p>Contenção Mecânica (E7,19) 2x</p> <p>“(…) ao serem imobilizados (…)” (E7)</p>	

As intervenções de enfermagem relatadas que visam a prevenção de *delirium*, conforme quadro 3, são baseadas na comunicação com o doente.

Quadro 3- Intervenções de enfermagem para a prevenção de *delirium*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e ou unidades de registo
Comunicação	<p>Reorientação para a realidade (E3,4,5,7,9,14,15,18) 8x</p> <p>“(…) orientá-lo sempre que ele...não consiga dar as referências, dar referências espaço temporais (...)” (E3)</p> <p>“(…) trazer o doente à realidade não o contrariando (...)” (E4)</p> <p>“(…) chamar essa pessoa...para a realidade (...)” (E5)</p> <p>“(…) terem relógio para se orientarem, os óculos (...)” (E9)</p> <p>“(…) pergunto sempre o nome, a idade, se sabe onde está (...) e estou a reforçar isso ao longo do turno (...)” (E18)</p>
	<p>Tranquilização/compreensão do doente (E 1,7,8,16,17,19, 20) 7x</p> <p>(...) “abordagem com o doente calma (...) tranquilizá-lo (...)” (E1)</p> <p>“(…) ensinios (...) conversar com a pessoa (...)” (E7)</p> <p>“(…) tentar perceber e falar com o doente (...)” (E8)</p> <p>“(…) perceber porque o doente está assim (...)” (E16)</p> <p>(...) “tentar comunicar com o doente, criar ali uma relação de empatia (...)” (E17)</p> <p>“(…) boa escuta ativa (...)” (E20)</p>
Família	<p>Fonte de informação e participação nos cuidados relacionais (E6,9,12,14,15) 5x</p> <p>(...) “alertar aos familiares do que pode acontecer (...) às vezes é impossível são quadros que acontecem quando anoitece (...)” (E6)</p> <p>(...) “a presença da família (...)” (E9)</p> <p>“(…) explicar à família (...)” (E14)</p> <p>(...) “o envolvimento dos familiares que é muito importante (...)” (E15)</p>
Medidas de Contenção	<p>Química (E1,4,5,10,16,19) 6x</p> <p>(...) “antipsicóticos, sedativos (...)” (E1)</p> <p>(...) “é medicação para parar com a agitação psicomotora não dá propriamente para prevenir (...)” (E10)</p>
	<p>Mecânica (E1,4,5,16,19) 5x</p> <p>“(…) não partindo logo para a imobilização, se permanecer tenho que o imobilizar por risco de queda” (E1)</p> <p>“(…) últimos casos recorremos à imobilização (...) risco de queda aumentado (...)” (E4)</p> <p>(...) “cá em Portugal (...) o doente está confuso (...) levanta-se uma intervenção de enfermagem (...) e imobiliza-se o doente (...) nós lá fora não imobilizamos (...) sem uma decisão formal quer médica quer um consentimento informado da própria família (...)” (E16)</p> <p>(...) “imobilização física de prevenção de quedas (...)” (E19)</p>
<p>Notificação de informação clínica ao médico assistente (E8,10,17,19) 4x</p> <p>(...) “tento avisar a equipa médica (...)” (E8)</p> <p>(...) “informamos o médico de que o doente já fazia alguma terapêutica em casa que não está prescrito (...)” (E17)</p> <p>(...) “falar com o médico para ele prescrever a medicação habitual (...)” (E19)</p>	
<p>Identificação de fatores precipitantes (E8,9,16) 3x</p> <p>“(…) Controlar as algias (...)” (E8)</p> <p>“(…) incentivar a ingestão hídrica (...) alimentação... muitos acabam por não se alimentarem como deve ser (...)” (E9)</p> <p>“(…) pode ser...uma fralda suja (...)” (E16)</p>	

Do total, 18 enfermeiros desconhecem o instrumento de avaliação do risco de *delirium*, conforme verificamos no quadro 4.

Quadro 4-Conhecimento do instrumento de avaliação do risco de *delirium*

CATEGORIAS e ou Unidades de registo
Desconhecimento (E1,2,3,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20) 18x
<p style="text-align: center;">Viabilidade em aplicar o instrumento no serviço (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16,17,18,19,20) 19x</p> <p>“(…) a escala de Glasgow é a única que posso avaliar, não tenho mais nenhuma ferramenta de escala que me apoie (…)” (E5)</p> <p>“(…) o que há mais próxima de avaliar um estado de consciência do doente é a escala de Glasgow (…) <i>secalhar ajudaria bastante a perceber que doentes é que têm potencial de delirium (…)</i> possam estar sinalizados (…)” (E8)</p> <p style="padding-left: 40px;">“(…) era pertinente aplicar (…) <i>um método de prevenção (…)</i>” (E10)</p> <p style="padding-left: 80px;">“(…) era útil (…) <i>dava-nos algumas orientações (…)</i>” (E16)</p> <p style="padding-left: 80px;">“(…) seria mais fácil (…) <i>avaliarmos e identificarmos</i>” (E17)</p>

Como verificamos no quadro 5, a **caracterização do doente com demência** é baseada na memória afeta com uma resposta focada no passado e desorientação em todas as vertentes.

Quadro 5- Caracterização do doente com demência

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS e ou Unidades de registo
Memória afetada	<p>Resposta focada no passado (E2,3,4,6,7,9,12,13,14) 9x</p> <p>“(…) não reconhecimento de algum familiar (…)” (E7)</p> <p>“(…) relembra-se do passado e não do presente” (E12)</p> <p>(…) “começam-se a esquecer (… confundir com tudo (…)” (E13)</p> <p>“(…) as pessoas perdem (…) memórias (…) mais recentes (…)” (E14)</p> <p>(…) um doente com alzheimer fala mais do que lhe aconteceu há muitos anos e tem mais limitações a nível do presente (…)” (E9)</p>
	<p>Desorientação no espaço tempo e pessoa (E4,8,12,13,16,18,19,20) 8x</p> <p>“(…) temos de tentar trazê-los à realidade (… parece que não tao cá, ou não são associam sítios (…)” (E4)</p> <p>“(…) a gente tenta reorientá-los (… e eles conseguem até numa fase inicial reorientarem-se (…)” (E13)</p> <p>“(…) um doente com demência geralmente é um doente confuso (… no tempo-espaço (…)” (E16)</p> <p>“(…) com períodos de desorientação (… no espaço e no tempo (… à pessoa (…)” (E18)</p>
	<p>Autocuidado comprometido (E1,2,5,7,13,15) 6x</p> <p>“(…) não tem capacidade para ter autonomia, para cuidar de si próprio (… o banho, a alimentação (…)” (E1)</p> <p>(…) “não tem as capacidades que um doente normal tem (…)” (E2)</p> <p>“(…) a nível de cognição, a nível de mobilidade (… de aprendizagem (… as necessidades humanas básicas ficam (… afetadas (…)” (E5)</p> <p>“(…) alteração depois da parte já da alimentação (… dos cuidados de higiene (…)” (E7)</p> <p>“(…) a evolução da demência eles chegam a um ponto (… que ficam muito mais dependentes (…)” (E13)</p>
	<p>Evolução progressiva (E3,5,6,15) 4x</p> <p>“(…) a pessoa vai progressivamente ou de forma aguda, perdendo a sua capacidade social...de interação (… de relacionamento (…)” (E3)</p> <p>“(…) vai perdendo gradualmente (… isso é para mim a demência, vai degradando (…)” (E6)</p> <p>“(…) coisa progressiva que se instala (… a pessoa de facto perde funções (… ordem degenerativa e desaprende um bocadinho a ser ela própria (…)” (E15)</p>
	<p>Agressividade (E,2,16,18) 3x</p> <p>“(…) resposta motora (… mais agressiva ou menos proporcional aquilo que estamos habituados (…)” (E2)</p> <p>“(…) com agitação psicomotora, tenta agredir o outro ou tenta agredir ele próprio (…)” (E16)</p> <p>“(…) mudanças de comportamento, atitudes, talvez agressividade (…)” (E18)</p>
	<p>Pessoa idosa (E10,20) 2x</p> <p>“(…) idosos a partir dos 70 anos (…)” (E10)</p> <p>“(…) demência (… associado ao avançar da idade (…)” (E20)</p>
	<p>Comunicação comprometida (E2,20) 2x</p> <p>“(…) resposta não tao coerente (…)” (E2)</p> <p>“(…) pode não conseguir comunicar da melhora forma, pode não conseguir interpretar da melhor forma (…)” (E20)</p>

Em relação aos vários tipos de demência, como podemos ver no quadro 6, verificamos que 11 enfermeiros desconhecem e 8 mencionam a DA.

Quadro 6- Conhecimento dos vários tipos de demência

CATEGORIAS e ou unidades de registo
Desconhecimento (E2,3,5,8,9,10,14,16,17,18,19) 11x
Doença de Alzheimer (E1,4,7,11,12,13,15,20) 8x
Demência de Parkinson (E7,13,20) 3x
Demência de Corpos de Lewy (E15)
Patologia psiquiátrica "(...) <i>depressão major, minor (...)</i> esquizofrenia (...)" (E1)

A **intervenção de enfermagem à pessoa idosa com demência**, conforme demonstra o quadro 7, verificamos que 8 enfermeiros descrevem a reorientação para a realidade e de seguida a comunicação tranquila que foi referida 7 vezes.

Quadro 7- Intervenção de Enfermagem à pessoa idosa com demência

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e ou unidades de registo
Abordagem ao doente	Reorientação para a realidade (E3,4,5,10,13,15,17,18) 8x "(...) <i>deve-se reorientar o doente (...)</i> " (E13) "(...) <i>orientação para a realidade (...)</i> " (E15)
	Comunicação tranquila (E2,6,7,10,17,18,20) 7x "(...) <i>explicar tudo o que se vai fazer (...)</i> sem uma explicação, sem uma comunicação assertiva (...) <i>pode levar pa um período de confusão mais grave que é desnecessário da nossa parte (...)</i> " (E20) "(...) <i>não pode ser ma abordagem tão agressiva (...)</i> abordagem mais calma (...)" (E2) "(...) <i>tento explicar tudo muito devagar com calma (...)</i> " (E7) "(...) <i>estão de tal forma agitados, desorientados, que às vezes o mais fácil ou o mais pertinente no momento é... entrar no delirium deles tentando fazer com que eles acalmem (...)</i> " (E10)
	Compreender a necessidade do doente (E8,12,14,16) 4x "(...) <i>tentar perceber o contexto do doente (...)</i> " (E8) "(...) <i>não conseguimos perceber bem o que é que ele quer (...)</i> " (E12) "(...) <i>muitos profissionais não são compreensivos para com a pessoa (...)</i> tem que se compreender (...)" (E14)
	Prevenção de quedas (E2,6,16,19) 4x "(...) <i>baixar o plano da cama para evitar se quiser levantar-se ou tentativa de levante, não ter uma queda (...)</i> se tá agitado temos que manter a contenção física (...)" (E6) "(...) <i>imobilização mais no sentido de o doente não se magoar a ele nem a nós próprios</i> " (E16) "(...) <i>quando não podemos estar com o doente muito tempo, temos que imobilizar, eu acho que até agarrava o estado da pessoa</i> " (E19)
	Providenciar mais atenção/disponibilidade (E3,9,19) 3x "(...) <i>tem de se dar mais tempo (...)</i> mais atenção (...) <i>mais espaço (...)</i> para elas se expressarem, para elas falarem (...)" (E3) "(...) <i>necessitam de atenção especial, a gente não tem tempo (...)</i> " (E19)
	Envolver a família (E4,6,15) 3x "(...) <i>se a família pudesse participar (...)</i> não há melhor pessoa que um familiar que sabe que conhece para evitar tudo isto (...)" (E6)

O **conhecimento do conceito de DSD**, como podemos ver no quadro 8, verificamos que 11 enfermeiros desconhecem.

Quadro 8- Conhecimento do conceito de *delirium* sobreposto à demência

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e ou unidades de registo
	<p style="text-align: center;">Desconhecimento (E1,3,6,7,9,10,12,14,15,19,20) 11x</p> <p style="text-align: center;">(...) “<i>não, nunca ouvi falar</i>“(E1) (...) “<i>não conheço</i> (...)“(E20)</p>
	<p style="text-align: center;">Perceção do enfermeiro (E2,4,5,8,9,11,13,16,17,18) 10x</p> <p style="text-align: center;">(...) “<i>agravamento...da demência (...) têm demência, mas poderão ter episódios de delirium</i> (...)“(E2) (...) “<i>já tem um síndrome previamente demencial (...) mas será um surto que poderá despoletar (...) um doente que não seja agressivo, está desorientado torna-se agressivo</i> (...)“(E4) (...) “<i>a demência já vem de outros fatores (...) conjugado já com uma maior deterioração cognitiva (...) é muito complicado (...) o controlo e a junção de ambos</i> (...)“(E5) (...) “<i>agudização da demência (...) possa estar controlada (...) entra numa situação mais de agitação psíquica ou motora</i> (...)“(E8) (...) “<i>não conseguir distinguir demência de delirium? (...) acabamos por dizer que uma pessoa tá demente e afinal tá só com delirium?</i> (...)“(E9) (...) “<i>relacionado com o tipo de demência (...) demência implicar o delirium</i> (...)“(E11) (...) “<i>um desvio à normalidade da demência</i> (...)“(E16) (...) “<i>algo que surge após ser identificado uma demência</i> (...)“(E17) (...) “<i>já não é o seu estado normal de demência</i> (...)“(E18)</p>

No quadro 9, verificamos as **dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados a idosos com *delirium***, como podemos ver a não colaboração nos cuidados e a compreensão dos mesmos foi referida 9 vezes.

Quadro 9- Dificuldade na prestação de cuidados a idosos com *delirium*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e ou unidades de registo
	<p>Não colaboração/compreensão nos cuidados (E1,3,5,6,7,9,11,12,18) 9x</p> <p>“(...) é explicar e que ele não perceba (...)” (E6)</p> <p>“(...) que eles colaborem connosco (...)” (E7)</p> <p>“(...) que eles nos percebam a nós (...) queremos-lhes fazer alguma coisa (...) e eles não querem (...) não conseguem perceber que é um enfermeiro (...)” (E9)</p> <p>“(...) não vai cumprir o que lhe é pedido (...)” (E11)</p> <p>“(...) Não nos dá indicações nenhuma (...)” (E12)</p> <p>“(...) que ele colabore, administrar terapêutica e que ele aceite (...)” (E18)</p>
	<p>Reorientação para a realidade (E4,5,7,10,13) 5x</p> <p>“(...) trazê-los à realidade sem o contrariar (...) entrar na ideia deles e dizer que sim (...)” (E4)</p> <p>“(...) conseguir que a pessoa se autositue (...)” (E7)</p> <p>“(...) é difícil reorientá-los (...)” (E13)</p>
	<p>Gestão emocional do enfermeiro (E1,8,6,11,16,20) 6x</p> <p>“(...) tentar perceber, tentar capacitá-lo (...) a maior dificuldade é tentar colocar-me no lugar dele (...)” (E1)</p> <p>“(...) frustração de não poder virar toda a situação (...)” (E6)</p> <p>“(...) é complicado lidar com a família (...)” (E8)</p> <p>“(...) tentar lidar com o doente (...) porque não percebemos o doente (...)” (E11)</p> <p>“(...) controlar o episódio de delirium (...) atuar de uma forma mais assertiva ou mais agressiva (...) será que tou a ser demasiado meigo? (...) às vezes com as (...) imobilizações (...) tou a ser demasiado agressivo? (...) é complicado gerir, e tem de se saber gerir (...)” (E20)</p>
	<p>Gerir a agressividade (E2,6,10,20) 4x</p> <p>“(...) ficam bastante agressivos (...)” (E2)</p> <p>“(...) ficam mais agressivos para connosco e não conseguimos prestar os melhores cuidados (...)” (E10)</p> <p>“(...) os movimentos são demasiado brutos e às vezes poem em causa até a nossa própria integridade (...)” (E20)</p>
	<p>Comunicação/ Tranquilização (E2,3,7,14) 4x</p> <p>“(...) é acalmá-los (...) vê-se que as pessoas estão assustadas (...) é acalmar a pessoa e tentar explicar (...)” (E2)</p> <p>“(...) abordagem mais tranquila com eles (...) é mais fácil na prestação de cuidados (...)” (E3)</p> <p>“(...) é acalmá-lo (...)” (E7)</p>
	<p>Gestão organizacional (E3,15,17) 3x</p> <p>“(...) precisam de muito mais espaço (...) e tempo que muitas das vezes nós não temos (...) acabamos por não prestar os melhores cuidados (...)” (E3)</p> <p>“(...) falta de tempo (...) para comunicar com o doente (...)” (E17)</p>

Por outro lado, em relação à demência podemos verificar no quadro 10, as maiores dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados. Verificamos que a gestão emocional do enfermeiro e a não colaboração nos cuidados foram referidas mais vezes.

Quadro 10- Dificuldade na prestação de cuidados à pessoa idosa com demência

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e ou unidades de registo
	<p style="text-align: center;">Gestão emocional do enfermeiro (E6,8,11,12,16,17) 6x</p> <p>“(…) sinto frustração com um doente com demência de um doente que não está orientado (…)” (E6)</p> <p>“(…) a pessoa deixou de ser aquilo que era...perceber esse contexto (...) sintomatologia associada, controlar isso tudo “(E8)</p> <p>“(…) no trato com o doente (…)” (E11)</p> <p>“(…) é mais difícil tratar um doente com demência do que um...que não seja demente... não conseguimos perceber bem o que é que ele quer” (E12)</p> <p>“(…) não me envolver muito a nível emocional... acabam por ser um doente que dá pena...a pessoa sente sempre aquela proteção extra (...) a explicação à própria família, é preciso ter uma certa sensibilidade para explicar isto aos familiares (...)” (E16)</p> <p>“(…) perceber os problemas do doente “(E17)</p>
	<p style="text-align: center;">Não colaboração nos cuidados (E3,7,13,18,20) 5x</p> <p>“(…) não estarem colaborantes (...) os ensinamentos nem sempre serem eficazes (...)” (E3)</p> <p>“(…) colabora menos connosco” (E7)</p> <p>“(…) colaboração connosco...a gente dá-lhes indicações...eles olham para nós com uma cara de espanto e basicamente estão perdidos. (...)” (E13)</p>
	<p style="text-align: center;">Comunicação (E1,5,13,17) 4x</p> <p>“(…) conseguir que eles captem o que eu acho que é essencial (...)” (E1)</p>
	<p style="text-align: center;">Reorientação para a realidade (E9,18) 2x</p> <p>“(…) tentar orientá-los, mas não dá (...)” (E18)</p>
	<p style="text-align: center;">Falta de conhecimento/formação (E10,11) 2x</p> <p>“(…) falta de conhecimentos e estratégias para conseguir atuar “(E10)</p> <p>“(…) complicado tratar de um doente com demência porque não temos experiência em como tratá-los (...) a necessidade de termos apoio e conhecimento de como tratar este tipo de doente “(E11)</p>

A intervenção mais eficaz no pós-operatório em situação de agitação, como podemos ver no quadro 11, verificamos que a intervenção farmacológica foi referida 11 vezes.

Quadro 11- Intervenção mais eficaz no pós-operatório da pessoa idosa com demência agitada

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e ou unidades de registo
	<p style="text-align: center;">Intervenção farmacológica (E2,3,5,6,8,10,12,14,16,19,20) 11x</p> <p><i>“(...) já tentamos muitas vezes antes de recorrer... à intervenção farmacológica, o verbalizar, o tentar outras técnicas, o ligar a luz para se tentar orientar no ambiente (...) pode resultar ali nos primeiros minutos, mas posteriormente ainda se agrava mais (...)” (E2)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“(...) no pós-operatório tem de ser o farmacológico (...)” (E6)</i></p> <p><i>“(...) fazemos sempre a farmacológica (...) não sei se é por ser mais fácil ou mais eficaz, é muito difícil de gerir (...)” (E10)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“(...) a farmacológica ajuda, é o caminho mais rápido” (E14)</i></p> <p><i>“(...) a farmacológica tem muito mais eficácia do que a atuação não farmacológica (...)” (E20)</i></p>
	<p style="text-align: center;">Farmacológica e não farmacológica (E4,7,11,13,15,17) 6x</p> <p><i>“(...) são as duas importantes, devem ser as duas aplicadas (...) a primeira abordagem será sempre trazê-los à realidade e só depois medidas de contenção e farmacológicas” (E4)</i></p> <p><i>“(...) a farmacológica é sempre importante, mas é importante também conseguirmos a não farmacológica, aquele toque terapêutico (...)” (E7)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“(...) são ambas importantes (...)” (E13)</i></p>
	<p style="text-align: center;">Intervenção não farmacológica (E1,9,18) 3x</p> <p><i>“(...) é o mais eficaz... a abordagem não muito rápida, não muito forçada (...) saber escutar (...)” (E1)</i></p> <p><i>“(...) começar sempre pela não farmacológica (...) se nós tivermos a falar mais alto acabam por ficar ainda mais agitados (...) falar sobre o que a pessoa gosta, acaba por acalmá-los (...)” (E9)</i></p> <p><i>“(...) a pessoa tá agitada com aquele enfermeiro (...) já não esta com a calma necessária e quando chega um novo colega com uma atitude diferente, consegue acalmá-la (...) mudança de atitude e mudança de pessoa e conseguimos acalmar a pessoa (...)” (E18)</i></p>

Por último, as limitações da equipa e serviço na prestação de cuidados em ambos os doentes, conforme descrito no quadro 12, verificamos que o rácio enfermeiro-doente é diminuído e foi referido 11 vezes pelos enfermeiros

Quadro 12- Limitações da equipa e serviço na prestação de cuidados

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS e ou unidades de registo
Gestão Organizacional	<p>Rácio enfermeiro-doente diminuído (E1,3,4,5,7,10,13,14,17,19,20) 11x</p> <p>“(…) o utente precisa de mais disponibilidade que nós não temos (…)” (E3)</p> <p>“(…) falta de pessoal (…)” (E4)</p> <p>“(…) se eu tiver mais disponibilidade a nível de tempo eu vou prestar cuidados com muito mais atenção (….) que eu não presto se tiver tempo reduzido (….)” (E5)</p> <p>“(…) tempo para intervencionar com o doente (….)” (E10)</p> <p>“(…) muitos utentes, muitos cuidados a prestar, muitas notas (….) para um só enfermeiro (….)” (E13)</p> <p>“(…) estar um enfermeiro para 12 doentes, acamados muitos deles com demência (….) por mais que o enfermeiro queira-se esforçar (….) não consegue porque efetivamente não tem tempo (….)” (E20)</p>
	<p>Falta de apoio médico (E2,4,6,10,12,16,19) 7x</p> <p>“(…) médicos mais atentos (….)” (E4)</p> <p>“(…) ortopedistas não terem conhecimento de como atuar (….)” (E10)</p> <p>“(…) falta de apoio médico (….)” (E12)</p> <p>“(…) é alguém que olhe para eles com olhos de ver e não deixar descurar essa parte da medicação (….) não há necessidade de depois dopá-los com tanta morfina, no pós-operatório imediato” (E16)</p>
	<p>Falta de formação (E1,2,7,12,15,18) 6x</p> <p>“(…) falta de formação nesta abordagem das demencias (….) nós não temos conhecimento suficiente sobre os diferentes tipos de demência (….)” (E1)</p> <p>“(…) falta de conhecimento, a equipa de enfermagem, médica, auxiliares (….)” (E2)</p> <p>“(…) falta-nos formação, desde auxiliares, senhoras da copa, enfermeiros, a equipa médica (….) a parte de como identificar as alterações de comportamento dos doentes (….)” (E7)</p> <p>“(…) se nós tivéssemos conhecimento da diferença, dos fatores, da melhor atitude a ter para atuar (….)” (E18)</p>
	<p>Interrupção da medicação prévia ao internamento (E4,8,16) 3x</p> <p>“(…) doentes que vêm da urgência sem medicação prescrita de domicílio (….)” (E4)</p> <p>“(…) o doente não ter uma analgesia acertada para o tipo de patologia (….) o deixar de ter a medicação que fazia no domicílio (….)” (E8)</p>

2.4.3 Discussão dos resultados

Em relação à **caracterização de um episódio de delirium e o perfil mais frequente** do doente, os enfermeiros mencionam como principais características, um estado confusional com desorientação no espaço tempo e pessoa com agitação psicomotora evidente, com alucinação visual e auditiva bem como discurso incoerente e verborreico. Com menos expressão, descrevem que o doente perde a noção da realidade e a compreensão do seu estado clínico, normalmente é uma pessoa idosa e já apresenta comorbilidades associadas à idade (quadro 1). Baseado no DSM-V, o conceito de *delirium* baseia-se num declínio do estado de consciência, com desorientação, défice na atenção, com atividade psicomotora marcada. Existe também alteração de linguagem e dificuldade visual e percepção. É maioritariamente examinado em pessoas idosas em âmbito hospitalar (APA, 2014). Verificamos que, a percepção dos enfermeiros está correta, consoante descrito na literatura. Contudo, ressalvo que 2 enfermeiros verbalizaram a dificuldade em definir o conceito, “(...) *o delirium é tipo demência*” (E19) e “(...) *é uma deterioração cognitiva que poderá reverter ou não*” (E5). Contudo, durante as entrevistas a minha percepção foi que os enfermeiros apresentam dificuldades em definir conceitos ou apontar características, mas como enfrentam na prática diária imensos episódios de *delirium* conseguem facilmente descrever o quadro, contudo nem sempre relacionaram estas características ao *delirium*, mas sim a um quadro confusional descrito em notas e passagem de turno como períodos de confusão e agitação. Por outro lado, nunca mencionaram que é reversível e que pode futuramente causar danos, isto é, o *delirium* não é apenas uma confusão aguda transitória e reversível pode dar origem a um compromisso cognitivo persistente a longo prazo (Echeverría et al., 2019). Assim, demonstram o conhecimento sobre a patologia apenas baseado na prática profissional e o tempo em que exercem funções, sem fundamento teórico suficiente que suporte os cuidados.

Os **fatores de risco para o desenvolvimento de delirium em hospital** foram descritos com maior destaque pelos enfermeiros como, o facto de se encontrarem hospitalizados, as comorbilidades associadas (antecedentes clínicos), a interrupção da medicação prévia ao internamento, a ausência de

suporte familiar próximo e ser pessoa idosa. Segundo descrito na literatura existem fatores predisponentes e precipitantes, os primeiros são: sexo masculino, diminuição acuidade visual e auditiva, idade avançada, déficit cognitivo, fratura da anca ou deterioração do estado clínico. Os precipitantes incluem o ambiente hospitalar, contenção física, desnutrição, polimedicação, dor, infecção, pós-operatório entre outros (APA, 2014; Echeverria et al., 2019; Inouye, 2014). Os enfermeiros descrevem os fatores clínicos desencadeantes como a infecção (4 enfermeiros), nutrição (2 enfermeiros), dor (3 enfermeiros), pós-operatório imediato (4 enfermeiros) e a fratura em si (3 enfermeiros); bem como estar contido mecanicamente no leito (2 enfermeiros) com menos ênfase. Em consideração à demência de base, apenas 4 enfermeiros definiram isso como potencial risco, sendo que um episódio de *delirium* durante o internamento é fator de risco para desenvolver demência e vice-versa. Com isto termino que os enfermeiros têm dificuldade em perceber e relacionar ambos os conceitos e fazem relatos vagos, por falta de conhecimentos neste âmbito. Assim, posso concluir que a hospitalização representa para a grande maioria dos enfermeiros o maior fator de risco para o desenvolvimento de *delirium* em hospital, sendo que não evidenciaram tanto os fatores precipitantes estes que podem ser evitados se o profissional estiver em alerta e capacitado. Identificar os fatores de risco é fulcral para atuar precocemente. (quadro 2)

No que concerne a **intervenções de enfermagem para prevenir o episódio de *delirium***, os enfermeiros enunciaram com maior relevo a reorientação para a realidade, uma abordagem tranquila e a compreensão do doente. Denotam também que é importante envolver a família nos cuidados relacionais, utilizar a contenção química e mecânica e informar a equipa médica. Com menos importância relatam a identificação dos fatores precipitantes (quadro 3). As orientações sugerem que, a comunicação com o doente com sentido de orientá-lo para a realidade e o facilitar as visitas do familiar próximo é importante, tal como os enfermeiros o descrevem. Contudo, os enfermeiros deram menos importância aos fatores precipitantes e é neles onde se pode atuar dando exemplos, avaliar a dor, a hipóxia, incentivar reforço hídrico, prevenir infeções, mobilizações e disponibilizar próteses (NICE, 2010). Todavia o *delirium* não é um diagnóstico de enfermagem, mas é importante a avaliação do risco e a

identificação de sinais de alerta com objetivo de implementar estratégias não farmacológicas que possam suprimir os fatores precipitantes. Contudo, gostaria de ressaltar que 2 enfermeiros sentem impotência na sua atuação pois relatam “(...) *eu não tenho como prevenir (...)*” (E5), (...) “*é muito difícil (...) quando damos conta a maior parte das vezes já está instalado e já não há nada a fazer (...) é medicação para parar com a agitação psicomotora não dá propriamente para prevenir (...)*”(E10). Este sentimento pode relacionar-se com a insegurança e falta de conhecimento para atuar nesta situação clínica.

A avaliação do risco inicia-se no momento da alta, e se existir na instituição deve ser feita uma avaliação através da escala de CAM e os critérios do DSM-V. Estão descritos que alguns **instrumentos de avaliação do risco de delirium** são úteis,¹⁸ enfermeiros desconhecem qualquer instrumento de avaliação sendo que 2 não responderam diretamente à questão. Contudo, quando questionados se seria útil aplicar o instrumento no serviço, 19 responderam que seria muito útil sendo que a E12 não respondeu (quadro 4).

Em relação à **caracterização do doente com demência** os enfermeiros descrevem que as características principais da PCD são: a resposta focada no passado, apresentam desorientação no espaço tempo e pessoa, o autocuidado está comprometido sendo que se tornam mais dependentes de terceiros e a evolução da doença é progressiva (quadro 5). Com menos destaque descrevem que são doentes agressivos, maioritariamente idosos e a comunicação com os profissionais também se encontra comprometida, com discurso incoerente. Segundo o DSM-V, demência é o déficit cognitivo que afeta obrigatoriamente a memória recente bem como a atenção, aprendizagem e a capacidade perceptivo-motora e social. Contudo, podem apresentar pelo menos uma perturbação cognitiva que engloba: a afasia, apraxia, agnosia e compromisso das funções executivas que interfere na realização independente nas AVDS e AIDS.

Nesta questão, os enfermeiros conseguem definir demência com grande destaque na memória recente afetada, sendo que descrevem o doente como desorientado no espaço tempo e pessoa o que inevitavelmente acontece pois não se recordam das memórias recentes.

Descrevem também que a PCD fica dependente de terceiros com o autocuidado comprometido, importa perceber o porquê de ficarem mais dependentes. Não é só na PCD que isto se desenvolve, qualquer pessoa idosa com patologia associada tem maior propensão a ficar dependente de terceiros. A PCD por ter dificuldade em compreender o que lhe é pedido e pela falta de conhecimento dos profissionais em perceber a doença fica dependente de terceiros nas AVDS.

Apenas 2 enfermeiros descrevem a comunicação comprometida, quando é o principal veículo de transmissão de informação entre os pares. Nesta questão, é visível a falta de conhecimento efetivo do que é a demência pois não conseguem identificar as características-chaves da doença e o que verbalizam é muito vago.

Achei interessante o testemunho de um enfermeiro que apresenta algum conhecimento pois já trabalhou em lar,

cuidar de pessoas com demência é aprender todos os dias a cuidar das pessoas, cada pessoa com demência reage de maneira diferente a uma coisa que a gente diga, nunca consegue ser igual (...) é como na areia na praia (...) vem o vento leva as memórias mais recentes e as outras ficam lá sempre (...) temos de compreender (...) (E14).

Posso concluir que, existe dificuldade nos enfermeiros em diferenciar *delirium* de demência, inclusive a forma de atuação nestas situações passo a transcrever:

“(...) renitência que têm aos nossos cuidados (...) muito medo dos nossos cuidados, eu acho que um doente com demência muitas vezes tem medo de nós, é uma coisa que se nota muito” (E7).

“(...) mas há muita dificuldade aqui (...) eu as vezes também sinto, de tentar distinguir o delirium da demência, porque nem todos aparecem lá o historial clínico a dizer, tenho alzheimer...” (E9);

“(...) nós (...) temos que não a substituir, mas lidar com a pessoa com demência e tentar ajudá-la ao máximo a ter uma vida normal dentro daquilo que é a demência” (E15);

“(...) a forma de atuar nessas situações não é fácil (...) nós não percebemos se ele tem demência ou se está assim por outros motivos e então não é fácil de identificar na realidade” (E18);

Gostaria de ressaltar dois testemunhos, na E7 é interessante como o enfermeiro sente que a PCD tem medo dos cuidados prestados, isto é, porque será que o doente demonstra medo, é normal ter um doente com medo do enfermeiro? Isto nunca deveria de acontecer, não somos causadores de medo, mas sim o transporte de ajuda para a sua situação de doença. Sendo que, é através da linguagem corporal a forma que o doente tem de demonstrar o desconforto, é relevante entender o porquê de isso acontecer. Como anteriormente explanado na literatura, a PCD não compreende o ambiente que o rodeia, não compreende as indicações que lhe são pedidas e não compreende o que lhe estão a fazer. Por outro lado, no testemunho da E15 é verbalizado que não devemos substituir a pessoa, mas devemos ajudar ao máximo a ter uma vida normal dentro daquilo que é a demência. Aqui ressalvo duas situações, primeiramente na demência é necessário por vezes substituir a pessoa para dar início a uma tarefa ou até iniciar desenvolver e completar por ela. Segundo, o que é uma vida normal dentro daquilo que é a demência? o que difere de um doente com AVC ou edema agudo do pulmão?. A demência não é diferente de outras patologias, simplesmente é complexa e redutora das faculdades mentais, daí ser premente o imenso conhecimento por parte dos profissionais para ser acompanhada durante o internamento. Se não existe conhecimento o enfermeiro irá sempre substituir e tornar a PCD totalmente dependente de terceiros.

Quando questionados sobre o **conhecimento dos vários tipos de demência**, 11 enfermeiros referem desconhecer, alguns mencionam a DA e a demência de Parkinson, sendo que apenas 1 enfermeiro descreveu DCL e 1 refere a depressão e a esquizofrenia. Posso concluir que, existe desconhecimento sobre os vários tipos de demência, e que o enfermeiro que nomeou a DCL teve experiência profissional numa unidade psiquiátrica de agudos (quadro 6). Contudo, gostaria de ressaltar uma entrevista “(...) *há aquela demência (...) tá associada a uma confusão, mas nós só percebemos que aquilo é demência quando entramos no discurso e percebemos que ali há um desvio (...) porque associamos sempre o delirium à demência (...)*” (E16), este testemunho é de um enfermeiro com alguns anos de experiência e mesmo assim é evidente o desconhecimento entre demência e *delirium*. Reforço novamente a importância da formação nestes serviços.

A **intervenção de enfermagem à pessoa idosa com demência** foi percebida pelos enfermeiros como, a reorientação para a realidade, a comunicação com uma abordagem calma e compreensão do doente e seu contexto, tomar medidas de prevenção de quedas. Com menos importância foi referido que se deve providenciar mais disponibilidade e tempo nos cuidados e envolver a família (quadro 7). Diversas organizações científicas elaboraram guidelines para a intervenção direcionada à PCD, em que nunca foi mencionado a reorientação para a realidade. Uma vez que a PCD nunca será capaz de ser reorientada para a realidade pois não existe capacidade de adquirir informação recente. É descrito que, existe a necessidade de colaborar com a pessoa, família ou cuidador da PCD a identificar fatores de stress e antecipar a situação de comportamentos disruptivos. É importante que o profissional de saúde adquira conhecimentos sobre a demência, pois existe dificuldade em verbalizar a angústia ou dor que sente, sendo fulcral o enfermeiro atuar de forma precoce (Department of Health, 2016; Fazio et al., 2018). Posso concluir que, os enfermeiros entrevistados apresentam dificuldade em planear a intervenção de enfermagem nos cuidados à PCD e atuam de igual forma ao que descreveram no episódio de *delirium*, sendo que mencionaram em ambos a reorientação para a realidade, abordagem tranquilizadora e compreensão com o doente envolvendo a família nos cuidados.

O **conceito de *delirium* sobreposto à demência** não é muito utilizado, no entanto perguntei aos enfermeiros o que consideravam ser o DSD em que, 11 responderam que desconhecem e 10 enfermeiros responderam o que percebiam ser o conceito, dando alguns exemplos: (...)” *agudização da demência* (...)” (E8); (...)” *não conseguir distinguir demência de delirium? acabamos por dizer que uma pessoa está demente e afinal está só com delirium?* (...)” (E9); (...)” *um desvio à normalidade da demência* (...)” (E16). As percepções descritas demonstram que existe desconhecimento total (quadro 8).

As **dificuldades na prestação de cuidados a idosos com *delirium*** sentidas pelos enfermeiros são: a não colaboração do doente nos cuidados, a dificuldade dos enfermeiros em lidar com a família e doente, sentimento de frustração bem como a reorientação para a realidade. Com menos destaque, descrevem que existe dificuldade em gerir a agressividade do doente, o tentar acalmá-los

através de uma comunicação tranquilizadora e a falta de gestão organizacional com a falta de tempo para prestar os cuidados devido ao rácio enfermeiro-doente ser diminuído (quadro 9). Evidencia-se um claro desconhecimento teórico o que gera dificuldades na prática diária.

Por outro lado, as **dificuldades na prestação de cuidados a idosos com demência** são: a gestão emocional do enfermeiro em lidar com o doente gerando frustração, a não colaboração do doente nos cuidados bem como a comunicação com o mesmo. Com menor realce referem a reorientação para a realidade e a falta de conhecimento sobre demência (quadro 10). É interessante que as principais dificuldades sentidas quer no *delirium* quer na demência são iguais em ambas as situações clínicas, apenas a ordem está alterada. Isto é, no *delirium* a maior dificuldade é que o doente não colabora nos cuidados o que posteriormente gera frustração e dificuldade em gerir a situação clínica pelo enfermeiro. Já na demência, a maior dificuldade é a frustração, a capacidade do enfermeiro em lidar e compreender o doente, posteriormente o doente não colabora nos cuidados o que dificulta a comunicação entre os pares.

Gostaria também de anotar que, apenas 1 enfermeiro salienta a dificuldade em alimentar a PCD, visto ter experiência profissional em lares e vivenciou estas complexidades. Acho que no internamento, os enfermeiros não descreveram esta dificuldade pois o doente é alimentado maioritariamente pelos assistentes operacionais sempre sob vigilância do enfermeiro. Os cuidados de higiene não foram mencionados e pela minha experiência durante o ensino clínico presenciei a dificuldade muitas vezes da equipa. Conforme referido anteriormente, prestar cuidados à PCD é complexo e necessita de formação especializada, se o enfermeiro não tem esse conhecimento não consegue formar o assistente operacional na execução da tarefa, sendo a tarefa delegada incorretamente.

Em relação à **intervenção mais eficaz no pós-operatório da pessoa idosa com demência que se encontra agitada**, os enfermeiros descrevem com maior relevo a intervenção farmacológica como sendo a mais eficaz e de maior rapidez na resolução do quadro. Em segundo lugar, referem que a junção de via farmacológica e não farmacológica é importante, na medida em que primeiro tentam reorientar para a realidade através da comunicação e depois utilizar a via

farmacológica. Em último, com menor relevo descrevem a intervenção não farmacológica (quadro 11). Embora que, a medicação deva ser utilizada quando existe sintomas de psicose presente, com objetivo de proteger o doente e os que o rodeiam. Os antipsicóticos mais utilizados são: a clorpromazina e o haloperidol, de segunda linha a risperidona, a olanzapina, a quetiapina e por fim a clozapina. No entanto, apresentam elevados riscos se utilizados em excesso, tais como problemas cardíacos e efeitos colaterais parkinsónicos. Segundo Banerjee (2009) a risperidona é a única que apresenta eficácia na agitação. Está indicada a curto prazo (até seis semanas) em situações de agressão persistente em doentes com DA moderada a grave, que não respondem a abordagens não farmacológicas e quando colocam em risco o próprio ou o outro. Porém, se o doente mantiver a medicação de domicílio para a DA estes controlam os sintomas da doença reduzindo a agitação subjacente (Banerjee, 2009).

Quando existe uma alteração de comportamento os profissionais devem tentar compreender quais as razões que geram tal comportamento, através de observação física e comunicação verbal e não verbal com o doente (abordagem não farmacológica). Com isto é importante que o profissional não presuma que a alteração de comportamento existe apenas porque tem uma demência. A prevenção é a chave de todo o processo, se necessário utilizar a abordagem ABC de Stokes (2000) e mentalmente pensar o que pode estar a acontecer com aquele doente, A- antecedentes, fatores precipitantes e causas, B- comportamento e C- consequências desse comportamento.

No pós-operatório se existir dor, a forma de comunicar com o profissional é demonstrando agitação e inquietação. Necessariamente o doente nesse momento não necessita de antipsicóticos, mas talvez um analgésico de primeira linha para despiste de dor. Todavia, existe uma ampla gama de intervenções não farmacológicas que podem ser utilizadas para controlar sintomas como agressão e agitação, tais como: orientação para a realidade, exercício, terapia de reminiscência, música entre outras (RCN, 2012).

A última questão, aborda as **limitações da equipa e serviço** na prestação de cuidados a doentes com ambas as situações clínicas. Sendo que, a grande maioria referiu que o rácio enfermeiro-doente é diminuído o que dificulta o tempo

de qualidade dos cuidados; a falta de apoio médico que apresenta desconhecimento na atuação e prescrição bem como a falta de formação dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar. Com menos destaque, descrevem a interrupção da medicação prévia ao internamento e a gestão emocional do enfermeiro para lidar com o doente (quadro 12). Inevitavelmente se não existe conhecimento sobre a doença e de como atuar, se o rácio enfermeiro-doente é diminuído o tempo existente para prestar os cuidados é fulcral. Dando exemplo, se existir conhecimento na realização do levante a um doente com apraxia, o tempo denota-se precioso, mais vale 10 minutos com o doente, mas de forma eficaz do que, 10 minutos com a total renitência e agitação nos cuidados. Ou seja, é essencial prestar os cuidados com eficácia pois o tempo pode ser ilusório.

Nesta conformidade, achei interessante que apenas 6 enfermeiros verbalizaram a falta de formação como uma limitação, sendo que, ao longo da entrevista foi visível a dificuldade em diferenciar os conceitos. Durante o ensino clínico, a formação *on job* a toda a equipa foi de extrema importância para identificar as dificuldades sentidas, contudo não foi referido com tanto peso nesta última questão. Por outro lado, durante a formação realizada no serviço, o *feedback* sobre a mesma foi muito positivo e os enfermeiros mencionaram que apreenderam imenso e que sentiam falta desta formação logo desde o início que iniciaram funções.

2.4.4 Conclusão

Posso concluir que há fragilidade nos conhecimentos teóricos e práticos dos enfermeiros deste estudo. É premente e necessário a formação nesta área para o enfermeiro que presta cuidados num serviço de internamento.

III. AVALIAÇÃO DO PERCURSO

A concorrer a grau de mestre em Enfermagem, sendo este um grau que permite ao aluno adquirir a capacidade de análise que sustenta a prática de enfermagem, a compreensão aprofundada sobre a saúde, doença e o cuidar baseando-se nas políticas de saúde, a capacidade de análise ética, política, histórica social e económica da prática e o saber aplicar o conhecimento de enfermagem nos diversos contextos da práxis clínica, com objetivo de desenvolver projetos que questionem e reflitam os paradigmas adjacentes à profissão (ESEL, 2014). Concomitantemente, a correr ao apelido de EEEMC definido pela OE, é atribuído o título de especialista àquele que consegue atingir as competências específicas sendo estas:

- a. *cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;*
- b. *otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/ cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;*
- c. *maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (OE, Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, pág. 19359)*

Sendo que, é expectável que o avanço no conhecimento solicita ao *EEEMC* que este “(...) desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19360).

Desta forma, posso aferir que consegui desenvolver no relatório de estágio estes requisitos, passando pela prática baseada na evidência na prestação de cuidados e envolvendo os enfermeiros numa formação sobre a temática suportada pela literatura especializada. Concludentemente, adquiri competências teóricas e práticas durante o ensino clínico com a particular

capacidade de as transportar para a formação realizada, com objetivo de capacitar os enfermeiros do serviço de Ortopedia na melhoria dos cuidados.

Considero alguns pontos fortes neste relatório, primeiramente o enorme gosto e motivação que detenho sobre o tema. Posso aferir que, desde o primeiro dia que escolhi enveredar na demência e *delirium*, cada dia que passou apaixonei-me ainda mais pelo tema à medida que ia aprofundando os conhecimentos. Por outro lado, considero ser um projeto inovador em Portugal, visto não existir nenhum trabalho de investigação aos enfermeiros sobre este foco. Mais investigação nesta área seria fulcral, pois existe muita dificuldade em distinguir os conceitos pela falta de formação profissional especializada nesta área. Ressalvo também, o serviço de Ortopedia que foi um veículo facilitador para o projeto, a equipa recebeu-me calorosamente e demonstrou logo no momento inicial total interesse no mesmo. O objetivo final após entrega do relatório de estágio é publicar este trabalho em formato de artigo.

Como pontos fracos, considero a pouca experiência para realizar uma investigação qualitativa com análise de conteúdo de Bardin, sendo que para mim foi inovador, difícil e moroso. As entrevistas foram complexas e requer muita experiência do entrevistador na forma de comunicar e de direcionar a conversa, algo novo para mim. Olhando para trás, secalhar moldaria as entrevistas de outra forma e não colocaria tantas questões pois dificulta o trabalho de análise. Outra limitação, durante a preparação do projeto planeei realizar uma segunda entrevista a seguir à formação em serviço para compreender se existiram ganhos nos conhecimentos dos participantes, mas com a limitação de tempo não foi possível realizar o projetado anteriormente. De qualquer forma, penso ter retirado bons resultados. Todavia, a amostra é considerada pequena no universo de enfermeiros em Lisboa, segundo a OE existem neste distrito atualmente 16 673 enfermeiros (OE, 2018). Contudo, no domínio da Ortopedia entrevistei 51% dos enfermeiros, sendo que considero relevante. Desta forma, ambicionaria continuar a desenvolver este projeto noutros serviços de internamento desta instituição ou mesmo abrir o leque para outros hospitais de Lisboa, no sentido de aprimorar o relatório e adquirir uma amostra maior sobre a perceção dos enfermeiros sobre este tema.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento traduz-se em alterações na capacidade cognitiva, motora, linguagem e imagem corporal. Se existir conhecimento insuficiente da patologia a demência pode ser considerada parte natural do envelhecimento. Produzindo assim, um tratamento inadequado à PCD (Chen, 2019) podendo aumentar o declínio físico e mental da mesma (Onn & Teo, 2019).

A pessoa idosa com demência ou historial de fratura, corre maior risco de desenvolver *delirium* no internamento (NICE, 2010) prolongando a sua hospitalização. Assim, as intervenções no sentido de detetar precocemente têm o potencial de diminuir a gravidade e a duração, evitando o sofrimento desnecessário e os custos decorrentes das complicações do *delirium* e readmissões desnecessárias ao hospital (Fick et al., 2013). Em meio hospitalar afeta 1 em 4 doentes, logo é importante avaliar, gerir e acompanhar a PI com compromisso cognitivo e prestar cuidados de excelência (Jackson et al., 2017). Tanto a demência como o *delirium* afetam a recuperação funcional da pessoa idosa após um episódio agudo de doença (Morandi et al., 2014; Mccusker et al., 2001).

Considerarei como problemática porque se define como uma emergência médica, que se não for reconhecida tem impacto negativo na taxa de recuperação do doente, aumentando assim o tempo de internamento, a futura admissão em lares e o risco de mortalidade acentua-se (Brooke, 2018).

Sendo que os enfermeiros apresentam dificuldade em distinguir os conceitos e a sua principal atuação na prática de cuidados, aquando o internamento da PCD, é importante que o enfermeiro reconheça, compreenda e dê resposta às necessidades específicas, promovendo o cuidado centrado na pessoa (Department of Health, 2016). Quando existe dificuldade em diagnosticar um deles deve-se dirigir os cuidados primeiro para o *delirium* (NICE, 2010; 2018a).

No âmbito da Enfermagem à PI, acredito que o enfermeiro esteja mais capacitado e desperto para prestar cuidados, uma vez que é capaz de realizar intervenções autónomas direcionadas à satisfação das necessidades e

problemas de saúde, bem como a prevenção de complicações decorrentes da evolução da doença crónica e situação de dependência. Sendo o conceito chave da profissão “(...) *prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, (...) de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional (...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, pág.15). Uma vez instituída uma relação de confiança, o enfermeiro deve ser capaz de se centralizar no doente e família, para identificar as necessidades, diagnosticá-las e avaliá-las de acordo com a situação/contexto. Mantendo um ambiente calmo, silencioso, garantindo a segurança e a comunicação eficaz com o doente e família (Echeverría et al., 2019).

Em jeito de conclusão, sendo a finalidade deste estudo **analisar a perceção do enfermeiro sobre *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar**, com base na análise e discussão dos resultados obtidos neste relatório, termino que existe fragilidade a nível do conhecimento dos enfermeiros nas temáticas abordadas. Dos resultados extraídos, é evidente que existe maior debilidade na demência no que diz respeito ao conceito, prevenção e intervenção. Paralelamente ao *delirium* os enfermeiros conseguiram descrever um episódio de *delirium*, o perfil mais comum no doente e a intervenção de enfermagem.

Através das entrevistas consegui perceber que na prática diária os enfermeiros conseguiram adquirir conhecimentos práticos para atuar num episódio de *delirium*. Ou seja, se durante o percurso profissional todos os dias assistirem a episódios de *delirium* vão adquirir conhecimentos *in loco* e conseguir prever que tal situação poderá desenvolver-se. Os testemunhos dados assentam-se no conhecimento suportado pela prática e tempo de serviço e não estão baseados em teoria ministrada pela faculdade ou formações externas. Ressalvo que é muito importante o local onde se exerce funções, em 20 participantes foi notório que os conhecimentos mais específicos sobre demência e *delirium*, foram relatados por 2 enfermeiros que já exerceram funções em unidades especializadas, como um lar e uma unidade psiquiátrica.

Também senti diferenças entre o que observei durante o estágio e o que foi verbalizado em algumas entrevistas. Por vezes prestam-se cuidados de forma automática sem refletir, o que origina no profissional a incapacidade de se aperceber das dificuldades que sente. Isto é, no terreno algumas dificuldades observadas na equipa não foram mencionadas na entrevista com muito ênfase, dando como exemplos, a alimentação, o banho e a dificuldade em analisar o comportamento verbal e não verbal do doente que se comprovava ou por dor ou por outro fator precipitante. De maneira que, quando existia um quadro de recusa alimentar, ou agitação durante os cuidados de higiene os enfermeiros descreviam a personalidade vincada daquele doente em recusar os cuidados. Mas se existisse conhecimento das características da doença era percebido como sinal um alerta para demonstrar que algo não está bem, e não apenas a personalidade do doente.

Este relatório foi pertinente, visto que no universo de 20 participantes, 15 enfermeiros nunca frequentaram nenhuma formação sobre a temática. Torna-se evidente que a formação nesta área deverá ser uma prioridade para o enfermeiro que presta cuidados nesta área de intervenção, visto que a grande parte dos enfermeiros não tiveram formação nesta área. Reconheço importância na formação dos profissionais na área da PI, pois dado os dados de envelhecimento do nosso país é urgente a resposta dos cuidados de saúde a esta população alvo. No entanto, a razão mais evidente descrita, de que os enfermeiros não decidem investir na formação à população idosa, é porque acreditam que não existe perspectivas de carreira aquando comparado a áreas como o doente crítico (Nolan et al., 2004).

Finalizando, o percurso não foi fácil... estudar e trabalhar foi um desafio que por vezes me apavorou durante a longa viagem até findar este relatório. Contudo, a oportunidade de realizar dois ensinamentos clínicos em áreas distintas das quais exerço funções foi enriquecedora. Adquiri conhecimentos teóricos e práticos e conheci experiências profissionais muito pecuniosas. Posso aferir que cresci a nível pessoal e profissional e tornei-me melhor enfermeira por deter mais conhecimentos que consigo transportar para a minha praxis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2019). Pain in dementia. *Pain Reports*, 5(1), e803.
<https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>
- Agarwal, E., Miller, M., Yaxley, A., & Isenring, E. (2013). Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas*, 76(4), 296–302.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.013>
- Allan LM, Ballard CG, Rowan EN, Kenny RA (2009) Incidence and Prediction of Falls in Dementia: A Prospective Study in Older People. *PLOS ONE* 4(5): e5521. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.000552>
- Alzheimer Association. (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 14(3), 367–429.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.001>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-5*. 5ª edição. Climepsi
- Aziz, K. T., Best, M. J., Naseer, Z., Skolasky, R. L., Ponnusamy, K. E., Sterling, R. S., & Khanuja, H. S. (2018). The Association of Delirium with Perioperative Complications in Primary Elective Total Hip Arthroplasty. *Clinics in Orthopedic Surgery*, 10(3), 286–291.
<https://doi.org/10.4055/cios.2018.10.3.286>
- Bacha, M., Strehlau, V., Romano, R. (2006). Percepção: termo frequente, usos inconsequentes em pesquisa? *EnANPAD*, 30º Encontro Da ANPAD, (1999), 1–15
- Banerjee, S. (2009). The Use of Antipsychotic Medication for People with Dementia: Time for Action. A report for the Minister of State for Care Services. *Department of Health*. 1-65

- Banovic, S., Zunic, L. J., & Sinanovic, O. (2018). Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia Socio-Medica*, 30(3), 221–224. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.221-224>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. (5.ed.). Lisboa: Edições
- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança*. Lisboa: Rei dos Livros
- Belmin, J., & Expert Panel and Organisation Committee (2007). Practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer's disease: a consensus from appropriateness ratings of a large expert panel. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 11(1), 33–37
- Biernacki, C., & Barratt, J. (2001). Improving the nutritional status of people with dementia. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 10(17), 1104–1114. <https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.17.9949>
- Brooke J. (2018). Differentiation of delirium, dementia and delirium superimposed on dementia in the older person. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 27(7), 363–367 <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.7.363>
- Burleson, B. (2003). The experience and effects of emotional support: what the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion, and interpersonal communication. *Personal Relationships*.1-23. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00033>
- Caramelli, P., & Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(Suppl. 1), 7-10. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500003>
- Chang, C. C., & Lin, L. C. (2005). Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10), 1185–1192. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01240.x>

- Chapman I. M. (2011). Weight loss in older persons. *Medical Clinics of North America*, 95(3), 579–xi. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2011.02.004>
- Chen, L. (2019). Dementia Care in Developing Countries. *Aging Medicine and Healthcare*, 10(4), 120–121. <https://doi.org/10.33879/AMH.2019.121-1912.022>
- Costa, A. (2008). *Oferta de Actividades Formativas em Contexto de Trabalho no Âmbito da Formação Profissional Contínua em Enfermagem* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa). Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bistream/10451/934/1/17821_ulsd_dep.17540_Dissertaca oVersaoCD_AlexandreCosta.pdf
- Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D., & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nature reviews. Neurology*, 8(5), 264–274. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2012.53>
- Daiello, L. A., Racine, A. M., Yun Gou, R., Marcantonio, E. R., Xie, Z., Kunze, L. J., Vlassakov, K. V., Inouye, S. K., Jones, R. N., Alsop, D., Trivison, T., Arnold, S., Cooper, Z., Dickerson, B., Fong, T., Metzger, E., Pascual-Leone, A., Schmitt, E. M., Shafi, M., Cavallari, M., ... SAGES Study Group* (2019). Postoperative Delirium and Postoperative Cognitive Dysfunction: Overlap and Divergence. *Anesthesiology*, 131(3), 477–491. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002729>
- Department Of Health. (2016). *Making a Difference in Dementia: Nursing Vision And Strategy*. London. <https://www.gov.uk/government/publications/dementia-nursing-vision-and-strategy>
- de Vries, K. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing older people*, 25(4), 30–37. <https://doi.org/10.7748/nop2013.05.25.4.30.e429>

- Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 35(3), 545–556.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>
- Echeverría, M., & Paul, M. (2020). Delirium. In *StatPearls Publishing*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470399/>
- ESEL. *Regulamento de Mestrado*. (2014). acessível na Escola Superior de Enfermagem, Lisboa, Portugal
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S10–S19.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Feast, A. R., White, N., Lord, K., Kupeli, N., Vickerstaff, V., & Sampson, E. L. (2018). Pain and delirium in people with dementia in the acute general hospital setting. *Age and Ageing*, 47(6), 841–846.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afy112>
- Fick, D. M., Steis, M. R., Waller, J. L., & Inouye, S. K. (2013). Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *Journal of Hospital Medicine*, 8(9), 500–505. <https://doi.org/10.1002/jhm.2077>
- Fields, A., Huang, J., Schroeder, D., Sprung, J., & Weingarten, T. (2018). Agitation in adults in the post-anaesthesia care unit after general anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 121(5), 1052–1058.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.07.017>
- Fong, T. G., Vasunilashorn, S. M., Libermann, T., Marcantonio, E. R., & Inouye, S. K. (2019). Delirium and Alzheimer disease: A proposed model for shared pathophysiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(6), 781–789. <https://doi.org/10.1002/gps.5088>

- Friedman, S. M., Menzies, I. B., Bukata, S. V., Mendelson, D. A., & Kates, S. L. (2010). Dementia and hip fractures: development of a pathogenic framework for understanding and studying risk. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 1(2), 52–62. <https://doi.org/10.1177/2151458510389463>
- Hasemann, W., Tolson, D., Godwin, J., Spirig, R., Frei, I. A., & Kressig, R. W. (2018). Nurses' Recognition of Hospitalized Older Patients With Delirium and Cognitive Impairment Using the Delirium Observation Screening Scale: A Prospective Comparison Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(12), 35–43. <https://doi.org/10.3928/00989134-20181018-02>
- Henderson, V. (Eds.). (2007). *Principios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta
- Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 512–520. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779>
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P
- INE. (2020). *Estatísticas Demográficas 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P
- Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H., & Cooney, L. M., Jr (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*, 161(20), 2467–2473. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.20.2467>
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet (London, England)*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

Inouye, S. K., Zhang, Y., Jones, R. N., Kiely, D. K., Yang, F., & Marcantonio, E. R. (2007). Risk factors for delirium at discharge: development and validation of a predictive model. *Archives of Internal Medicine*, 167(13), 1406–1413. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.13.1406>

Inouye, S.; Fearing, M.; Marcantonio, E. (2009) – Delirium. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* (6^a ed). EUA: McGraw- Hill Companies. 53-63
<https://doi.org/10.1176/foc.7.1.foc53>

Inouye, S. K., Bogardus, S. T. Jr., Charpentier, P.A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., and Cooney, L. M. Jr. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal. Med.* 340, 669–676

International Psychogeriatric Association. (2007). *Nurses' Guide to BPSD*. United States. International Psychogeriatric Association

Jackson, T. A., Gladman, J. R., Harwood, R. H., MacLulich, A. M., Sampson, E. L., Sheehan, B., & Davis, D. H. (2017). Challenges and opportunities in understanding dementia and delirium in the acute hospital. *PLOS Medicine*, 14(3), e1002247. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002247>

Kim, S. Y., Lee, J. K., Lim, J. S., Park, B., & Choi, H. G. (2020). Increased risk of dementia after distal radius, hip, and spine fractures. *Medicine*, 99(10), e19048. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019048>

Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423–434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. School of Nursing, The University of Adelaide
<http://hdl.handle.net/2440/75843>

- Kitson A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Krogseth, M., Wyller, T. B., Engedal, K., & Juliebø, V. (2011). Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(1), 63–70. <https://doi.org/10.1159/000322591>
- Krogseth, M., Watne, L. O., Juliebø, V., Skovlund, E., Engedal, K., Frihagen, F., & Wyller, T. B. (2016). Delirium is a risk factor for further cognitive decline in cognitively impaired hip fracture patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.12.004>
- Langmore, S. E., Skarupski, K. A., Park, P. S., & Fries, B. E. (2002). Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*, 17(4), 298–307. <https://doi.org/10.1007/s00455-002-0072-5>
- Lei n.º 2/2013. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Lei n.º 156/2015. (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º 135. 19359- 19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Marques, P., Cruz, S., & Marques, M. (2013). Conceito de delirium versus confusão aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, ser III (10), 161-169. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1228>

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65
- Maxim, J., & Bryan, K. (Eds.). (2006) *Language, communication and cognition in the dementias*. Disability in the Dementias. London: Whurr Publishers
- Mccormack, B., & Mccance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, (September), 9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCrow, J. (2015). DEMENTIA Q&A 21. Delirium and dementia (pp. 1-3). Dementia Australia
- Meagher D. (2009). Motor subtypes of delirium: past, present and future. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 21(1), 59–73. <https://doi.org/10.1080/09540260802675460>
- Miller, L., Talerico, K., Rader, J., Swafford, K., Hiatt, S., Millar, S. ... Sloane, P. (2005). Development of an Intervention to Reduce Pain in Older Adults With Dementia: Challenges and Lessons Learned, *Alzheimer's Care Quarterly*. 6(2):154-67. https://www.researchgate.net/publication/232114133_Development_of_an_Intervention_to_Reduce_Pain_in_Older_Adults_With_Dementia_Challenges_and_Lessons_Learned
- Ministério do Trabalho, & Solidariedade e Segurança Social. (Org.) (2017). *Comissão económica das Nações Unidas para a Europa; Terceiro ciclo de revisão e avaliação da estratégia de implementação regional do plano internacional de ação de Madrid sobre o envelhecimento (MIPAA). Relatório De Portugal*. Lisboa. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
- SNS (Org.) (2018). *Bases para a definição de políticas públicas na área das demências*. Lisboa. Ministério da Saúde

- Morandi, A., Davis, D., Fick, D. M., Turco, R., Boustani, M., Lucchi, E., Guerini, F., Morghen, S., Torpilliesi, T., Gentile, S., MacLulich, A. M., Trabucchi, M., & Bellelli, G. (2014). Delirium superimposed on dementia strongly predicts worse outcomes in older rehabilitation inpatients. *Journal of the American Medical Directors Association, 15*(5), 349–354.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.084>
- Naik, A. D., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Bathing disability in community-living older persons: common, consequential, and complex. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(11), 1805–1810.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52513.x>
- NICE. (2010). Delirium : prevention , diagnosis and management. *National Institute for Health and Care Excellence, July, 21*
- NICE. (2018). Dementia interventions. *National Institute for Health and Care Excellence, March, 13*
- Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing, 13*(3a), 45–53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x>
- Nóvoa, A. (2002). *Experiências de Vida Formação*. Lisboa: Educa. Prefácio In: Josso, Marie Christine
- OECD. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD. 243.
<https://doi.org/10.1787/52181165-en>
- OECD. (2018). Health at Glance: Europe 2018. Dementia prevalence. 108–110
- Olofsson, B., Persson, M., Bellelli, G., Morandi, A., Gustafson, Y., & Stenvall, M. (2018). Development of dementia in patients with femoral neck fracture who experience postoperative delirium-A three-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*(4), 623–632.
<https://doi.org/10.1002/gps.4832>

- Onn, L. V., Teo, S. P. (2019). Assessment of Cognitive Impairment in Geriatrics Outpatient Clinics – Achieving Standards of Care. *Aging Medicine and Healthcare*, (July). <https://doi.org/10.33879/AMH.2019.1834>
- Ordem dos Médicos. (2018). Delirium : The 7 th Vital Sign ? *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 31(1), 51–58
- Parecer CE nº 61/2017 do conselho jurisdicional (2017). Atribuição de tempo para a passagem de turno. *Ordem dos Enfermeiros*. 1-3.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf
- Park, E. A., Kim, M. Y. (2019). Postoperative Delirium is Associated with Negative Outcomes and Long-Term Mortality in Elderly Koreans: A Retrospective Observational Study. *Medicina*, 55(10), 618.
<https://doi.org/10.3390/medicina55100618>
- Perceção (n.d). in dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Porto Editora, 2003-2020. [consult. 2020-03-30 18:39:42]. Disponível:
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/perceção>
- Pires, A.L. (Ed.). (2005). *Educação e Formação ao Longo da Vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade.The PHYSA study. *Journal of Hypertension*, 1211–1221.
<https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000162>
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia : A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>

- Rader, J., Barrick, A. L., Hoeffler, B., Sloane, P. D., McKenzie, D., Talerico, K. A., & Glover, J. U. (2006). The bathing of older adults with dementia. *The American Journal of Nursing*, 106(4), 40–49.
<https://doi.org/10.1097/00000446-200604000-00026>
- Ruano, L., Branco, M., Barreto, R., Moreira, S., Cruz, T., Pais, R., ... Barros, H. (2018). Prevalence and Causes of Cognitive Impairment and Dementia in a Population-Based Cohort From Northern Portugal. *American Journal of Alzheimer's*, 8. <https://doi.org/10.1177/1533317518813550>
- Sampaio, F., & Sequeira, C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*, 125–134
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal : Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 182–189.
<http://hdl.handle.net/10400.26/9884>
- Scheltens, P., Blennow, K., Breteler, M. M., de Strooper, B., Frisoni, G. B., Salloway, S., & Van der Flier, W. M. (2016). Alzheimer's disease. *Lancet (London, England)*, 388(10043), 505–517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01124-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01124-1)
- Sendelbach, S., Guthrie, P. F., & Schoenfelder, D. P. (2009). Acute confusion/delirium. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(11), 11–18.
<https://doi.org/10.3928/00989134-20090930-01>
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., Stewart, B. J., Talerico, K. A., Rasin, J. H., Zink, R. C., & Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795–1804.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x>

- Small, J. A., Gutman, G., Makela, S., & Hillhouse, B. (2003). Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimer's disease during activities of daily living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 46(2), 353–367. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2003/028\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/028))
- Speed, G., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I. (2007) - Prevalence rate of delirium at two hospitals in Western Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing* . 25, nº 1, 38-43.
<http://hdl.handle.net/20.500.11937/28831>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa, Lidel
- Stokes, G. (Ed). (2000). *Challenging Behaviour in Dementia: A Personcentred Approach*. New York: Speechmark publishing ltd
- Stroebele, N., & De Castro, J. M. (2004). Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 20(9), 821–838. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2004.05.012>
- Terrera, G. M., Ph, D., Hall, A. J., Sci, B. M., Neufeld, K. J., Lee, H. B., ... Brayne, C. (2013). The Epidemiology of Delirium : Challenges and Opportunities for Population Studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(December), 1173–1189.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.007>
- The Australian pain society (2005). *Pain in residential aged care facilities? management strategies*. 2005. Disponível www.apsoc.org.au.
- van Dalen-Kok, A. H., Pieper, M. J., de Waal, M. W., Lukas, A., Husebo, B. S., & Achterberg, W. P. (2015). Association between pain, neuropsychiatric symptoms, and physical function in dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 15, 49. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0048-6>

- van Kooten, J., Smalbrugge, M., van der Wouden, J. C., Stek, M. L., & Hertogh, C. (2017). Prevalence of Pain in Nursing Home Residents: The Role of Dementia Stage and Dementia Subtypes. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(6), 522–527.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.078>
- van de Rijt, L.J.M., Weijenberg, R.A.F., Feast, A.R. *et al.* Oral health and orofacial pain in people with dementia admitted to acute hospital wards: observational cohort study. *BMC Geriatric 18*, 121 (2018).
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0810-7>
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., Vandewoude, M., Wirth, R., & Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 34*(6), 1052–1073. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004>
- Voyer, P., Richard, S., Doucet, L., Danjou, C., & Carmichael, P. H. (2008a). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing, 7*, 4. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-4>
- Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., St-Jacques, S., & Laplante, J. (2008b). Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical charts. *International Journal of Nursing Practice, 14*(2), 165–177.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00681.x>
- Wang, J., & Menten, J. C. (2009). Factors determining nurses' clinical judgments about hospitalized elderly patients with acute confusion. *Mental Health Nursing, 30*(6), 399–405.
<https://doi.org/10.1080/01612840903037569>
- Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association, 4*(1), 9–15.
<https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>

- Watson, R., & Green, S. M. (2006). Feeding and dementia: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *54*(1), 86–93.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03793.x>
- Watson, R., Manthorpe, J., & Stimpson, A. (2003). Learning from carers' experiences: helping older people with dementia to eat and drink. *Nursing Older People*, *14*(10), 23–28.
<https://doi.org/10.7748/nop2003.02.14.10.23.c2200>
- White, H., Pieper, C., Schmader, K., & Fillenbaum, G. (1996). Weight change in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, *44*(3), 265–272. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb00912.x>
- Williams, K. N., & Herman, R. E. (2011). Linking resident behavior to dementia care communication: effects of emotional tone. *Behavior Therapy*, *42*(1), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.03.003>
- Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2012). Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer's disease during an activity of daily living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, *55*(2), 328–341.
[https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0206\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0206))
- WHO. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025. *World Health Organization*, 27

APÊNDICES

I. Sinopse do protocolo principal entregue à comissão de ética do hospital

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Venho por este meio, expor o meu projeto de estágio subordinado ao tema “O *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar: perceção do enfermeiro”.

Portugal é considerado um país envelhecido, estando representado por 19% de idosos (INE, 2012) sendo o 4º país com maior percentagem da União Europeia (UE) (INE, 2018). Segundo as projeções nacionais, prevê-se que em 2030, os idosos representem cerca de 26% da população e, em 2060 aumente para 29% (Ministério do Trabalho, 2017). Considerando o envelhecimento um processo natural da vida humana, é certo que acarreta alterações físicas, psicológicas, sociais e neurológicas na pessoa idosa.

Existe associação significativa entre o desenvolvimento de demência e o agravamento da mesma após um episódio de *delirium* (Hasemann et al., 2018), sendo predisponente para ocorrer *delirium* a existência de demência (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014). Face ao exposto, o *delirium* é maioritariamente observado nos idosos hospitalizado, sendo que o declínio do estado de saúde e da função da pessoa idosa, pode ser influenciado por processos de doença, pelo ambiente hospitalar e o cuidado dos profissionais (Jackson et al., 2017).

A minha problemática assenta-se na medida em que, em ambiente hospitalar num quadro de agitação psicomotora e desorientação no idoso, a intervenção do enfermeiro é fulcral no sentido de prestar cuidados diferenciados bem como na deteção precoce de um quadro de *delirium* e ou demência. Existem fatores extrínsecos e intrínsecos que concebem certos comportamentos no idoso internado, que podem ser atenuados se os enfermeiros estiverem capacitados para atuar na deteção precoce desta problemática. Por vezes, os enfermeiros não reconhecem o *delirium* pois não têm compreensão conceptual do mesmo, e não conseguem identificar as diferenças entre ambos (Brooke, 2018; Jackson et al., 2017). Deste modo, assento que, o maior desafio para o enfermeiro que cuida de um idoso num período de confusão é desvendar se tem episódio de *delirium*, demência ou *delirium* sobreposto à demência (Jackson et al., 2017). Para o desenvolvimento deste projeto, determinei como local de estágio um contexto hospitalar, na região de Lisboa, pois 40 % das pessoas admitidas em hospital têm demência (Feast et al., 2018), mais concretamente um serviço de Ortopedia porque o *delirium* no pós-cirúrgico ortopédico está associado ao aumento de desenvolver demência (Lundström et al., 2003). Considerei uma problemática, porque se define como uma emergência médica, que se não for reconhecida, tem impacto negativo na taxa de recuperação do doente, aumentando assim o tempo de internamento, a futura admissão em lares e o risco de mortalidade acentua-se (Brooke, 2018).

Para desenvolver este projeto, vou realizar uma investigação primária, nomeadamente um estudo qualitativo, tendo como finalidade analisar a perceção dos enfermeiros sobre *delirium* e demência na pessoa idosa internada em âmbito hospitalar, num serviço de Ortopedia. No início do estágio, irei realizar uma entrevista semiestruturada a 20 enfermeiros, gravada com duração aproximada de 20 minutos e para análise de conteúdo basear-me-ei no método de Bardin (2009); posteriormente farei uma formação no serviço que consiste na abordagem teórica sobre a temática, que visa sensibilizar os enfermeiros e dar a conhecer intervenções direcionadas para promover a qualidade dos cuidados prestados bem como a deteção precoce da patologia; na fase final pretendo realizar nova entrevista. Sem demais mencionar que será mantida a confidencialidade e o anonimato do profissional e da instituição, bem como entregue o consentimento informado para a participação voluntária no estudo e o enfermeiro(a) poderá desistir a qualquer momento do mesmo.

Palavras-chave: *Delirium*; Demência; Pessoa idosa; Hospital; Enfermeiro

_____, ____/____/____

II. Consentimento informado para participação no estudo

Estimado(a) Colega,

O meu nome é Ana Catarina Almeida Duarte, enfermeira no [REDACTED] Encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Venho por este meio, apresentar o meu projeto de estágio subordinado ao tema “O *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar: perceção do enfermeiro”. O projeto tem como finalidade analisar a perceção dos enfermeiros sobre *delirium* e demência na pessoa idosa internada em âmbito hospitalar, num serviço de Ortopedia. Pretendo contribuir para a formação dos enfermeiros sobre a temática bem como os cuidados que visam a deteção precoce da problemática.

Face ao exposto, será desenvolvido uma investigação primária nomeadamente um estudo qualitativo, com as seguintes etapas:

- Realização de entrevista semiestruturada a 20 enfermeiros, gravada com duração aproximada de 20 minutos;
- Formação no serviço sobre: conceito de *delirium* e demência, identificação de fatores que atenuam ou agravam o episódio de *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar bem como intervenções de enfermagem;
- Realização de entrevista semiestruturada a 20 enfermeiros, gravada com duração aproximada de 20 minutos.

A informação obtida na entrevista será guardada e destruída ao fim de 1 ano sendo o material a negro guardado durante 5 anos.

A sua participação é fundamental para o desenvolvimento do meu projeto, agradecendo desde já a sua disponibilidade e acompanhamento nesta investigação. Os dados fornecidos são confidenciais, destinando-se meramente a tratamento de dados de foro académico, respeitando o anonimato do profissional e da instituição. Mais informo que, poderá desistir a qualquer momento do estudo.

Atenciosamente,

Ana Catarina Almeida Duarte

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, no âmbito do projeto a desenvolver por Ana Catarina Almeida Duarte, cujo título é “O *delirium* e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar: perceção do enfermeiro”, fui informado(a) sobre a finalidade e objetivos do projeto e que acedo de forma voluntária à participação do mesmo bem como à gravação da entrevista, sendo garantida a confidencialidade.

Lisboa, ___/___/___

III. Guião de entrevista semiestruturada

Dados do participante	Idade Género	Duração de experiência profissional	Tempo de serviço na Ortopedia	Formação académica: licenciatura, mestrado, especialidade (qual?) ou doutoramento
Breve introdução; Autorização para gravar (consentimento informado assinado) entregue ao enfermeiro(a) antes da entrevista.	<p>Portugal é um país envelhecido, estando representado por 19% de população com mais de 65 anos (INE, 2012). A demência à escala Europeia em 2018, foi estimada que 9,1 milhões de pessoas com mais de 60 anos apresenta demência e haverá um aumento de 60% para 2040 (OECD, 2018). Em Portugal, em 2015 foi estimado que, o número de doentes ronda os 160 mil, cerca de 5,91% (Santana et.al, 2015).</p> <p>Tanto a incidência como a prevalência da demência aumentam exponencialmente com a idade, com o crescimento da população idosa no nosso país é expectável que o número de doentes continue a aumentar. Consideramos assim um problema internacional.</p> <p>Não há respostas certas ou erradas, queremos contribuir para uma melhor prática.</p>			
Conhecimento sobre temática	Já participou em alguma formação sobre <i>delirium</i> e demência?			
Delirium	O que entende por episódio de <i>delirium</i> ? Da sua experiência, qual o perfil mais frequente de um doente com <i>delirium</i> ?			
Delirium	Quais os fatores de risco para desenvolvimento um episódio de <i>delirium</i> , em hospital?			
Delirium	Da sua experiência, quais as intervenções enfermagem que mais utiliza para a prevenção do <i>delirium</i> ?			
Delirium	Estão descritos que alguns instrumentos de avaliação do risco do <i>delirium</i> são úteis. Tem experiência de utilizar algum instrumento? Proporia algum instrumento para aplicar nestes doentes?			
Demência	Qual a sua experiência de cuidar de pessoas com demência? Como caracterizaria um doente com demência?			
Demência	Conhece os vários tipos de demência?			
Demência	Na sua prática, como interage com as pessoas com demência? Quais as necessidades essenciais destas pessoas? Quais as intervenções de enfermagem que poderão ser muito importantes?			
DSD	O conceito de <i>delirium</i> sobreposto à demência não é muito utilizado. No entanto, gostaria que me dissesse o que considera como <i>delirium</i> sobreposto à demência?			
Delirium	Qual é a sua maior dificuldade na prestação de cuidados a idosos com <i>delirium</i> ?			
Demência	Qual é a sua maior dificuldade na prestação de cuidados a idosos com demência?			
Questão final	<p>Um idoso com demência que realiza intervenção cirúrgica ao colo do fémur, inicia um quadro de agitação, delírio e alucinações. Na sua prática diária, considera que a intervenção farmacológica é mais eficaz que a não farmacológica?</p> <p>Quais as limitações – da equipa e do serviço - que identifica para cuidar de pessoas idosas com estas situações clínicas?</p>			

IV. Dados dos participantes do estudo

	Idade	Gênero	Experiência Profissional	Tempo de serviço na Ortopedia	Formação acadêmica			
E1	25	F	3	3	Licenciatura		numero total de enfermeir	39
E2	27	F	4	3,5	Licenciatura		número total de entrevista	20
E3	37	F	16	15	Especialidade em Reabilitação			51%
E4	30	F	6	1	Licenciatura		Gênero	
E5	27	F	4,5	1	Licenciatura		F	14
E6	44	M	20	20	Licenciatura		F%	70%
E7	37	F	12	12	Licenciatura		M	6
E8	33	M	10	10	Licenciatura		M%	30%
E9	26	F	3	3	Licenciatura			
E10	26	F	3	1	Licenciatura			
E11	46	M	18	16	Especialidade em Reabilitação		Habilitações Acadêmicas	
E12	55	F	30	29	Licenciatura		Licenciatura	18
E13	30	M	4	4	Licenciatura		Especialidade	90%
E14	31	F	8	3	Licenciatura		ER	2
E15	26	M	5	2,5	Licenciatura		ER%	10%
E16	32	F	9	1	Licenciatura			
E17	33	F	9	8	Licenciatura			
E18	26	F	4	4	Licenciatura			
E19	45	F	20	14	Licenciatura			
E20	22	M	0,25	0,04	Licenciatura			
média	32,9		9,4	7,6				

ANEXOS

I. Parecer da comissão de ética ao estudo

[REDACTED]

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA
Nº de identificação de registo 72/2019

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO
TÍTULO DO ESTUDO: "O delírium e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar: percepção do enfermeiro."

Após reunião de 04 de Dezembro de 2019, tendo os pareceres favoráveis da UIC (Unidade Investigação Clínica), apresentando-se o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir parecer favorável para a realização do mesmo

Quando o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [REDACTED] 04 de Dezembro de 2019:

Presidente: [REDACTED]
Vice – presidente: [REDACTED]
Vogais: [REDACTED]

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde de [REDACTED] cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 10 de Dezembro de 2019, Parecer Favorável.

A Presidente da Comissão de Ética
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]