



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
ESCOLA SUPERIOR DE BIOTECNOLOGIA

CONFUSÃO: A DIMENSÃO DO SUBDIAGNÓSTICO

Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Biotecnologia da
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

por
Rosa Carla Gomes Silva

Fevereiro de 2008



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
ESCOLA SUPERIOR DE BIOTECNOLOGIA

CONFUSÃO: A DIMENSÃO DO SUBDIAGNÓSTICO

Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Biotecnologia da
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Por Rosa Carla Gomes Silva

Sob Orientação do Professor Doutor Abel Paiva Silva e
Co-orientação do Profprofessor Paulo Oliveira Marques

Fevereiro de 2008

RESUMO

É no contexto do Subdiagnóstico da Confusão que se desenvolveu o presente estudo. A confusão do doente hospitalizado encontra-se recorrentemente subdocumentada e subtratada. Este facto, para além de comprometer a situação clínica do doente confuso, conduz a severas complicações.

Perante esta questão, pretendeu-se conhecer o seu grau de subdiagnóstico em contexto hospitalar. Como estratégia foi identificada a documentação produzida pelos profissionais de saúde referente aos doentes que, durante o período de internamento, num Hospital Central Universitário, desenvolveram episódios confusão, assim como a percepção do enfermeiro sobre a condição deste doente.

Para dar resposta ao objectivo do trabalho, conduziu-se um estudo não experimental, descritivo correlacional e exploratório, em que os procedimentos sistemáticos para a sua estruturação se inserem dentro do paradigma quantitativo.

A colheita de dados ocorreu em 31 serviços, em que os processos clínicos da amostra – 111 doentes confusos – foram analisados. Ainda como estratégias para essa recolha, identificou-se a Percepção do Enfermeiro sobre a condição do doente confuso, usando-se para tal a entrevista. A informação extraída dos processos clínicos e da entrevista foi sujeita ao processo de Análise de conteúdo, tendo a CIPE® (versão 1) como modelo de análise estabelecido a priori.

As características como o comportamento interactivo de agressividade e de não participação nos cuidados, a perturbação da actividade psicomotora (como é exemplo a hipoactividade) e do discurso e ainda a desorientação foram os Problemas mais Documentados. No âmbito da Documentação de Intervenções de Enfermagem verificou-se que as mais documentadas se enquadram na acção Imobilizar, mais concretamente o imobilizar com dispositivos de imobilização e o imobilizar com grades na cama.

Tendo em conta o objectivo final deste trabalho, identificou-se o grau de subdiagnóstico da confusão na documentação ao nível dos processos clínicos. Este subdiagnóstico na documentação reflectiu-se em 14 doentes o que equivale a 12,6% dos casos. Após a análise efectuada ao discurso produzido pelos enfermeiros conclui-se que em 30,6% dos casos há défices de percepção da condição do doente. Por sua vez, foi de 9 doentes o número de doentes sem nenhum indicador de confusão, tanto a nível da documentação como a nível da percepção do enfermeiro, o que corresponde a 8,1% dos casos.

ABSTRACT

It has been recognized that the syndrome of confusion is frequently poor documented and underreported. Furthermore, this situation is believed to delay the patients' recovery and can result in serious damages for the hospitalized patient.

The present study was carried out in a Central University Hospital, where several medical and nursing records, as well as "nurse's perception", were interpreted in order to analyze the degree of *confusion's* under-diagnosis.

It was developed a non-experimental descriptive, correlational and exploratory study, whose systematic procedures were taken according to a quantitative paradigm. The data was collected in 31 departments, where 111 records of patients with *confusion* were selected and analyzed. The "nurse's perception" item was also interpreted as data and registered during an interview. The information extracted from the patients' records and from the interview was subjected to a content analysis by using the CIPE ® (version 1), a model which had been established *a priori*.

The behavior characteristics more often documented were: illogical speech; hyperactive and hypoactive behavior; disorientation; interactive aggressive behavior and refusal to cooperate with nursing care.

According to nurses' records, the interventions most frequently reported were those related to the item "Immobilize", as for example, restrain patients by using cot-sides while in bed.

The final goal of this study is the identification of the degree of *confusion's* under-diagnosis. For this purpose it was analyzed the documentation of *confusion* in the patients' records. The under-diagnosis was identified in 14 patients, which corresponds to 12,6% of the cases. After the analysis made to the nurses' speech during the interview it was concluded that in 30,6% of the cases there was a lack of perception regarding the patients' condition. Finally, it was also concluded that the number of confused patients, who did not have any indicator of confusion in the documentation, as well as in the "nurse's perception", was of 9 patients, which corresponds to 8,1% of the cases.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à Enfermagem...
profissão de que tanto gosto e em que tanto acredito!*

AGRADECIMENTOS

Sabemos que o relatório desta dissertação de mestrado, bem como todo o percurso realizado ao longo da elaboração do mesmo resulta do esforço e do trabalho individual. No entanto, o mesmo não seria exequível sem a imprescindível ajuda de várias pessoas... para todas elas um muito obrigada!

Em especial:

- Ao Prof. Abel Paiva pelo entusiasmo, força, motivação e Sábia orientação;

- Ao Prof. Paulo Marques pelo contínuo apoio, amizade e disponibilidade;

- À Prof^ª. Margarida Vieira pelo rigor e pela exigência que nos incutiu ao longo do mestrado;

- Aos colegas do Serviço de cirurgia III – mulheres (HUC) pela contínua disponibilidade, pelo contínuo apoio, ajuda e força, em especial à colega e amiga Paula Graça;

- Aos meus amigos, Joanita, Susanita, Geca, Anuscas e Graça ...que apoiaram continuamente.

- Aos colegas do mestrado em especial à Joana Sousa, Hugo Neves e Honório, o meu sincero obrigada por todo o trabalho e cumplicidade.

Ao meu manito, aos meus pais e à família do meu nito... e claro está ao meu nito pelo carinho, ajuda, força, sei lá... por tudo.

E a todos aqueles que acreditaram na utilidade deste trabalho!

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO MULTIFACTORIAL DO <i>DELIRIUM</i>	33
FIGURA 2 – PROTOCOLO DAS INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE <i>DELIRIUM</i>	44
FIGURA 3 – PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM.....	51
FIGURA 4 – IMPLICAÇÕES E COMPLICAÇÕES DA CONFUSÃO	64
FIGURA 5 - MODELO HIPOTÉTICO.....	79
FIGURA 6 - FLUXO DE DOENTES DOS HUC – 2005.....	83
FIGURA 9 – RESULTADOS DO TRABALHO	150

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DOCUMENTAÇÃO DOS DESCRITORES ASSOCIADOS À CONFUSÃO	101
GRÁFICO 2 – DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	112
GRÁFICO 3 – PERCEPÇÃO DO ENFERMEIROS.....	126

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – SINTOMAS DO <i>DELIRIUM</i>	29
TABELA 2 – FACTORES DE RISCO	35
TABELA 3 – RESULTADOS EFECTIVOS DOS ESTUDOS DAS INTERVENÇÕES NA ÁREA DA PREVENÇÃO.....	42
TABELA 4 – TÓPICOS DA CONSULTA ESTRUTURADA	45
TABELA 5 – PROGRAMA EDUCACIONAL	46
TABELA 6 – RESULTADOS EFECTIVOS DOS ESTUDOS DAS INTERVENÇÕES NA ÁREA DO TRATAMENTO.....	49
TABELA 7 – RESULTADOS E INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM	53
TABELA 8 – RESULTADOS A CURTO E A LONGO PRAZO.....	65
TABELA 9 – INSTRUMENTOS	67
TABELA 10 – COMPARAÇÃO ENTRE <i>DELIRIUM</i> , DEPRESSÃO E DEMÊNCIA.....	73
TABELA 11 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA: IDADE, SEXO, ESCOLARIDADE E SEVERIDADE DA CONFUSÃO.....	86
TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS CONFUSOS SEGUNDO SERVIÇO DE INTERNAMENTO	87
TABELA 13 – ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DA DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA	100
TABELA 14 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA PROCESSO PSICOLÓGICO.....	102
TABELA 15 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA COMPORTAMENTO	103
TABELA 16 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA PROCESSO CORPORAL	103
TABELA 17 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA STATUS NEUROLÓGICO	104
TABELA 18 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA CAPACIDADE.....	105
TABELA 19 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA APETITE	105
TABELA 20 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DENTRO DO TEMA EQUILÍBRIO	106
TABELA 21 – DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS.....	107
TABELA 22 - TESTE T-STUDENT - DOCUMENTAÇÃO PROBLEMA COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO	108
TABELA 23 – TESTE χ^2 : DOCUMENTAÇÃO DOS PROBLEMAS PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO	108

TABELA 24 - TABELA DE CONTINGÊNCIA: DOCUMENTAÇÃO PROBLEMA E O SERVIÇO DE INTERNAMENTO	109
TABELA 25 – ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DA DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	111
TABELA 26 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA PREVENIR.....	112
TABELA 27 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA RELACIONAR	113
TABELA 28 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA ORGANIZAR	114
TABELA 29 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA ASSISTIR	114
TABELA 30 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA DISTRIBUIR	115
TABELA 31 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA AVALIAR	115
TABELA 32 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA REMOVER.....	115
TABELA 33 – DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS	116
TABELA 34 - TESTE T-STUDENT - DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO	117
TABELA 35 – TESTE χ^2 : DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO.....	117
TABELA 36 - DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E O SEXO.....	118
TABELA 37 – TABELA DE CONTINGÊNCIA: DOCUMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E O SERVIÇO DE INTERNAMENTO.....	119
TABELA 38 - TABELA DE CONTINGÊNCIA: DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA E A DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	120
TABELA 39 – GRAU DE SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO.....	121
TABELA 39 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DA CONFUSÃO.....	121
TABELA 41 – SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS	122
TABELA 42 - TESTE T-STUDENT – SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO	123
TABELA 43 – TESTE χ^2 : SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO.....	123
TABELA 44 – TABELA DE CONTINGÊNCIA: SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO E O SERVIÇO DE INTERNAMENTO	124
TABELA 45 – ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO.....	125
TABELA 46 – GRAU DE INFORMAÇÃO DO TEMA PROCESSO PSICOLÓGICO	127
TABELA 47 – GRAU DE INFORMAÇÃO NO TEMA COMPORTAMENTO	128
TABELA 48 – GRAU DE INFORMAÇÃO NO TEMA PROCESSO CORPORAL	128

TABELA 49 – GRAU DE INFORMAÇÃO NO TEMA STATUS NEUROLÓGICO	129
TABELA 50 – GRAU DE INFORMAÇÃO NO TEMA CAPACIDADE.....	129
TABELA 51 – PERCEPÇÃO DO ENFERMEIROS: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS.....	130
TABELA 52– TESTE T-STUDENT – PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO.....	131
TABELA 53 – TESTE χ^2 : PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO	131
TABELA 54 – TESTE χ^2 : PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA	132
TABELA 55 – TABELA DE CONTINGÊNCIA: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO E A DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	132
TABELA 56 – SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS.....	134
TABELA 57 - TESTE T-STUDENT – SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO	134
TABELA 58 – TESTE χ^2 : SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO	135
TABELA 59 – TESTE χ^2 : SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO PARA SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO.....	135
TABELA 60 – TABELA DE CONTINGÊNCIA: SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO PARA SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO.....	136

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2.1 ANÁLISE CONCEPTUAL	23
2.1.1 Miríade Conceptual	23
2.1.1.1 Confusão Aguda	24
2.1.1.2 <i>Delirium</i> Terminal	25
2.1.1.3 Confusão Crónica	26
2.2 CONFUSÃO AGUDA/DELIRIUM	26
2.2.1 Estar Temporariamente Confuso: Caracterização	27
2.2.2 Subtipos	29
2.2.3 Factores de Risco	31
2.2.4 Epidemiologia	36
2.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	38
2.3.1 Intervenções Multicomponentes e Multidisciplinares	38
2.3.1.1 Prevenção da Confusão	39
2.3.1.1.1 Intervenções Efectivas na Prevenção	43
2.3.1.2 Tratamento da Confusão	46
2.3.1.2.1 Intervenções Efectivas no Tratamento	50
2.3.2 Implicações Para a Prática de Enfermagem	52
2.3.2.1 Intervenção Ambiental	53
2.3.2.2 Terapia de Reorientação	54
2.3.2.3 Terapia de Validação	56
2.3.2.4 Condições Intrínsecas do Indivíduo	57
2.3.2.4.1 Défice Auditivo e Visual	57
2.3.2.4.2 Diminuição da Actividade Motora	57
2.3.2.4.3 Privação do sono	59
2.3.2.4.4 Declínio Cognitivo	59
2.4 POTENCIAIS PROBLEMAS DE SAÚDE	60
2.5 RECONHECIMENTO DA CONFUSÃO	66
2.5.1 Diagnóstico	66
2.5.2 Subdiagnóstico	67

2.5.2.1	Factores condicionadores do Subdiagnóstico	69
2.5.2.1.1	Erro de diagnóstico	72
CAPÍTULO 3 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO		74
3.1	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	74
3.1.1	Objectivos do Estudo	77
3.1.2	Hipóteses	78
3.1.3	Variáveis	79
3.1.3.1	Variáveis em estudo	80
3.2	DESENHO DO ESTUDO	81
3.2.1	Tipo e Método de Estudo	81
3.2.2	Contexto do Estudo	82
3.2.3	População e Amostra do Estudo	85
3.2.3.1	Caracterização da Amostra	86
3.2.4	Instrumentos de Recolha de dados	88
3.2.4.1	Pré-teste	89
3.2.5	Processo de Recolha dos Dados	90
3.2.5.1	Estratégias para a recolha dos dados	90
3.2.5.2	Técnica de recolha dos dados	90
3.2.5.2.1	Análise documental ao Processo Clínico	90
3.2.5.2.2	Entrevista ao Enfermeiro	91
3.2.5.2.3	Análise de Conteúdo	92
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	95
3.4	ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	96
CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS		98
4.1	GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DA CONFUSÃO	99
4.1.1	Documentação do Problema	106
4.1.2	Documentação de Intervenções de Enfermagem	110
4.1.3	A Dimensão do Subdiagnóstico da Confusão na Documentação	120
4.2	PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO	125
4.3	SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO	133
4.4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	137
4.4.1	A dimensão do Subdiagnóstico da Confusão	148
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO		154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		160
BIBLIOGRAFIA		166
ANEXOS		174

LISTA DE ABREVIATURAS

AMTS – *Abbreviated Mental Test Score*

APA – *American Psychiatric Association*

APACHE II – *Acute Physiology, Age and Chronic Health Evaluation*

BDRS – *Blessed Dementia Rating Scale*

BI – *Barthel Index*

CA – *Confusão Aguda*

CAC - A – *Clinical Assessment of Confusion-A*

CAM – *Confusion Assessment Method*

CC – *Confusão Crónica*

CCI – *Charlson Comorbidity Index*

CES-D – *Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale*

CGBRS – *Crichton Geriatric Behavioural Rating Scale*

CIPE® – *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*

DA Index – *Downton's Activity Index*

DI – *Delirium Index*

DRS – *Delirium Rating Scale*

DSI – *Delirium Symptom Interview*

DSM-III-R – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- third edition Revised*

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- fourth edition*

DST – *Digit Span Test;*

DT – *Delirium terminal*

ECA – *Estado de Confusão Aguda*

EUA – *Estados Unidos da América*

FGAS – *Frändin e Grimby' Activity Scale*

FSI – *Funtional Status Index*

GDS-15 – *Geriatric Depression Scale*

HIV – *Vírus da Imunodeficiência Humana*

HUC – *Hospitais da Universidade de Coimbra*

ICN – *International Council of Nurses*

IM – Intervenções Multicomponentes
IOM – *Institute of Medicine*
IQCDE – *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*
Katz's ADL – *Katz's Activities of Daily Living Index*
MDAS – *Memorial Delirium Assessment Scale*
MMSE – *Mini-Mental State Examination*
NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*
NIC – *Nursing Interventions Classification*
NOC – *Nursing Outcomes Classification*
OBS Scale – *Organic Brain Syndrome Scale*
OMS – Organização Mundial de Saúde
P-ADL – *Personal Activities of Daily Living*
PGCMS – *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*
SAHFE – *Standardised Audit of Hip Fracture in Europe*
S-COVS – *Swedish-Clinical Outcomes Variable*
SNC – Sistema Nervoso Central
SNG – Sonda Nasogástrica
SPMSQ – *Short Portable Mental Status Questionnaire*
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Em 1996, surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) a *National Patient Safety Foundation*, mas foi com os controversos trabalhos de investigação divulgados em 1999, pelo *Institute of Medicine* (IOM), que a contingência da segurança dos doentes em ambiente clínico passou a ser receada e duvidada.

De acordo com o artigo intitulado “To Err Is Human: Building a Safer Health System” estima-se que nos EUA morram entre 44000 a 98000 doentes por ano, em consequência de erros resultantes do próprio sistema de saúde, passíveis de serem prevenidos. Mediante esta situação, surgem efeitos económicos preocupantes associados a um “custo” emocional incalculável para os doentes, familiares, bem como para os próprios profissionais de saúde ⁽¹⁾.

A contemporaneidade da segurança no ambiente clínico vem da inigualável Florence Nightingale, quando no início do século XIX, afirmou “do the sick no harm” ^(2 p. 193). No entanto, só mais recentemente, a problemática da segurança nos cuidados em saúde e subsequente segurança dos doentes no ambiente clínico adquiriu uma dimensão internacional.

A garantia de prestação de cuidados de qualidade na área da saúde, na dimensão da redução do risco e no aumento da segurança, é um fenómeno alvo de atenção de várias entidades internacionais no campo da enfermagem, como é o caso do *International Council of Nurses* (ICN) e do *European Forum Nursing and Midwifery Associations*; mas também de outras entidades na área da saúde como *World Medical Association* e a

International Pharmaceutical Federation, bem como da própria Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁽³⁾.

A nível europeu, também se têm desenvolvido vários esforços para que ao cidadão lhe seja garantida a devida segurança. Em 2005, o Conselho de Ministros da União Europeia, conjuntamente com a Comissão Europeia, emanaram um documento, designado - Declaração do Luxemburgo – *Patient Safety – Making it Happen!*-, onde são mencionadas recomendações fundamentais no sentido de se promover uma cultura de segurança na área da saúde, em todos os estados-membros.

Em Portugal, as várias Ordens profissionais da área da saúde têm debatido esta questão. Como é o caso da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, que por intermédio de congressos e seminários, tem reflectido e investido na promoção de uma prática clínica cada vez mais segura. No nosso país, segundo Fragata ^(4 p. 20), a “verdadeira dimensão e impacto dos erros nos cuidados de saúde não é conhecida” já que não existem dados que comprovem esta realidade. Porém, o facto de não existirem dados, não quer dizer que o problema não seja real.

As estratégias para a promoção da segurança ao nível dos sistemas de saúde em geral passam pelos profissionais e pelas organizações e visam diminuir as resistências, tornando-se mais pró-activos. Neste contexto, os enfermeiros querem promover cuidados de enfermagem de qualidade, incrementando de forma efectiva o desenvolvimento de cuidados seguros.

A confusão, como resposta humana da pessoa ao seu processo de doença ou ao seu processo de envelhecimento, é o fenómeno de interesse desta investigação. Estamos convencidos, pela nossa experiência coadunada com a evidência científica, que o doente que desenvolve estes episódios durante o seu processo de hospitalização corre riscos, e portanto, está em causa a sua segurança.

O fenómeno “Confusão” reporta um importante aspecto sobre o qual o enfermeiro foca a sua atenção. Dado o limitado conhecimento, no contexto dos nossos cuidados, em torno deste fenómeno e reconhecendo o impacte que este pode ter na qualidade de vida dos doentes, em especial nas pessoas com 65 anos ou mais de idade, considera-se fundamental uma maior investigação nesta área, com o desígnio dos profissionais de enfermagem poderem basear as suas acções num conhecimento assente na melhor evidência, incrementando a eficiência e a eficácia dos cuidados que prestam. Deste

modo, a investigação em enfermagem é de significativa importância porque, para além de promover o desenvolvimento científico da disciplina, amplia o corpo de saberes, promovendo a melhor tomada de decisão na prestação de cuidados.

No ambiente clínico, a confusão é um fenómeno frequente, em especial nos doentes idosos, encontrando-se muitas vezes subdiagnosticada. Dada esta problemática, pretendeu-se conhecer o grau de documentação produzido pela equipa de saúde referente aos doentes que, durante o período de internamento num Hospital Central Universitário, desenvolveram episódios de confusão, e ainda, identificar a percepção do enfermeiro sobre a condição do doente confuso.

Para este estudo, desenvolveu-se uma abordagem exploratória, descritiva e correlacional à informação extraída aos processos clínicos e à entrevista colocada ao enfermeiro. Mediante a informação dos processos clínicos identificou-se a *Documentação do Problema* e a *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, e assim, a dimensão do *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*. Perante os dados da documentação e da *Percepção do Enfermeiro* apurou-se o *Subdiagnóstico da Confusão*. Após o tratamento descritivo, tendo em conta as variáveis em estudo, foram determinados os possíveis factores influenciadores da documentação produzida e do subdiagnóstico encontrado.

Os objectivos em estudo prendem-se, inicialmente, na identificação dos doentes confusos pela aplicação da Escala da Confusão NEECHAM (de Neelon e Champagne)⁽⁵⁾; seguindo-se a análise ao Processo clínico do doente confuso, para se identificar os problemas e as intervenções documentadas; apurando-se, deste modo, o grau de subdocumentação, no Processo clínico, dos doentes confusos; e explora-se a *Percepção do Enfermeiro* sobre o fenómeno “Confusão” nos doentes confusos. É ainda objectivo compreender se os atributos do doente, como o *Sexo* e a *Idade*, bem como os decorrentes do episódio de internamento, como a *Severidade da confusão*, o *Serviço e Tempo de internamento*, influenciam a *Documentação do Problema*, a *Documentação de Intervenções de Enfermagem* e a *Percepção do Enfermeiro*. Por fim, apurou-se a influência destes atributos sobre a dimensão do *Subdiagnóstico da Confusão*.

Para a concepção deste processo de investigação, utilizaram-se como técnicas de recolha de dados a análise documental dos processos clínicos e a entrevista direccionada aos enfermeiros. Os dados recolhidos foram submetidos ao processo de Análise de conteúdo, tendo como modelo semântico estabelecido *a priori* a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE® -versão 1).

O ponto de partida para este processo de investigação foi o “Enquadramento Teórico”, onde se explora o fenómeno “Confusão”, como um domínio de desenvolvimento para a disciplina de enfermagem. A elaboração deste enquadramento de análise temática assentou-se em trabalhos de investigação previamente realizados, onde se expõe e se analisa a evidência dos mesmos. Este percurso dá uma sustentação conceptual ao problema, objectivos e às hipóteses de investigação do presente estudo. Este capítulo está subdividido em duas partes. Uma primeira direccionada para a miríade conceptual em torno da confusão, onde se apresentam os critérios e as características deste fenómeno. A segunda focaliza os pontos de interesse deste trabalho, mais concretamente as intervenções e a questão do subdiagnóstico, fazendo ainda uma pequena abordagem aos potenciais problemas de saúde que podem advir dos episódios de confusão. A metodologia utilizada, neste capítulo, baseou-se numa pesquisa de periódicos e revistas especializadas em enfermagem requeridas em bases de dados, entre as quais a CINAHL (*Cumulative Index in Nursing and Allied Health Literature*), a MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on LINE*), a AMAtitles, a *Health & Medical Complete* e *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Foram ainda consultadas algumas monografias em bibliotecas de escolas de enfermagem.

O terceiro capítulo, intitulado “Enquadramento Metodológico” destina-se à descrição da metodologia, onde se expõe o delineamento da investigação referindo-se os objectivos e as hipóteses de investigação, bem como o tipo de estudo. São apresentadas as opções e os condicionalismos do percurso metodológico realizado para a determinação e operacionalização das variáveis, a população e a amostra em estudo. Evidenciando-se ainda as técnicas utilizadas na recolha de dados e o seu tratamento estatístico.

O quarto capítulo subdivide-se na Apresentação e análise dos dados e subsequente Discussão dos resultados. A apresentação e análise dos dados foram organizadas de acordo com a sequência dos objectivos e hipóteses propostas dentro de cada domínio em estudo. Já a discussão dos mesmos teve em conta o quadro conceptual e a evidência apurada em estudos prévios, dentro dos contextos em discussão.

Finaliza-se a dissertação com as conclusões emergentes, onde se procura realçar os resultados obtidos ao longo do processo de investigação, reflectindo-se sobre os conhecimentos adquiridos, dificuldades e objectivos atingidos, bem como os ganhos obtidos do percurso realizado.

As regras escritas para a elaboração desta tese foram as vigentes pela Universidade Católica Portuguesa. No entanto, as Referências Bibliográficas, a Bibliografia e respectivas citações têm por base a Norma ISO 690 - *Information and documentation - Bibliographic references*.

CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“ ...What can be observed is really determined by the theory ... you can not first know what can be observed, but you must first know a theory, or produce a theory, and then you can define what can be observed ...”

WERNER HEISENBERG

O stress fisiológico e psicológico, bem como o isolamento social que a doença muitas vezes impõe, poderá ser acompanhado por várias alterações do comportamento e do processo do pensamento. Por vezes, a pessoa doente perde a aptidão de interagir produtivamente com o meio ambiente e de compreender a experiência que está a viver devido a uma perda da sua capacidade cognitiva, que afecta a capacidade de raciocínio, memória, orientação, percepção e atenção.

Uma resposta cognitiva desajustada corresponde a uma incapacidade de tomar decisões acertadas, dado a deterioração da memória e do julgamento, a desorientação, as percepções incorrectas, os défices de atenção e a dificuldade no estabelecimento de um raciocínio lógico. Este tipo de resposta afecta a pessoa, tornando-a incapaz de compreender a experiência e de inter-relacionar os eventos do passado com os do presente, promovendo, assim, o desenvolvimento de um estado de confusão.

A confusão, que não é uma doença mas sim uma síndrome, é caracterizada por um conjunto de sintomas subjacentes a alguma etiologia. Dependendo do agente etiológico, esta condição pode ser episódica e reversível – confusão aguda. Mas por outro lado, pode-

se verificar uma deterioração contínua e progressiva do funcionamento cognitivo – confusão crónica ⁽⁶⁾.

O facto é que as desordens cognitivas estão gradualmente a aumentar, como reflexo do crescente aumento dos problemas clínicos resultantes do contínuo crescimento da população idosa a nível mundial ⁽⁷⁾.

2.1 ANÁLISE CONCEPTUAL

Hood, em 1870, relatou vários casos de “senile *delirium*” e concluiu que este poderia desenvolver-se nos idosos, mesmo que livres de debilidade mental, requerendo um tratamento imediato da causa subjacente, que era potencialmente reversível, mas que poderia resultar em morte por exaustão (Hood, 1870 cit. por Lipowski ⁽⁷⁾).

Pickett, em 1904, distinguiu dois conceitos “confusion” e “*delirium*”. Para este, estas eram duas desordens mentais similares e curáveis, frequentes nos idosos. O *delirium* resultaria de alguma causa orgânica, enquanto a confusão teria como causa subjacente um processo de perda ou de luto (Pickett, 1904 cit. por Lipowski ⁽⁷⁾).

À medida que os estudos no âmbito das perturbações transitórias da consciência, do pensamento e do comportamento vão ganhando corpo, a clarificação conceptual torna-se cada vez mais evidente. Ao termo confusão acrescenta-se mais um conceito – “Acute Confusion”. Este estado passa a ser descrito como uma síndrome transitória, caracterizada essencialmente por uma anormalidade ao nível da atenção e da cognição, associada a uma desordem do comportamento psicomotor, não se verificando, contudo, distúrbios do Sistema Nervoso Autónomo (SNA) ^(7; 5).

À síndrome Confusão Aguda, os teóricos e investigadores passaram a chamar Estado Confusional Agudo ou ainda *Delirium*. Mas até esta clarificação conceptual, outros termos foram e são utilizados, existindo presentemente outros conceitos relacionados com este estado agudo.

2.1.1 Miríade Conceptual

Ao longo das leituras temáticas no campo da Confusão, encontrou-se uma panóplia de conceitos associados, sentindo-se a necessidade de os clarificar isoladamente para sua melhor compreensão.

2.1.1.1 Confusão Aguda

A Confusão Aguda (CA) é frequentemente referenciada por Estado de Confusão Aguda (ECA) ou ainda por *Delirium* ^(7; 5). Porém, ao nível da literatura encontram-se algumas ressalvas entre estes conceitos. A CA/ECA são rótulos frequentemente utilizados e que tendem a visualizar o quadro clínico através das respostas às manifestações destes episódios. O conceito mais estritamente definido é o *delirium* tendo como base *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* apresentado pela *American Psychiatric Association (APA)* ⁽⁸⁾.

McCurren e Cronin ⁽⁹⁾ referenciam que o termo Confusão Aguda é mais explorado e utilizado pelos profissionais de enfermagem na sua prática clínica, enquanto o termo *delirium* é um conceito médico, exposto no DSM-IV da APA. “The DSM-IV criteria for *delirium* was used as the gold standard for diagnosis of acute confusion” ^(10 p. 13).

Neelon *et al.* ⁽⁵⁾ define a CA como um *spectrum* não adaptativo das respostas psicofisiológicas, manifestadas primeiramente por uma alteração da atenção, cognição (que inclui alteração da percepção, pensamento e memória) e do comportamento psicomotor. A perturbação da atenção e do estado de vigília podem dever-se a uma disfunção do Sistema Activador Reticular; ou a uma disfunção do SNA que influencia a regulação funcional e psicomotora (Neelon e Champagne, 1992 cit. por Rapp ⁽⁸⁾).

A APA caracteriza o *delirium* como uma alteração da consciência manifestada por uma desordem cognitiva e por um distúrbio da orientação, memória, atenção, pensamento e comportamento, envolvendo também erros de percepção sensorial ⁽¹¹⁾.

Na CIPE® (versão 1), o termo referenciado é a Confusão, sendo definido como um “processo de Pensamento Distorcido com as características específicas: Compromisso da memória com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa; desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direcção” ^(12 p. 84).

Mas esta síndrome, CA/*delirium*, tem uma grande variedade de outros conceitos associados, como é exemplo, síndrome cerebral agudo, encefalopatia metabólica, psicose tóxica, insuficiência cerebral aguda ⁽¹³⁾, psicose UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), síndrome UCI, *delirium* pós-cirurgia cardíaca, enfraquecimento cognitivo transitório, falência cerebral, síndrome “sundown” e encefalopatia pós-cirurgia ^(14; 15).

Toda esta vasta terminologia em torno da confusão, de acordo com Lipowski⁽¹⁶⁾ tem sido uma barreira à comunicação, educação e investigação dentro dos domínios de desenvolvimento desta manifestação clínica.

2.1.1.2 *Delirium* Terminal

Delirium terminal (DT), também conhecido por agitação terminal, inquietação terminal, *Delirium* hiperactivo ou ainda por falência cognitiva, é um tipo de confusão muito severa que ocorre com frequência nos doentes oncológicos em situações terminais^(17; 18).

A diferenciação do DT da CA, tendo por base a bibliografia consultada, torna-se pouco clara. Morita *et al.*^(19 p. 202) referem que “confusion of terminology and lack of established instruments to quantify the intensity of *delirium* interfere with research on terminal *delirium*”; por outro lado, “in some taxonomies of *delirium*, terminal agitation is considered the end point of severe *delirium*”^(17 p. 9). Já num artigo publicado por Wakefield e Johnson⁽²⁰⁾, estes utilizaram o conceito de CA para os doentes em fase terminal por doença cancerígena. Neste sentido, pode-se mencionar que o DT é uma ECA severa, em que todos os doentes apresentam um padrão clínico muito semelhante – doentes em fase terminal, por uma doença oncológica. Outro aspecto diferenciador, dado estar associado aos casos de doença terminal, é a difícil reversibilidade deste estado: “...varying severity frequently occurs in the days and weeks prior to death”^(18 p. 18).

Os autores argumentam que, dado o seu impacto profundamente negativo no doente, nos familiares e na equipa prestadora de cuidados, esta síndrome deveria ser considerada uma emergência dos cuidados paliativos⁽¹⁷⁾. No entanto, o DT está “under-recognized, under-treated and under-researched in patients with cancer”^(18 p. 18). Os dados mostram que o reconhecimento e tratamento desta síndrome podem atenuar os seus sintomas entre 20% a 30%. Porém, raramente a causa primária é reversível⁽¹⁸⁾.

A avaliação deste estado é de difícil diagnóstico, especialmente quando o doente se encontra na fase agudizada da doença, dado que a sua capacidade para comunicar muitas vezes está afectada⁽¹⁸⁾. Os investigadores, cientes desta dificuldade, validaram duas ferramentas específicas, dado que os instrumentos que existiam até à data eram considerados limitados, e assim surgiu a *Communication Capacity Scale* e *Agitation Distress Scale*⁽¹⁹⁾.

2.1.1.3 Confusão Crónica

O termo Confusão Crónica (CC) aplica-se a estados de confusão que perdurem mais de 6 meses. Outros termos surgiram associados à CC, como por exemplo: desordem do pensamento e dos sentimentos, distúrbio psicológico ou mental, enfraquecimento global da função intelectual adquirida, perda da coerência de pensamento e desorientação⁽²¹⁾.

No que se refere ao conhecimento de enfermagem, a CC é definida como sendo um longo processo de enfraquecimento cognitivo, existindo contudo, alguma incoerência na sua definição. Numa revisão de literatura em enfermagem realizada entre 1975 a 1985, Roberts⁽²²⁾ verificou que existia alguma falta de consenso sobre as características que descreviam a CC. Alguns autores incluem desorientação como um critério de confusão crónica, enquanto outros não. Quando se examinam os artigos a partir de 1997 torna-se evidente que muitos autores incluíram na definição, como características integrantes da CC, conceitos como perda das capacidades intelectuais ou da função cognitiva. Neste sentido, surgem características como perturbação da memória, da orientação, da concentração e da atenção⁽²¹⁾.

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) define CC como uma situação “irreversível, prolongada e/ou progressiva deterioração do intelecto e da personalidade caracterizada por capacidade diminuída de interpretar os estímulos ambientais, capacidade diminuída para processos de pensamento intelectual e manifestada por distúrbios da memória, da orientação e do comportamento”^(23 p. 101).

2.2 CONFUSÃO AGUDA/DELIRIUM

Como estratégia conceptual, na elaboração deste enquadramento temático, pretende-se respeitar ao máximo os termos utilizados pelos autores dos estudos consultados. Neste sentido, sempre que se referenciar um estudo, a tradução conceptual será literal, partindo sempre do pressuposto que os conceitos: “Confusão Aguda” e “*Delirium*” são sinónimos, tal como acontece noutros trabalhos realizados neste âmbito:

- “*Delirium* or acute confusional state...”^(16; 24; 25; 26; 27; 28);
- “... acute confusion or *delirium*”^(29; 30; 31);
- “the term acute confusional state, acute confusion and *delirium* used interchangeably ...”⁽⁸⁾;

- “*Delirium*... is known by names, including organic brain syndrome, intensive care unit psychosis, encephalopathy, and acute confusional state”⁽³²⁾.

2.2.1 Estar Temporariamente Confuso: Caracterização

Gottlied *et al.* (1991), baseando-se nos critérios de diagnóstico do DSM-III, mais especificamente nos sintomas, comparou a frequência destes em dois grupos de idosos. Um com 48 sujeitos que apresentaram *delirium* e o outro com 187 idosos, em que o diagnóstico de *delirium* não foi aferido. Verificaram que 100% dos sujeitos com *delirium* desenvolveram, num curto período de tempo, perturbação da consciência, desorientação e diminuição da memória e que por sua vez estes sintomas tenderam a flutuar. O grupo dos não confusos apresentou as mesmas características mas em proporções bem diferentes: 5% dos sujeitos desenvolveu perturbação da consciência, 34% da orientação e 64% diminuição da memória. Estes sintomas só surgiram num curto período de tempo e tenderam a flutuar em 9% e 12%, respectivamente. No que se refere a distúrbios de percepção, discurso incoerente, perturbações do sono e mudanças psicomotoras, estes ocorreram em 75%, 76%, 96% e 93% dos sujeitos com *delirium*, em comparação com 3%, 6%, 65% e 40% apresentado pelo grupo dos sujeitos sem *delirium* (Gottlied *et al.*, 1991 cit. por Cole *et al.*⁽³³⁾).

Pela análise transversal a estudos realizados, os peritos nesta matéria agruparam os dados e apuraram que o estado de confusão/*delirium* tem aspectos que caracterizam claramente o doente afectado por esta síndrome.

ATENÇÃO/ALERTA

Todo o indivíduo atento está alerta, mas o estar alerta não garante estar atento. O estado de alerta é um processo de estimulação básica (que implica estar acordado). Por sua vez a atenção é um processo voluntário e reflexivo⁽³⁴⁾.

O doente confuso é afectado por uma diminuição da consciência em relação ao ambiente envolvente. Este processo é acompanhado por uma redução na capacidade para mudar, focar e direccionar a atenção aos estímulos ambientais, bem como uma diminuição na capacidade de resposta a estímulos selectivos^(7; 16). Como resultado, tem dificuldade em permanecer atento e poderá não se lembrar das instruções/indicações que lhe são

fornecidas. Apresenta esquecimentos frequentes e dificuldade em desenvolver um raciocínio lógico. Esta falta de atenção pode facilmente ser detectada, tendo por base a incapacidade para estabelecer uma conversa, a dificuldade em realizar alguma tarefa ou exercícios de reversão mental (recitar os meses do fim para o início do ano, por exemplo) (35).

MEMÓRIA

Verificam-se défices de memória, especialmente na memória recente e imediata. Estes défices manifestam-se na capacidade de registar, reter e recuperar as informações ou os eventos recentes, como por exemplo: não se lembrar do porquê de estar hospitalizado. Assim, a memória recente é mais afectada que a memória remota e, como consequência, a capacidade para aprender e assimilar novas informações é limitada (11; 36; 37).

ORIENTAÇÃO

A confusão é acompanhada por uma desorientação da pessoa em relação às datas, lugares e/ou situações. Esta desorientação manifesta-se de forma especial em relação ao tempo e ao espaço. A desorientação no espaço poderá ser o primeiro sintoma a aparecer, sendo por isso um bom indicador de confusão (11; 36).

PENSAMENTO

A desorganização do pensamento é uma característica típica do doente confuso que é facilmente detectada quando o contexto da conversa é inapropriado, incoerente ou sem nexos. Verifica-se um seguimento pouco lógico das ideias (35) um défice na capacidade de raciocínio, no uso de conceitos abstractos e na capacidade de resolver problemas, bem como na incapacidade de determinar um plano de acção (7).

LINGUAGEM

O indivíduo pode apresentar perturbações da linguagem como disartria, disnomia ou mesmo afasia. O discurso pode ser errante, irrelevante, precipitado ou incoerente, com saltos imprevisíveis de assunto para assunto (36).

ACTIVIDADE PSICOMOTORA

O doente confuso, como resultado da desorientação, pode facilmente tornar-se agitado, inquieto, hiperactivo. Contrariamente, este doente também pode apresentar uma actividade psicomotora diminuída que se manifesta sob a forma de apatia, lentificação, diminuição da motivação e do apetite (11; 36; 37).

PERCEPÇÃO

Distúrbios da realidade manifestados por ilusões e alucinações (isto é, auditivas e/ou visuais) ocorrem em aproximadamente 40% dos doentes idosos com confusão ⁽¹⁶⁾. Estas perturbações da realidade desenvolvem-se num curto período de tempo e tendem a flutuar durante o dia, sendo mais frequentes no período nocturno ^(7; 36; 37). As ilusões e as alucinações, às quais as pessoas reagem com atitudes de medo, de fuga ou de luta, são vividas como se de situações reais se tratassem ⁽⁷⁾.

SONO

As perturbações do sono são comuns nestes doentes – “for centuries many medical writers have viewed *delirium* as the «dream of waking persons»” (Quincy, 1719 cit. por Lipowski ^(7 p. 1429)). A pessoa pode adormecer periodicamente durante o dia, e depois permanecer acordado durante o período nocturno. Tipicamente é um sono pouco eficiente, curto e fragmentado ^(11; 36).

TABELA 1 – SINTOMAS DO *DELIRIUM*¹

- Distúrbio da consciência: com redução da capacidade de focar, suspender e mudar a atenção
 - Desordem cognitiva: memória, orientação e linguagem
 - Perturbação da percepção: ilusões e alucinações
 - Duração: desenvolve-se num curto período de tempo e tende a flutuar durante o curso do dia
 - Perturbação da actividade motora: estado de apatia e/ou agitação
 - Perturbações emocionais: ansiedade, medo e depressão
 - Perturbação do sono
-

2.2.2 Subtipos

Lipowski ⁽¹⁶⁾, de acordo com os níveis de actividade psicomotora e alerta/atenção, categorizou a confusão em hiperalerta-hiperactiva, hipoalerta-hipoactiva e mista.

¹ Fonte: APA ^(11; 36)

HIPERACTIVA

É o tipo de comportamento mais reconhecido/associado ao estado de confusão. Significa que o doente está agitado e hiperalerta, podendo também manifestar um comportamento irritado, desorientado e distraído. As alucinações e ilusões podem estar presentes implicando, por vezes, um comportamento verbal agressivo. Este comportamento pode ser erradamente identificado como uma esquizofrenia, demência ou uma desordem psicótica (8; 11; 16; 37; 38).

HIPOACTIVA

O doente que apresenta este tipo de comportamento mostra-se hipoalerta, sonolento, letárgico, apático, desorientado e pode ter verbalizações pouco precisas (8; 11; 16; 37; 38). Este subtipo de comportamento pode clinicamente não ser reconhecido ou então ser confundido com depressão ou demência (35; 37).

MISTA

Verificam-se flutuações do comportamento entre a hiper e a hipoactividade ao longo do dia. Deste modo, a pessoa alterna períodos de hiperactividade com períodos de hipoactividade (16).

Spiller e Keen (39) realizaram um estudo prospectivo com o objectivo de conhecerem a prevalência do *delirium*, no momento da admissão, em doentes em fim de vida e a sua subsequente evolução num período de 7 dias. Paralelamente, pretendiam estimar a dimensão dos subtipos do *delirium*.

Durante a fase de avaliação foram admitidos 113 doentes na unidade onde o estudo foi desenvolvido, dos quais apenas 100 foram incluídos. Destes participantes, 29 apresentaram *delirium* no momento da admissão hospitalar, dos quais 25 (o que corresponde a 86%) tinham *delirium* hipoactivo e os restantes 4 *delirium* “misto”. Registando-se assim, que nenhum dos 29 participantes desenvolveu *delirium* hiperactivo.

Na avaliação feita ao 7º dia, dos 100 participantes iniciais, apenas restavam 73. Destes, 19 mantinham *delirium*: 13 apresentavam características de *delirium* hipoactivo, 4 de *delirium* hiperactivo e os restantes *delirium* misto.

No estudo elaborado por estes autores foi dada especial importância aos sintomas de hipoactividade, recolhendo dados de grande pertinência clínica. Deste modo, verificaram

que os sintomas de *delirium* hipoactivo eram superficiais e muitas vezes ficaram camuflados por outros estados, como estados de fadiga ou estados de depressão⁽³⁹⁾. Esta informação ajuda a compreender o insucesso na avaliação do diagnóstico do *delirium*.

2.2.3 Factores de Risco

Vários foram os estudos que se debruçam sobre os factores de risco da confusão no sentido de clarificar quais os factores que condicionam ou potenciam esta condição clínica.

Neste contexto, Schor e colaboradores⁽⁴⁰⁾ desenvolveram um estudo prospectivo, onde incluíram sujeitos com 65 anos ou mais de idade, que apresentaram confusão durante a hospitalização. Este grupo de investigadores pretendiam determinar os factores de risco que conduziram ao desenvolvimento desta síndrome.

Verificaram que 31% dos participantes manifestaram *delirium* durante a hospitalização, apurando ainda, que o desenvolvimento desta síndrome teve como principais condicionantes factores de risco preexistentes no indivíduo, como o enfraquecimento cognitivo, idade avançada, fractura no momento da admissão e anterior institucionalização. A perda de visão e de audição pareceram estar relacionadas, mas os resultados encontrados não foram significativos. Existem outros factores que, após o ajustamento da idade e sexo, foram associados ao desenvolvimento desta síndrome. Estes factores são a presença de infecção sintomática, temperatura superior a 37,2°C e o não controlo da dor. Para além do mais, também foi possível verificar uma relação significativa entre o uso de neuroléticos e narcóticos com o aumento do risco de *delirium*, contrariamente ao que é referenciado na maior parte das referências bibliográficas. Edwards⁽⁴¹⁾, Litton⁽⁴²⁾, Lee⁽³⁰⁾, Naughton *et al.*⁽⁴³⁾, Santos *et al.*⁽⁴⁴⁾ registaram que o uso de benzodiazepinas permitiu diminuir a incidência desta síndrome. Por sua vez, a privação das mesmas estaria relacionada com a confusão – “While benzodiazepine withdrawal is associated with *delirium* (...)”^(40 p. 830).

Inouye⁽²⁶⁾ refere que os estudos realizados têm identificado vários factores de risco para o *delirium* incluindo a diminuição cognitiva ou a demência, défices de audição ou visão e doença subjacente severa. Contudo, estas investigações não distinguem o que para ele é essencial, ou seja, a diferenciação entre factores predisponentes (vulnerabilidade do indivíduo) no momento da admissão e os factores precipitados pela hospitalização. Neste

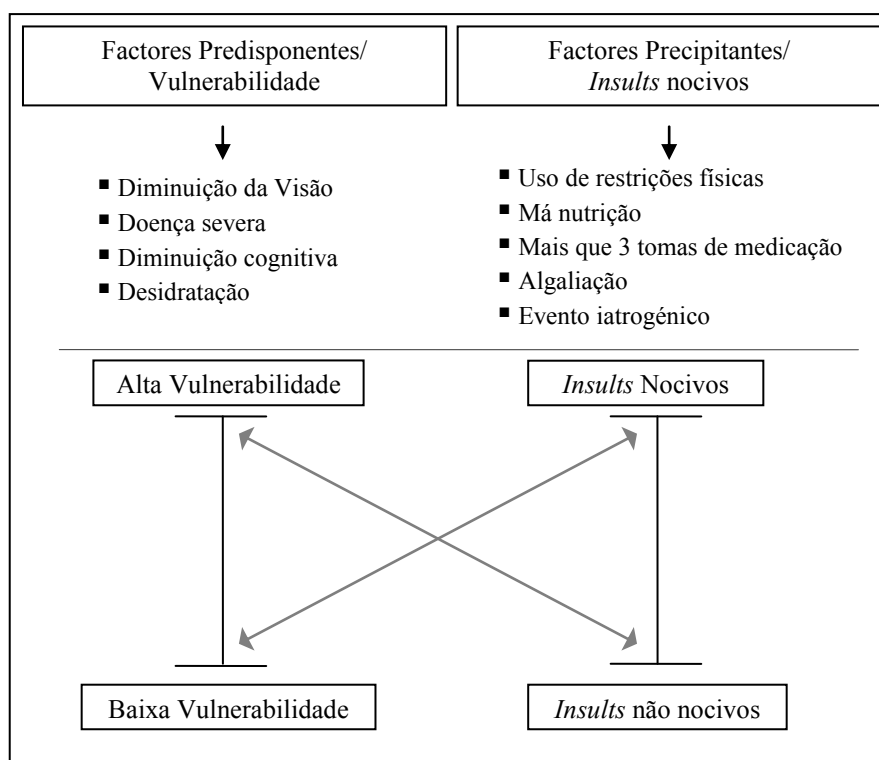
âmbito, conduziu uma série de trabalhos prospectivos com o objectivo de examinar os factores predisponentes para o *delirium* no momento da admissão (Inouye *et al.*, 1993)⁽⁴⁵⁾ e os factores precipitantes do *delirium*, ocorridos durante a hospitalização (Inouye *et al.*, 1996) e a sua relação.

Pelos dados obtidos, verificaram que há uma relação entre a proporção de doentes que desenvolvem novos episódios de confusão e o conjunto de factores de risco detectados no momento da admissão hospitalar. Foram encontrados mais de 30 potenciais factores de risco. No entanto, tendo em conta a relevância clínica e o risco real relativo para o *delirium*, foram seleccionados quatro factores de risco predisponentes: acuidade visual diminuída, doença severa, diminuição cognitiva e desidratação⁽²⁶⁾.

Seguiu-se um segundo estudo de Inouye *et al.* (1996), com a intenção de determinarem os factores que condicionam o desenvolvimento de *delirium* durante a hospitalização. Mais especificamente, os investigadores pretendiam desenvolver e validar um *Predictive Model* para o *delirium*, tendo por base os factores ocorridos durante a hospitalização. Mais de 25 potenciais factores de risco foram apurados, sendo seleccionados 5 factores de risco precipitantes/*insults* nocivos, dada a sua relevância clínica e o seu potencial risco relativo para o *delirium*. Emergiu assim o uso de restrições físicas, má nutrição, mais que três tomas de medicamentos, algaliação e algum evento iatrogénico como: complicações de diagnóstico, efeitos adversos da terapêutica, reacções a transfusões, entre outros (Inouye *et al.*, 1996 cit. por Inouye⁽²⁶⁾).

Inouye⁽²⁶⁾, ainda acrescenta que o *delirium* resulta de uma complexa inter-relação entre a vulnerabilidade do próprio doente (também designado pelo autor de factores predisponentes) e os factores precipitantes (ou também designados por *insults* nocivos), a que deram o nome de Modelo Multifactorial do *delirium*.

Deste modo, Inouye⁽²⁶⁾ considera, tendo por base a evidência dos seus estudos, que a etiologia da CA/*delirium* é multifactorial. Assim, na maioria das vezes, ela resulta da combinação da vulnerabilidade do indivíduo com os factores precipitantes resultantes do internamento. Ter conhecimento destes factores tornam a CA um problema potencialmente evitável, dado que estes investigadores tiveram não só a preocupação de seleccionar os factores de risco com relevância clínica, como os que fossem sensíveis às intervenções direccionadas.

FIGURA 1 – MODELO MULTIFACTORIAL DO *DELIRIUM*²

Tendo em conta a complexa natureza desta síndrome e dado que cada doente é portador de vários factores que podem torná-lo vulnerável a esta condição, os investigadores têm referenciado vários aspectos que podem potenciar o seu desenvolvimento.

IDADE

Os autores mencionam que a pessoa idosa está mais propensa ao desenvolvimento de episódios de confusão por factores inerentes ao próprio processo de envelhecimento. Este processo limita o equilíbrio homeostático do indivíduo, já que com a idade se verificam mudanças fisiológicas e funcionais, que levam a uma limitada capacidade adaptativa (fisiológica) a agentes stressores e ambientais^(9; 30; 38; 46; 47). No entanto, de acordo com alguns dados, a condição etária não é por si só um factor de risco suficiente para o desencadeamento da CA. A este respeito, Francis *et al.* (1990), cit. por Schor *et al.*⁽⁴⁰⁾ menciona que a idade não é um factor de risco independente quando a capacidade cognitiva é controlada. Por sua vez, os factores que frequentemente acompanham este processo de vida é que tornam a pessoa idosa mais vulnerável a esta síndrome, como o

² Adaptado de Inouye⁽²⁶⁾.

défice cognitivo, nutricional e sensorial (diminuição da acuidade auditiva e visual), bem como as comuns doenças agudas ou crónicas ^(8; 46).

DÉFICE COGNITIVO

Está amplamente aceite que o enfraquecimento cognitivo está associado ao desenvolvimento de episódio de confusão. A este respeito estima-se que 5% a 10% dos adultos idosos tenham algum grau de enfraquecimento cognitivo. Este défice aumenta com o avançar da idade.

CONDIÇÃO CLÍNICA

Existe uma panóplia de estados fisiológicos que poderão conduzir ao desenvolvimento de episódios de CA, como sejam: distúrbios metabólicos, défices nutricionais, hiper e hipoglicemias, desequilíbrio hidroelectrolítico, desidratação, hipocalcemia, hipocaliemia, hiponatremia, baixos níveis de albumina, elevados níveis de creatinina, proteinúria, insuficiência renal, retenção urinária, hipotensão, hipertensão, doença cardiovascular, desordens gastro-intestinais ou genito-urinárias, insuficiência respiratória, infecções, hipoxemias, lesão tumoral, fracturas, entre muitas outras ^(14; 48; 49).

A existência de fracturas que precederam o momento de admissão hospitalar tem sido referenciada em vários estudos, como um forte factor de risco capaz de, isoladamente, conduzir a episódios de CA ^(40; 50). No entanto, qualquer situação clínica que ponha em causa a estabilidade clínica do indivíduo é um potencial factor de risco subjacente.

AGENTES FARMACOLÓGICOS

A medicação está significativamente associada com os episódios de confusão. Algumas drogas deprimem o Sistema Nervoso Central (SNC) e conduzem a lapsos de memória, confusão e agitação ⁽⁴³⁾. Outras, como os anestésicos, conduzem à depressão do sistema respiratório e conseqüente hipoxia que, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento da confusão. Por outro lado, foi constatado que a combinação e associação de alguns medicamentos também poderá ser precipitante. Lipowski ⁽¹⁶⁾ refere que provavelmente umas das maiores causas da confusão no final de vida são as intoxicações provocadas pelo uso da medicação, em particular devido às drogas anticolinérgicas.

INSTITUCIONALIZAÇÃO

Factores de risco intrinsecamente associados à hospitalização, como a diminuição das actividades de vida diárias, aumento do isolamento social e até a própria mudança de ambiente, podem por si só conduzir ou potenciar a confusão ^(8; 38; 51). Por outro lado,

também se tem verificado que os doentes provenientes de unidades de retaguarda (como as *Nursing Homes*) são doentes com alta apetência para o desenvolvimento de confusão, aquando a hospitalização.

ESTADO EMOCIONAL

Kennedy (1959) verificou que a vulnerabilidade do indivíduo a agentes stressores psicossociais como o luto e a mudança de ambiente podem ser factores condicionadores da confusão (Kennedy, 1959 cit. por Lipowski ⁽⁷⁾). Kral (1975, 1962), cit. por Lipowski ⁽⁷⁾, também comunga destes factores de risco, referenciando que agentes stressores psicossociais como a perda de uma pessoa significativa, em associação com factores físicos, podem levar ao desenvolvimento de estados confusionais.

TABELA 2 – FACTORES DE RISCO³

- Idade \geq 65 anos (risco acrescido \geq 80 anos)
- Enfraquecimento/diminuição cognitiva
- Contacto social limitado
- Diminuição das Actividades de Vida Diárias (AVD)
- Perda de controlo no autocuidado
- Perturbações do sono
- Perturbações ambientais (ruído, luminosidade excessiva; excesso de estímulos externos)
- Perda de um ente/familiar significativo
- Distúrbios sensoriais (diminuição da acuidade visual e auditiva, dor não controlada)
- Distúrbios metabólicos, endócrinos, hidroelectrolíticos e nutricionais
- Qualquer doença severa (aguda/crónica)
- Pós-operatório
- Fractura (anca, colo do fémur).
- Incontinência/problemas urinários
- Infecções (sintomática, urinária, respiratória, HIV)
- Temperatura corporal alterada
- Elevado número de medicamentos, toxicidade medicamentosa ou suspensão de medicação e abuso de drogas ou bebidas alcoólicas.

³ Fonte: Marcantonio *et al.* ⁽⁶²⁾, Schor *et al.* ⁽⁴⁰⁾, Wakefield *et al.* ⁽²⁰⁾, Blanchette ⁽¹⁸⁾, Dolan *et al.* ⁽⁷⁵⁾, Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾, Crawley e Miller ⁽¹⁴⁾, Insel e Badger ⁽⁴⁹⁾, Hall ⁽³⁸⁾, Gleason ⁽³⁷⁾.

2.2.4 Epidemiologia

Os estudos epidemiológicos, na área da CA têm aumentado ao longo dos anos, mas em especial nestas duas últimas décadas. Começaram primeiro por focar os idosos e posteriormente interessaram-se por populações mais específicas como os doentes oncológicos, doentes pós-cirúrgicos, doentes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), doentes com demências, entre outros.

Pompei *et al.*⁽⁵²⁾ realizaram um estudo que envolveu 432 sujeitos com o objectivo de testar quatro instrumentos de diagnóstico do *delirium*: *Digit Span Test*, *Vigilance A Test*, *Clinical Assessment of Confusion- A (CAC-A)* e *Confusion Assessment Method (CAM)* em idosos com 65 anos ou mais de idade, admitidos em quatro enfermarias de medicina e de cirurgia. Destes 432 sujeitos, 64 elementos apresentaram confusão, o que corresponde a 14,8% dos sujeitos.

Wakefield e Johnson⁽²⁰⁾ também obtiveram resultados semelhantes num estudo feito a doentes admitidos em unidades de medicina. Este estudo foi elaborado com a intenção de verificar, entre outras coisas, a prevalência e a incidência da CA em doentes que se encontrassem severamente doentes. No total, a amostra tinha 117 participantes, dos quais 16 manifestaram confusão, o que corresponde a 14%. Dos que exibiram confusão, o diagnóstico de admissão mais apontado foram as neoplasias com 6,3%, seguindo-se as doenças do sistema circulatório com 3,2% dos casos.

Milisen *et al.*⁽⁵³⁾ tendo como alvo uma população muito específica - sujeitos submetidos a intervenção cirúrgica por fractura da anca -realizaram um estudo de incidência do *delirium*. Os valores apurados, em termos de incidência, foram na ordem dos 20%, mais especificamente de 14,5% no primeiro dia pós-operatório e de 9,1%, 10,9%, 7,7% e 5,6% no terceiro, quinto, oitavo e 12º dia pós-operatório, respectivamente.

Olofsson *et al.*⁽⁵⁰⁾, tendo como alvo uma população um pouco semelhante, ou seja, doentes operados à fractura do colo do fémur, determinaram a percentagem de indivíduos que evidenciaram *delirium* na admissão ou em algum momento do internamento. Num total de 61 sujeitos, 38 manifestaram sintomas desta síndrome, o que corresponde a 62% dos sujeitos.

No âmbito da incidência do *delirium* temos também o estudo efectuado por Dai *et al.*⁽⁵⁴⁾, que envolveu 701 doentes, com 65 anos ou mais de idade, submetidos a cirurgia electiva de foro urológico e ortopédico. Neste estudo, os investigadores utilizaram *guidelines* de

observação baseadas nos critérios de diagnóstico do DSM-IV. O resultado apurado em termos de incidência da confusão foi de 5,1%. Este valor é relativamente baixo quando comparado com outros estudos, mas não deixa de ser significativo. Contudo os autores admitem a possibilidade de ter ocorrido um sub-reconhecimento do *delirium* dadas as características flutuantes do mesmo.

Tendo como foco os idosos hospitalizados numa comunidade rural, Crawley e Miller⁽¹⁴⁾, estudaram a incidência e a severidade da confusão nesta população. Em termos de características, a amostra tinha como idade média 76 anos, a maioria era do sexo masculino (57,9%) e os 3 diagnósticos médicos mais frequentes foram: a falência cardíaca congestiva, infecção do tracto urinário e febre. Surpreendentemente 81,5% dos sujeitos apresentaram confusão ou risco de confusão no momento da admissão. Mais concretamente, 42,1% apresentavam confusão moderada a severa, 18,4% confusão ligeira e 21,0% risco de confusão. No momento da alta 52,9% dos sujeitos ainda se encontravam confusos. A verdade é que estes dados não têm representatividade, dado o pequeno tamanho da amostra (n=38). No entanto, os dados deste último estudo estão de acordo com Pompei *et al.* (1994) e Foreman *et al.* (2001), cit. por McCurren e Cronin⁽⁹⁾, quando mencionam que a confusão é uma desordem predominante dos idosos hospitalizados, com incidência tão alta como os 80%.

Lundström *et al.*⁽⁵⁵⁾, baseando-se numa série de trabalhos, refere que a confusão poderá ocorrer entre 14% a 42% das pessoas idosas admitidas numa medicina interna geral ou em unidades geriátricas agudas, e 28% a 61% em idosos sujeitos a tratamentos de fractura da anca. Os dados encontrados também referem que a CA afecta entre 25% a 40% dos doentes oncológicos durante algum momento da sua doença⁽⁵⁶⁾.

Existe uma panóplia de estudos em torno da confusão com valores de incidência/prevalência sempre significativos. Esta variedade de valores pode ser explicada pelo tipo de população em estudo, critérios de diagnóstico, severidade da doença que afecta o nível de confusão, casos encontrados e técnicas de investigação utilizadas⁽¹⁴⁾.

DURAÇÃO

A duração do *delirium* foi sintetizada por Sirois (1988) da seguinte forma: - 20% do *delirium* dura um dia; 50% dura 3 dias; 67% acima dos 4 dias; destes últimos, 20% entre 5 a 10 dias e 15% entre dez dias a um mês (Sirois, 1988 cit. por Zyl e Seitz⁽³²⁾).

Schor *et al.* ⁽⁴⁰⁾ num estudo que desenvolveram para determinar os factores de risco envolvidos na ocorrência de *delirium* durante a hospitalização, verificaram que 46,9% dos doentes confusos apresentaram critérios desta síndrome durante 3 dias, enquanto 91,2% manifestaram estes critérios durante 7 dias. Já LevoKoff *et al.* (1992) menciona que 96% dos seus 125 participantes não evidenciaram a completa resolução do *delirium* no momento da alta hospitalar (LevoKoff *et al.*, 1992 cit. por Kiely *et al.* ⁽⁵⁷⁾).

2.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A enfermagem deve aumentar a eficiência e eficácia dos cuidados que presta à pessoa que manifesta confusão, como resposta ao seu processo de doença e/ou de envelhecimento.

Evers, refere que o contributo da enfermagem para o bem-estar do doente deve ser potenciado e melhor fundamentado, ou seja, os profissionais de enfermagem devem ter consciência dos benefícios dos cuidados que prestam, bem como das implicações dos mesmos - “Cuidados de enfermagem em demasia ou prestados de forma errada resultarão em dependência desnecessária ou deficiência do paciente (...) Cuidados de enfermagem insuficientes ou incompetentes resultarão em desconforto e sofrimento ...” ^(58 p. 13).

A prática profissional deve assentar numa base teórica ajustada em preceitos científicos para reduzir a sua falibilidade. Pois, a actuação em conformidade com a maior evidência surge como componente ética essencial na profissão de enfermagem. É neste sentido que Polit e Beck ^(59 p. 4), referem que “nurses increasingly are expected to adopt an evidence-based practice, which is broadly defined as the use of the best clinical evidence in making patient care decisions”.

Na sequência da temática que temos vindo a explorar ao longo deste enquadramento teórico, torna-se pertinente verificar em que condições poderá uma prática clínica, baseada em preceitos científicos, ajudar na resposta à Confusão. Para o efeito, analisam-se em seguida alguns estudos realizados neste contexto.

2.3.1 Intervenções Multicomponentes e Multidisciplinares

O estudo desenvolvido na área das intervenções é vasto. O seu objectivo específico tem sido o de resolver o estado confusional do doente hospitalizado e assim promover ganhos

em saúde para toda a população susceptível a esta síndrome. Por sua vez, as metodologias de intervenção utilizadas nestes estudos também são diversas: desde o acompanhamento geriátrico, à focalização nos cuidados de enfermagem, passando pela estruturação e implementação de protocolos de actuação até a programas educacionais direccionados para a equipa multiprofissional. Porém, em muitos destes casos, as intervenções implementadas não evidenciaram qualquer relevância clínica. Por outro lado, alguns destes estudos apresentam limitações metodológicas, evidenciadas por amostras muito pequenas, por desenhos de estudo experimentais pouco consistentes (não controlados ou não aleatorizados) e pelo uso de instrumentos de avaliação pouco válidos, como é o caso do uso de *checklists* para o diagnóstico de confusão.

Para facilitar a abordagem e a análise aos estudos realizados no âmbito das intervenções, dividiu-se genericamente estes estudos em dois grupos:

- Estudos direccionados para as estratégias preventivas, que tem o propósito de intervirem antes que o fenómeno ocorra;
- Estudos orientados no âmbito das intervenções sistemáticas, onde se incluem o reconhecimento e o tratamento precoce da confusão.

2.3.1.1 Prevenção da Confusão

Pela análise efectuada, apurou-se que a CA apresenta muitos factores de risco, referenciando-se mesmo que os factores de risco desta síndrome são dinâmicos e multifactoriais. Inouye *et al.* ⁽⁶⁰⁾, conscientes da importância da observação dos factores de risco do *delirium*, desenvolveram um estudo direccionado para a prevenção, tendo por base os factores de risco determinados em estudos prévios. Neste sentido, planearam uma estratégia preventiva a que deram o nome de Intervenção Multicomponente (IM) e que foi aplicada a doentes idosos hospitalizados.

Foi um ensaio clínico controlado e desenvolvido num hospital universitário, mais especificamente, em unidades de medicina gerais. O estudo envolveu uma equipa multiprofissional constituída por uma enfermeira especialista em geriatria, um terapeuta especialista em recreação, um geriatra e voluntários treinados que tinham por objectivo promover o cumprimento dos protocolos das IM direccionadas para as estratégias preventivas. A adesão aos protocolos foi um factor tido em consideração. No geral, o

rácio de adesão nos vários níveis do mesmo foi de 87%; o protocolo de intervenção com mais adesão foi o da Orientação e o com menos, foi o protocolo não-farmacológico do Sono. Como resultados destas intervenções direccionadas para a prevenção do *delirium*, os autores aferiram que a sua incidência foi significativamente menor no grupo sujeito à intervenção do que no grupo controlo. Para além do mais, constataram uma redução substancial dos factores de risco após a intervenção.

A diminuição dos factores de risco, após as intervenções protocoladas, é muito significativa no grupo experimental, quando comparado com o grupo controlo ($p=0,02$). Pelos dados encontrados ainda verificaram que o número total de dias com *delirium* e o número de episódios de *delirium* por doente também foi significativamente diferente entre os grupos ($p=0,02$ e $p=0,03$, respectivamente), o que de certa forma é uma consequência do primeiro resultado verificado, ou seja, menor incidência de *delirium*.

Inouye e seus colaboradores concluíram que as intervenções direccionadas para os factores de risco são um efectivo método preventivo do *delirium* no idoso hospitalizado, pois permitiu reduzir o risco em 40%.

Leslie *et al.* ⁽⁶¹⁾, tendo em conta o *Predictive Model* dos factores de risco de Inouye, desenvolveram um estudo com o objectivo de determinar se os doentes que receberam IM direccionadas para a prevenção aquando da hospitalização, apresentam menos gastos em cuidados de saúde, quando internados em unidades de retaguarda, após a alta hospitalar, comparativamente a um grupo não sujeito à intervenção preventiva.

Numa fase inicial, o desenho do estudo foi igual ao do Inouye *et al.* ⁽⁶⁰⁾, tendo sido desenvolvido após a alta hospitalar, um *follow-up* durante um ano. Os autores do estudo depreenderam que as IM direccionadas para os factores de risco, provavelmente não tiveram efeito na necessidade de receber cuidados a longo-termo. Contudo, os indivíduos do grupo experimental que receberam estes cuidados apresentaram custos significativamente mais baixos, bem como internamentos mais curtos. Para além disso, ainda foram os que evidenciaram um menor custo por cada dia de vida (os *p-value* obtidos respectivamente foram $p=0,01$; $p=0,04$; $p=0,01$). Neste estudo, intervenções preventivas do *delirium* estiveram associadas, a uma redução de 15,7 % dos custos a nível das unidades de cuidados de retaguarda, as *Nursing Homes* ⁽⁶¹⁾.

Estes dois estudos, o de Inouye *et al.* ⁽⁶⁰⁾ e o de Leslie *et al.* ⁽⁶¹⁾ – onde Inouye foi colaborador - mostraram que as estratégias preventivas guiadas por um programa interdisciplinar estruturado é um modelo de cuidados com resultados efectivos.

Dentro da mesma linha preventiva, Marcantonio *et al.* ⁽⁶²⁾, com o objectivo de reduzir a incidência de confusão em doentes com fractura da anca, realizaram um ensaio clínico controlado e randomizado. A amostra foi constituída por sujeitos com 65 anos ou mais de idade, internados num *academic tertiary medical center* para serem submetidos a cirurgia para tratamento de fractura da anca. Este estudo consistiu na implementação de um programa preventivo. Neste sentido, o grupo experimental foi consultado por um geriatra, no período do pré e pós-operatório imediato, tendo posteriormente passado a ser seguido diariamente. Este profissional fazia recomendações, tendo como guia um protocolo previamente estruturado.

Como resultado, verificaram que o programa pró-activo da consulta geriátrica direccionado ao grupo experimental esteve associado a uma menor incidência de confusão. Para além desta menor incidência, os casos de confusão apresentavam um menor grau de severidade (que foi avaliada pelo *Memorial Delirium Assessment Scale - MDAS*).

Em resumo, Marcantonio e seus colaboradores referem que apesar de os indivíduos sujeitos a cirurgia após fractura da anca serem um grupo altamente vulnerável, os dados sugerem que a confusão não é uma síndrome inevitável, já que o grupo sujeito à intervenção apresentou uma incidência de *delirium* significativamente inferior ao grupo controlo ($p=0,02$). Contudo, o programa preventivo que implementaram mostrou pouco impacto na duração da confusão após esta síndrome estar “instalada” no doente ⁽⁶²⁾.

Um Programa Educacional Para Uma Intervenção Multiprofissional

A incorporação de conhecimentos válidos e relevantes na prática clínica dentro dos domínios do cuidado a esta síndrome parece ser uma das maiores dificuldades. Vários autores que desenvolveram trabalhos nesta matéria têm reforçado esta ideia. Laplante e Cole ⁽³⁵⁾ recomendam a educação contínua dos profissionais, de forma a melhorar o cuidado prestado a esta população, em prol da sua qualidade de vida.

Numa linha de pensamento um pouco diferente dos estudos anteriormente expostos, Tabet *et al.* ⁽⁶³⁾ consideraram que o fundamental para se promover uma melhor prática

clínica é o desenvolvimento de conhecimentos dos profissionais nestes domínios. Pois, consideram que só profissionais conhecedores desta síndrome é que poderão estar suficientemente atentos e sensibilizados para a problemática da confusão. Conjecturando então que um programa educacional no âmbito das questões do *delirium*, direccionado para os enfermeiros e para os médicos, poderia reduzir a incidência destes casos, bem como promover um aumento do reconhecimento desta síndrome, desenvolveram um estudo controlado, com a participação de uma equipa multiprofissional.

Como resultados, verificaram que na enfermaria sujeita à intervenção, a prevalência de *delirium* foi de 12 em 122 doentes, comparativamente com 25 em 128 doentes da enfermaria controlo, o que dá uma diferença significativa entre as duas enfermarias ($p < 0,05$); por outro lado, aferiram que o reconhecimento de *delirium* foi significativamente mais alto na enfermaria onde o programa educacional foi desenvolvido. Concluíram, assim, que a prevalência de *delirium* foi expressivamente mais baixa e o reconhecimento da mesma claramente mais alto, na enfermaria onde foi introduzida a intervenção – um programa educacional ⁽⁶³⁾.

TABELA 3 – RESULTADOS EFECTIVOS DOS ESTUDOS DAS INTERVENÇÕES NA ÁREA DA PREVENÇÃO

Autor	Desenho	Amostra	Instrumentos	Resultados
Inouye <i>et al.</i> ⁽⁶⁰⁾	Ensaio clínico controlado	Doentes de medicina, \geq de 70 anos de idade [ni=426; nc=426]	MMSE; DST; CAM; Katz's ADL <i>Index</i> ; APACHE II; BDRS.	Incidência (I:9,9%; C:15%) [‡] ; número total de dias (I:105; C:161) [‡] , número total de episódios por doente (I:62; C:90) [‡] e severidade do <i>delirium</i> * (I:3,85; C:3,52) ^π ; Diminuição dos factores de risco (menos factores de risco) [‡] ; Tempo de Internamento**(I: 7; C:6,5) ^π ; Mortalidade (I: 1,4%; C:1,6%) ^π ;
Leslie <i>et al.</i> ⁽⁶¹⁾	Ensaio clínico controlado, <i>follow-up</i> longitudinal durante um ano.	Doentes seguidos durante um ano após a alta hospitalar, \geq 70 anos de idade [ni=400; nc=401]	CAM;Katz's ADL <i>Index</i> ; APACHE II; BDRS; MMSE.	Admitidos em alguma unidade de retaguarda, após a alta (I:38%;C:37%) ^π Internados um ano após a alta hospitalar (I:13,5%;C:12,7%) ^π ; Custos totais dos doentes internados a longo termo (menos 9,446 para I, $p=0,01$) [‡] ; Total de dias de cuidados (menos 41 dias para I, $p=0,04$) [‡] ;

				Custos em cuidados por cada dia de vida (menos \$ 26.64 para I, $p=0.01$) [‡] ;
Marcan- tonio <i>al.</i> (62)	<i>et</i> Ensaio clínico controlado randomizado	Doentes cirúrgicos, ≥65 anos de idade [ni = 62; nc=64]	MMSE; MDAS; CAM.	Incidência (I:32%; C:50%) [‡] , duração [§] (I:2,9; C:3,1) ^π e severidade do <i>delirium</i> ^{§§} (I: 12%; C: 29%) [‡] Tempo de Internamento** (I:5; C:5) ^π
Tabet <i>al.</i> (63)	<i>et</i> Estudo controlado	Doentes de medicina, ≥ de 70 anos [ni=122; nc=128]	AMTS; DRS;	Prevalência de <i>delirium</i> (I:12/122; C:25/128) [‡] Reconhecimento dos casos de <i>delirium</i> (I:8/12; C:6/25)

ni: número de doentes do grupo intervenção;

nc: número de doentes sujeitos ao cuidado usual;

I: Grupo intervenção;

C: Grupo de controlo;

‡: Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o grupo intervenção (ou grupo experimental) e o grupo sujeito a um cuidado usual (grupo de controlo);

π: sem diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controlo;

*: score médio da severidade adaptado de acordo com a CAM;

** : média de dias;

§: média do número de dias por cada episódio de *delirium*;

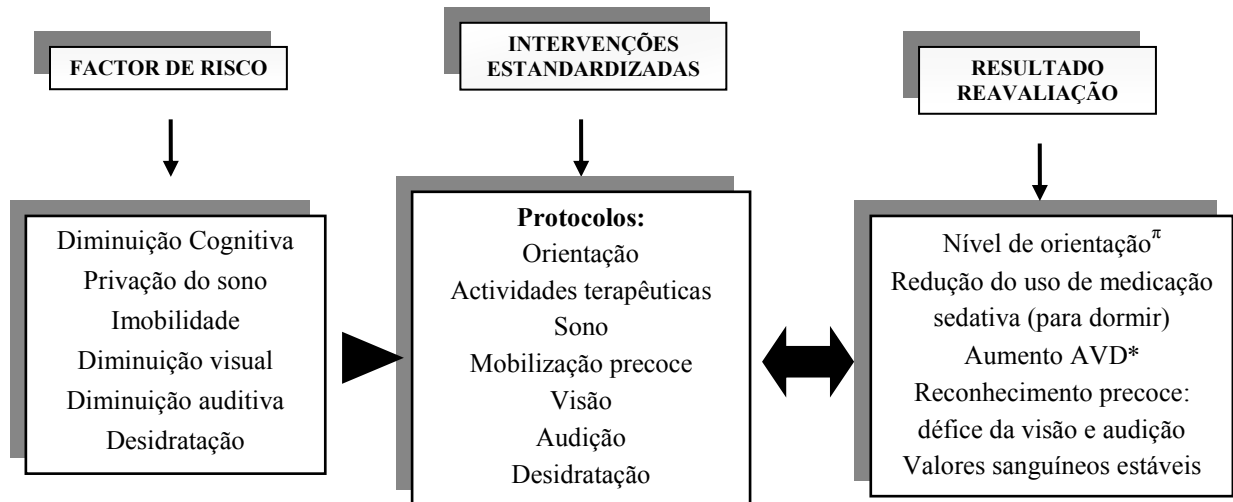
§§: um score ≥ a 18 avaliado pelo MDAS;

MMSE: *Mini-mental State Examination*; DST: *Digit Span Test*; Katz's ADL Index: *Katz's Activities of Daily Living Index*; APACHE II: *Acute Physiology, Age and Chronic Health Evaluation*; BDRS: *Blessed Dementia Rating Scale*; AMTS: *Abbreviated Mental Test Score*; DRS: *Delirium Rating Scale*.

2.3.1.1.1 Intervenções Efectivas na Prevenção

A prevenção dos factores de risco, com intervenções bem definidas, como foi mostrado por Inouye *et al.* (60), pode efectivamente reduzir a incidência desta síndrome. Os factores de risco que estes investigadores tiveram em consideração, tendo por base a evidência, foram: diminuição cognitiva, perturbação do sono, imobilidade, diminuição visual e auditiva, bem como a desidratação. Para cada factor de risco foi elaborado um protocolo de actuação, com intervenções estruturadas e para as quais definiram os resultados pretendidos. Todos os doentes receberam intervenções no âmbito da orientação, mobilidade e terapia ocupacional. Intervenções na área do sono, da diminuição visual ou auditiva, bem como intervenções direccionadas para a desidratação, só eram implementadas de acordo com a presença destes factores de risco (60).

Apresenta-se, em resumo, na figura 2, o esquema geral do programa de IM, direccionadas para a prevenção utilizados no estudo de Inouye *et al.* (60), e em outros estudos que se seguiram, como o de Bogardus *et al.* (2003) e o de Leslie *et al.* (61), onde Inouye foi colaborador.

FIGURA 2 – PROTOCOLO DAS INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE *DELIRIUM*⁴

^π Avaliado pela *Mini-mental state Examination* (MMSE)

* Actividades de vida diárias

Pela análise já efectuada, os factores de risco que poderão estar subjacentes à confusão do doente são muitos e nem todos os casos poderão ser prevenidos, tal como nem todas as doenças são tratadas. A estratégia adoptada neste modelo foi direccionada para os factores de riscos que pudessem ser vigiados, como é o caso do nível cognitivo que foi avaliado pela MMSE, mas que simultaneamente fossem sensíveis a um conjunto de intervenções⁽²⁶⁾.

No estudo de Marcantonio *et al.*⁽⁶²⁾, a estratégia adoptada para o grupo experimental teve outros focos de atenção como: o nível de oxigenação, equilíbrio hidroelectrolítico, a dor, a eliminação, a vigilância do globo vesical, nutrição, mobilização precoce, a prevenção e minimização das complicações pós-operatórias, estimulação ambiental e o tratamento direccionado para os casos de agitação. O plano de acção era estipulado por um geriatra, que diariamente acompanhava o doente e fazia recomendações baseadas num protocolo estruturado.

Pela análise ao conteúdo do protocolo estruturado existem alguns focos de atenção como a mobilização e o equilíbrio hídrico, bem como algumas intervenções que vão ao encontro das estratégias IM de Inouye *et al.*⁽⁶⁰⁾. Contudo, comparar estas duas intervenções preventivas não será prudente, dado que têm alvos populacionais muito

⁴ Adaptado de Inouye *et al.*⁽⁶⁰⁾.

distintos e, com certeza, diferentes factores de risco. O estudo de Marcantonio *et al.* ⁽⁶²⁾ incidiu em doentes cirúrgicos com 65 ou mais anos e o estudo de Inouye *et al.* ⁽⁶⁰⁾, tal como o de Leslie *et al.* ⁽⁶¹⁾, incidiu em doentes internados em serviços gerais de medicina, com 70 anos ou mais de idade.

TABELA 4 – TÓPICOS DA CONSULTA ESTRUTURADA⁵

- Adequada oxigenação do sistema nervoso central
 - Equilíbrio hidroelectrolítico
 - Tratamento da dor severa
 - Suspensão de medicação desnecessária
 - Regulação do funcionamento intestinal e urinário
 - Adequado suporte nutricional
 - Precoce mobilização e reabilitação
 - Precoce prevenção, detecção e tratamento das complicações decorrentes do pós-operatório
 - Apropriada estimulação ambiental
 - Tratamento da agitação
-

O que parece fundamental reflectir-se é que intervenções básicas, como a promoção da orientação, conforto, hidratação e oxigenação, mostram efectivos resultados na prática clínica, com reais ganhos em saúde para esta população.

Dentro de outro paradigma, temos estudiosos que referenciam que a confusão é uma síndrome pouco compreendida pela comunidade clínica e, por isso, frequentemente desvalorizada. “Lack of specific training often limits nurse’ability” ^(47 p. 629). O estudo conduzido por Tabet *et al.* ⁽⁶³⁾, pretendeu despertar a equipa para a problemática da confusão e fornecer conhecimentos adequados sobre esta síndrome. Este programa educacional foi estruturado em sessões, tendo momentos de reflexão e encontros sistemáticos com os elementos da equipa de forma a reforçar o processo de aprendizagem. Os conteúdos incidiram sobre informações gerais do *delirium*, intervenções preventivas e tratamento (a seguinte tabela ilustra mais em pormenor este programa educacional).

⁵ Adaptado de Marcantonio *et al.* ⁽⁶²⁾.

Assim, pela análise aos estudos realizados no âmbito preventivo, pode-se constatar que existe um conjunto de intervenções estruturadas e direccionadas para uma prática mais segura. Este conjunto de intervenções poderá ajudar a prevenir potenciais problemas de saúde, como os episódios de confusão, reduzindo dessa forma os efeitos adversos decorrentes da doença e do tratamento.

TABELA 5 – PROGRAMA EDUCACIONAL⁶

Informações gerais sobre o <i>delirium</i> :	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenção precoce
<ul style="list-style-type: none"> • Definição • Etiologia • Epidemiologia • Sintomas • <i>Outcomes</i> 	Tratamento dos casos de diagnóstico de <i>delirium</i> :
Prevenção:	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiental • Cuidados de enfermagem • Investigação • Identificação e tratamento da causa subjacente • Tratamento dos sintomas
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento dos factores de risco • Gestão do tratamento dos factores de risco • Alta vigilância 	Medidas farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> • Farmacologia avaliada após as 48 horas e discutida antes da alta.

2.3.1.2 Tratamento da Confusão

Alguns investigadores direccionaram os seus estudos experimentais para o reconhecimento e tratamento precoce da confusão, no domínio das intervenções multidisciplinares.

Neste contexto, temos o estudo desenvolvido por Cole *et al.* ⁽⁶⁴⁾ com idosos confusos de 75 anos ou mais de idade admitidos num departamento médico. É um ensaio clínico controlado e randomizado, que teve o propósito de avaliar se um programa sistemático de reconhecimento e intervenções, direccionado para os casos de *delirium*, promove melhores resultados e maiores ganhos em saúde.

Tanto os sujeitos do grupo de controlo (n= 46) como os do grupo sujeito à intervenção (n= 42) foram avaliados no momento da admissão hospitalar e depois na primeira, segunda, quarta e oitava semana. Os parâmetros que foram valorizados estavam

⁶ Fonte: Tabet *et al.* ⁽⁶³⁾.

relacionados com o enfraquecimento cognitivo; o tipo de comportamento e a incapacidade funcional para as AVD; a necessidade do uso de restrições físicas; a média de dias de internamento hospitalar; a “proporção” de cuidados necessários após a alta e o rácio da mortalidade.

Foi possível constatar que duas semanas após a admissão o grupo sujeito à intervenção multiprofissional apresentava uma melhoria muito significativa do nível cognitivo. Em contrapartida, o grupo de controlo apresentou uma deterioração desse parâmetro. Contudo, à oitava semana não se registaram diferenças significativas entre o grupo sujeito a tratamento e o grupo controlo. A análise dos autores aos resultados foi de que os benefícios efectivos foram pequenos, e apontam algumas limitações que, provavelmente confinaram a magnitude dos mesmos ⁽⁶⁴⁾.

Dentro da mesma temática, foi desenvolvido por Cole e pela maioria dos investigadores do trabalho anterior, um estudo que teve como objectivo verificar se o reconhecimento sistemático do *delirium* e um cuidado multiprofissional direccionado para esta população poderiam reduzir o tempo de “recuperação” do estado cognitivo. Mais concretamente, pretenderam verificar se o grupo sujeito à intervenção melhora mais rapidamente o seu nível cognitivo (este parâmetro foi avaliado tendo por base um instrumento específico – MMSE), quando comparado com o grupo de participantes sujeitos ao cuidado usual.

Nessa investigação, a estratégia de intervenção foi idêntica ao estudo anterior - Cole *et al.* ⁽⁶⁴⁾, contudo, foram introduzidas mais algumas intervenções. Foi desenvolvido em 5 unidades de cuidados durante praticamente 3 anos. A amostra foi composta por doentes confusos e incluíram os casos prevalentes e incidentes. Como resultados, apuraram que a detecção sistemática, bem como o cuidado multiprofissional direccionado para o *delirium* permitiram uma melhoria muito modesta e estatisticamente não significativa das funções cognitivas ⁽⁶⁵⁾.

Um Programa Educacional Para Uma Intervenção Multiprofissional

Tal como no estudo de Tabet *et al.* ⁽⁶³⁾, Lundström *et al.* ⁽⁵⁵⁾ implementaram um programa educacional estruturado e direccionado para uma equipa multiprofissional.

Em termos de desenho de estudo tinham uma enfermaria de controlo com características estruturais e clínicas semelhantes à enfermaria onde a intervenção educacional foi implementada. Os doentes foram randomizados pelas duas enfermarias. Participaram 200 doentes de cada enfermaria. A avaliação dos doentes ocorreu no primeiro, terceiro e no

sétimo dia do internamento. Inicialmente a prevalência de doentes com *delirium* a nível das duas enfermarias era muito semelhante (63/200 no grupo intervenção e de 62/200 no grupo controlo).

Ao sétimo dia de avaliação, o número de doentes confusos em ambas as enfermarias era significativamente inferior quando comparados com os dados iniciais (19/63 no grupo intervenção; 37/62 grupo controlo). Na enfermaria sujeita à intervenção 30,2% dos doentes mantinham-se confusos, enquanto na enfermaria controlo ainda se verificava uma percentagem de 59,7% de doentes confusos. Os investigadores ainda registaram que os doentes do grupo experimental tiveram um período de internamento e uma taxa de mortalidade significativamente inferior.

Os resultados finais deste estudo são muito interessantes. Estes permitem concluir que na enfermaria onde foi implementado o programa educacional, estruturalmente direccionado para a equipa multiprofissional, ocorreu uma reorganização dos cuidados em benefício do doente confuso. Dessa forma, reduziu-se a duração dos episódios de *delirium*, a taxa de mortalidade e o tempo de internamento destes doentes.

Dentro de um modelo também educacional, Young e George ⁽²⁸⁾ desenvolveram um estudo com o objectivo de verificarem se o uso de *guidelines* direccionadas para o tratamento do *delirium* melhora o processo e os resultados dos cuidados a esta população. Para tal, criaram *guidelines* específicas para o tratamento do *delirium* e, posteriormente, verificaram o resultado das mesmas em diferentes hospitais gerais de Inglaterra.

A amostra foi constituída por doentes confusos com 65 anos ou mais de idade de 5 hospitais gerais. Foi um estudo experimental que teve como desenho o pré-teste/pós-teste. Foram analisados os processos clínicos dos sujeitos envolvidos no estudo, mais especificamente os registos médicos e as notas de enfermagem, a fim de obter dados sobre o tempo de internamento, o uso de algum instrumento de avaliação cognitiva, sedação, a existência de aspectos orientadores (como o uso de calendário e relógio) e avaliação da capacidade auditiva e visual, bem como, complicações decorrentes do internamento, como as quedas.

Young e George ⁽²⁸⁾ verificaram claramente que a sua intervenção não promoveu nenhum melhoramento no processo de cuidados, nem melhores resultados para os doentes. O que verificaram, mesmo após a intervenção, é que o *delirium* é uma síndrome sub-tratada e que os *outcomes* deste tipo de doentes são muito “pobres”. Os doentes confusos da

amostra apresentaram severas complicações como quedas, úlceras de pressão e infecções respiratórias. Por outro lado, os dados mostram também que o cuidado prestado não está direccionado para as técnicas de orientação e que estes doentes apresentam frequentemente restrição dos seus movimentos pelo uso de contenções.

TABELA 6 – RESULTADOS EFECTIVOS DOS ESTUDOS DAS INTERVENÇÕES NA ÁREA DO TRATAMENTO

Autor	Desenho	Amostra	Instrumentos	Resultados
Cole <i>et al.</i> (64)	Ensaio clínico controlado e randomizado	Doentes de medicina com <i>delirium</i> *; ≥ 75 anos [ni = 42; nc=46]	SPMSQ; CAM; CGBRS.	Função cognitiva** (I:7,9; C:9,1) [‡] ; (I: 7,7;C:7,8) ^{II} ; Severidade do <i>delirium</i> *** (I: 23,9; C: 25) ^{II} ; Tempo de Internamento ^{II} (I:25,3; C: 22,7) ^{II} ; Proporção de restrições físicas (I:37; C:29) ^{II} ; Mortalidade ^{III} * (I:33%; C:37%) ^{II} .
Cole <i>et al.</i> (65)	Ensaio clínico controlado e Randomizado	Doentes de medicina com <i>delirium</i> * [†] ; ≥ 65 anos [ni= 113; nc=114]	SPMSQ; CAM; MMSE; DI; BI IQCDE; CCI.	Função cognitivo ^{III} (I:48%; C45%) ^{II} ; Severidade do <i>delirium</i> (^{‡‡}) ^{II} ; Nível funcional (^{‡‡}) ^{II} ; Tempo de internamento ^{II} (I:19,7; C: 19,1) ^{II} ; Mortalidade (8 semanas após a admissão) (I:22,1%; C:19,3%) ^{II} .
Lundström <i>et al.</i> (55)	Ensaio clínico controlado e randomizado	Doentes de medicina; ≥ 70 anos [ni= 200; nc=200]	OBS Scale; MMSE; Katz's ADL <i>Index</i> .	Prevalência de <i>delirium</i> , nas 24h após a admissão (I:63/200; C:62/200) ^{II} ; <i>Delirium</i> ao 7º dia após admissão (I:19/63; C:37/62) [‡] ; Tempo de internamento ^{††} (I:9,4±8,2; C:13,4 ±12,3) [‡] ; Mortalidade (I:3,2; C: 14,5) [‡] .
Young e George (28)	Pré-teste/ pós-teste	Doentes de medicina ou de enfermarias de cuidados a idosos ≥ 65 anos [npre= 211; npos=125]	CAM	Tempo de internamento ^{II*} ; Complicações ^{II*} ; Intervenções: uso de teste de avaliação mental ^{II*} ; Uso de sedação ^{II*} ; Uso de medidas orientadoras ^{II*} ; Avaliação da audição ^{‡*} ; Avaliação da visão ^{II*} ; Uso de restrições ^{II*} .

ni: número de elementos do grupo intervenção;

nc: número de elementos sujeitos ao cuidado usual;

npre: número de sujeitos do pré-teste;

npos: número de elementos do pós-testes;

I: Grupo intervenção;

C: Grupo de controlo;

‡: Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o grupo intervenção (ou grupo experimental)

e o grupo sujeito a um cuidado usual (grupo controlo);

I: sem diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controlo;
 ‡*: Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os resultados do pré-teste/pós-teste;
 †*: sem diferença estatisticamente significativa entre os resultados do pré-teste/pós-teste;
 * : Casos prevalentes de *delirium*;
 *†: Casos de prevalentes e incidentes de *delirium*;
 **: média do score do SPMSQ à 2ª e à 8ª semana após a admissão hospitalar;
 *** : média de score do CGBRS à 8 semana;
 ¶: média de dias;
 ¶¶*: à 8 semanas após a admissão hospitalar;
 ¶¶: % de melhoria do score do MMSE na alta ou à 8ª semana;
 (††): os valores exactos não foram dados;
 †† : média de dias e o desvio padrão do tempo de internamento dos doentes das duas enfermarias (intervenção e controlo);
 SPMSQ: *Short Portable Mental Status Questionnaire*; CGBRS: *Crichton Geriatric Behavioural Rating Scale*; DI: *Delirium Index*; BI: *Barthel Index*; IQCDE: *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*; CCI: *Charlson Comorbidity Index*; OBS Scale: *Organic Brain Syndrome Scale*.

2.3.1.2.1 Intervenções Efectivas no Tratamento

Pela análise transversal aos vários estudos apresentados, o panorama geral permite-nos questionar sobre a eficácia do tratamento nos casos em que os episódios de confusão já estão “instalados”. Provavelmente a prevenção é a estratégia terapêutica mais certa - “Once *delirium* has occurred, our intervention strategy will be less effective and less efficient” (60 p. 674).

Britton e Russell (66) elaboraram uma revisão sistemática dentro dos estudos realizados no âmbito das intervenções multidisciplinares direccionadas para o doente com *delirium* e também com enfraquecimento cognitivo crónico. Em conclusão, manifestam que o *delirium*, embora sendo um problema de difícil resolução durante a hospitalização, é tratado tendo por base o senso comum, dado que não existem conhecimentos científicos que suportem uma pronta mudança da prática.

Reunindo os dados dos estudos realizados no campo das intervenções, mais concretamente no campo da prevenção e do tratamento, os que aferem mais resultados são os estudos direccionados para a prevenção e para uma prática educacional da equipa multiprofissional, como: Tabet *et al.* (63), Lundström *et al.* (55), à excepção do estudo de Young e George (28), que não obtiveram ganhos significativos com a sua intervenção educacional. Contudo, também se verifica que dentro deste tipo de estudos, este foi o menos estruturado. Ou seja, o que teve menor componente formativa e menor interacção com a equipa multiprofissional. Por outro lado, o estudo de Lundström *et al.* (55), que consistiu num programa de formação bem estruturado, foi o que obteve melhores resultados. Tendo até conduzido a uma reorganização da prática clínica em prol do doente com diagnóstico de CA.

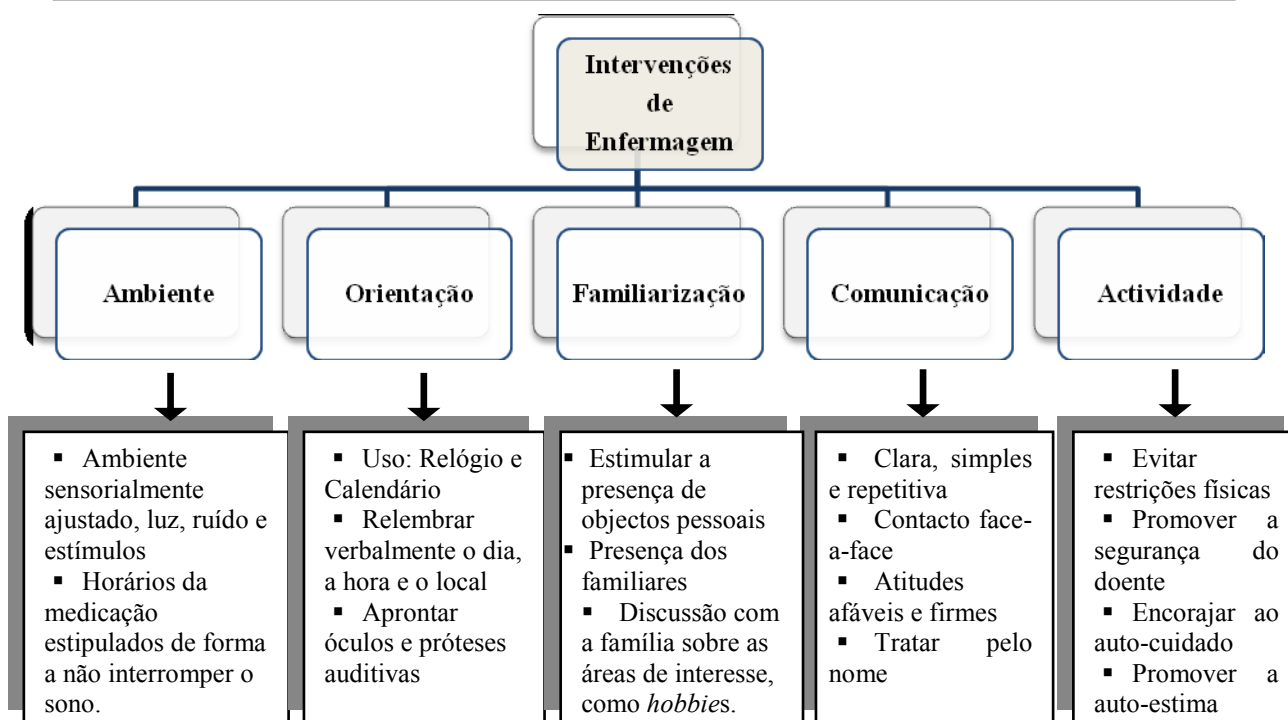
Certamente, no âmbito dos cuidados prestados a este tipo de doente, é necessária uma mudança da prática, mais especificamente de uma reorganização dos cuidados. Também

parece claro que a implementação de *guidelines*, normas ou protocolos de acção não será a medida suficiente para se promover a mudança necessária, dado que estes terão que ser coadunados com programas formativos a nível das equipas multiprofissionais. Apesar de não ser uma intervenção formativa, o trabalho de Inouye *et al.* ⁽⁶⁰⁾, registou um impacto positivo com o seu estudo, dado que o mesmo implicou treino de uma equipa multiprofissional que sistematicamente deu continuidade ao programa.

Em relação aos estudos de Cole *et al.* ^(64; 65), apesar das hipóteses iniciais terem sido rejeitadas, são dois estudos que têm muita validade dado o forte desenho metodológico. De certa forma, estes estudos reforçam a mera dedução anteriormente exposta, ou seja, que os protocolos de actuação, por si só, têm mostrado poucos resultados efectivos. Os focos de atenção, alvos de intervenções nos estudos de Cole, são aspectos frequentemente explorados e realçados em estudos posteriores, como é o caso do trabalho de Inouye *et al.* ⁽⁶⁰⁾. Este último também promoveu intervenções direccionadas para as AVD e para a orientação, onde realçou a importância da comunicação e das condições ambientais.

O seguinte esquema traduz o Protocolo de Intervenção de Enfermagem utilizado nos estudos de Cole *et al.* ^(64; 65):

FIGURA 3 – PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM⁷



⁷ Adaptado de Cole *et al.* ⁽⁶⁴⁾.

2.3.2 Implicações Para a Prática de Enfermagem

As intervenções multidisciplinares de equipas especializadas trazem benefícios acrescidos para o doente idoso hospitalizado, sendo emergente uma mudança das práticas clínicas e a existência de equipas multiprofissionais sensibilizadas e peritas nesta área.

O doente confuso requer uma crescente necessidade de cuidados de enfermagem. Estima-se que o cuidado a este doente poderá aumentar a carga de trabalho individual até aos 86%, segundo um estudo conduzido no âmbito dos cuidados de enfermagem ⁽¹⁴⁾.

Os doentes confusos hospitalizados exibem tipicamente comportamentos pouco seguros, tentando sair do leito sucessivamente ou vagueando sem rumo pelos corredores da enfermaria. Podem também exibir um comportamento hiperactivo, agitado e agressivo, sendo pouco colaborantes e pouco tolerantes com os tubos e/ou cateteres. Ou então, caem num estado de apatia profunda mantendo-se hipoactivos, o que coloca em risco a integridade física e todas as respostas que possam salvaguardar a sua segurança.

A questão da segurança envolve intervenções práticas como o controlo do ambiente, a prevenção de quedas e o controlo do comportamento, intervenções estas que visam responder, de forma imediata, aos reais problemas manifestados por estes doentes. Assim, existe uma panóplia de intervenções intencionais das quais estes doentes devem ser alvo.

No contexto das intervenções, a tabela 7, apresenta em resumo as intervenções e os resultados classificados e reconhecidos pela Associação Americana de Enfermagem. Mais concretamente, as intervenções da Classificação das Intervenções em Enfermagem – *Nursing Interventions Classification* (NIC) e os resultados da Classificação dos Resultados em Enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

TABELA 7 – RESULTADOS E INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM⁸

RESULTADO	INTERVENÇÕES PRINCIPAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento de segurança: pessoal • Controle do pensamento distorcido 	<ul style="list-style-type: none"> • Controle do ambiente: segurança • Prevenção de Quedas • Controle de alucinações • Controle de ideias delirantes • Controle do delírio
<ul style="list-style-type: none"> • Estado neurológico: consciência 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização neurológica • Orientação para a realidade • Promoção da perfusão cerebral
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação Cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Controle do delírio • Controle de ideias delirantes • Orientação para a realidade
<ul style="list-style-type: none"> • Processamento da Informação • Sono 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Cognitiva • Incremento do sono

2.3.2.1 Intervenção Ambiental

As intervenções ambientais são frequentemente referenciadas na literatura, quando se abordam questões relacionadas com os cuidados que devem ser proporcionados a uma pessoa confusa. Considera-se que não existe evidência suficiente para se afirmar que um ambiente inadequado possa conduzir ao desenvolvimento dos episódios de confusão. Contudo, pode certamente exacerbar esta síndrome⁽¹¹⁾.

O que realmente a evidência científica mostra é que as intervenções ambientais podem reduzir a severidade da confusão e, assim, promover melhores resultados em saúde^(11; 64).

As metas que se pretendem com a intervenção ambiental são:

- Reduzir os factores ambientais que poderão potencializar ou agravar o estado confusional, privilegiado um ambiente calmo, silencioso e confortável, com estímulos ambientais agradáveis e que respeitem o ciclo circadiano;
- Proporcionar os quartos que estão mais perto da sala de enfermagem para uma pronta resposta e, por outro lado, evitar frequentes mudanças de ambiente, especialmente durante o período nocturno;

⁸ Adaptado de Johnson⁽²³⁾.

- Remover objectos do quarto que possam pôr em causa a segurança da pessoa e corrigir possíveis interpretações erradas referentes ao ambiente envolvente, trabalhando no sentido da desmistificação das mesmas;
- Promover informação sobre o contexto em que está inserido, explicando-lhe os procedimentos que são executados, bem como o equipamento que está envolvido durante a prestação dos mesmos ^(11; 27; 30; 37; 46; 64).

A estimulação, na quantidade certa, é necessária, pois a sub-estimulação ambiental conduz a estados de apatia. Desta forma, é adequado promover uma quantia modesta de estímulos como:

- Assegurar a presença de estímulos orientadores, como por exemplo: um relógio ou um calendário, jornais, revistas, rádio e a televisão, bem como a presença de objectos pessoais, como seja uma fotografia familiar;
- Encorajar a interacção social pela presença de um familiar e/ou amigo;
- Combater o isolamento social, conduzindo o doente para zonas comuns, como a sala de estar; levá-lo a passear a pé ou em cadeira de rodas e encorajá-lo a interagir com os outros doentes;
- Colocar música: esta medida poderá ajudar a prevenir o aumento ou a promover a diminuição da confusão, bem como a agressividade comportamental ^(11; 27; 30; 46; 48; 60; 64).

2.3.2.2 Terapia de Reorientação

A terapia da reorientação baseia-se num conjunto de estratégias que visam orientar o doente no “aqui e no agora”, tal como refere Ski Ba e O’Connell ⁽⁶⁷⁾. Mais especificamente, esta estratégia terapêutica consiste em utilizar medidas de suporte ambiental que promovam a reorientação do doente no espaço em que está inserido, minimizando-se desta forma factores que contribuam e/ou promovam a confusão ⁽⁶⁷⁾. As estratégias de reorientação dependem muito das questões ambientais que foram anteriormente mencionadas. Tem-se aferido que tornar o ambiente mais calmo e mais familiar poderá ser uma mais-valia. Esta intervenção poderá ajudar o doente a reduzir a sua ansiedade, promovendo assim mais facilmente a reorganização do seu pensamento ^(37; 48).

Sobre a reorientação, Gerdes (1968), cit. por Sorensen⁽⁴⁸⁾ alerta que o desejado, antes de orientar o doente para a realidade, é avaliar o seu nível de compreensão, bem como o seu estado emocional, pois este só estará susceptível à reorientação se a sua ansiedade e outros efeitos iatrogénicos o permitirem.

A COMUNICAÇÃO NA ORIENTAÇÃO

O doente confuso está frequentemente receoso e desconfiado quanto à realidade que o rodeia. Neste sentido, durante a prestação de cuidados a comunicação utilizada deve ser objectiva, tendo o propósito de ajudar o doente a estabelecer os elos de ligação com a realidade envolvente^(48; 67).

Esta técnica de reorientação deve essencialmente focar os elementos que são comuns entre a realidade do indivíduo que cuida e do que é cuidado, ou seja, elementos da realidade que são partilhados por ambos. Os enfermeiros devem planear o cuidar verbal, abordando aspectos reais do ambiente ou aspectos que *a priori* se conhece do doente⁽⁴⁸⁾. Numa reorientação contínua e atempada, o enfermeiro pode utilizar comentários directos sobre a realidade, repetindo frequentemente factos como o motivo do internamento, o dia, a hora e o mês onde se encontram^(37; 48; 67). Esta comunicação também deve cumprir princípios básicos, como: o olhar nos olhos, falar de frente, de forma clara e lenta, de ideia a ideia, com um tom de voz adequado^(46; 48; 64; 67).

Tomemos o exemplo: *“Boa tarde Sr. António! Eu sou o enfermeiro Marco e estou aqui para o ajudar a dar um passeio pelo corredor da enfermaria, sabe que faz bem caminhar depois do almoço. São 14 horas, vai caminhar uns cinco minutos e depois aguarda pelos seus familiares na sala de estar”*.

Numa simples abordagem, o enfermeiro lembrou ao doente que era de tarde, que estava na enfermaria, que tinha almoçado à relativamente pouco tempo; que eram precisamente 14 horas e que estava próximo da hora de visita.

A EQUIPA NA ORIENTAÇÃO

Sorensen⁽⁴⁸⁾, referenciando a visão de Reusch (1965), evidencia que um doente com CA, na presença constante de diferentes profissionais, pode agravar o seu estado de confusão. Como alternativa, a equipa prestadora de cuidados deve ser reduzida e, se praticável, existir um profissional que funcione como âncora estando presente sempre que possível. Ainda dentro desta ideia, o mesmo autor acrescenta que este profissional deve possuir algumas competências na área relacional. Assim, o enfermeiro deve ter em consideração a

sua postura, voz e gestos, bem como o tipo de movimentos que, perante estes doentes, devem ser lentos, amigáveis, e nunca repentinos e inesperados ⁽⁴⁸⁾.

A FAMÍLIA NA ORIENTAÇÃO

A presença de um membro da família ou um amigo pode funcionar como um ponto de equilíbrio para o indivíduo e simultaneamente ser um elo de ligação ao seu ambiente familiar. Quando o doente se mantém confuso, a presença contínua de um familiar pode ser a estratégia mais adequada. Pois a presença dele permite o escrutínio contínuo do doente e, por outro lado, controla-se mais facilmente os comportamentos agressivos ou pouco seguros que este possa manifestar ^(37; 56). Em contrapartida, a promoção de um suporte emocional à família do doente confuso é necessária. Neste sentido, é fundamental explicar-se o essencial desta síndrome, transmitindo as informações necessárias, devendo-se salientar a característica transitória deste estado e a importância do apoio familiar ^(41; 56).

A Terapia de Reorientação, tendo em conta a bibliografia citada, é requerida há mais de 40 anos para a prática clínica. No entanto, a sua pertinência parece ainda hoje ignorada: “we found evidence of poor management, include lack of orientating environment” ^(28 p. 527). No estudo realizado em cinco hospitais ingleses, Young e George ⁽²⁸⁾ mostraram que medidas simples de reorientação como a presença de um relógio só constou em 50% dos casos e em 10% o uso de um calendário, isto a nível dos quartos dos doentes confusos.

2.3.2.3 Terapia de Validação

Se o doente apresenta uma compreensão da realidade alterada, por vezes corrigi-la pode contribuir para o aumento da confusão: por exemplo, se ele diz que está feliz no seu jardim, a atitude mais correcta pode ser não contrariá-lo, a menos que esse pensamento o coloque em perigo. Esta técnica designa-se por Terapia de Validação e exige o desenvolvimento de conhecimentos por parte dos enfermeiros em relação aos sentimentos reais do doente ⁽⁶⁷⁾.

A opção por esta terapia implica ouvir o doente e tentar compreender a história que, para ele é real. Dado que em certos momentos a contradição poderá ser uma atitude geradora de comportamentos agressivos e de reacções de humilhação. Validar o que diz poderá ajudar a manter a sua integridade e dignidade ^(31; 67). Embora esta terapia possa entrar um pouco

em conflito com a reorientação, ambas as terapias têm mostrado preciosos contributos na prevenção e no tratamento dos episódios de CA. Para além do mais, estas intervenções podem promover um cuidado livre de restrições assim como, provavelmente, uma diminuição do comportamento agressivo tão característico no doente confuso ⁽⁶⁷⁾.

2.3.2.4 Condições Intrínsecas do Indivíduo

As questões da vulnerabilidade do indivíduo estão relacionadas com a apetência deste para o desenvolvimento dos estados confusionais.

2.3.2.4.1 Défice Auditivo e Visual

Um dos muitos factores de risco é o défice sensorial, onde se inclui a diminuição da audição e da visão. No sentido de se prevenir as interpretações ambientais erradas, de se evitar o isolamento social, bem como o aumento dos episódios de confusão, o reconhecimento precoce destes défices é um aspecto essencial. Colocar à disposição todos os dispositivos que ajudem estes doentes a comunicar, sendo eles os óculos e/ou as próteses auditivas ou até livros de letras largas, poderá promover a interacção social deste doente com o ambiente que o rodeia ^(8; 46; 56; 60). O fundamental é não descurar estes aspectos que tornam a pessoa doente ainda mais susceptível e vulnerável à desorganização do pensamento e da consciência.

2.3.2.4.2 Diminuição da Actividade Motora

O plano de cuidados deve promover o equilíbrio entre o repouso e a actividade. A inactividade poderá conduzir a um excesso de apatia e desinteresse pelo ambiente envolvente. Contudo, a actividade em excesso conduz à fadiga, o que condiciona o estado de alerta e de atenção, bem como o processo de retenção da informação ⁽⁴⁶⁾.

Nos vários estudos referentes às intervenções, a questão da mobilização/actividade foi dos focos de atenção mais frequentemente mencionados. Estes estudos encorajam o uso de intervenções direccionadas para o autocuidado, o estímulo à deambulação livre e o uso limitado de restrições. Inouye *et al.* ⁽⁶⁰⁾, no protocolo de actuação referente à mobilização precoce, menciona a necessidade de exercícios físicos programados três vezes ao dia e ainda a redução máxima dos equipamentos que poderão, nestes doentes, limitar a sua

atividade física, como as bombas perfusoras, as entubações e as próprias restrições físicas.

Outra problemática analisada é o autocuidado, pois segundo Olofsson *et al.* ⁽⁵⁰⁾ a equipa de enfermagem tende ajudar o doente mais do que realmente ele necessita. Desta forma, não dá ao doente a oportunidade de desenvolver as suas AVD autonomamente. Este característico “cuidar” é mais exuberante nos doentes confusos e não tem mostrado qualquer benefício na recuperação e na reabilitação dos mesmos.

RESTRIÇÕES FÍSICAS

Quando as terapias não-farmacológicas parecem não resultar e o doente continuamente demonstra um comportamento que põe em risco a sua saúde e/ou a dos que o rodeiam, o uso de restrições físicas, nestes casos, pode ser necessário ⁽⁶⁷⁾. No entanto, o seu uso deve ser evitado ao máximo, dado que o mesmo pode promover danos para o próprio doente, aumentar a agitação e a severidade da sua confusão ⁽³⁷⁾. Hahn ⁽⁶⁸⁾ refere que a pessoa que é restringida fisicamente, para além de ficar privada da estimulação sensorial, sente uma total perda de controlo da sua própria liberdade.

A restrição física é definida como “any manual method or physical or mechanical device, material, or equipment attached or adjacent to the patient’s cannot remove easily, which restricts freedom of movement or access to his or her body” (Health Care Financing Administration, 1992 cit. por Karlsson *et al.* ^(69 p. 843)). O seu uso está associado a aspectos negativos, pois a sua utilização na pessoa idosa prolonga a imobilização que conduz à perda do tónus muscular, úlceras de pressão, incontinência, obstipação e à própria imobilidade ⁽⁶⁹⁾.

Dado que o uso de restrições tem um evidente impacto negativo, o objectivo é limitar ao máximo a sua utilização. Porém, quando por necessidade forem usadas, a sua aplicação deve guiar-se por procedimentos previamente definidos e que protejam e resguardem a segurança do doente. Além de todas estas considerações, a sua utilização levanta um dilema ético para a prática de enfermagem, que é expresso no conflito entre o princípio de auto-determinação do doente e a responsabilidade do enfermeiro em fazer o que acredita ser o melhor ⁽⁶⁹⁾.

O uso de restrições físicas está muito associado aos estados de confusão. No estudo de Young e George ⁽²⁸⁾, verificou-se que 36,2 % dos doentes confusos tinham grades na cama – “patients with *delirium* were frequently moved between wards and were

restrained, using cot-side” (28 p. 527). Adicionalmente, estes autores referem que processos de cuidados inadequados como o uso de grades parecem estar associados com *outcomes* insatisfatórios, como sejam o aumento da mortalidade, quedas, úlceras de pressão, infecções e longos internamentos hospitalares (28). Também Fick e Foreman (70) verificaram que 67% dos doentes que apresentaram confusão na admissão ou durante a hospitalização estiveram em algum momento do seu internamento restringidos fisicamente; por sua vez, nenhum dos sujeitos sem sintomas de confusão foi imobilizado.

2.3.2.4.3 Privação do sono

Uma característica usualmente associada à confusão são as perturbações do sono. Inouye (26), no seu *Predictive Model* valorizou as questões da privação do sono, referenciando que intervenções não-farmacológicas direccionadas para este foco podem reduzir substancialmente o uso de medicação indutora do sono e assim evitar os seus efeitos adversos.

O sono do doente internado é uma componente essencial no seu processo terapêutico. Neste sentido, os profissionais de enfermagem devem ajudar os doentes a cumprirem um período de repouso e descanso com qualidade, de forma a promover, ao máximo, o seu processo de recuperação. O despiste atempado das perturbações do sono é uma responsabilidade destes profissionais (71), já que ocupam uma posição privilegiada na relação com o doente internado. Avaliar a qualidade e a quantidade do sono, bem como implementar medidas facilitadoras do mesmo, como o ajustamento ambiental em termos de luz, ruído, temperatura e conforto (72), são intervenções geradoras de uma resposta humana adequada. Por outro lado, o uso de outras medidas não-farmacológicas, como massagens, musicoterapia e progressivo relaxamento, mostram resultados positivos sem qualquer tipo de efeito adverso (73).

2.3.2.4.4 Declínio Cognitivo

Pelos estudos desenvolvidos, tem-se verificado que doentes que têm como patologia subjacente uma demência reagem muito bem às intervenções não-farmacológicas, quando desenvolvem CA. No estudo apresentado por Lundström *et al.* (55), dos participantes internados na enfermaria sujeita a intervenção (programa educacional) nenhum dos

doentes com demência apresentava *delirium* ao sétimo dia de avaliação. Em contrapartida, na enfermaria controlo 4 doentes com demência ainda se mantinham confusos (sendo de referir que em termos de caracterização a percentagem de doentes com demência internados, tanto na enfermaria sujeita à intervenção como na enfermaria controlo era igual, ou seja, de 4,5%).

2.4 POTENCIAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

Prevenir complicações na saúde do doente que desenvolve episódios de confusão tem-se mostrado um resultado de difícil concretização. Com o propósito de se conhecer especificamente as complicações resultantes desta síndrome, vários estudos têm sido desenvolvidos.

Vários investigadores têm dado a conhecer as implicações desta síndrome e o panorama geral não é animador para todos os doentes que, ao longo do seu processo terapêutico, desenvolvam episódios de confusão. Alguns estudos direccionaram-se para as complicações imediatas decorrentes da confusão durante o internamento e outros debruçaram-se sobre as complicações após a alta, tanto a curto como a longo prazo.

O indivíduo confuso, durante os seus episódios experienciam desorientação, hiper ou hipoatenção, défices na capacidade para comunicar com clareza e, como consequência, a sua interacção com o meio ambiente torna-se problemática⁽¹⁴⁾. Esta situação característica cria condições para o aparecimento de algumas complicações como o aumento do risco de quedas, incontinência urinária, úlceras de pressão, infecções⁽¹⁴⁾, bem como um risco acrescido de serem restringidos química e fisicamente durante a hospitalização⁽⁴¹⁾.

Algumas destas complicações foram identificadas no estudo de Young e George⁽²⁸⁾, (já descrito no ponto 2.3.1.2). Eles aferiram que 66% dos doentes confusos tiveram uma ou mais complicações: 63% apresentaram um novo problema de incontinência, 29,3% sofreram algum tipo de queda e 33,5% adquiriram alguma infecção hospitalar. A mortalidade dos doentes confusos foi de 27% e 20,4 % dos doentes que tiveram alta foram reinstitucionalizados em alguma unidade de retaguarda. Apesar destes dados serem meramente descritivos, parecem ser suficientemente expressivos quanto aos resultados insatisfatórios que estes doentes apresentam ao longo do processo terapêutico.

Num estudo recente, Olofsson *et al.* ⁽⁵⁰⁾, com o objectivo de descrever os factores de riscos do *delirium* e o impacto dos mesmos na reabilitação dos doentes operados a fractura do colo do fémur, incrementaram um estudo com sujeitos de 70 anos ou mais de idade, que deram entrada no Hospital Universitário de Umea (Suécia).

A amostra era constituída por 61 doentes, dos quais 38 apresentaram *delirium* durante o internamento. Os dados mostram que estes últimos sofreram mais complicações durante a hospitalização, comparativamente com os que não evidenciaram *delirium*. As complicações apontadas foram: infecções urinárias ($p=0,006$) e problemas nutricionais ($p=0,039$). Também durante a hospitalização foram os que se apresentaram mais deprimidos ($p=0,004$) e com menor bem-estar psicológico ($p=0,001$). Apesar de não se ter obtido uma estatística significativa, também é de realçar que os doentes confusos foram os que apresentaram mais quedas durante o internamento.

Quatro meses após a alta, os doentes do grupo que apresentaram *delirium* durante a hospitalização foram efectivamente os que mostraram piores *outcomes*. Eles mantinham-se ainda deprimidos e voltaram a desenvolver episódios de *delirium*, para além de apresentarem frequentes perturbações do sono. Uma larga proporção não voltou para casa ou apresentou uma reduzida recuperação, tanto na capacidade de caminhar independentemente como ao nível das suas actividades de vida.

Na discussão dos dados, os autores mencionam que o *delirium* parece realmente ter um sério impacto na reabilitação do doente após o tratamento cirúrgico à fractura do colo do fémur, dado que no período pós-operatório estiveram presentes um grande número de complicações que, por sua vez, podem causar e/ou prolongar o estado de confusão ⁽⁵⁰⁾.

Um exemplo de um estudo direccionado para as complicações a curto e a longo prazo, foi o realizado por Murray *et al.* ⁽⁷⁴⁾. Estes investigadores pretenderam determinar se a incidência de *delirium* na hospitalização pode estar associado com a subsequente mudança da função física, medindo para tal, a performance para as AVD. É um estudo prospectivo que envolveu 325 sujeitos, hospitalizados em unidades de cuidados agudos, provenientes tanto da comunidade como de *Nursing Home*.

A incidência de *delirium* neste estudo foi de 31,3% e, pelo tratamento dos dados, estes autores apuraram que existe uma forte relação entre a incidência e o declínio da função física ($p=0,02$), ou seja, o aumento da dependência nas AVD. Em termos de resultados da função física três meses após a alta verificou-se que, em comparação com os dados obtidos

no momento da admissão, 51,4% dos sujeitos provenientes da comunidade e que evidenciaram *delirium* estiveram sujeitos a um declínio da sua função física. Em contrapartida, no grupo dos não confusos só 28,7% dos indivíduos é que demonstraram declínio das suas funções. Em relação aos doentes provenientes das *Nursing Homes* verifica-se que ao terceiro mês após a alta, 52,6% dos sujeitos que evidenciaram *delirium* durante a hospitalização apresentaram a sua condição física agravada em comparação com os 25,6% dos indivíduos que não manifestaram esta síndrome. Assim, os sujeitos que mostraram *delirium*, evidenciam significativas perdas da função física subsequente aos seus episódios de *delirium*, que persistem 6 meses após a alta hospitalar.

O estudo também permitiu conhecer a existência de algumas condições intrínsecas ao indivíduo que podem condicionar o agravamento da função física, como o nível de dependência pré-existente, o enfraquecimento cognitivo e as co-morbilidades. Contudo, só o *delirium* é que esteve significativamente associado com a perda da função física nos meses subsequentes à alta ($p=0,009$) - “we found that *delirium* was the sole predictor of loss of function” (74 p. 184).

Dentro do mesmo contexto, temos o estudo de Dolan *et al.* (75) que foi desenvolvido com o objectivo de examinar, o impacto a curto e a longo prazo do *delirium* em indivíduos com fractura da anca que não apresentavam sintomas desta síndrome antes da admissão hospitalar. Deste estudo foram excluídos indivíduos com fractura patológica ou que residissem em *Nursing Homes*, bem como os indivíduos que apresentassem diminuição do nível cognitivo.

Os resultados sugerem que o *delirium* na admissão tem um impacto negativo ao nível funcional após dois anos de avaliação. Visto que o *delirium* esteve associado a uma lenta recuperação, a um aumento na dependência para as AVD e também a diferenças nos níveis de depressão. Os que exibiram *delirium* na admissão hospitalar são os que apresentam um maior número de sintomas de depressão, continuando significativamente mais deprimidos passados os dois anos. No geral, o *delirium* esteve associado a uma recuperação mais lenta e a um significativo défice da função física, cognitiva e afectiva.

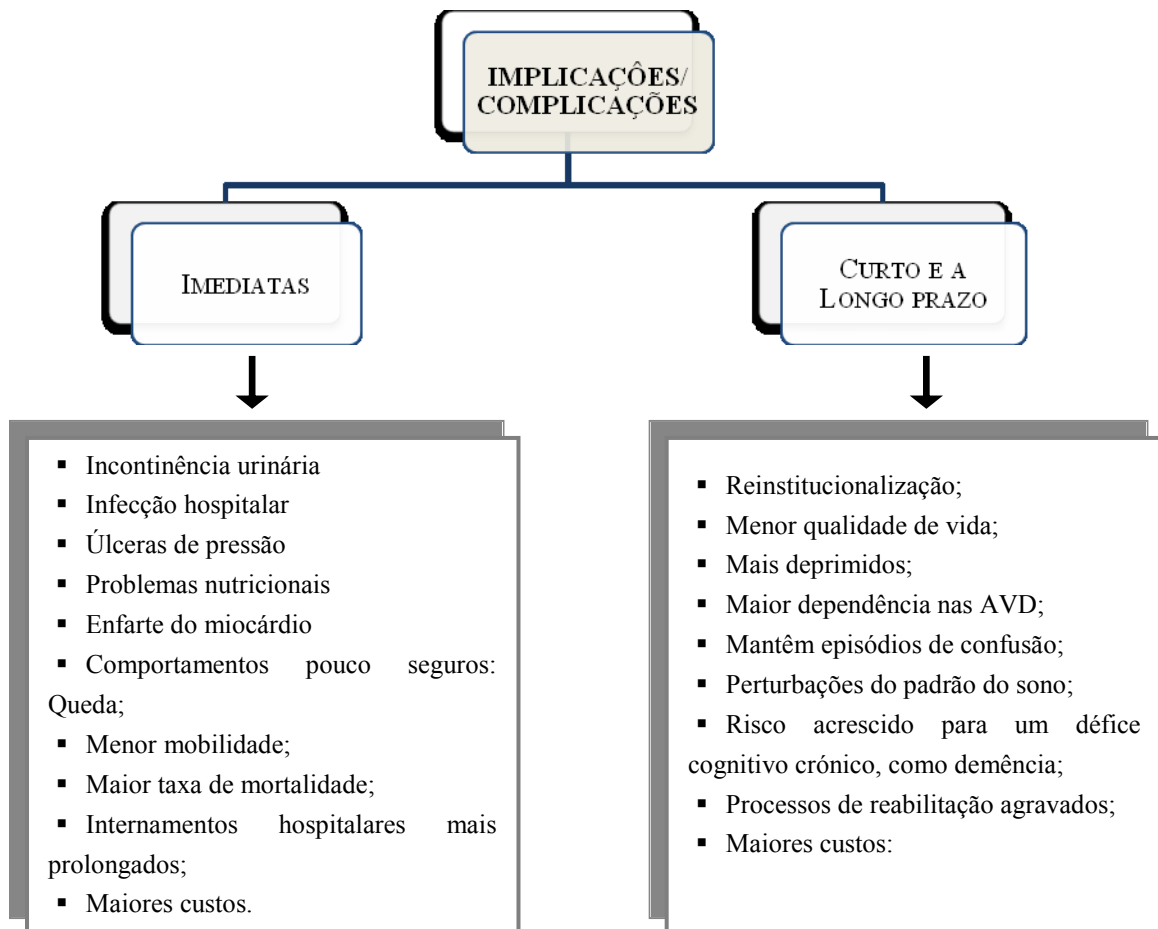
Pela análise transversal aos estudos direccionados para os potenciais problemas de saúde resultantes dos episódios de confusão é notório os maus *outcomes*, tanto a curto como a longo prazo, em componentes como a capacidade funcional e cognitiva, o nível de

dependência para as AVD, bem como na capacidade de recuperação e reabilitação. Assim, constata-se que a confusão é, por si só, um sinal de mau prognóstico.

Esta perturbação está também associada a internamentos hospitalares mais longos (Berggren *et al.*, 1987, Gustafson *et al.*, 1988 cit. por Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾), bem como a uma possível reinstitucionalização imediatamente após a alta hospitalar (Francis *et al.*, 1990, LevKoff *et al.*, 1992, O’Keeffe *et al.*, 1997, Pompei *et al.*, 1994, Gustafson *et al.*, 1988, Gustafson *et al.*, 1991, Magaziner *et al.*, 1990 cit. por Dolan *et al.* ⁽⁷⁵⁾). Schor *et al.* ⁽⁴⁰⁾ verificaram que a média de dias de internamento dos sujeitos que manifestaram *delirium* foi de 18,8 dias versus 7,3 dias para os participantes que não desenvolveram esta síndrome.

Mais negativa é a associação entre o *delirium* e a mortalidade. A este respeito Dolan *et al.* ⁽⁷⁵⁾ mencionam que esta associação parece pouco clara e que a confusão na admissão parece não influenciar a mortalidade – “others indicating that *delirium* is not a significant predictor of mortality after adjustment for age, comorbid disease, functional status, and dementia” ^(75 p. 527). Contudo, outros estudos parecem demonstrar esta associação, ou seja, o desenvolvimento de confusão durante a hospitalização e a mortalidade ^(11; 20; 32; 61; 75).

Para além das condições adversas que esta síndrome é capaz de provocar em doentes susceptíveis à mesma, tem-se verificado que a confusão do doente internado também tem outras implicações. Visto que é, claramente, uma fonte de stress para a equipa multiprofissional e para os próprios familiares do doente. O stress a nível dos familiares deve-se essencialmente ao facto de se aperceberem do sofrimento do seu ente e simultaneamente não compreenderem o significado daquele estado. Situação que tende a agravar-se, dada a impossibilidade de comunicarem e de interagirem adequadamente com o mesmo ⁽³²⁾.

FIGURA 4 – IMPLICAÇÕES E COMPLICAÇÕES DA CONFUSÃO⁹

CUSTOS EFECTIVOS

Um aspecto curioso, que é várias vezes referenciado nos estudos consultados, é a questão económica. Verifica-se que os episódios de confusão ficam muito caros ao sistema de saúde, em consequência das complicações resultantes desta síndrome^(26; 60; 76). As quedas, úlceras de pressão, enfarte do miocárdio são sequelas seríssimas para o doente e que se traduzem em despesas pesadas para a economia da saúde⁽⁷⁴⁾. Adicionalmente, após a alta hospitalar, estes custos mantêm-se altos, visto que os doentes apresentam elevados níveis de dependência no autocuidado, processos de reabilitação morosos, uma necessidade acrescida de recorrerem a unidades de retaguarda e, uma maior probabilidade de ficarem institucionalizados por longos períodos de tempo⁽²⁶⁾.

A solução apontada para estes potenciais problemas incide em estratégias preventivas, dado que estas são as mais rentáveis para todas as componentes envolvidas no sistema.

⁹ Fonte: Foreman e Zane⁽⁴⁶⁾, Crawley e Miller⁽¹⁴⁾, McCusker *et al.*⁽⁹²⁾, Murray⁽⁷⁴⁾, Young e George⁽²⁸⁾, Olofsson *et al.*⁽⁵⁰⁾.

Desde o doente à família, das unidades hospitalares às unidades de retaguarda, todos beneficiam com uma abordagem precoce e direccionada para as estratégias preventivas (60; 61). Assim, o importante nesta situação é estabelecer o melhor julgamento clínico e implementar de imediato as respectivas intervenções, respondendo a este problema de saúde de forma célere e eficaz, pois o “*delirium* may be the only indicator of an urgent medical condition or underlying disease” (75 p. M527).

TABELA 8 – RESULTADOS A CURTO E A LONGO PRAZO

Autor / Ano	Desenho e Amostra	Objectivo	Instrumentos de Avaliação	Resultados
Murray <i>et al.</i> (74)	* ¹ Estudo Prospectivo [325 idosos hospitalizados ≥ 65 anos (nD=65; nC=164)]	Efeito do <i>delirium</i> durante a hospitalização e na subsequente função física	Katz's ADL <i>Index</i> [#] ; DSI.	Maior declínio funcional ($p=0,02$) [‡] ; Maior dependência para as AVD** (na admissão, ao 3 e ao 6 meses após a alta) [‡] ; Forte associação entre o <i>delirium</i> e a função física agravada [‡] .
Dolan <i>et al.</i> (75)	* ² Estudo Prospectivo [682 idosos, hospitalizados por fractura da anca; ≥ 65 anos (nD=92; nC=590)]	O impacto do <i>delirium</i> a curto e a longo prazo em idosos com fractura da anca	CAM; CCI; FSI; Katz's ADL <i>Index</i> [#] ; MMSE; CES-D; IADL de OARSI [#] .	Maior dependência para as AVD [‡] ; Diminuição da mobilidade [‡] ; Mais sintomas de depressão [‡] ; Função cognitiva agravada ^{‡*} ($p=0,01$) [‡] .
Olofsson <i>et al.</i> (50)	* ³ [61 sujeitos admitidos num serviço de ortopedia, ≥ 70 anos, nD= 38; nC=23]	Descrever o impacto do <i>delirium</i> na reabilitação de sujeitos operados a fractura do colo do fémur	I-ADL; P-ADL; S-COV5; DA <i>Index</i> ; FGAS; MMSE; OBS Scale; GDS-15; PGCMS; SAHFE; Katz's <i>Index</i>	Mais complicações na hospitalização ($p=0,001$) [‡] , mais deprimidos ($p=0,004$) [‡] e piores scores na PGCMS (pobre bem-estar psicológico) ($p=0,001$) [‡] ; Na alta são os mais dependentes nas actividades de vida [‡] ; 4 meses após a alta, mais dependentes nas AVD (0,004) [‡] ; maior número de complicações ($p=0,03$) [‡] , mais deprimidos ($p=0,001$) [‡] , mais episódios de perturbação do sono ($p=0,047$) [‡] e também mais episódios de <i>delirium</i> ($p=0,013$) [‡] .

nD= número de sujeitos com *delirium*; nC= número de sujeitos sem *delirium* (grupo de controlo);

*1=incluíram os casos de incidentes;

*2= incluíram os casos prevalentes;

*3= incluíram os casos incidentes e prevalentes de *delirium*;

** AVD: Actividades de Vida Diárias;

‡: Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os sujeitos que desenvolveram *delirium* (grupo do *delirium*) e o grupo dos sujeitos que não evidenciou episódios de *delirium* (grupo dos sem *delirium*) durante a hospitalização;

π: Sem diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os sujeitos que desenvolveram *delirium* (grupo do *delirium*) e o grupo dos sujeitos que não evidenciariam episódios de *delirium* (grupo dos sem *delirium*) durante a hospitalização;

#: instrumentos original adaptados

‡*: média do score da MMSE

DSI: *Delirium Symptom Interview*; FSI: *Functional Status Index*; CES-D: *Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale*; I-ADL de OARS: *Instrumental Activities of Daily Living* do questionnaire *older Americans Resources and Services Instrument*; P-ADL: *Personal Activities of Daily Living*; S-COV: *Swedish-Clinical Outcomes Variable*; DA Index: *Downton's Activity Index*; FGAS: *Frändin e Grimby' Activity Scale*; GDS-15: *Geriatric Depression Scale*; PGCMS: *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*; SAHFE: *Standardised Audit of Hip Fracture in Europe*.

2.5 RECONHECIMENTO DA CONFUSÃO

O reconhecimento atempado da confusão é a intervenção essencial para a promoção da saúde dos indivíduos susceptíveis a esta síndrome. O enfermeiro, no seu exercício profissional, só poderá ajudar o doente confuso a atingir o seu máximo potencial, se esta situação clínica for convenientemente reconhecida.

2.5.1 Diagnóstico

“O Sr. Pedro parece estar mais confuso hoje!” - é uma expressão frequentemente utilizada na prática clínica pelos profissionais de enfermagem com a intenção de descrever o estado mental do doente. A expressão acima referida indica uma avaliação imprecisa e baseada em conhecimentos empíricos, já que não supõe a aferição de um diagnóstico. As avaliações deste teor não conduzem ao planeamento de intervenções e podem mesmo comprometer o desempenho da equipa multiprofissional.

A confusão é reconhecida como um significativo problema de saúde da população idosa, em especial da população idosa hospitalizada. Porém, estabelecer o diagnóstico desta síndrome nem sempre é fácil, devido ao curso flutuante e aos subtis sintomas que a tornam muitas vezes irreconhecível. Dada esta dificuldade, vários instrumentos foram criados, com o propósito de permitirem avaliar a presença e a severidade da *CA/delirium*. Pois o *delirium* por ter critérios de diagnóstico bem definidos, pela APA, permitiu a construção de uma variedade de instrumentos que podem ser utilizados na prática clínica (66).

Neste contexto, os autores são unânimes a referenciar que os enfermeiros, como cuidadores privilegiados no contacto com o doente, devem avaliar diária e

sistematicamente o estado cognitivo da pessoa idosa com o objectivo de prevenirem complicações, bem como a deterioração do seu estado mental. Para tal, dispõem de um leque de instrumentos de fácil utilização e que permitem a detecção precoce deste fenómeno. As ferramentas mais utilizadas, segundo Rapp⁽⁸⁾ na avaliação da CA são: a CAM, a *NEECHAM Confusion Scale* e a CAC-A.

TABELA 9 – INSTRUMENTOS¹⁰

INSTRUMENTOS	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	VALIDADE DE CRITÉRIO¶	DE DOMÍNIOS DE AVALIAÇÃO
CAM* (Inouye <i>et al.</i> ⁽²⁵⁾)	DSM-III-R [‡]	0,94 -1/ 0,90-0,95 K ^{¶¶} = 0,81 a 1	Início/curso, atenção, desorganização do pensamento, consciência, orientação, memória, percepção, comportamento psicomotor, ciclo sono-vigília.
CAC –A ** (Vermeersch 1986)	DSM-IV ^{***} (9 dos 17 critérios)	0,93/0,37 0,80*	Cognição, comportamento geral, actividade motora, orientação, comportamento neurótico ou psicótico.
NEECHAM Confusion Scale (Neelon, Champagne, Carlson e Funk, 1996)	DSM-IV (13 dos 17 critérios)	0,30 a 0,95/ 0,78 a 0,92 0,90*	Processamento: atenção, ordem orientação; comportamento: aparência, motor, verbal; controle fisiológico: sinais vitais, continência urinária.

* : *Confusion Assessment Method*** : *Clinical Assessment of Confusion-A*

¶: Sensibilidade e especificidade

¶¶: Coeficiente Kappa

‡: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, third edition

*** : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders fourth edition

*: Consistência Interna

2.5.2 Subdiagnóstico

Os profissionais de saúde precisam de reavaliar o seu *modus operandi* face a problemas relacionados com a população idosa. A confusão, como perturbação do pensamento e do comportamento é muitas vezes considerada como um processo natural do envelhecimento. Contudo, este estigma tem que acabar.

A confusão do doente hospitalizado é um problema significativo, tanto no que se refere aos cuidados prestados, que são pouco focalizados, como ao tratamento clínico a que estes doentes, criticamente afectados, não são submetidos. Isto porque, a confusão é uma

¹⁰ Fontes: Inouye *et al.*⁽²⁵⁾, Inouye⁽⁸⁰⁾, Pompei *et al.*⁽⁵²⁾, Neelon *et al.*⁽⁵⁾, Crawley e Miller⁽¹⁴⁾, Laplante e Cole⁽³⁵⁾, Cacchione⁽¹⁰⁾.

condição clínica “under-diagnosed, under-prevented and under-treated”^(77 p. 10). Dada esta problemática, vários investigadores debruçaram-se sobre esta questão. Uns direccionaram os seus trabalhos para determinarem a verdadeira dimensão do subdiagnóstico e outros dedicaram-se à identificação das possíveis causas que possam justificar a problemática do subdiagnóstico deste fenómeno.

Eden e Foreman⁽⁷⁶⁾, com o propósito de examinar detalhadamente se o *delirium* era ou não reconhecido atempadamente pelos médicos e pelos enfermeiros, desenvolveram um estudo de caso retrospectivo.

O doente em estudo começou a evidenciar sintomas de *delirium* na primeira noite após a cirurgia, a que foi submetido, sendo registado pela enfermeira como “confused at time, but reoriented easily”^(76 p. 391). Das 6 enfermeiras que cuidaram deste doente, somente 50% é que foram capazes de reconhecer os sintomas de *delirium* e também só uma delas é que realmente conhecia todas as componentes relacionadas com os critérios de diagnóstico mencionados no DSM-IV. Adicionalmente, a avaliação do estado cognitivo deste doente não foi documentada por nenhum médico nas notas de progresso até ao 5º dia pós-operatório. Tendo-se ainda verificado que os enfermeiros foram os primeiros profissionais a reconhecerem as alterações do estado mental deste doente⁽⁷⁶⁾.

Dentro deste âmbito, Fick e Foreman⁽⁷⁰⁾ realizaram um estudo com o objectivo de descrever o reconhecimento e o tratamento do *delirium* em idosos hospitalizados com ou sem demência preexistente. A conclusão mais imediata deste estudo foi que 84% dos doentes idosos que apresentaram *delirium* sobreposto a um estado de demência, não foram identificados pelos profissionais como tendo *delirium*. Contrariamente, todos os membros da família entrevistados reconheceram a abrupta mudança do estado mental do seu familiar.

Direccionados também para a problemática do subdiagnóstico, Milisen *et al.*⁽⁵³⁾, realizaram um estudo com o objectivo de determinar com exactidão o diagnóstico e a documentação do *delirium* nos registos de enfermagem e nas notas médicas de doentes idosos com fractura da anca.

Pelos resultados obtidos, estes investigadores verificaram, a nível da análise documental às notas médicas, que não se registou nenhuma menção ao diagnóstico de *delirium* (mesmo tendo em conta o uso de sinónimos). Contudo, nove indicadores clínicos de *delirium* foram usados com a intenção de descrever o comportamento destes doentes. Nas

notas de enfermagem existia informações sobre o estado cognitivo dos doentes confusos. Contudo, segundo os resultados, os enfermeiros tendem a usar sinónimos de *delirium*, como por exemplo a confusão aguda.

Estes investigadores identificaram a existência de “falsos-negativos”, ou seja, casos em que não existia documentação referente ao *delirium* ou aos sintomas de *delirium*, mas em que os investigadores diagnosticaram a presença do mesmo. A existência destes “falsos-negativos” no 1º dia pós-operatória foi de 87,5% e foi descendo até 50% ao 12º dia. Por outro lado, também detectaram casos de documentação de *delirium* ou de sintomas de *delirium*, mas acerca de doentes que não evidenciavam esta perturbação. A estes casos deram o nome de “falsos-positivos”. A presença destes “falsos-positivos” foi relativamente baixa (8,5% no primeiro dia) e foi descendo (5,9% ao 12º dia). Na discussão final, os investigadores mencionam que a descrição do *delirium* foi escassa e que o subdiagnóstico desta situação esteve presente em toda a amostra do estudo ⁽⁵³⁾.

Ainda dentro da questão do subdiagnóstico, Inouye *et al.* ⁽⁷⁸⁾, tendo como objectivo validar um instrumento de diagnóstico do *delirium* intitulado de “chart-bases”, desenvolveram um estudo prospectivo. Pelos resultados, verificaram que a nível da documentação médica e de enfermagem, 72% dos doentes foram caracterizados como tendo *delirium*. 20% desta informação provinha somente das notas de enfermagem e 5 % somente de documentação médica. Em 3% dos casos a documentação era de outro profissional.

Cruzando a evidência dos trabalhos desenvolvidos dentro da problemática do subdiagnóstico denota-se a real dimensão deste problema. Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾ mencionam que o *delirium* fica sub-reconhecido pela comunidade clínica entre 32% a 72% dos casos. Sem dúvida, que a confusão representa um dos eventos adversos muito comum da população idosa, que é susceptível de ser prevenido ou pelo menos minimizado. Tudo se agrava quando esta condição se encontra subdiagnosticada, visto que não é instituído um tratamento direccionado que promova a segurança e a dignidade que o doente merece.

2.5.2.1 Factores condicionadores do Subdiagnóstico

Os factores relacionados com o sub-reconhecimento e consequente subdiagnóstico da confusão são complexos. Numa tentativa de se explicar os factores condicionadores deste sub-reconhecimento, várias perspectivas têm sido referenciadas na literatura.

Inouye *et al.*, em 1990, referiram que a maior barreira à identificação desta condição clínica se deve à ausência de ferramentas de diagnóstico específicas. Dada esta preocupação, vários interessados nesta matéria desenvolveram instrumentos de diagnóstico. Todavia, actualmente a questão do subdiagnóstico mantém-se. Isto porque a avaliação sistemática dos doentes por meio destes instrumentos não é uma prática clínica corrente⁽²⁵⁾.

Outros autores mencionando que os factores associados ao subdiagnóstico ou a uma incorrecta identificação do *delirium* são os estados de demência, doença severa e a presença de elevados factores de risco relacionados com o desenvolvimento desta perturbação.

Outra justificação, apontada por Pompei *et al.*⁽⁵²⁾, para o sub-reconhecimento da confusão entre os idosos hospitalizados, é as próprias características desta síndrome, dado que esta condição clínica se manifesta, por vezes, por um conjunto de sintomas de baixa intensidade e que apresentam simultaneamente características flutuantes.

Já Eden e Foreman⁽⁷⁶⁾ mencionam que as possíveis causas que justificam o sub-reconhecimento, no estudo de caso que desenvolveram, foram a falta de conhecimentos acerca das características e métodos de avaliação desta síndrome, e também a inexistência de uma comunicação eficaz entre os membros da equipa.

Fick e Foreman^(70 p. 34) referem mesmo que os profissionais que participaram no seu estudo admitem ter falta de conhecimentos no domínio da diferenciação de diagnósticos, em situações clínicas como o *delirium* e a demência – “seventy-five percent of the nurse interviewed stated they did not know the difference between *delirium* and dementia.”.

De acordo com Neelon *et al.*⁽⁵⁾, o subdiagnóstico e conseqüente sub-tratamento deve-se: aos poucos conhecimentos por parte da equipa acerca da fisiopatológicos da confusão; falta de uma avaliação sistemática e consistente dos doentes e também às próprias características flutuantes desta síndrome.

McCurren e Cronin⁽⁷⁴⁾, baseando-se em vários autores, apontam cinco factores que podem contribuir para o fracasso do diagnóstico da confusão: falta de conhecimentos da fisiologia da CA e o potencial impacto no bem-estar físico dos doentes; falta de conhecimento quanto aos comportamentos ou aspectos cognitivos a avaliar; ausência de uma avaliação cognitiva sistemática, estandardizada e compreensiva; desinteresse por estas questões e a

ideia estereotipada que todos os idosos estão confusos; e limitada interação dos profissionais com os doentes.

Kales *et al.* ⁽⁷⁹⁾, convencidos que o diagnóstico de *CA/delirium* possa estar relacionado com alguma característica intrínseca do indivíduo, conduziram um estudo com o objectivo de analisarem essas características. Foi um estudo retrospectivo em que os dados foram obtidos a partir de uma base de dados administrativa e informatizada dos doentes internados em unidades nacionais dos EUA durante o ano de 1996. Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais de idade que tivessem pelo menos um registo de *delirium* ou de algum termo médico associado aos estados confusionais como encefalopatia, psicose orgânica, entre outros. Pelos dados recolhidos os investigadores agruparam os doentes em três grupos: o grupo - “sem registo de confusão”; o grupo - “registo de *delirium*” e o grupo - “outro registo de diagnóstico de confusão”.

No total, foram incluídos 267947 doentes idosos internados em unidades médicas, cirúrgicas, psiquiátricas e também em *Nursing Homes*. Destes, 1,5% tinham registo de *delirium* e outros 2,5 % tinham registo de algum outro estado confusional. Portanto, durante o ano de 1996, 4% dos doentes internados foram reconhecidos como tendo *delirium* ou algum diagnóstico relacionado com confusão.

Os doentes que pertencem ao grupo dos “sem registos de confusão” são significativamente mais novos. Por sua vez, os que têm “outro registo de diagnóstico de confusão” são significativamente mais velhos que o grupo - “registo de *delirium*”. Outro aspecto a realçar é o facto de os dois grupos que têm registo (ou seja, o grupo - “registo de *delirium*” e o grupo - “outro registo de diagnóstico de confusão”) foram os que apresentaram uma maior probabilidade de serem reinternados em *Nursing Homes* após a alta, quando comparados com o grupo dos “sem registo de confusão”. O que apresenta internamentos mais longos é o grupo dos “outro registo de diagnóstico de confusão”. Inversamente, em termos de mortalidade, registaram que o grupo que apresenta uma maior taxa de mortalidade é o grupo “sem registo de confusão”, sendo neste caso significativamente mais alta que os outros dois grupos. Em termos de características, ainda se verificou que o grupo “registo de *delirium*” apresentou em 30 % dos casos demência, como situação clínica subjacente.

Estes autores também referem que o registo de *delirium* ou de estado confusional foi provavelmente sub-reportado, dado que 4% não é certamente a prevalência real de casos

– “our results are likely both a reflection of the consistent underrecognition and underreporting of *delirium* by physicians and nurse found in previous studies...” (79 p. 36), já que quando se analisam estudos prospectivos que avaliam a presença de *delirium* na população de idosos internada os valores estimados estão acima dos 14%, podendo ir até ao 56% (80).

2.5.2.1.1 Erro de diagnóstico

Igualmente alarmante é o facto de se verificar que uma percentagem considerável dos doentes confusos não está correctamente diagnosticada (9). Ao doente com *delirium* é muitas vezes atribuído o diagnóstico de depressão ou psicose ou ainda de demência (25). Lee (30) menciona que existem três grandes razões comuns que conduzem ao enfraquecimento cognitivo: depressão, demência e *a própria confusão*. Este facto leva a que “misdiagnosis of *delirium* as dementia or depression results in inappropriate treatment” (9 p. 319).

Esta problemática deve-se ao facto de alguns sintomas destes três estados serem muito semelhantes/coincidentes, tornando por vezes a diferenciação entre eles difícil (37; 41; 81). Por sua vez, a confusão pode concorrer com estados de demência ou de depressão. A confusão, nestas situações, pode ser mal interpretada, considerando-se somente uma mera exacerbação do estado de demência/depressão (16). Neste sentido, verifica-se que sem uma cuidadosa avaliação clínica do estado mental do doente corre-se o risco de diagnosticar erradamente a desordem cognitiva que o doente padece - “The ability to differentiate among three disorders - *delirium*, dementia and depression - may lead to early identification and treatment of potentially reversible cause of confusion and to an increase in the quality of life for older adults” (41 p. 347).

TABELA 10 – COMPARAÇÃO ENTRE *DELIRIUM*, DEPRESSÃO E DEMÊNCIA¹¹

	<i>DELIRIUM</i>	DEPRESSÃO	DEMÊNCIA
Início	Repentino, agudo	Rápido	Insinuoso e crónico
Duração/ curso	Horas a dias, geralmente menos de um mês; curso flutuante.	Variável; episódico ou persistente.	De meses a anos, podendo tornar-se crónico; declínio lento, mas contínuo.
Consciência	Flutuante, hiperalerta/hipoalerta.	Normal	Normal
Atenção	Comprometida	Dificuldade em concentrar-se	Pode estar intacta/ mas habitualmente diminuída
Memória	Comprometida; incapacidade para registar novas informações ou relembrar eventos recentes.	Enfraquecida; recordações lentas e esquecimentos.	Comprometida; a perda da memória recente é o primeiro sinal;
Conteúdo do Pensamento	Incoerente, desorganizado, delirante.	Discurso negativo, hipocondríaco.	Desorganizado
Comportamento	Agitado, irrequieto ou hipoactivo.	Apatia, cansaço ou agitação.	Diminuição gradual da actividade
Sono	Perturbado	Insónias, poderão ter dificuldade em adormecer ou insónias matinais.	Fragmentado
Resposta a questões	Resposta incoerente e sem nexos.	Muitas vezes responde com “eu não sei”.	Respostas “near misses” ou inapropriada.
Reversibilidade	Potencialmente	Potencialmente	Irreversível e progressivo.

¹¹ Fonte: Foreman⁽⁴⁶⁾, Hall e Wakefield⁽³⁸⁾, Insel e Badger⁽⁴⁹⁾, Edwards⁽⁴¹⁾, Gleason⁽³⁷⁾, Arnold⁽⁸¹⁾.

CAPÍTULO 3 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

*“... tendo achado um caminho que,
na minha opinião, quem o seguir deverá
infalivelmente encontrar a ciência...”*

DESCARTES

3.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A enfermagem, como disciplina do conhecimento da área da saúde que se centra na relação interpessoal, enfermeiro e pessoa, baseia o seu exercício profissional dentro de um corpo de saberes próprios. Assente nesta ideia, considera-se que as áreas de saber disciplinar devem ter alicerces dentro dos domínios de desenvolvimento da enfermagem.

Tendo por base esta perspectiva, coadunada com o facto de esta investigação surgir dentro do Mestrado em Enfermagem, considerou-se fundamental aproveitar a oportunidade para incrementar o desenvolvimento da disciplina na área da Segurança em Cuidados de Saúde, mais especificamente no âmbito da Confusão do doente hospitalizado.

No momento actual, consideramos que a Segurança do doente nos cuidados de saúde é uma problemática do mundo contemporâneo. O sector da saúde, pelas características

inerentes à sua cultura de prestação de cuidados, é um sistema de “alto risco, uma vez que os eventos adversos, decorrentes do tratamento e não da doença, podem levar à morte, a danos graves, a complicações e ao sofrimento do doente” (82 p. 47).

Por outro lado, a vulnerabilidade do doente internado a nível hospitalar, tendo em apreciação a idade, o sexo, a doença que motivou o internamento ou até mesmo o serviço onde está internado, poderá ser um factor condicionador não só para o Cuidar oferecido, como para o próprio estabelecimento de um diagnóstico em enfermagem.

A confusão tem-se manifestado como uma síndrome de causa multifactorial que condiciona, em muito, o processo terapêutico do doente. A identificação atempada e sistemática desta síndrome é uma intervenção crucial para a segurança, dignidade e qualidade de vida dos doentes internados.

O fenómeno da confusão necessita ser tratado como um foco de atenção para a disciplina e para a prática de enfermagem. Perante a dificuldade partilhada pelos diferentes profissionais de saúde em diagnosticá-la, torna-se imperativo o desenvolvimento de um tipo de investigação que forneça novos dados e novas linhas directivas. Só desta forma será possível promover a melhor tomada de decisão no exercício profissional.

Todavia, também consideramos que esta área de desenvolvimento poderá conduzir a novas questões não só para a área de saúde em geral, mas também para o cuidado aos doentes confusos de um modo particular. Pois, estamos convictos que, a Confusão sendo uma resposta humana da pessoa ao seu processo de doença e de envelhecimento, será uma síndrome cada vez mais frequente no contexto hospitalar.

Quando analisamos as perspectivas tendenciais da evolução da população portuguesa, constata-se que o envelhecimento da população está em constante crescimento. Pois, “Estima-se então que nas próximas décadas aumentem substancialmente as necessidades de cuidados de saúde à população idosa, sendo cada vez mais acentuado o aumento populacional do grupo etário em questão, que teve um aumento para 17% até 2005, em relação à sua população total” (83 p. 3200). De forma paralela a esta situação, surge uma acentuada incidência e prevalência de doenças crónicas ou incapacitantes que conduzem, cada vez mais, a pessoa, em especial a pessoa idosa, aos serviços de saúde. Esta realidade não é unicamente portuguesa, pois quando se analisam os dados de

outros países, verifica-se que as tendências populacionais contemporâneas e futuras são muito semelhantes no âmbito da saúde.

Tendo em conta os dados dos Estados Unidos, estima-se que a CA afecte mais de 2,3 milhões de idosos doentes por ano e com o aumento da população idosa, este problema provavelmente aumentará no futuro ⁽²⁶⁾. Deste modo, a reorganização do sistema de saúde em prol do bem-estar e da segurança dos seus doentes é inevitável. A segurança dos doentes tem de ser uma preocupação multidisciplinar e multiprofissional, mas também institucional.

Os enfermeiros, conscientes dos direitos humanos, devem assim promover cuidados de enfermagem de qualidade, fomentando o desenvolvimento de cuidados seguros. Os doentes a quem prestamos cuidados “têm o direito de esperar que sejam efectuados todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de qualquer serviço de saúde” ^(82 p. 47).

Os estudos desenvolvidos têm dado a conhecer vários indicadores que urge mudar na prática no âmbito dos doentes confusos. A este respeito, vários são os autores que, ao longo da revisão bibliográfica efectuada, defendem que a manifestação da confusão durante a hospitalização representa, nitidamente, um défice em ganhos em saúde.

Os doentes confusos apresentam internamentos hospitalares longos, o que proporciona um aumento para o risco de quedas e úlceras de pressão com os correspondentes custos associados. A vida destes doentes após alta hospitalar também fica condicionada, pois são doentes que frequentemente apresentam elevados níveis de dependência no autocuidado, recorrendo numa fase imediata a unidades de retaguarda designadas tipicamente por *Nursing Homes*. Tem-se verificado ainda que a qualidade de vida destes doentes está altamente comprometida; outro aspecto preocupante é o significativo aumento da taxa de mortalidade quando comparada com a taxa de outros doentes, que em situações clínicas semelhantes não manifestaram esta síndrome. As intervenções realizadas no sentido de melhorarem ou resolverem esta perturbação da consciência estão condicionadas, pois de acordo com um grande número de trabalhos realizados no sentido de validarem intervenções, os resultados obtidos demonstram que não existe uma relação directa entre a intervenção e a resolução do estado de confusão. Por outro lado, toda esta situação fica negativamente agravada, dado que a confusão é uma condição clínica significativamente subdiagnosticada.

O sub-reconhecimento deste estado durante a prestação de cuidados é uma situação que ocorre frequentemente. Este facto compromete ainda mais o estado de saúde do doente confuso, bem como a sua situação clínica, pois todo o seu processo terapêutico fica gravemente afectado. Isto porque se a síndrome não é reconhecida, também não é valorizada, logo o tratamento específico não será instituído.

Os dados apontados para este problema, ou seja, o sub-reconhecimento da confusão pelos profissionais de saúde que diariamente cuidam destes doentes, pode ser conjecturado tendo em conta várias razões como: um défice de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre os critérios e métodos de detecção desta desordem cognitiva; pode também dever-se a uma comunicação ineficaz entre os membros da equipa multiprofissional; pode por outro lado dever-se à ausência de uma avaliação cognitiva sistemática, estandardizada e compreensiva; pode dever-se também ao desinteresse por estas questões e à ideia estereotipada que todos os idosos estão confusos ou ainda à limitada interacção dos profissionais com o doente.

Apesar das grandes diferenças culturais e económicas e das diferentes características clínicas dos doentes que nos separam dos países onde os estudos consultados foram desenvolvidos, estamos inteiramente convencidos que os resultados destas investigações não devem divergir muito da nossa realidade. Assim, a questão deste estudo incide no domínio do reconhecimento da confusão, no doente hospitalizado, e fundamenta-se na convicção de que os episódios de confusão, por vezes, não são reconhecidos pela equipa de saúde.

3.1.1 Objectivos do Estudo

Dentro desta linha de pensamento, considera-se que este estudo está direccionado para a problemática do subdiagnóstico da confusão. Mais concretamente, pretende conhecer o grau de documentação produzido pela equipa de saúde referente aos doentes que manifestaram confusão, durante o período de internamento, num Hospital Central Universitário.

Tendo por base este grande objectivo, mas também o enquadramento teórico que promoveu o raciocínio, no qual confluíram os conhecimentos adquiridos ao longo do

exercício profissional, o presente estudo também orientou-se no sentido de responder aos seguintes objectivos de investigação:

- Identificar, através da aplicação da Escala da Confusão NEECHAM os doentes que apresentam algum grau de confusão;
- Identificar, no Processo clínico dos doentes confusos, as descrições do problema documentadas pelos membros da equipa de saúde;
- Identificar, no Processo clínico, dos doentes confusos, intervenções planeadas ou implementadas pelos membros da equipa de enfermagem;
- Identificar o grau de subdocumentação, no Processo clínico dos doentes confusos, associado à concepção e produção de cuidados centrados no fenómeno “Confusão”;
- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre o fenómeno “Confusão” nos doentes confusos.

3.1.2 Hipóteses

Tendo em conta que uma hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis em estudo, neste trabalho, partindo-se do conhecimento teórico e prático, deduziram-se as seguintes hipóteses:

- H_1 – Os atributos do doente e os atributos do episódio do internamento interferem com o grau de *Documentação do Problema*.
- H_2 - Os atributos do doente e os atributos do episódio do internamento interferem com o grau de *Documentação de Intervenções de Enfermagem*.
- H_3 – A *Documentação do Problema* está relacionada com a *Documentação de Intervenções de Enfermagem*.
- H_4 - Os atributos do doente e os atributos do episódio do internamento interferem no *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*.
- H_5 – Os atributos do doente e atributos do episódio do internamento interferem na *Percepção do Enfermeiro*, sobre a condição do doente confuso.
- H_6 – A *Percepção do Enfermeiro*, sobre a condição do doente confuso, está relacionada com a *Documentação do Problema*.

- H₇ – Os atributos do doente e os atributos do episódio do internamento interferem com o grau de *Subdiagnóstico da Confusão*.
- H₈ – O grau de *Subdiagnóstico da Confusão* está relacionado com o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*.

Apresenta-se em seguida em esquema as relações apresentadas a nível das hipóteses:

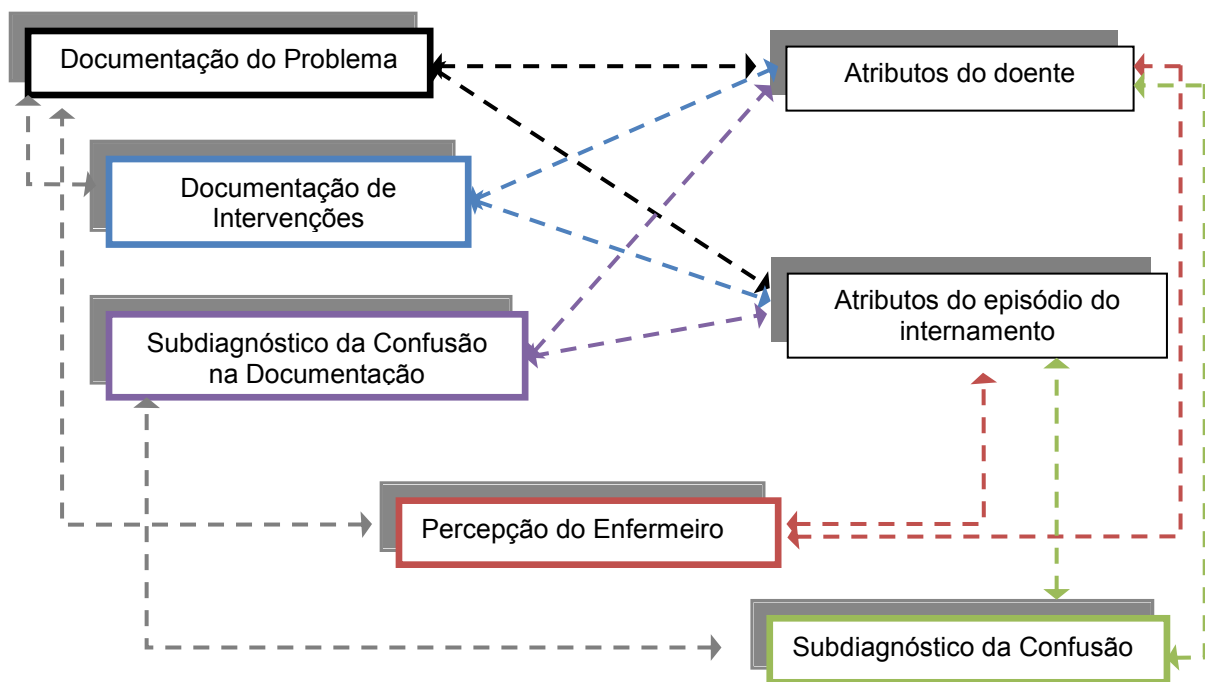


FIGURA 5 - MODELO HIPOTÉTICO

3.1.3 Variáveis

Fortin ^(84 p. 36) define variável como “um conceito que é colocado em acção numa investigação (...) que tem uma propriedade inerente de variação e atributos de valores”. Ainda de acordo com Fortin ⁽⁸⁴⁾, a variável pode assumir-se numa definição conceptual e numa definição operacional, sendo que a primeira define um conceito e a segunda refere-se a acções que servem para medir a variável. Deste modo, a operacionalização das variáveis permite avaliar a validade de cada hipótese previamente formulada, mas também desenvolver uma forma de medir os conceitos aos quais elas se referem.

3.1.3.1 Variáveis em estudo

Dada a problemática, consideraram-se algumas variáveis de atributos que foram recolhidas dos Processos clínicos da amostra em estudo.

ATRIBUTOS DO DOENTE:

- IDADE, variável contínua medida em anos;
- SEXO, variável nominal e dicotómica medida em “Masculino” e “Feminino”;

Foram ainda estudadas algumas variáveis clínicas do doente confuso e, tal como as anteriores, permitiram realizar uma análise exploratória das suas relações com as variáveis centrais do estudo.

ATRIBUTOS DO EPISÓDIO DE INTERNAMENTO:

- SEVERIDADE DA CONFUSÃO, variável ordinal obtida a partir dos *scores* da Escala da Confusão NEECHAM, em que os valores entre 0 e 19 se traduzem em estado de confusão moderada a severa e os valores entre 20 a 24 referem-se a confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão;
- TEMPO DE INTERNAMENTO, variável contínua medida em dias;
- SERVIÇO DE INTERNAMENTO, variável nominal que corresponde ao serviço de internamento dos elementos da amostra. Já que em alguns casos existia mais do que um serviço para cada especialidade médica, estes serviços foram agrupados dentro da mesma especialidade. Como exemplo, o serviço de Medicina II, Medicina III – Homens e Medicina III – Mulheres, foram agrupados em serviços de Medicina (Anexo I). Concretizando a organização dos serviços, de acordo com as especialidades médicas, foi a seguinte: Medicina, Cardiologia, Cirurgia, Endocrinologia, Gastrenterologia, Hematologia, Neurologia, Ortopedia, Pneumologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Infeciosas e Urologia.

As variáveis centrais do estudo que constituem o núcleo dos objectivos, bem como das hipóteses de investigação, são:

- DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA - contagem da frequência de conceitos associados à descrição da confusão, através da Análise de conteúdo ao Processo clínico, tendo por base um modelo de análise *a priori*;

- DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM- contagem da frequência de conceitos associados às intervenções focadas na confusão, através da Análise de conteúdo ao Processo clínico, tendo por base um modelo de análise *a priori*;
- SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO – número de doentes que não tem nenhuma documentação associada à confusão;
- PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO - contagem da frequência de conceitos associados à confusão em resultado da Análise de conteúdo à resposta do enfermeiros, tendo em conta um modelo de análise *a priori*;
- SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO – número de doentes que não tem nenhum indicador associado à confusão.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Sabendo que o conhecimento pode surgir de várias fontes, considera-se que a metodologia científica é o método mais credível e, simultaneamente, o mais aceitável por qualquer disciplina do conhecimento – “ Research conducted within a disciplined format is the most sophisticated method of acquiring evidence that humans have developed” (59 p. 13).

Esta metodologia requer um plano lógico de investigação empírica, ou seja, um processo racional e sistemático, de forma a testarem-se as hipóteses e, assim, responder ao problema em estudo. Tendo por base este objectivo, apresentam-se de forma sistemática a organização e as etapas que foram conduzidas para a concepção do presente estudo.

3.2.1 Tipo e Método de Estudo

Atendendo à natureza do estudo, definiu-se a estratégia de investigação empírica a utilizar. Neste contexto, a literatura refere que as investigações em Ciências Sociais e Humanas são consensualmente classificadas como estudos experimentais, quase-experimentais e não experimentais, tendo como base critérios de manipulação da variável independente e o tipo de distribuição dos indivíduos pelos vários níveis ou categorias formadas a partir da manipulação destas variáveis.

De acordo com esta classificação, o presente estudo enquadra-se na tipologia da investigação não experimental, dada a não manipulação das variáveis. Este tipo de estudo, também frequentemente designado por *ex post facto*, desenvolve-se após terem ocorrido os factos a nível da variável independente, em que o objectivo é estudar os relacionamentos entre as variáveis – “Ex post facto research attempts to understand relationships among phenomena as they naturally occur, without any intervention” (59 p. 188).

Dentro dos estudos não experimentais, é tido como correlacional, pois estuda os relacionamentos entre as variáveis, não querendo, contudo, tirar conclusões de “causa-e-efeito” dado que a correlação não prova a causa (59). Por outro lado, é também descritivo, dado que tem por objectivo observar, descrever e documentar as situações e o status do fenómeno em estudo (59).

Visto que o investigador pretende descrever o relacionamento entre as variáveis, tem-se, deste modo, um estudo descritivo correlacional. É também um estudo exploratório, visto que a definição e a descrição preliminar das variáveis conduziu à formulação de hipóteses, que resultaram em meras conjunturas. Os estudos exploratórios, para além de observarem e descreverem os fenómenos, tais como os descritivos, também estudam “a natureza complexa e os outros factores com os quais ele está relacionado” (85 p. 34).

O método do estudo, ou seja, os procedimentos sistemáticos para o estruturar bem como as estratégias para reunir, analisar e tratar os dados insere-se dentro do paradigma quantitativo.

3.2.2 Contexto do Estudo

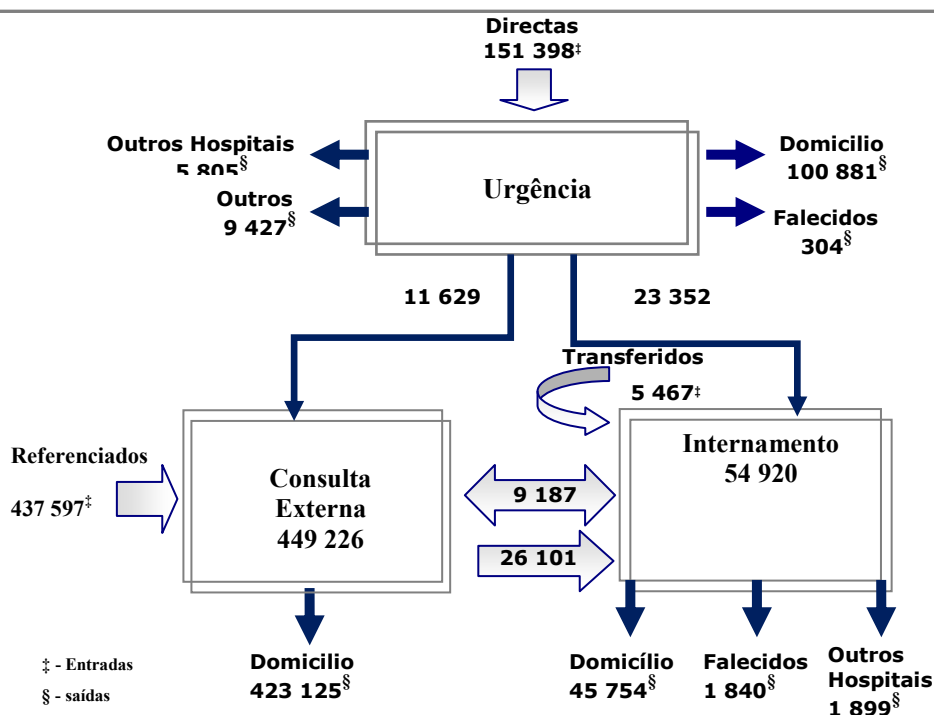
Este estudo desenvolveu-se nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). A escolha deste hospital prende-se com o facto de ser um hospital central e de cariz universitário, que tem um elevado movimento assistencial. Considera-se este aspecto uma mais-valia, tanto para o tamanho, como para a diversidade da amostra. Por outro lado, é o hospital onde desempenhamos funções e, desta forma, todas as questões burocráticas, bem como organizacionais e estruturais, estariam mais facilitadas.

Este hospital é estruturalmente constituído por um edifício central, em torno do qual existe o edifício do Centro de Cirurgia Cardiorácica e o edifício de S. Jerónimo. Para

além destas instalações, conta ainda com a Clínica Obstétrica Dr. Daniel de Matos e o Bloco de Celas. Este último é constituído por vários edifícios onde se centram diversos serviços, entre eles o Serviço de Queimados, Maxilo-facial e quase a totalidade dos serviços de Ortopedia dos HUC.

O edifício central dos HUC é constituído por 10 andares, a contar do Rés-do-chão, tendo mais quatro andares no sentido descendente. Em média, a partir do primeiro piso tem três a quatro enfermarias por cada andar. No total, este edifício central tem 1208 camas que se repartem por unidades de internamento de 33 camas. Cada enfermaria comporta uma, três ou seis camas. O fluxo de doentes referentes aos últimos dados disponíveis, que correspondem ao ano de 2005, pode ser analisado na figura seguinte:

FIGURA 6 - FLUXO DE DOENTES DOS HUC – 2005¹²



Ainda no sentido de contextualização deste hospital é de referir que a proveniência dos seus doentes é de praticamente todo o país e arquipélagos. A maior afluência ao hospital pertence a pessoas da zona do distrito de Coimbra, num total, no ano de 2005, de 26 429

¹² Adaptado do Relatório do Movimento Assistencial de 2005 dos HUC⁽⁸⁶⁾.

peessoas. Dentro do distrito de Coimbra, os dez concelhos com maior afluência para internamento hospitalar são, de forma decrescente, o concelho de Coimbra, Cantanhede, Anadia, Mealhada, Oliveira do Hospital, Lousã, Penacova, Águeda, Tábua e Arganil ⁽⁸⁶⁾.

Dos 49 493 doentes saídos do internamento dos HUC (ainda referente a 2005), o maior grupo etário é o correspondente a idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, seguindo-se o grupo etário entre os 45 e 64 anos; por sua vez, o grupo etário com menor número de doentes, saído do internamento, é o dos 0 aos 4 anos. Esta última referência é facilmente compreendida dado que este hospital não presta serviços de saúde pediátricos. A população com 65 anos ou mais de idade corresponde aproximadamente a 35% do total de doentes saídos do internamento dos HUC, no ano de 2005 ⁽⁸⁶⁾.

Os serviços dos HUC direccionam-se para diferentes especialidades médicas tais como: Cirurgia geral, Cardiologia, Neurologia, Urologia, Ortopedia entre outras.

Para o presente estudo, excluimos *a priori* os serviços da Clínica Obstétrica Dr. Daniel de Matos, dado que esta população apresenta baixo risco de desenvolver episódios de confusão; os serviços de Psiquiatria, dadas as patologias de base destes doentes e o serviço de Urgência, porque a maioria dos internamentos ocorrem por um período inferior a 24 horas.

O processo de pedido de autorização para a concretização da colheita de dados para este estudo foi dirigido formalmente ao Presidente do Conselho de Administração dos HUC. O pedido foi realizado em Março de 2006 e foi deferido a 6 de Outubro do mesmo ano.

A Direcção de Enfermagem, Órgão do Concelho de Administração deste hospital, fez chegar o pedido para a recolha de dados a todos os respectivos serviços. A estes serviços foi requerido o parecer positivo do Director Clínico e do Enfermeiro Chefe. Depois, reuniram-se os pareceres dos serviços e, por fim, solicitou-se o parecer da Comissão de Ética do Hospital. Só após o parecer positivo desta Comissão é que a autorização para a recolha dos dados foi concedida (Anexo II).

Trinta e um serviços mostraram-se disponíveis para a aplicação do instrumento de recolha (Anexo I). Os serviços onde a colheita de dados foi realizada são muito semelhantes em termos estruturais e organizacionais. O Processo clínico do doente é um processo único, estando dividido em Processo médico e em Processo de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem destes serviços prestam cuidados baseados nos metaparadigmas e postulados do Modelo Conceptual adoptado pelo hospital - Modelo Teórico de Enfermagem de Virgínia Henderson.

3.2.3 População e Amostra do Estudo

A população em estudo foi constituída pelos doentes confusos internados nos serviços dos HUC (já anteriormente referidos), no período de 17 de Outubro a 15 de Dezembro de 2006. Visto que a população é uma agregação de casos que preenchem um conjunto específico de critérios, ou seja, um grupo de elementos que têm em conjunto determinadas características ⁽⁵⁹⁾.

Neste caso específico, a amostra é uma porção de elementos da população dos doentes confusos dos HUC. A amostra deste estudo surge em resultado da aplicação de uma escala (Escala da Confusão NEECHAM) aos doentes internados, no âmbito de um estudo – “Confusão Aguda no Doente Hospitalizado: tradução e validação da Escala da Confusão NEECHAM” - que decorreu neste mesmo hospital (este estudo surge também dentro do Mestrado em Enfermagem e foi realizado por um colega de curso).

O tipo de amostragem foi *não-probabilística* por *conveniência*, dado que foram utilizados os elementos da população mais facilmente acessíveis (a amostra resulta da aplicação da Escala da Confusão NEECHAM - escala concebida para estabelecer o diagnóstico de confusão – a nível dos doentes internados nos serviços em que foi dado o parecer positivo para tal efeito).

A obtenção da amostra e a recolha dos dados ocorreu num único momento, ou seja, de forma transversal ao longo dos 31 serviços.

É ainda de realçar que o estudo da “Confusão Aguda no Doente Hospitalizado: tradução e validação da Escala da Confusão NEECHAM”, pela aplicação da Escala obteve um *alfa de Cronbach* alto, mais especificamente de 0,90. Isto permite afirmar, dado este alto coeficiente de consistência interna, que esta escala é consistente para medir exactamente as características de um mesmo atributo.

3.2.3.1 Caracterização da Amostra

O número total de doentes confusos obtidos pelo estudo paralelo - “Confusão Aguda no Doente Hospitalizado: tradução e validação da Escala da Confusão NEECHAM” - foi de 112, mas para o presente foi excluído um elemento devido à impossibilidade de acesso ao Processo clínico.

Os 111 sujeitos confusos da amostra têm idades compreendidas entre os 23 e os 96 anos. A média de idades é de 75,6 anos, com um desvio padrão de 13,4. Verificou-se que 15,3% têm idade inferior a 65 anos, seguindo-se a faixa etária dos 65 até aos 84 anos com 56,8% e, por fim, os sujeitos com mais de 85 anos de idade com 27,9%. Constatou-se ainda que a maioria dos elementos da amostra é do sexo masculino com 52,3%. Os restantes 47,7% são do sexo feminino.

TABELA 11 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA: IDADE, SEXO, ESCOLARIDADE E SEVERIDADE DA CONFUSÃO

	<i>n</i>	%	\bar{x} ($\pm\sigma$)	<i>Mínimo</i> <i>Máximo</i>
Idade			75,6 ($\pm 13,4$)	23 96
< 65	17	15,3		
65-84	63	56,8		
>= 85	31	27,9		
Sexo				
Masculino	58	52,3		
Feminino	53	47,7		
Escolaridade				
Analfabeto	40	40,5		
Instrução primária	36	32,4		
Instrução Básica	5	4,5		
Instrução Secundária	4	3,6		
Curso Superior	6	5,4		
Não sabe/ não responde	15	13,5		
Internamento (dias)			12,2 ($\pm 15,7$)	1 113
Severidade da Confusão			16,8 ($\pm 6,5$)	2 24
Ligeira ou início	45	40,5		
Moderada a severa	66	59,5		

Em termos de escolaridade 40,5% dos sujeitos são Analfabetos, seguindo-se os sujeitos com a Instrução primária e os que não sabem/não respondem com 32,4% e 13,5%, respectivamente. Os restantes 5,4%, 4,5%, 3,6% correspondem a Curso Superior, Instrução Básica e Instrução Secundária, respectivamente.

O tempo médio de internamento hospitalar dos doentes da amostra foi de 12,2 dias, com um máximo de 113 dias e um mínimo de 1 dia. O desvio padrão em torno da média é de 15,7 dias.

Verificou-se ainda que em termos de confusão, tendo em conta os *scores* da Escala da Confusão NEECHAM, a maioria da amostra (59,5%) possui confusão moderada a severa e os restantes 40,5% dos elementos confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão.

Em termos de distribuição dos elementos da amostra pelos serviços, verificou-se que os serviços com mais doentes confusos são os serviços de Medicina, aos quais corresponde 39,6% dos elementos, seguindo-se os serviços de Neurologia com 19,8% dos doentes confusos. É de realçar que existem serviços que, no momento da colheita de dados, não apresentaram nenhum doente confuso (exemplo: serviço de Doenças Infecciosas).

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS CONFUSOS SEGUNDO SERVIÇO DE INTERNAMENTO

Serviço	n	%
Cardiologia	5	4,5
Gastrenterologia	8	7,2
Medicina	44	39,6
Neurologia	22	19,8
Ortopedia	11	9,9
Urologia	7	6,3
Outros	14	12,6
Total	111	100%

Em termos de diagnóstico médico regista-se que 26,1% destes doentes têm patologias do Foro Circulatório, seguindo-se as doenças do Aparelho Respiratório com 22,5%. Depois temos as Neoplasias, as Lesões e Envenenamentos, ambas com 10,8% dos

sujeitos confusos; Apenas 0,9% padecem de doenças infecciosas ou do sistema osteoarticular.

3.2.4 Instrumentos de Recolha de dados

Desde logo, considerou-se fundamental a consulta dos Processos clínicos dos elementos de amostra, com o objectivo de analisar a documentação do fenómeno confusão e as intervenções associadas a esse problema.

No momento da colheita de dados, para além da análise documental, também se colocou uma questão ao enfermeiro responsável pelo doente confuso. O objectivo desta questão foi o de conhecer a sua percepção face ao estado mental do doente. A questão colocada foi: – “Que avaliação faz do estado mental do doente?”

Para se reunir a informação recolhida elaborou-se um formulário de aplicação pelo investigador (Anexo III) e que permitiu anotar e reunir todos os dados referentes a cada elemento da amostra ao longo da colheita dos dados.

O Formulário é constituído por 4 partes:

- A primeira é um espaço destinado à caracterização do doente confuso, onde foram registadas as variáveis de atributo e do episódio de internamento;
- A segunda parte do formulário é constituída por um conjunto de conceitos relacionados com a temática de análise, cuja finalidade foi objectivar exactamente o que se pretendia extrair dos Registos clínicos, a que vamos dar o nome de “modelo de pré-análise”. Este “modelo” resulta da pesquisa efectuada a várias definições de confusão, a partir das quais se elaborou um apanhado de descritores ou indicadores clínicos passíveis de surgirem na documentação, que irão ser os tradutores da *Documentação do Problema*. Assim, a panóplia de conceitos encontrados no âmbito da confusão foram criteriosamente anotados e agrupados dentro de temáticas. Os grupos temáticos organizados foram as perturbações da consciência, da atenção, da memória, da orientação, do comportamento, do pensamento, linguagem ou discurso e ainda as perturbações da percepção. Como exemplo, dentro da temática perturbação da atenção os tópicos presentes foram: “falta de atenção”; “distracção fácil”, “não foca, nem mantém ou transfere a atenção”; “atenção diminuída à chamada”; “atenção ausente à chama”.

O mesmo processo foi também realizado no campo das intervenções. Ou seja, tendo por base a fundamentação teórica, onde se inclui a *Nursing Interventions Classification* (NIC), elaborou-se uma lista de Intervenções direccionadas para o doente confuso. As intervenções foram organizadas no campo da promoção da segurança, no âmbito do estado neurológico, da orientação e da estimulação cognitiva e ainda dentro do controlo do pensamento distorcido;

- A terceira parte foi destinada à transcrição integral das frases onde estavam presentes os conceitos/intervenções do “modelo de pré-análise”, tanto no que se refere à caracterização do estado do doente confuso, como também às intervenções de enfermagem; Assim como exemplo de uma frase extraída dentro do contexto da caracterização do estado do doente confuso, que mais especificamente se enquadra dentro da temática perturbação do comportamento, temos “*Em contexto delirante terá tentado agredir um enfermeiro numa atitude antecipatória pois este estaria para lhe fazer mal*” (ID39). Como exemplo de intervenções no domínio do controlo do pensamento distorcido temos “*Diminuir as distrações externas aquando a comunicação; usar perguntas curtas e simples e gestos ao comunicar (...)*” (ID84).
- A última parte do formulário foi destinada à transcrição da resposta do enfermeiro à questão colocada - Como exemplo de uma resposta dada à questão, que transmite a Percepção do Enfermeiro no momento da colheita de dados, temos: “*Confuso, não sabe onde está. Também não dá para perceber muito, porque tem uma disartria e descoordenação motora*” (ID113).

3.2.4.1 Pré-teste

Considerando que quando se elabora um instrumento é necessário determinar com rigor o que se pretende, garantindo que o mesmo reúna todas as informações necessárias para respondermos à problemática em estudo, realizou-se o chamado pré-teste.

Este pré-teste foi realizado no Hospital de São João de Deus, em Vila Nova de Famalicão, no dia 30 de Março de 2006, mais especificamente no serviço de Cirurgia Mulheres, no serviço de Ortopedia e ainda no serviço de Medicina Homens e Mulheres.

Este ensaio foi muito vantajoso, na medida em que permitiu evidenciar a clareza e praticabilidade do formulário, bem como a sua utilidade para a colheita da informação desejada.

3.2.5 Processo de Recolha dos Dados

Sabendo que a recolha dos dados deve ser um processo sistemático, de forma a obter-se a informação necessária para dar consecução ao trabalho da investigação, fez-se uso de três técnicas de recolha de dados. Pretendeu-se, assim, responder de forma objectiva ao problema em estudo.

A estratégia para a recolha destes dados será explicada de seguida.

3.2.5.1 Estratégias para a recolha dos dados

A recolha de dados para este trabalho e para o trabalho da Incidência de Confusão ocorreu no mesmo período temporal. A recolha dos dados teve início no Bloco Central dos HUC e terminou no Bloco de Celas. A organização da recolha dos dados a nível dos serviços teve em conta a disponibilidade manifestada pelo Enfermeiro Chefe de cada serviço.

Quando se obtinha, na Escala da Confusão NEECHAM, um *score* inferior a 25, o que significa que o sujeito se apresentava confuso, procedia-se à imediata análise documental do Processo clínico do doente em causa.

Depois finalizava-se a recolha dos dados, como já foi referenciado anteriormente, colocando-se uma questão ao enfermeiro responsável pelo doente.

3.2.5.2 Técnica de recolha dos dados

3.2.5.2.1 Análise documental ao Processo Clínico

Segundo Gil ⁽⁸⁷⁾, a maioria dos procedimentos para a colheita de dados têm em comum o facto de serem aplicados directamente às pessoas. Porém, não são apenas estas as fontes de informação.

Os investigadores em enfermagem são contemplados por um conjunto de documentos passíveis de serem utilizados na investigação. Estes documentos, sendo uma importante fonte de dados, têm algumas vantagens como: serem uma fonte natural da informação e permitirem a eliminação do problema de “tendenciosidade” das respostas.

O Processo clínico do doente confuso foi, neste estudo, a maior fonte de dados. Para tal, analisou-se cada processo na sua totalidade e, desta forma, os dados foram extraídos dos Registos clínicos para o formulário.

Qualquer Processo clínico do doente, na sua generalidade, tem um amontoado de informação desde os diagnósticos médicos, à história clínica, passando por prescrições até ao Processo de enfermagem, onde se encontram os planos de cuidados e as notas de enfermagem. O investigador viu-se na necessidade de organizar as sucessivas operações de recolha de dados. Tendo então por base o “modelo de pré-análise”, organizou e sistematizou os dados recolhidos ao longo da análise documental aos Registos clínicos. Este processo lógico permitiu, assim, que esta análise fosse uma etapa rigorosa e exaustiva.

Considera-se que o facto de o investigador desempenhar funções de enfermeiro na instituição onde a colheita de dados foi realizada, foi uma mais-valia, dada a sua familiarização com os documentos do Processo clínico dos doentes deste hospital.

Da análise documental aos registos clínicos da amostra resultaram 111 formulários que constituíram o *Corpus* deste estudo. Posteriormente, este foi explorado com base na técnica de Análise de conteúdo.

3.2.5.2.2 Entrevista ao Enfermeiro

A entrevista é uma técnica de colheita de dados frequentemente utilizada na metodologia científica. Ela caracteriza-se por ser uma forma de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes e que, neste caso específico teve por objectivo “servir como complemento a outros métodos, tanto para explorar resultados não esperados, como para validar os resultados obtidos (...) ou para ir mais em profundidade” ^(84 p. 246). Neste sentido, foi efectuada uma questão direccionada ao enfermeiro responsável pelo doente confuso, com a intenção de conhecer a percepção

referente ao estado mental do doente e assim se confirmar ou ampliar os dados obtidos pela análise documental aos Processos clínicos.

A mesma questão foi sempre aplicada a todos os enfermeiros responsáveis pelo doente diagnosticado como confuso. A resposta dada pelo enfermeiro era de imediato transcrita para o formulário, tendo sido utilizada a técnica de Análise de Conteúdo para a exploração e tratamento desses dados.

3.2.5.2.3 Análise de Conteúdo

O processo de análise dos dados recolhidos baseou-se na técnica de Análise de conteúdo, referenciada por Bardin⁽⁸⁸⁾. Esta técnica resulta de “...um conjunto de instrumentos metodológicos (...) que se aplicam a “discursos” extremamente diversificados”^(88 p. 7).

De acordo com a mesma autora, este processo de análise compreende três fases: a pré-análise, a exploração e o tratamento.

- A pré-análise foi a fase de constituição e organização do *corpus* de análise. Esta teve início com a transcrição da informação extraída dos documentos dos Processos clínicos para o formulário, de cada elemento confuso da amostra.
- A exploração do *corpus* de análise ocorreu pela categorização de todo o material recolhido. Para a respectiva categorização, estabeleceu-se um sistema de categorias tendo por base um modelo de análise, estabelecido *a priori*. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® - Versão 1) é a base deste modelo de análise.

O processo de selecção das categorias, tendo por base este modelo, foi estabelecido e organizado após a recolha dos dados, tendo em conta as dimensões em estudo:

- Focos de atenção que permitem caracterizar o estado do doente a partir dos quais se identifica o problema e se infere o diagnóstico de confusão ou o próprio status do diagnóstico de confusão; deste modo, a partir da informação extraída, estabeleceu-se um sistema de temas, categorias e subcategorias e sub-subcategorias.

- As Intervenções de enfermagem implementadas aos doentes identificados como confusos. Assim, partindo-se do quadro teórico referente às dimensões em estudo

e tendo por base a CIPE® (versão 1), organizou-se também um sistema de temas, categorias e subcategoria.

A organização dos temas referentes aos Focos de atenção e às Intervenções de enfermagem foram categorizados e subcategorizados, tendo em conta não só o modelo de estrutura desta classificação, mas também os objectivos do estudo.

A metodologia de organização do *corpus* de análise dentro dos temas estabelecidos teve como critério o valor semântico. A noção de tema implica “uma unidade de significado complexa, de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, (...) podem constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão (...)” (88 p. 99).

Dado o aspecto complexo deste procedimento, partimos previamente das unidades de contexto, para posteriormente estabelecer as unidades de registo. O procedimento da codificação dos dados recolhidos implicou a transformação sistemática e a agregação em unidades de registo, sendo esta a unidade base, a partir da qual, se categorizou, para que posteriormente a sua contagem frequencial fosse possível.

Como forma de se ultrapassar a limitação da análise temática, toda actividade taxonómica foi marcadamente circunscrita pelas definições presentes na CIPE® (versão 1) dentro de cada Foco e dentro de cada intervenção. A utilização da CIPE® (versão 1), como terminologia da prática de enfermagem, auxiliou o investigador na clarificação temática, levando a uma maior validade das *unidades de registo* utilizadas.

A estrutura de organização das categorias dentro das dimensões dos Focos de atenção em enfermagem, apresentam-se no capítulo que se segue (Capítulo 4) e, entende-se como Foco, uma “área de atenção relevante para a enfermagem” (12 p. 33).

A mesma estruturação das categorias e subcategorias foi seguida para as Intervenções de enfermagem e, entende-se Intervenção de enfermagem como sendo “a acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem” (89 p. xix).

Para dar visibilidade à Análise de conteúdo realizada, tomemos como exemplo a frase extraída do formulário 45 – “*O doente encontra-se agitado e verborreico, com discurso incoerente/imperceptível.*” Esta frase corresponde à unidade de contexto e daqui se extraiu a respectiva unidade de registo: “*...verborreico, com discurso incoerente/imperceptível*” (ID45h). Esta unidade de registo foi depois classificada

dentro da subcategoria *Capacidade para comunicar*, que por sua vez, corresponde a um nível mais abstracto, mais concretamente, à categoria *Capacidade* (Anexo IV).

O sistema de categorização, com o objectivo de garantir a fidelidade e a validade da análise realizada, obedeceu a regras que lhe são básicas, tais como:

- A “exclusão mútua”, ou seja, cada unidade de registo só foi colocada numa só categoria;
- A homogeneidade, o que significa que “diferentes níveis de análise devem ser separados em outras tantas análise sucessivas” (88 p. 114). Foi cumprida na organização dos temas em subcategorias;
- A pertinência - todo o processo de organização dos temas e categorias, teve em conta o quadro teórico referente às dimensões em estudo. Por outro lado, o uso da CIPE® (versão 1), como linguagem classificada, facilitou o sistema de categorização, bem como a intenção da investigação;
- A objectividade e a fidelidade foram conseguidas, suprimindo toda a sua subjectividade através do uso do modelo de análise. A utilização da CIPE® (versão1) como modelo semântico permitiu um estabelecimento preciso dos temas, categorias e suas subcategorias;
- A produtividade - o sistema de categorias definido promoveu apurar resultados e também conjecturar hipóteses.

No que se refere à enumeração, dentro de cada formulário, de cada elemento da amostra, cada unidade de registo subcategorizada só foi contabilizada uma vez, independentemente do número de ocorrência dentro de cada elemento da amostra. Assim, o que se considera significativo é a regularidade quantitativa de aparição no total da amostra. Deste modo, a importância de uma categoria aumenta com a frequência de aparição.

Pegando então num outro exemplo, localizado no formulário 35, foram extraídas as respectivas unidades de registo: “*Doente muito pouco colaborante...*” (ID35e), “*Doente pouco colaborante, refugiando-se no leito.*” (ID35e1), “*Não Colaborante...*” (ID35e2); Visto que estes dados se situam dentro da mesma subcategoria e, conseqüentemente, dentro da mesma categoria, só foram notificados uma vez. Para

operacionalizar este aspecto, elaborou-se uma base de dados, onde os dados de cada formulário foram introduzidos *per si*.

A análise é portanto temática, frequencial e quantitativa. A abordagem quantitativa dos dados vai de encontro ao tipo de estudo que se pretende, ou seja, uma abordagem descritiva e que permita testar as associações previstas nas hipóteses previamente formuladas.

Análise de Conteúdo à Entrevista

A técnica de Análise de conteúdo à questão aberta fundamenta-se na mesma metodologia. Assim, os temas também se basearam na CIPE® (versão 1) e a organização das categorias utilizadas para o efeito, teve o mesmo raciocínio que o apresentado dentro dos Focos de atenção. Contudo, neste caso foram necessárias menos categorias.

No que se refere à codificação da informação, bem como à enumeração das unidades de registo, os procedimentos metodológicos foram exactamente os mesmos.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento do estudo, como anteriormente já foi explicado, o projecto de investigação foi previamente submetido à apreciação da Comissão de Ética dos HUC.

Considera-se que esta investigação se insere no âmbito da investigação não terapêutica e o investigador, ao longo do estudo, respeitou e salvaguardou os princípios éticos: Beneficência, Respeito pela Dignidade Humana e Justiça.

Dado que o doente confuso é considerado uma pessoa vulnerável, foi pedido o consentimento escrito, livre e esclarecido do representante legal/familiar, com o objectivo de obter a sua anuência para a consulta do Processo clínico. Para tal, ofereceu-se numa linguagem compreensiva, todos os dados referentes ao projecto, explicando a sua finalidade e os seus objectivos (Anexo V).

Relativamente ao anonimato da pessoa, este foi assegurado ao longo do estudo, bem como a confidencialidade dos dados observados nos Processos clínicos. É ainda de

realçar que a violação ao direito dos dados à intimidade também ficou assegurada dado que nenhuns dos dados observados no Processo foram cedidos a terceiros.

Também foi pedida a autorização verbal livre e esclarecida do enfermeiro, responsável pelo doente confuso, no momento da entrevista.

Asseguramos ainda que este estudo, para além de ter benefício social, não teve nenhum risco previsto para o doente nem para o enfermeiro, ambos participantes activos no mesmo.

Para além destes aspectos, perspectiva-se que este estudo, que tem como alvo o doente confuso, contribua para a promoção da saúde da população que representa.

Também é de referir que todos estes aspectos éticos foram tidos em conta aquando a realização do pré-teste, no Hospital de São João de Deus e que este também só foi realizado após o parecer positivo manifestado pela Comissão de Ética deste hospital (Anexo VI).

3.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados obtidos após a realização do escrutino e da codificação constituem os dados em bruto, a partir dos quais se criou um sistema de categorias.

Estes dados foram introduzidos numa base de dados e posteriormente foram tratados recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS – *Statistical Package for the Social Science* - versão 14.0.

Com o objectivo de realçar e sistematizar a informação obtida da análise dos dados, utilizou-se uma estatística descritiva e inferencial. Os dados estão apresentados em tabelas com o objectivo de mais facilmente se visualizar a informação pretendida.

Estatística Descritiva:

- Medidas de tendência central:
 - Média da amostra (\bar{x})
- Medidas de dispersão:
 - Desvio-padrão (σ);
 - Variância (σ^2).

Como estatística Inferencial, para se testar as hipóteses utilizou-se:

- *Teste t-Student* para amostras independentes;
- *Teste do Qui-Quadrado* (χ^2).

A análise dos dados teve em conta o seguinte nível de significância:

- $p\text{-value} \geq 0.05$ - Estatisticamente não significativo;
- $p\text{-value} < 0.05$ – Estatisticamente significativo.

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

“... if do not get into the habit of observation one way or another (including taking notes) you had better give up being a nurse, for it is not your calling”

FLORENCE NIGHTINGALE (1860)¹³

Neste relatório são apresentados, os dados resultantes da Análise de conteúdo aos documentos dos processos clínicos e às respostas dos enfermeiros, em consonância com os objectivos determinados para o presente estudo.

Como fruto do processo de investigação, apresenta-se inicialmente os dados que respondem aos objectivos estabelecidos e, posteriormente, às hipóteses formuladas, dentro de cada domínio específico. Deste modo, procede-se à verificação da validade das hipóteses, que associa algumas das variáveis independentes às variáveis centrais deste estudo.

Com este propósito, foram realizados alguns cálculos estatísticos recorrendo-se para tal aos seguintes testes:

- *Testes t-Student*: teste paramétrico, que permite efectuar operações numéricas sobre os dados. Neste caso específico, foi utilizado o teste t-Student para amostras

¹³ Florence Nightingale (1860) cit. por Baly (1991) in Aird, T., M. Mcintosh. Nursing tools and strategies to assess cognition and confusion. p.621.

independentes, com o objectivo de comparar as médias de uma variável para dois grupos de casos;

- *Teste de Qui-Quadrado* (χ^2): teste não-paramétrico, dado que se aplica a variáveis qualitativas, que permite testar se as “amostras (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica” (90 p. 86).

Os cruzamentos foram testados com uma probabilidade de 95% resultando, deste modo, num nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese experimental se a probabilidade de significância (*p-value*) for inferior a 0,05 ou aceita-se a hipótese nula (H_0), caso a probabilidade seja superior a esse valor.

4.1 GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DA CONFUSÃO

Com o propósito de conhecer os fenómenos presentes na documentação dos processos clínicos dos doentes confuso, apresentam-se os resultados do processo da Análise de conteúdo realizado à informação aí extraída.

Dentro dos Focos de Atenção que caracterizam o estado do doente confuso foram determinados sete temas que, por sua vez, estão organizados em categorias e subcategorias.

A documentação, baseada nos registos clínicos, referente aos doentes com episódios de confusão, enquadra-se dentro dos temas: “Processo psicológico”, “Comportamento”, “Processo corporal”, “Status neurológico”, “Capacidade”, “Apetite” e “Equilíbrio”.

Na análise realizada com vista a determinar a *Documentação do Problema*, através da informação contida nos processos clínicos, identificou-se, nos 111 doentes confusos, um total de 504 descritores associados à confusão. Destes 31,9% (n=161) referem-se a alterações do “Status neurológico”, 21,7% (n=109) do “Processo corporal”, 18,2% (n=92) do “Processo psicológico”, 17,5% (n=88) do “Comportamento” e 10,7% alterações a outros níveis (“Capacidade”, “Apetite” e “Equilíbrio”).

TABELA 13 – ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DA DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo (ex.:)	n	%
Processo psicológico	Cognição	Confusão	<i>Continua com períodos de confusão... (35g)</i>	47	9,3
		Atenção	<i>Obedece a ordens simples. (74n)</i>	14	2,8
		Afasia	<i>Mantém afasia. (74q)</i>	20	3,9
	Emoção	Tristeza	<i>Doente muito triste. (35p)</i>	9	1,8
	Atitude	Negação	<i>...referiu recusar qualquer tratamento. (253i)</i>	2	0,4
Sub-total				92	18,2
Comportamento	Comportamento interactivo		<i>...arrancou a SNG (25h)</i>	69	13,7
	Actividade executada pelo próprio		<i>...faz várias tentativas de levantar (195m)</i>	19	3,8
Sub-total				88	17,5
Processo corporal	Repouso	Sono	<i>...sono curto e intermitente. (153i)</i>	17	3,4
	Processo do sistema nervoso	Actividade psicomotora	<i>Doente apresentou-se agitado todo o turno. (25e)</i>	74	14,7
		Comportamento desorganizado	<i>... e comportamento incoerente. (39e)</i>	12	2,4
		Percepção	<i>...alucinações auditivas. (39g)</i>	6	1,2
Sub-total				109	21,7
Status neurológico	Alerta		<i>Olhar vago, perdido... (74r1)</i>	11	2,2
	Consciência		<i>Alteração do estado de consciência. (25i)</i>	57	11,3
	Orientação		<i>...pouco orientado no tempo e espaço. (206f)</i>	58	11,5
	Resposta		<i>Apático... (35q)</i>	35	6,9
Sub-total				161	31,9
Capacidade	Capacidade para comunicar		<i>...verborreico, discurso incoerente/imperceptível. (45h)</i>	49	9,7
Apetite			<i>...tem estado com falta de apetite. (48n)</i>	2	0,4
Equilíbrio			<i>...por tonturas e desequilíbrio. (105K)</i>	3	0,6
Total				504	100

Relativamente aos conceitos associados à descrição do estado de confusão verifica-se que a documentação na categoria “Actividade psicomotora” é a mais registada correspondendo a 14,7% do total da documentação, seguindo-se o “Comportamento interactivo” com 13,7% e com valores próximos a “Orientação” e a “Consciência” com 11,5% e 11,3%, respectivamente. Por outro lado, os problemas menos documentados enquadram-se no domínio da “Negação”, “Equilíbrio” e “Apetite”, com 0,4%, 0,6% e 0,4% respectivamente. De seguida, apresenta-se um gráfico que representa as 10 categorias mais frequentes no âmbito da *Documentação do Problema*.

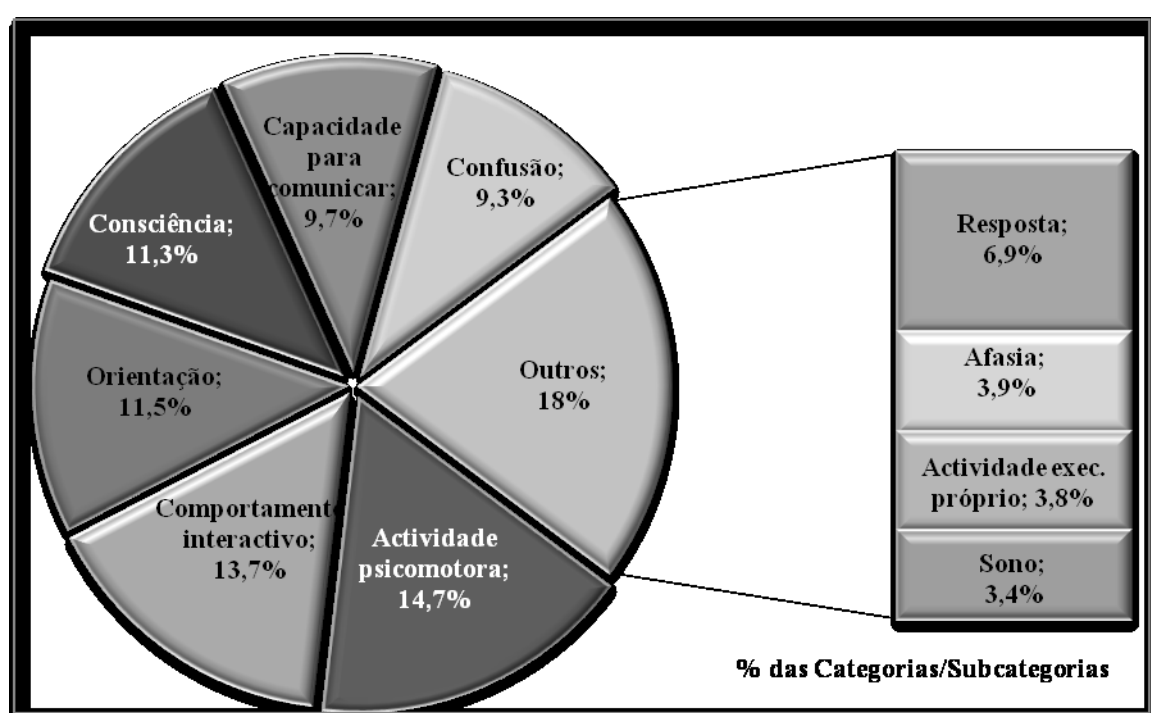


GRÁFICO 1 – DOCUMENTAÇÃO DOS DESCRITORES ASSOCIADOS À CONFUSÃO

▪ PROCESSO PSICOLÓGICO

Pela análise à tabela 13 regista-se que a documentação dos conceitos dentro do tema “Processo psicológico” corresponde a 18,2% do total da documentação utilizada pelos profissionais de saúde, para descreverem os problemas do doente confuso. Por sua vez, pelos dados da tabela 14, verifica-se que dentro deste tema, o foco identificado com maior frequência é a “Confusão” com 51,1% do total da documentação, seguindo-se a “Afasia” com 21,7% e “Atenção” com 15,2%.

TABELA 14 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA PROCESSO PSICOLÓGICO

Subcategoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Confusão	<i>Períodos de confusão à noite. (39m)</i> <i>Confusão permanente. (70d)</i>	47	51,1
Atenção	<i>...raramente fixa o olhar na pessoa. (74y)</i>	14	15,2
Afasia	<i>Alteração da linguagem...manifestado por disartria. (84c1)</i>	20	21,7
Tristeza	<i>Apresenta humor deprimido... (134b)</i> <i>...com alguma labilidade emocional. (275i)</i>	9	9,8
Negação	<i>Negação ao internamento. (35r)</i>	2	2,2
Total		92	100

Na categoria “Cognição”, os focos que descrevem o estado do doente são a “Confusão”, “Atenção” e “Afasia”. No que se refere à subcategoria “Confusão” 47 dos 111 doentes confusos da amostra tinham algum registo nesta dimensão semântica, o que corresponde a 42,3% dos doentes. Desta forma, apura-se que 57,7% dos elementos da amostra não apresentavam documentação da condição do doente confuso através deste conceito.

Regista-se ainda que 12,6 % (n=14) dos doentes confusos foram descritos como tendo alguma alteração ao nível do seu processo de “Atenção” e 18,0% (n=20) como tendo algum registo referente a alterações da função da linguagem, mais concretamente, dentro da subcategoria “Afasia”.

No âmbito das emoções, 8,1% (n=9) dos doentes tinham algum registo sobre os seus sentimentos de “Tristeza”. Por fim, ainda dentro da categoria “Atitude”, apurou-se que dois elementos tinham também alguma documentação do seu estado de “Negação”.

▪ COMPORTAMENTO

Na tabela 13 verificou-se que a documentação do tema “Comportamento” corresponde a 17,5% do total da documentação utilizada para descrever o estado do doente confuso.

Neste tema, a dimensão semântica “Comportamento interactivo” é a que apresenta a maior frequência, correspondendo a 78,4% do total da documentação dentro deste tema. Mais concretamente, 62,2% (n=69) dos doentes tinham algum registo nesta dimensão.

Relativamente à categoria “Actividade executada pelo próprio”, 17,1% (n=19) dos doentes tinham alguma documentação da sua condição nesta dimensão semântica.

TABELA 15 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA COMPORTAMENTO

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Comportamento interactivo	<i>Doente muito pouco colaborante.</i> (35e) <i>Recusa os posicionamentos</i> (146d)	69	78,4
Actividades executadas pelo próprio	<i>...tentativa de levante sucessivos.</i> (80i) <i>...sendo encontrado no chão.</i> (195m)	19	21,6
Total		88	100

- PROCESSO CORPORAL

Pela tabela 13, regista-se que a documentação dos problemas dentro do tema “Processo corporal” corresponde a 21,7% do total dos descritores utilizados pelos profissionais de saúde ao caracterizarem o estado do doente confuso.

TABELA 16 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA PROCESSO CORPORAL

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Sono	<i>Insónia nocturna quase total, apesar de dormir por períodos durante o dia.</i> (195h)	17	15,6
Actividade psicomotora	<i>Doente mantém estado de prostração...</i> (42d) <i>Tendo apresentado períodos de agitação motora, ...</i> (ID58g)	74	67,9
Comportamento Desorganizado	<i>Dormiu sentada na cama por períodos (turno da noite)</i> (195i1) <i>...com comportamento inadequado</i> (ID385j)	12	11,0
Percepção	<i>...terá apresentado delirante. Delírio de perseguição...</i> (39g1)	6	5,5
Total		109	100

Neste tema, a dimensão semântica com maior frequência é a “Actividade psicomotora” com 67,9% do total da documentação, seguindo-se o “Sono” com 15,6%, o “Comportamento desorganizado” e a “Percepção”, com 11,0% e 5,5% respectivamente. Ainda neste tema verificou-se que 15,3% (n=17) dos elementos da amostra têm perturbações do “Sono” documentadas. Na categoria “Processo do sistema nervoso”, registou-se que 66,7% (n=74) dos doentes tinham documentação dentro da dimensão semântica “Actividade psicomotora”, 10,8% no “Comportamento desorganizado” e 5,4% na dimensão da “Percepção”.

- STATUS NEUROLÓGICO

Ao tema “Status neurológico” corresponde 31,9% do total da documentação utilizada pelos profissionais de saúde ao caracterizarem o estado do doente confuso.

TABELA 17 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA STATUS NEUROLÓGICO

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Alerta	<i>Realiza abertura ocular por períodos. (206h) ...estado de vigília muito mais comprometido hoje. (287n)</i>	11	6,8
Consciência	<i>Nível de consciência alterado ... (152h)</i>	57	35,4
Orientação	<i>...durante o turno alternou momentos de orientação com momentos de desorientação. (80b2)</i>	58	36,1
Resposta	<i>...não reactiva à estimulação. (152j)</i>	35	21,7
Total		161	100

Neste tema (tabela 17) a categoria com maior documentação é a “Orientação”, seguindo-se a “Consciência” com 36,1% e 35,4%, respectivamente. Ainda neste tema, 21,7% da documentação recai na categoria “Resposta” e 6,8% na categoria “Alerta”.

Constatou-se assim que 9,9% (n=11) dos doentes apresentam documentação sobre o seu estado de “Alerta”. A “Orientação” do doente é um aspecto frequentemente registado, tendo-se verificado que 52,3% (n=58) dos doentes têm documentação dentro desta dimensão semântica. Relativamente, à perturbação do estado de “Consciência” verifica-

se que 51,4% (n=57) têm também documentação sobre a sua condição através do uso deste conceito. Ainda dentro do tema “Status neurológico”, cerca de 31,5% (n=35) dos doentes apresentavam algum registo sobre a sua capacidade de “Resposta”.

- CAPACIDADE

Registou-se que a documentação do tema “Capacidade” corresponde a 9,7% do total da documentação utilizada pelos membros da equipa de saúde ao caracterizarem o estado do doente confuso.

TABELA 18 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA CAPACIDADE

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Capacidade para comunicar	<i>... por vezes apresenta palavras fora do contexto. (74dd)</i>	49	100
Total		49	100

Dentro deste tema, a única categoria presente é a “Capacidade para comunicar”, tendo-se verificado que 44,1% (n=49) dos doentes têm documentação da sua condição nesta dimensão semântica.

- APETITE

Ao tema “Apetite” corresponde 0,4% do total da documentação utilizada pelos membros da equipa de saúde ao descreverem os problemas do doente confuso.

Dentro deste tema, regista-se assim que 1,8% (n=2) dos doentes tinham algum registo nesta dimensão semântica.

TABELA 19 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA APETITE

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Apetite	<i>...anorexia. (35k)</i>	2	100
Total		2	100

▪ EQUILÍBRIO

Ao tema “Equilíbrio” corresponde 0,6% do total da documentação utilizada pelos profissionais de saúde ao descreverem os problemas do doente confuso.

Neste tema, registou-se que 2,7% dos doentes confusos tinham documentação nesta dimensão.

TABELA 20 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DENTRO DO TEMA EQUILÍBRIO

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Equilíbrio	<i>...falta de equilíbrio no tronco. (287g)</i>	3	100
Total		3	100

4.1.1 Documentação do Problema

Considera-se que existem categorias, entre as quais a “Afasia”, a “Tristeza”, a “Negação”, o “Apetite” e o “Equilíbrio”, que não são por si só tradutoras da condição do doente confuso. Por outro lado, considera-se que existem Focos de atenção determinantes na caracterização do estado do doente confuso. Dado este pressuposto, que tem por base todo o estudo desenvolvido dentro desta síndrome, admite-se como descritor do estado de confusão a presença de sintomas ou indicadores clínicos que se enquadram dentro das respectivas categorias/subcategorias: “Confusão”, “Atenção”, “Actividade psicomotora”, “Comportamento desorganizado”, “Percepção”, “Sono”, “Alerta”, “Consciência”, “Orientação”, “Resposta”, “Comportamento interactivo”, “Actividade executada pelo próprio” e “Capacidade para comunicar”.

A *Documentação do Problema* surge da contagem da frequência de conceitos associados à descrição da confusão dentro dos respectivos focos anunciados, considerando-os como tradutores do diagnóstico e do *status* da confusão. Mais especificamente, a existência de um ou mais daqueles focos traduzirá a *Documentação do Problema* e, em contrapartida, a inexistência destes corresponde a um Subdiagnóstico do Problema na Documentação, ou seja, o doente não tem documentação sobre a sua condição de confusão.

Tendo por base a análise descritiva, verifica-se que em média foram utilizadas 4,2 categorias por doente, com um desvio padrão de 2,6; em que o máximo de descritores implicou a utilização de 10 categorias por doente e o mínimo foi de zero.

Dos 111 doentes confusos, 86,5% (n=96) têm na documentação alguma descrição da sua condição de confusão, ou seja, têm *Documentação do Problema*. Em contrapartida, 13,5% dos doentes confusos apresentam Subdiagnóstico do Problema na Documentação.

Após a análise descritiva dos dados, procedeu-se à sua abordagem inferencial, para determinar a validade da hipótese:

- H_1 – Os atributos do doente e os atributos do episódio do internamento interferem com o grau de *Documentação do Problema*.

Com a finalidade de se estudar a relação entre os atributos do doente (*Idade e Sexo*) e os atributos do episódio do internamento (*Tempo de internamento, Severidade da confusão e Serviço de internamento*) com a *Documentação do Problema*, procedeu-se à respectiva análise.

Mediante os resultados, constatou-se que os doentes que apresentam *Documentação do Problema* são em média ligeiramente mais velhos, apresentam internamentos hospitalares mais longos e uma maior *Severidade* do seu estado de confusão.

TABELA 21 – DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS

	<i>Documentação do Problema</i>			
	Não		Sim	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
<i>Idade</i> (anos)	73,8	15,2	75,9	13,1
<i>Internamento</i> (dias)	6,6	5,8	13,1	16,6
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	21,2	5,5	16,1	6,4

No entanto, os valores do teste t-Student não permitem afirmar a existência de uma relação significativa entre a *Idade* e a *Documentação do Problema* ($t = -0,555$ e $p = 0,580$).

Já o *Tempo de internamento* e a *Severidade da confusão* estão significativamente relacionados com a *Documentação do Problema* ($t=-1,532$ e $p=0,005$; $t=2,918$ e $p=0,004$).

TABELA 22 - TESTE T-STUDENT - DOCUMENTAÇÃO PROBLEMA COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO

	Teste t-Student		
	t	df	p-value
<i>Idade</i> (anos)	-0,555	109	0,580
<i>Internamento</i> (dias)	-1,532	109	0,005
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	2,918	109	0,004

Com a finalidade de testar se o grupo dos sujeitos com *Documentação Problema* difere dos casos não documentados, relativamente à sua distribuição pelo *Sexo* e *Serviço de internamento*, foram realizados os respectivos cruzamentos utilizando o teste χ^2 .

TABELA 23 – TESTE χ^2 : DOCUMENTAÇÃO DOS PROBLEMAS PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO

	Teste χ^2		
	χ^2	df	p-value
<i>Sexo</i>	0,417	1	0,518
<i>Serviço</i>	18,898	10	0,042

O valor do teste χ^2 não permite afirmar a existência de uma relação significativa entre o atributo *Sexo* com a *Documentação do Problema* ($\chi^2 =0,417$ e $p=0,518$). Deste modo, aceita-se a hipótese nula relativamente a estas variáveis.

Examinando o resultado do teste χ^2 , que cruza a variável *Documentação do Problema* e os respectivos *Serviços de internamento*, infere-se uma associação significativa ($\chi^2 =18,898$ e $p=0,042$). Ou seja, a *Documentação do Problema* está significativamente relacionado com o *Serviço de internamento*.

Em ponto de análise, verifica-se que a *Documentação do Problema* não mostra estar significativamente relacionada com os atributos do doente (*Sexo* e *Idade*). No entanto, está significativamente relacionada com os atributos do episódio do internamento como

seja a *Severidade da confusão*, o *Tempo* e *Serviço de internamento*. Deste modo, considera-se que estes atributos interferiram no grau de *Documentação do Problema*.

TABELA 24 - TABELA DE CONTINGÊNCIA: DOCUMENTAÇÃO PROBLEMA E O SERVIÇO DE INTERNAMENTO

<i>SERVIÇO</i>		<i>DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA</i>		Total
		Não	Sim	
Cardiologia	n	1	4	5
	%/ Serviço	20,0%	80,0%	100,0%
Cirurgia	n	1	3	4
	%/ Serviço	25,0%	75,0%	100,0%
Endocrinologia	n	0	3	3
	% /Serviço	,0%	100,0%	100,0%
Gastrenterologia	n	2	6	8
	% Serviço	25,0%	75,0%	100,0%
Hematologia	n	1	1	2
	% /Serviço	50,0%	50,0%	100,0%
Medicina	n	4	40	44
	%/ Serviço	9,1%	90,9%	100,0%
Neurologia	n	1	21	22
	% /Serviço	4,5%	95,5%	100,0%
Ortopedia	n	1	10	11
	% /Serviço	9,1%	90,9%	100,0%
Pneumologia	n	0	3	3
	%/ Serviço	,0%	100,0%	100,0%
UCI	n	0	2	2
	% /Serviço	,0%	100,0%	100,0%
Urologia	n	4	3	7
	%/ Serviço	57,1%	42,9%	100,0%
Total	n	15	96	111
	% /Serviço	13,5%	86,5%	100,0%

No que se refere à distribuição dos doentes confusos de acordo com a *Documentação do Problema* e os respectivos *Serviços de internamento*, fica evidenciado que os serviços de Urologia apresentam uma baixa frequência de documentação. Pois, 57,1% (n=4) dos doentes confusos internados apresentavam um Subdiagnóstico do Problema na Documentação (ou seja, não apresentavam *Documentação do Problema*).

O Subdiagnóstico do Problema na Documentação foi identificado em outros serviços, também de forma significativa, dado que ao nível dos serviços de Hematologia, Cirurgia, Gastrenterologia e Cardiologia, 50% (n=1), 25% (n=1), 25% (n=2) e 20% (n=1) dos casos apresentavam uma subdocumentação dos problemas.

Os valores mais baixos de Subdiagnóstico do Problema na Documentação são a nível dos serviços de Medicina com 9,1% (n=4) dos casos, Neurologia com 4,5% (n=1) e por fim os serviços de Ortopedia com 9,1% (n=1). Sendo ainda de acrescentar que o somatório dos doentes confusos destes três serviços corresponde a 77 dos 111 doentes confusos da amostra.

Os restantes serviços, Pneumologia, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Endocrinologia têm *Documentação do Problema* em todos os seus casos.

4.1.2 Documentação de Intervenções de Enfermagem

De acordo com a informação extraída dos processos clínicos, as intervenções foram organizadas em cinco temas, tendo também a CIPE® (versão 1) como modelo de análise. Alguns destes temas encontram-se organizados em categorias e em subcategorias.

Na análise realizada com o objectivo de identificar a *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, ao nível dos processos clínicos dos doentes confusos, regista-se que no total ocorreram 134 intervenções. Destas 67,9% (n=91) são intervenções no domínio “Organizar”, 11,9% (n=16) do “Distribuir”, 6,7% (n=9) do “Avaliar”, 5,2% (n=7) do “Relacionar” e as restantes do “Prevenir”, “Assistir” e “Remover” com 1,6%, 4,5% e 2,2%, respectivamente.

TABELA 25 – ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DA DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Tema	Categoria	Subcategorias	Unidade de registo (ex.:)	n	%
Prevenir	Proteger	Prevenção de quedas	<i>Avaliar as medidas de contenção física e mecânica; Vigiar estado de consciência ... (276d)</i>	1	0,8
		Medidas de segurança	<i>Zelar e manter a integridade física. (210e)</i>	1	0,8
Sub-total				2	1,6
Relacionar	Colaborar com a família		<i>Deambulou ...com os familiares. (296o)</i>	2	1,5
	Contactar médico		<i>...contactado médico. (25d)</i>	5	3,7
Sub-total				7	5,2
Organizar	Controlar	Imobilizar com grades	<i>Foram aplicadas grades laterais de protecção no leito. (74g)</i>	42	31,3
		Imobilizar com dispositivos de imobilização	<i>... foram imobilizados os membros superiores. (36d)</i>	49	36,6
Sub-total				91	67,9
Assistir	Promover comunicação		<i>Falar de frente e pausadamente, dando tempo para responder. (84e3)</i>	6	4,5
Distribuir	Administrar medicação		<i>Administrada medicação SOS... (36h)</i>	16	11,9
Avaliar a resposta aos medicamentos			<i>... que surtiu pouco efeito. (36i)</i>	9	6,7
Remover dispositivos de Imobilização			<i>Foram retiradas as imobilizações. (48m)</i>	3	2,2
Total				134	100

Relativamente à *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, ao nível dos processos clínicos dos doentes confusos, regista-se que a mais documentada é a “Imobilizar com dispositivos de imobilização” com 36,6% (n=49) da documentação neste âmbito; seguindo-se com 31,6% (n=42) a intervenção “Imobilizar com grades” e com 11,9%

(n=16) “Administrar a medicação”. De seguida, apresenta-se um gráfico que representa as 5 categorias mais frequentes no âmbito da *Documentação de Intervenções de Enfermagem*.

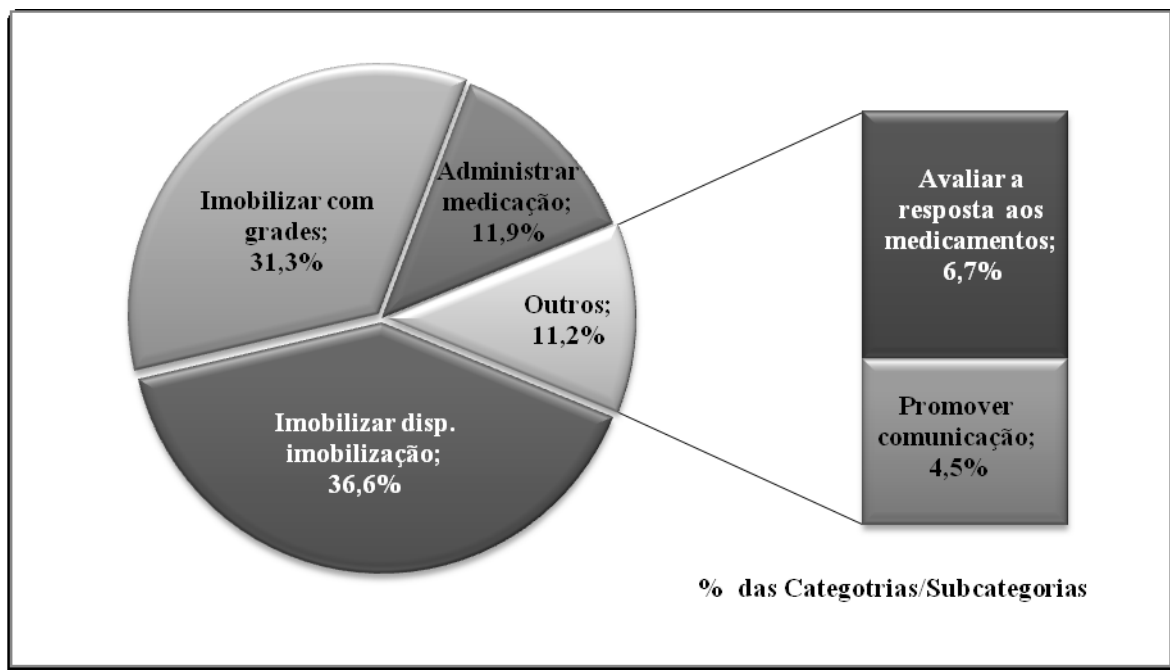


GRÁFICO 2 – DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- PREVENIR

Na análise à tabela 25 regista-se que as intervenções no âmbito da acção “Prevenir” correspondem a 1,6% do total da *Documentação de Intervenções de Enfermagem*.

TABELA 26 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA PREVENIR

Subcategorias	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Prevenção de quedas	<i>Avaliar as medidas de contenção física e mecânica; Vigiar estado de consciência ...</i> (276d)	1	50
Medidas de segurança	<i>Manter ambiente envolvente calmo e seguro.</i> (210e1)	1	50
Total		2	100

A tabela 26 permite também verificar que dentro deste tema, as categorias “Prevenção de quedas” e “Medidas de Segurança” apresentam igual frequência, dado que as duas intervenções foram apenas uma vez documentadas.

- RELACIONAR

Ao tema “Relacionar” corresponde 5,2% do total da documentação no âmbito das intervenções.

TABELA 27 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA RELACIONAR

Categorias	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Colaborar com a família	<i>Foi pedido à família para irem um bocadinho ao quarto na tentativa de tranquilizar o doente... (74w)</i>	2	28,6
Contactar médico	<i>Comunicado ao Dr ...o estado de prostração do doente (488f)</i>	5	71,4
Total		7	100

Por sua vez, e ainda dentro deste tema, a dimensão semântica “Contactar médico” é a que detém a maior frequência, correspondendo a 71,4% do total da documentação. Mais objectivamente, 4,5% (n=5) dos doentes tinham alguma intervenção nesta dimensão. Já a intervenção “Colaborar com a família” foi registada em 1,8% (n=2) dos casos.

- ORGANIZAR

As intervenções mais documentadas nos doentes confusos da amostra encontram-se dentro do tema “Organizar”, mais concretamente, correspondem a 67,9% do total da *Documentação de Intervenções de Enfermagem*.

A dimensão semântica mais frequente é a “Imobilizar com dispositivo de imobilização” com 53,8% da documentação dentro deste tema.

Verifica-se assim que 37,8% (n=42) dos doentes tinham algum registo de intervenções na dimensão semântica “Imobilização com grades” e que 44,1% (n=49) apresentavam intervenções na dimensão “Imobilizados com dispositivo de imobilização”.

TABELA 28 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA ORGANIZAR

Subcategorias	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Imobilizar com grades	<i>Colocadas grades de protecção. (85g)</i> <i>Grades da cama elevadas. (194b)</i>	42	46,2
Imobilizar com dispositivos de imobilização	<i>Mantém contenções físicas dos membros superiores e inferiores... (74h)</i> <i>Colocada faixa de contenção abdominal. (200b)</i>	49	53,8
Total		91	100

- ASSISTIR

À acção “Assistir” corresponde 4,5% do total da documentação no âmbito das intervenções, mais concretamente à categoria “Promover a comunicação”. Assim, no que se refere a esta categoria verificou-se que 5,4% dos doentes confusos tinham alguma documentação nesta dimensão.

TABELA 29 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA ASSISTIR

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Promover a comunicação	<i>Diminuir as distrações externas aquando a comunicação; falar de frente e pausadamente... (204k); Utilização de formas de comunicação alternativas. (422g)</i>	6	100
Total		6	100

- DISTRIBUIR

11,9% do total da documentação, no contexto das intervenções, pertence ao tema “Distribuir”. Assim, registou-se que 16 dos 111 (14,4%) doentes confusos tinham intervenções nesta dimensão semântica.

TABELA 30 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA DISTRIBUIR

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Administrar medicação	<i>Por indicação ... foi-lhe administrado... (39f)</i>	16	100
Total		16	100

- AVALIAR

À acção “Avaliar”, mais precisamente “Avaliar a resposta aos medicamentos”, pertence 6,7% do total da documentação no âmbito das intervenções. Ou seja, 8,1% (n=9) dos doentes confusos tinham intervenções neste domínio.

TABELA 31 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA AVALIAR

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Avaliar a resposta aos medicamentos	<i>“...sedado, tendo adormecido” (ID39k)</i>	9	100
Total		9	100

- REMOVER

Por fim, ao tema “Remover”, na dimensão semântica “Remover dispositivos de imobilização”, corresponde 2,2% do total das intervenções documentadas, ou seja, 2,7% (n=3) dos doentes confusos da amostra tinham intervenções neste domínio.

TABELA 32 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DO TEMA REMOVER

Categoria	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Remover dispositivos de imobilização	<i>...foi desmobilizada.(473h)</i>	3	100
Total		3	100

No âmbito da *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, regista-se que, em média, ocorreram 1,2 por doente, com um desvio padrão de 1,3; em que o mínimo de intervenções documentadas por doente foi de zero e o máximo cinco.

Considera-se que, a presença de pelo menos uma intervenção por doente, dentro das referidas categorias, traduz a presença de *Documentação de Intervenções de Enfermagem* e a inexistência de registo das intervenções implica a ausência de documentação das mesmas.

Dos 111 doentes, 66 foram sujeitos a intervenções relacionadas com os Focos de atenção utilizados para documentar a condição do doente confuso. Os restantes, que correspondem a 40,5%, não têm registo de qualquer tipo de intervenção neste domínio.

Mediante a análise descritiva da *Documentação de Intervenções de Enfermagem* realizou-se uma abordagem inferencial com o objectivo de validar a hipótese:

- H_2 - Os atributos do doente e os atributos do episódio do internamento interferem com o grau de *Documentação de Intervenções de Enfermagem*.

Os doentes confusos dos dois grupos (doentes com *Documentação de Intervenções de Enfermagem* e doentes sem *Documentação de Intervenções*) não apresentam diferenças estatisticamente significativas para a média de *Idade* ($t= -0,320$ e $p= 0,750$), nem para o tempo médio de internamento ($t= -0,221$ e $p=0,825$), isto mediante os valores dados pelo teste t-Student.

TABELA 33 – DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS

	<i>Documentação de Intervenções de Enfermagem</i>			
	Não		Sim	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
<i>Idade</i> (anos)	75,2	13,6	75,8	13,3
<i>Internamento</i> (dias)	11,6	19,9	12,6	12,2
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	18,4	5,7	15,7	6,8

Pelo teste t-Student verifica-se que a *Severidade da confusão* está significativamente relacionada com a *Documentação de Intervenções de Enfermagem* ($t= 2,148$ e $p=0,029$), determinando-se a influência desta sobre a *Documentação de Intervenções de Enfermagem*.

TABELA 34 - TESTE T-STUDENT - DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO

	Teste t-Student		
	T	df	p-value
<i>Idade</i> (anos)	-0,320	109	0,750
<i>Internamento</i> (dias)	-0,221	109	0,825
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	2,148	109	0,029

Ao observar os resultados do teste χ^2 , verifica-se que o *Sexo* e o *Serviço de internamento* do doente confuso estão significativamente relacionados com a *Documentação de Intervenções de Enfermagem* ($\chi^2= 6,355$ e $p=0,012$; $\chi^2= 23,205$ e $p=0,010$).

TABELA 35 – TESTE χ^2 : DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO

	Teste χ^2		
	χ^2	df	p-value
<i>Sexo</i>	6,355	1	0,012
<i>Serviço</i>	23,205	10	0,010

Conforme o acima explicitado, a *Documentação de Intervenções de Enfermagem* está significativamente relacionada com o *Sexo*, a *Severidade da confusão* e o *Serviço de internamento*.

Quanto ao atributo *Sexo* verifica-se que a proporção de homens e mulheres não é a mesma para os dois grupos em causa. Nos casos sem *Documentação de Intervenções de*

Enfermagem, 62,2% são do sexo feminino e 37,8 % do masculino. Logo, a *Documentação de Intervenções de Enfermagem* e, conseqüentemente, o planejamento e a prestação das mesmas, em prol do doente confuso, estão relacionadas com o *Sexo* do doente.

TABELA 36 - DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E O SEXO

		<i>Documentação de Intervenções de Enfermagem</i>				Total	
		Não		Sim		n	%
<i>Sexo</i>		n	%	n	%		
Feminino		28	62,2	25	37,9	53	47,7
Masculino		17	37,8	41	62,1	58	52,3
Total		45	100	66	100,0	111	100

Ao examinar a distribuição dos doentes confusos pelos serviços regista-se uma baixa frequência de documentação nos serviços de Cirurgia e Urologia: 100% dos doentes confusos dos serviços de Cirurgia e 85,7% (n=6) dos doentes de Urologia não apresentam *Documentação de Intervenções de Enfermagem* ao nível dos seus processos. A Unidade de Cuidados Intensivos foi o único onde se verificou que a totalidade dos doentes confusos (n=2) tinha *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, seguido dos serviços de Neurologia, onde 86,4%, dos casos (19 dos 22 doentes confusos) apresentavam *Documentação de Intervenções de Enfermagem*.

TABELA 37 – TABELA DE CONTINGÊNCIA: DOCUMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E O SERVIÇO DE INTERNAMENTO

<i>SERVIÇO</i>		<i>Documentação de Intervenções de Enfermagem</i>		<i>Total</i>
		<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Total</i>
Cardiologia	n	2	3	5
	%/Serviço	40,0	60,0	100
Cirurgia	n	4	0	4
	%/ Serviço	100	0	100
Endocrinologia	n	1	2	3
	%/ Serviço	33,3	66,7	100
Gastrenterologia	n	2	6	8
	% /Serviço	25,0	75,0	100
Hematologia	n	1	1	2
	% /Serviço	50	50	100
Medicina	n	22	22	44
	%/ Serviço	50	50	100
Neurologia	n	3	19	22
	% /Serviço	13,9	86,4	100
Ortopedia	n	3	8	11
	% /Serviço	27,3	72,7	100
Pneumologia	n	1	2	3
	%/ Serviço	33,3	66,7	100
UCI	n	0	2	2
	% /Serviço	0	100	100
Urologia	n	6	1	7
	% /Serviço	85,7	14,3	100
Total	n	45	66	111
	% /Serviço	40,5	59,5	100

Com intuito de validar a H_3 - Se a *Documentação do Problema* está relacionada com a *Documentação de Intervenções de Enfermagem* – procedeu-se ao respectivo cruzamento pela aplicação do teste χ^2 .

Pelo resultado deste teste, verifica-se que *Documentação do Problema* está significativamente relacionada com a *Documentação de Intervenções de Enfermagem* ($\chi^2 = 20,053$ e $p < 0,001$), o que traduz a relação entre as variáveis.

Na tabela de contingência está representada a distribuição dos doentes confusos que apresentam *Documentação do Problema* e *Documentação de Intervenções de*

Enfermagem. Pela sua análise, verifica-se que 98,5% (n=65) dos doentes confusos com *Documentação de Intervenções de Enfermagem* têm também o problema da confusão documentado. Por sua vez, só um doente confuso é que tem *Documentação de Intervenções de Enfermagem* sem ter *Documentação do Problema*.

TABELA 38 - TABELA DE CONTINGÊNCIA: DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA E A DOCUMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

			<i>Documentação de Intervenções de Enfermagem</i>		
			Não	Sim	Total
<i>Documentação dos Problemas</i>	Não	n	14	1	15
		%	31,1	1,5	13,5
	Sim	n	31	65	96
		%	68,9	98,5	86,5
Total			45	66	111
			100	100	100

4.1.3 A Dimensão do Subdiagnóstico da Confusão na Documentação

Considerando que a tradução da documentação da apreensão da equipa de saúde sobre a condição do doente confuso pode reflectir-se quer nos registos dos diagnósticos, quer nos registos de intervenções de enfermagem procurou-se responder à questão: qual a percentagem de doentes que, no seu Processo clínico, têm documentação do diagnóstico/problema ou da intervenção de enfermagem associados à confusão?

Em média, por doente, registou-se a presença de 5,4 categorias (de problema ou de intervenção) com um desvio padrão de 3,5. O máximo de categorias por doente foi de 14 e o mínimo foi de zero.

Mediante os dados, infere-se que o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* é de 12,6%, ou seja, 14 dos 111 doentes confusos não apresentam qualquer documentação, quer no âmbito da identificação dos problemas, quer no âmbito das intervenções de enfermagem.

TABELA 39 – GRAU DE SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO

DOCUMENTAÇÃO	n	%
<u>Sem</u> Documentação do Problema e <u>sem</u> Documentação de Intervenções	14	12,6
Documentação do Problema <u>ou</u> Documentação de Intervenções	97	87,4
Total	111	100

A tabela 40, mostra o número de casos que têm *Documentação do Problema* e *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, bem como os casos com *Documentação do Problema* mas sem *Documentação de Intervenções de Enfermagem* e vice-versa.

TABELA 40 – GRAU DE DOCUMENTAÇÃO DA CONFUSÃO

DOCUMENTAÇÃO	n	%
Documentação do Problema <u>sem</u> Documentação de Intervenções	31	31,9
Documentação do Problema <u>e</u> Documentação de Intervenções	65	67,1
<u>Sem</u> Documentação do Problema <u>com</u> Documentação de Intervenções	1	1,0
Total	97	100

A *Documentação do Problema* é superior à *Documentação de Intervenções de Enfermagem*. Já que 96 dos 111 doentes confusos apresentavam, ao nível dos seus processos clínicos, *Documentação do Problema*, enquanto só 66 dos 111 doentes tinham *Documentação de Intervenções de Enfermagem*. Tal como se analisou no ponto anterior, 65 doentes que têm *Documentação de Intervenções de Enfermagem* apresentam também *Documentação do Problema*. Existindo desta forma 31 doentes que têm *Documentação do Problema*, mas não apresentam intervenções de enfermagem documentadas.

Tendo por princípio a mesma metodologia de trabalho, após a análise descritiva procedeu-se a abordagem inferencial com o objectivo de validar a hipótese:

- H_4 - Os atributos do doente e os atributos do episódio do internamento interferem no *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*.

Pelos resultados apresentados na tabela 41, constata-se que os casos de *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* apresentam em relação aos casos não subdiagnosticados uma média de *Idade* ligeiramente inferior. No entanto, o resultado do teste t-Student, não permitiu afirmar a existências de uma relação significativa ($t = -0,473$ e $p = 0,637$) entre o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* e a *Idade*.

Para o *Tempo de internamento*, apesar da média dos dias ser inferior nos casos de *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*, também a diferença encontrada não é significativa ($t = -1,353$ e $p = 0,179$).

A relação do *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* com a *Severidade da confusão* é significativa ($t = 2,904$; $p = 0,004$). Neste sentido, pode afirmar-se que a *Severidade da confusão* interfere no *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*.

TABELA 41 – SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS

	<i>Subdiagnóstico da Confusão na Documentação</i>			
	Sim		Não	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
<i>Idade</i> (anos)	74,0	15,7	75,8	13,1
<i>Internamento</i> (dias)	6,9	5,8	13,0	16,5
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	21,4	5,6	16,1	6,4

TABELA 42 - TESTE T-STUDENT – SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO

	Teste t-Student		
	t	df	p-value
<i>Idade</i> (anos)	-0,473	109	0,637
<i>Internamento</i> (dias)	-1,353	109	0,179
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	2,904	109	0,004

Os dados apurados pelo teste χ^2 , que estuda a relação do *Sexo* do doente confuso e o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*, não permitem afirmar a existência de uma relação significativa entre os mesmos ($\chi^2=0,154$ e $p=0,695$).

No entanto, ao examinar o resultado do teste χ^2 , que estuda a relação entre o *Serviço de internamento* e o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*, verifica-se que estão significativamente relacionados ($\chi^2=19,007$ e $p=0,040$).

Assim, verifica-se que *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* e os atributos do doente (o *Sexo* e a *Idade*) não mostram estar significativamente relacionados. No entanto, a *Severidade da confusão* e o *Serviço de internamento* mostram influenciar o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*.

TABELA 43 – TESTE χ^2 : SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO

	Teste χ^2		
	χ^2	df	p-value
<i>Sexo</i>	0,154	1	0,695
<i>Serviço</i>	19,007	10	0,040

Apresenta-se de seguida a tabela 44, que mostra os cinco serviços onde o grau de *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* foi mais elevado.

TABELA 44 – TABELA DE CONTINGÊNCIA: SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO E O SERVIÇO DE INTERNAMENTO

<i>SERVIÇO</i>		<i>SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO</i>		Total
		Sim	Não	
Cardiologia	n	1	4	5
	% Serviço	20,0	80,0	100
Cirurgia	n	1	3	4
	% Serviço	25,0	75,0	100
Gastrenterologia	n	1	7	8
	% Serviço	12,5	87,5	100
Hematologia	n	1	1	2
	% Serviço	50,0	50,0	100
Urologia	n	4	3	7
	% Serviço	57,1	42,9	100
Total	n	8	18	26
	% Serviço	30,8	69,2	100

Os serviços de Urologia, tal como já se tinha vindo analisar tanto no âmbito da *Documentação do Problema* como no âmbito da *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, são os que apresentam o maior grau de *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*: 57,1% (n=4) dos seus doentes confusos não apresentavam documentação associada ao estado de confusão ou associada às intervenções. Em segundo lugar, com um grau de subdiagnóstico de 50% (n=1) dos casos, destaca-se o serviço de Hematologia; seguindo-se os serviços de Cirurgia com 25% (n=1); os serviços de Cardiologia com 20% (n=1) e ainda os serviços de Gastrenterologia com 12,4% (n=1).

Sendo ainda de referenciar que os serviços de Pneumologia, os serviços de Unidade de Cuidados Intensivos e também o serviço de Endocrinologia têm todos os seus casos documentados. Por sua vez, o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* nos serviços de Medicina e nos serviços de Ortopedia é de 9,1% (n=4) e de 9,1% (n=1), respectivamente. Por fim, nos serviços de Neurologia o valor encontrado é de 4,5% (n=1).

4.2 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

As respostas dos enfermeiros à questão colocada na entrevista foram sujeitas ao processo de Análise de conteúdo, tendo como base o modelo das categorias previamente utilizado na análise realizada à *Documentação do Problema*. No entanto, pelos conteúdos apresentados, utilizaram-se menos temas e, conseqüentemente, menos categorias e subcategorias.

Do total da análise, tendo em conta a *Percepção do Enfermeiro*, regista-se que foram identificados 131 conceitos associados à condição do doente confusos. Destes, 36,6% (n=48) referem-se ao tema “Status neurológico”, 32,8% (n=42) ao “Processo psicológico”, 15,4% (n=20) ao “Processo corporal”, 9,2% (n=12) ao “Comportamento” e os restantes 6,1% ao tema “Capacidade”.

TABELA 45 – ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Tema	Categoria	Subcategorias	Unidade de registo	n	%
			(exemplo)		
Processo Psicológico	Cognição	Confusão	<i>...períodos de alguma confusão. (35a)</i>	32	24,4
		Atenção	<i>Não entende tudo. Só ordens simples. (74a)</i>	4	3,1
		Afasia	<i>Afásico. (277c)</i>	3	2,3
	Emoção	Tristeza	<i>Humor depressivo. (457a)</i>	2	1,5
	Atitude	Negação	<i>Quadro de negação ao internamento. (35b)</i>	2	1,5
Sub-total				43	32,8
Comportamento	Comportamento interactivo		<i>...e agressivo por falta de vontade. (70c)</i>	12	9,2
Sub-total				12	9,2
Processo corporal	Processo do sistema nervoso	Actividade psicomotora	<i>...com agitação psicomotora. (85c)</i>	12	9,2
		Comportamento desorganizado	<i>...descoordenação motora. (113d)</i>	4	3,1
		Percepção	<i>...alucinações. (210a)</i>	4	3,1
Sub-total				20	15,4
Status neurológico	Alerta		<i>Fixa o olhar... (266d)</i>	1	0,7
	Consciência		<i>Muito sonolento. (113e)</i>	5	3,8

	Orientação	<i>...e desorientado permanentemente. (58d)</i>	38	29,0
	Resposta	<i>...só reactivo a estímulos dolorosos. (138a)</i>	4	3,1
	Sub-total		48	36,6
Capacidade	Capacidade para comunicar	<i>...discurso incoerente. (7b)</i>	8	6,1
	Total		131	100

Dentro das categorias/subcategorias organizadas mediante a *Percepção do Enfermeiro*, sobre a condição do doente confuso, regista-se que o foco “Orientação” é o que apresenta a maior referência ao nível das respostas, ou seja, 29,0% (n=38) da informação sobre o doente confuso recai neste foco, seguindo-se a categoria “Confusão” com 24,4% (n=32) do total da informação. Por sua vez, as dimensões semânticas que apresentaram menos referências são “Alerta”, “Tristeza” e “Negação”. De seguida, apresenta-se um gráfico que mostra as cinco categorias mais referenciadas na resposta do enfermeiro à questão – Que avaliação faz do estado mental do doente?

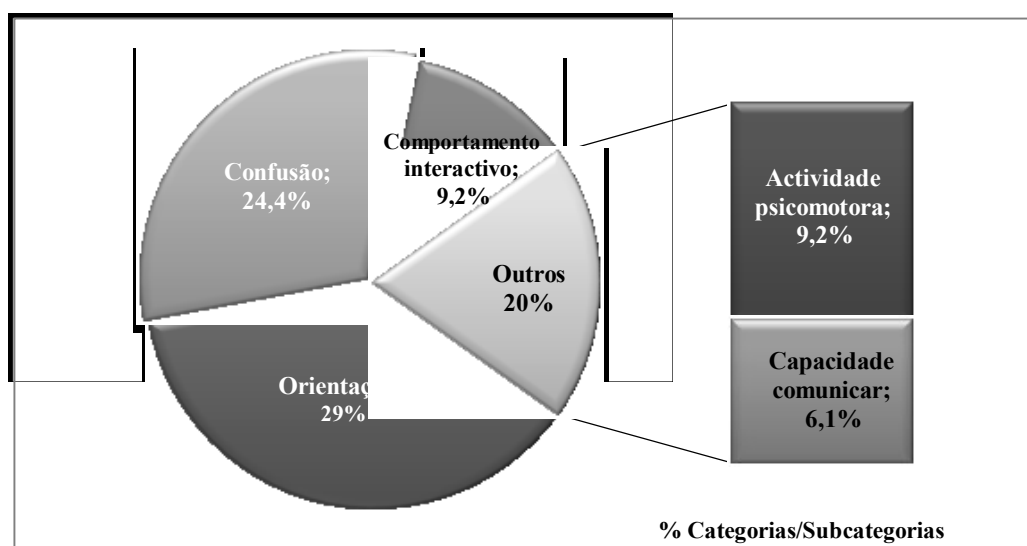


GRÁFICO 3 – PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

- PROCESSO PSICOLÓGICO

Pela análise à tabela 45 regista-se que ao “Processo psicológico” corresponde 32,8% do total da informação dada pelo enfermeiro sobre a condição do doente.

Por sua vez, dentro deste tema verifica-se que a subcategoria mais referida é a “Confusão” com 74,4% do total da informação.

Deste modo, regista-se que 28,8% (n=32) dos doentes foram descritos como estando mentalmente “Confusos” e 3,6% (n=4) como tendo alguma alteração no processo de “Atenção”. Apurou-se também que 2,7% (n=3) foram referenciados como tendo alguma perturbação da fala, mais especificamente na dimensão semântica “Afasia” e 1,8% (n=2) sentimentos de “Tristeza”. O Processo psicológico de “Negação” foi ainda referido em 1,8% (n=2) dos casos.

TABELA 46 – GRAU DE INFORMAÇÃO DO TEMA PROCESSO PSICOLÓGICO

Categorias	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Confusão	<i>Estado de confusão constante. (45a)</i>	32	74,4
Atenção	<i>...não entende o que dizemos. (266e)</i>	4	9,3
Afasia	<i>...porque tem disartria. (113c)</i>	3	6,9
Tristeza	<i>...deprimido. (292c)</i>	2	4,7
Negação	<i>Revolta...Não gosta de estar internada... (288b)</i>	2	4,7
Total		43	100

- COMPORTAMENTO

Neste estudo, regista-se ainda que 9,2% do total da informação dada na entrevista recai sobre o tema “Comportamento”, mais concretamente sobre a categoria “Comportamento interactivo”, pois aferiu-se que 10,8% (n=12) dos doentes foram caracterizados nesta dimensão.

TABELA 47 – GRAU DE INFORMAÇÃO NO TEMA COMPORTAMENTO

Categorias	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Comportamento interactivo	<i>...pouco colaborante. (70b)</i> <i>...mas renitente aos cuidados. (110b)</i>	12	100
Total		12	100

- PROCESSO CORPORAL

Ao tema “Processo corporal” verifica-se que corresponde 15,4% do total da informação dada pelo enfermeiro sobre a condição do doente confuso.

Neste tema, à categoria “Actividade psicomotora”, pertence 60% da informação dada pelo enfermeiro. Ou seja, regista-se que 10,8% (n=12), 3,6% (n=4) e outros 3,6% (n=4) dos doentes confusos da amostra foram reportados como tendo alguma perturbação da “Actividade psicomotora”, um “Comportamento desorganizado” e alguma alteração do seu processo de “Percepção”.

TABELA 48 – GRAU DE INFORMAÇÃO NO TEMA PROCESSO CORPORAL

Subcategorias	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Actividade psicomotora	<i>Alterna períodos de prostração...</i> (206a)	12	60
Comportamento desorganizado	<i>Não responde às solicitações de forma totalmente coerente. (297c)</i>	4	20
Percepção	<i>Tem alucinações auditivas (195c)</i>	4	20
Total		20	100

- STATUS NEUROLÓGICO

36,6% da informação dada na entrevista do enfermeiro enquadra-se dentro do tema “Status neurológico”. Por sua vez, neste tema, 79,2% da informação recai na categoria “Orientação”, seguindo-se com 10,4% do total da informação a categoria “Consciência”.

TABELA 49 – GRAU DE INFORMAÇÃO NO TEMA STATUS NEUROLÓGICO

Categorias	Unidade de registo (Exemplo)	n	%
Alerta	<i>Fixa o olhar...</i> (266d)	1	2,1
Consciência	<i>Oscila entre o semi-comatoso...</i> (205a)	5	10,4
Orientação	<i>Não sabe bem onde está.</i> (113b) <i>... não está orientada.</i> (296b)	38	79,2
Resposta	<i>Apática,..</i> (55a)	4	8,3
Total		48	100

Assim, na avaliação do estado mental do doente confuso, no tema “Status neurológico” foram referidas descrições na dimensão semântica “Alerta”, “Consciência”, “Orientação” e “Resposta” em 1% (n=1), 4,5% (n=5), 34,2% (n=38) e 3,6% (n=4), respectivamente.

- **CAPACIDADE**

6,1% do total da informação dada pelo enfermeiro sobre a condição do doente, aquando da entrevista, recai sobre este tema, mais concretamente sobre a “Capacidade para comunicar”. Aferindo-se assim que 7,2% dos doentes tinham alguma referência nesta dimensão.

TABELA 50 – GRAU DE INFORMAÇÃO NO TEMA CAPACIDADE

Categorias	Unidade de registo (Exemplo)	n/111	%
Capacidade para comunicar	<i>... mas por vezes existe desvio do discurso.</i> (7c)	8	100
Total		8	100

Tal como na *Documentação do Problema*, considera-se que existem indicadores clínicos determinantes na caracterização do doente confuso. Assim, pela informação extraída das respostas, determinou-se como descritor da confusão, a presença de indicadores clínicos que se enquadram dentro dos respectivos focos: “Confusão”,

“Atenção”, “Actividade Psicomotora”, “Comportamento desorganizado”, “Percepção”, “Alerta”, “Consciência”, “Orientação”, “Resposta”, “Comportamento interactivo” e “Capacidade para comunicar”. Desta forma, excluem-se os focos “Tristeza”, “Negação” e “Afasia” por se considerar que, por si só, não são suficientemente tradutores da condição do doente confuso.

A presença de qualquer um destes focos no discurso do enfermeiro foi considerada como tradutora da sua percepção quanto ao estado de confusão do doente. Por sua vez, a inexistência de qualquer um daqueles focos corresponde à falta de percepção deste estado.

Em termos da resposta dada pelos enfermeiros, constata-se que estes perceberam 69,4% dos doentes confusos. Registando-se assim que em 30,6% dos doentes a condição de confusão não foi percebida.

Em média, foi referenciado 1,1 foco por doente, com um desvio padrão de 1, em que o máximo de descritores implicou a utilização de 4 categorias/subcategorias e o mínimo presente foi de zero.

Tal como anteriormente, a abordagem inferencial foi aplicada após a análise descritiva com o objectivo de validar a hipótese:

- H_5 – Os atributos do doente e atributos do episódio do internamento interferem na *Percepção do Enfermeiro*, sobre a condição do doente confuso.

De acordo com os resultados expostos na tabela seguinte, infere-se que a média de *Idade* dos doentes é maior no grupo onde os enfermeiros perceberam a presença da confusão dos mesmos.

TABELA 51 – PERCEPÇÃO DO ENFERMEIROS: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS

	<i>Percepção do Enfermeiro</i>			
	Não		Sim	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
<i>Idade</i> (anos)	72,5	12,9	76,9	13,4
<i>Internamento</i> (dias)	11,3	13,2	12,6	16,8
<i>Severidade confusão</i> (NEECHAM)	21,3	2,8	14,8	6,7

No entanto, pela aplicação do teste t-Student, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa para a média de *Idade* ($t = -1,629$ e $p = 0,106$) e nem para o tempo médio de internamento ($t = -0,413$ e $p = 0,680$) entre os dois grupos de doentes.

No que se refere à *Severidade da confusão*, evidencia-se a existência de uma diferença significativa ($t = 5,397$ e $p < 0,001$) entre os dois grupos de doentes. Logo, assume-se que a *Percepção do Enfermeiro*, sobre a confusão do doente, está significativamente relacionada com o grau de severidade da mesma.

TABELA 52– TESTE T-STUDENT – PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO

	Teste t-Student		
	t	df	p-value
<i>Idade</i> (anos)	-1,629	109	0,106
<i>Internamento</i> (dias)	-0,413	109	0,680
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	5,397	109	0,001

Com o objectivo de saber, se a distribuição do *Sexo* e dos *Serviços de internamento* difere nos dois grupos de doentes em causa (doentes com *Percepção do Enfermeiro*, sobre a sua condição de Confusão e doentes sem *Percepção do Enfermeiro*, sobre a sua condição de confusão) aplicou-se o teste χ^2 .

TABELA 53 – TESTE χ^2 : PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO

	Teste χ^2		
	χ^2	df	p-value
<i>Sexo</i>	0,848	1	0,357
<i>Serviço</i>	16,673	10	0,082

O resultado do teste χ^2 não permite afirmar a existência de uma relação significativa entre o atributo *Sexo* e a *Percepção do Enfermeiro* ($\chi^2 = 0,848$ e $p = 0,357$).

Tal também se verifica com o atributo *Serviço de internamento*, pois o resultado apurado pelo teste χ^2 não permite afirmar a existência de relação significativa entre a *Percepção do Enfermeiro* e o *Serviço do internamento* ($\chi^2=16,673$ e $p=0,082$).

Com o objectivo de validar H_6 que pretende analisar a relação entre a *Percepção do Enfermeiro* e a *Documentação do Problema* procedeu-se ao cálculo do valor p a partir do teste χ^2 .

- H_6 – A *Percepção do Enfermeiro*, sobre a condição do doente confuso, está relacionada com a *Documentação do Problema*.

TABELA 54 – TESTE χ^2 : PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA

	Teste χ^2		
	χ^2	df	<i>p-value</i>
<i>Documentação do Problema</i>	7,041	1	0,008

Pelo teste χ^2 aplicado, verifica-se que a *Percepção do Enfermeiro* está significativamente relacionada com a *Documentação do Problema* ($\chi^2=7,041$ e $p=0,008$).

TABELA 55 – TABELA DE CONTINGÊNCIA: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO E A DOCUMENTAÇÃO DO PROBLEMA

		<i>Documentação do Problema</i>			
		Não	Sim	Total	
<i>Percepção do Enfermeiro</i>	Não	n	9	25	34
		%	26,5	73,5	100
	Sim	n	6	71	77
		%	7,8	92,2	100
Total			15	96	111
			13,5	86,5	100

Na análise à tabela de contingência regista-se que dos 34 doentes confusos não percepcionados pelos enfermeiros, 73,5% (n=25) destes tinham *Documentação do Problema*. Por outro lado, regista-se 6 doentes que foram percepcionados pelos enfermeiros como estando mentalmente confusos, no entanto não apresentavam o problema documentado.

4.3 SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO

Determinou-se que os doentes confusos da amostra têm o seu estado de confusão reconhecido pelos profissionais de saúde quando apresentam alguma documentação referente ao seu estado de confusão (quer ao nível da *Documentação do Problema* quer ao nível da *Documentação de Intervenções de Enfermagem*) ou quando o enfermeiro tem percepção do estado de confusão do doente. Por outro lado, os doentes confusos que não apresentem qualquer *Documentação do Problema* ou de *Intervenções* e aos quais não seja atribuída qualquer percepção, por parte do enfermeiro, relativamente ao estado de confusão, pertencem ao grupo dos doentes subdiagnosticados.

Os dados sugerem que a dimensão deste *Subdiagnóstico da Confusão* é de 8,1%, o que corresponde a 9 dos 111 doentes confusos da amostra. Nesta situação em particular, pode-se afirmar que os profissionais de saúde não deram qualquer indicação que permitisse assegurar que o estado de confusão tenha sido reconhecido em algum momento do internamento.

Em média, por doente, foram utilizadas aproximadamente 7 categorias/subcategorias, com um desvio padrão de 4,4. Regista-se ainda que o máximo de categorias presentes, por doente, foi de 21 e o mínimo foi de zero.

Após análise descritiva dos dados realizou-se a abordagem inferencial para validar a Hipótese:

- H₇ – Os atributos do doente e os atributos do episódio do internamento interferem com o grau de *Subdiagnóstico da Confusão*.

Pelos resultados, verifica-se que os doentes confusos que apresentam o seu estado de confusão reconhecido têm em média mais *Idade*, mais *Tempo de internamento* hospitalar e uma maior *Severidade* do seu estado de confusão.

TABELA 56 – SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO: ESTATÍSTICA DOS GRUPOS

	<i>Subdiagnóstico da Confusão</i>			
	Sim		Não	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
<i>Idade</i> (anos)	65,6	12,8	76,5	13,1
<i>Internamento</i> (dias)	5,8	5,5	12,8	16,2
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	23,6	0,5	16,2	6,4

Perante o teste t-Student aplicado, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para a *Idade* e para a *Severidade da confusão* ($t = -2,400$ e $p = 0,018$; $t = 3,412$ e $p < 0,001$, respectivamente). Assim, para este estudo, pode afirmar-se que a *Idade* e a *Severidade da confusão* são características que estão significativamente relacionadas com o *Subdiagnóstico da Confusão*.

Em relação ao *Tempo de internamento* não foi possível afirmar a existência de uma relação significativa com o *Subdiagnóstico da Confusão* ($t = -1,287$ e $p = 0,201$).

TABELA 57 - TESTE T-STUDENT – SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO COM A IDADE, DIAS DE INTERNAMENTO E A SEVERIDADE DA CONFUSÃO

	Teste t-Student		
	t	df	p-value
<i>Idade</i> (anos)	-2,400	109	0,018
<i>Internamento</i> (dias)	-1,287	109	0,201
<i>Severidade da confusão</i> (NEECHAM)	3,412	109	0,001

Com o objectivo de confirmar se o grupo dos doentes em que a confusão foi reconhecida difere dos casos subdiagnosticados, relativamente à sua distribuição pelo *Sexo* e *Serviços de internamento*, realizaram-se os respectivos cruzamentos pelo teste χ^2 .

TABELA 58 – TESTE χ^2 : SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO PARA O SEXO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO

	Teste χ^2		
	χ^2	df	<i>p-value</i>
<i>Sexo</i>	2,558	1	0,110
<i>Serviço</i>	12,517	10	0,252

Dados os resultados evidenciados na tabela 58, não é permitido afirmar-se a existência de uma relação significativa entre o *Sexo* e o *Serviço de internamento* com o *Subdiagnóstico da Confusão*.

O *Subdiagnóstico da Confusão* mostra estar significativamente relacionado com a *Idade* do doente confuso (atributos do doente) e com a *Severidade da confusão* (como atributo do episódio de internamento). Mais objectivamente, quanto menor é a *Idade* do doente confuso maior é a probabilidade da sua confusão ficar subdiagnosticada. Por um lado, quanto menor é o grau de *Severidade da confusão* também maior será a probabilidade do estado de confusão ficar subdiagnosticado.

Com o objectivo de validar H_8 e analisar a relação entre o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* e o *Subdiagnóstico da Confusão* procedeu-se ao cálculo do valor *p* a partir do teste χ^2 .

- H_8 – O grau de *Subdiagnóstico da Confusão* está relacionado com o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*.

TABELA 59 – TESTE χ^2 : SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO PARA SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO

	Teste χ^2		
	χ^2	df	<i>p-value</i>
<i>Subdiagnóstico da Confusão na Documentação</i>	67,859	1	0,001

Pelo teste χ^2 aplicado, verifica-se que o *Subdiagnóstico da Confusão* está significativamente relacionado com o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* ($\chi^2=67,859$ e $p<0,001$).

Na análise à tabela de contingência regista-se que dos 14 casos de *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*, 64,3% (n=9) destes, após a análise final dos dados, mantêm o *Subdiagnóstico da Confusão*. Porém, 35,7% (n=5) dos casos subdiagnosticados foram percebidos sobre o seu estado de confusão pelos enfermeiros, e não apresentam, deste modo, a sua condição de confusão subdiagnosticada.

TABELA 60 – TABELA DE CONTINGÊNCIA: SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO E O SUBDIAGNÓSTICO DA CONFUSÃO NA DOCUMENTAÇÃO

			<i>Subdiagnóstico da Confusão</i>		
			Sim	Não	Total
<i>Subdiagnóstico da Confusão na Documentação</i>	Sim	n	9	5	14
		%	64,3	35,7	100
	Não	n	0	97	97
		%	0	100	100
Total			9	102	111
			8,1	91,9	100

Feita a apresentação dos dados e sua subsequente análise, considera-se que os objectivos deste estudo foram atingidos, dado que a informação apurada permitiu conhecer o grau de Documentação da Confusão produzido pelos membros da equipa de saúde, sobre os doentes confusos.

A *Documentação do Problema* e a determinação do seu grau, bem como a identificação da *Documentação de Intervenções de Enfermagem* foram aspectos passíveis de serem analisados e deste modo determinou-se o grau de subdocumentação associado à concepção e produção de cuidados centrados no fenómeno em estudo. A identificação da *Percepção dos Enfermeiros* e a informação fornecida pelos mesmos resultou num enriquecimento do próprio estudo, permitindo clarificar os casos de confusão subdiagnosticados de forma mais precisa.

4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No ponto anterior foram delineados e apresentados os dados que emergiram da análise estatística. Neste momento, apresenta-se a discussão e a interpretação dos mesmos, relacionando-os entre si e comparando-os com estudos previamente realizados, dentro do domínio da confusão e do subdiagnóstico da confusão. Num segundo momento, realizar-se-á uma apreciação desses dados, onde são realçados os aspectos mais significativos desta pesquisa e onde serão tecidas algumas considerações, apontando quais as implicações para a prática de enfermagem.

A aplicação da Escala da Confusão NEECHAM permitiu determinar, nos doentes a que se teve acesso, aqueles que apresentavam algum grau de Confusão e desta forma obter-se a amostra em estudo e explorar as características da mesma. Dos 552 doentes a que se teve acesso, 112 doentes encontravam-se confusos. Exclui-se um destes doentes (por razões já explicadas no ponto - 3.2.3.1), ficando-se com uma amostra de 111 doentes.

A globalidade dos estudos desenvolvidos na área da confusão inclui apenas os indivíduos de 65/70 anos ou mais de idade ^(50; 52; 55; 75). A idade média dos doentes envolvidos no presente estudo foi de 75,6 anos mas, 15,3% tinham uma idade inferior a 65 anos. Pensa-se que o não estabelecimento de uma idade mínima de inclusão, possa ter feito com que a média de idades dos doentes confusos seja ligeiramente inferior aos valores encontrados na maioria dos estudos realizados.

O estudo de Crawley e Miller ⁽¹⁴⁾ foi, dos trabalhos encontrados, o que mais se aproxima do nosso estudo, dado que a média de idades dos doentes confusos era de 76 anos. Já o estudo de incidência de Dai *et al.* ⁽⁵⁴⁾ também apresenta uma média de idades relativamente próxima dos valores atrás mencionados, mais especificamente de 77,7 anos de idade, com um desvio padrão de 6,9.

Na generalidade, a média de idades dos doentes confusos não é uniforme, verificando-se diferenças de estudo para estudo. Contudo, a maioria, dos doentes confusos apresentam uma média ligeiramente superior aos valores anteriormente referidos, mais concretamente na ordem dos 80 anos ou até mais. A título de exemplo, no estudo de Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾ a média de idades foi de 84 anos (desvio padrão de 6,5), já no estudo de Cole *et al.* ⁽⁹¹⁾ foi de 80,8 anos, com um desvio padrão de 8,2.

Em relação ao sexo dos elementos da nossa amostra, 52,3% dos doentes são do sexo masculino, os restantes 47,7% são do sexo feminino. Em termos de proporção de sexo feminino e sexo masculino, apura-se que esta proporção está em concordância com alguns dos estudos já elaborados. Todavia, verificaram-se algumas variações, facto que é interpretado, dada a especificidade de cada população de acesso.

Crawley e Miller⁽¹⁴⁾ verificaram, no estudo que desenvolveram, que 57,9% dos doentes confusos eram do sexo masculino e os restantes do sexo feminino. Rapp⁽⁸⁾ menciona que a característica “sexo masculino”, pode ser um factor de risco da confusão. No entanto, acrescenta que este aspecto é uma dedução, visto não ter encontrado a existência de uma relação significativa entre ambos.

No que se refere à patologia que motivou o internamento do doente regista-se que as patologias mais frequentes foram as do foro circulatório com 26,1%, seguindo-se as doenças do aparelho respiratório com 22,5%. McCusker *et al.*⁽⁹²⁾, registaram igualmente que as patologias cardiovasculares e respiratórias foram as mais frequentes nos doentes confusos do seu estudo, mais especificamente 23% e 20% dos doentes padeciam deste tipo de doenças. O conhecimento a este respeito é de que, as doenças do foro circulatório e respiratório são possíveis patologias etiológicas desta síndrome, dados os mecanismos fisiopatológicos frequentemente afectados na decorrência das mesmas^(8; 11).

Em termos de distribuição dos doentes da amostra pelos serviços, verificou-se que 69,3% dos doentes, ou seja, 77 dos 111 doentes confusos se concentram em três tipos de serviços: 39,6% (n=44) dos doentes nos Serviços de Medicina, 19,8% (n=22) nos Serviços de Neurologia e 9,9% (n=11) nos doentes nos Serviços de Ortopedia. Estes dados parecem-nos concordantes com os dados teóricos da confusão. Os serviços de Medicina dada a alta incidência de doente idosos, os de Ortopedia dada a grande associação das fracturas aos estados de confusão e ainda os serviços de Neurologia dada a prevalência de doenças demenciais que são um grande factor de risco desta síndrome.

No presente estudo, com o objectivo inicial de se conhecer o grau de documentação produzido pela equipa de saúde referente aos doentes que desenvolveram confusão, durante o internamento hospitalar foram efectuadas análises sucessivas. A primeira documentação a ser analisada a nível do Processo clínico foi a *Documentação do Problema*, seguindo-se a análise à *Documentação de Intervenções de Enfermagem* e

posteriormente o registo dos casos de *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*. Após o conhecimento destes casos, procedeu-se à análise da *Percepção do Enfermeiro* sobre a condição do doente confuso, identificando-se por fim o *Subdiagnóstico da Confusão*. Os resultados destas observações serão seguidamente discutidos *per se*.

O *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*, mais precisamente a não *Documentação do Problema* e a não *Documentação de Intervenções de Enfermagem* corresponde a 12,6% dos casos. Desta forma regista-se que 87,4% dos doentes tinham documentação associada ao seu estado de confusão. Sendo este o grau de documentação dos doentes confusos em estudo.

Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾, recorrendo a uma metodologia semelhante ao presente estudo, identificaram o grau de documentação presente nos doentes confusos da sua amostra, tendo em conta a menção do diagnóstico (*delirium* ou o uso de sinónimos) e/ou sintomas do mesmo. Perante as suas análises, registaram valores de subdocumentação significativamente altos, na ordem dos 50% até aos 87,5%. Na realidade, estes valores de subdocumentação do estudo de Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾ são mais altos do que os encontrados neste estudo, mesmo tendo apenas em consideração o Subdiagnóstico do Problema na Documentação (ou seja, a não *Documentação do Problema*) que ronda os 13,5% (n=15).

Inouye *et al.* ⁽⁷⁸⁾, com um objectivo semelhante, encontraram valores de subdocumentação bastante inferiores aos apurados por Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾, embora ainda superiores aos obtidos no nosso estudo. Os valores de subdocumentação, tendo por base a referência ao diagnóstico, sintomas ou ainda indicadores clínicos de confusão, foram na ordem dos 28%.

Perante a análise dos dados obtidos nos estudos de Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾ e de Inouye *et al.* ⁽⁷⁸⁾, os valores de documentação apurados no nosso estudo surgem como satisfatórios. Concretamente, cerca de 42% dos doentes da amostra têm documentação dentro da dimensão semântica “Confusão”, sendo de realçar, que num desses doentes o conceito utilizado para a descrição do diagnóstico foi o termo *delirium*. Este diagnóstico foi estabelecido por um médico psiquiatra que, dada a situação crítica do doente, foi contactado de urgência.

A verdade é que estes dados estão em conformidade com o que é frequentemente referido pelos investigadores que se interessaram por esta matéria, isto é, que os

profissionais de saúde não estão sensibilizados para o problema, dado que, na maior parte das vezes não estabelecem o diagnóstico da situação, nem têm como promover um reconhecimento precoce, prevenção e o tratamento da mesma ^(28; 63).

A *Documentação do Problema* incluiu os sinónimos de *delirium/confusão* e sintomas. Alguns dos sintomas são: “agitação”, “agressividade”, “hipo e hiperactividade”, “perturbações da atenção”, “do estado de alerta” e “alterações do discurso”, mas também indicadores clínicos com os seguintes descritores de comportamento: “tentativa de levantar”; “arranca cateter”; “desposiciona-se frequentemente no leito”. A *Documentação de Intervenções de Enfermagem* direccionadas para os sintomas e indicadores clínicos também foi valorizada, como é exemplo: “as medidas de segurança”, “a promoção da comunicação”, “o colaborar com a família” e “o contactar médico”.

Ao nível da *Documentação do Problema*, os indicadores clínicos/sintomas referidos com maior frequência centram-se nas dimensões: “Actividade psicomotora” presente em 66,7% dos doentes; o “Comportamento interactivo” em 62,2% dos doentes, seguindo-se as perturbações da “Orientação” em 52,3%, e da “Consciência” em 51,4%. Dentro da categoria “Capacidade para comunicar” também foi frequente a menção a vários descritores, pois cerca de 44,1% destes doentes, tiveram algum registo que demonstra alguma alteração a este nível.

Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾ examinou a documentação do *delirium* nos registos de enfermagem e nas notas médicas de doentes confusos. Nas notas médicas não encontraram nenhuma menção a este diagnóstico. Nas notas de enfermagem foi encontrada documentação referente a este estado cognitivo. Os termos de diagnóstico utilizados por estes profissionais foram a “confusão” e a “confusão aguda”. Para além da menção a esses termos, encontraram cerca de 22 diferentes sintomas e indicadores clínicos de hiperactividade/hipoactividade. Como é exemplo: o “desassossego”, registado em 13,5% dos casos e o “incomodar-se com os materiais” em 10,4%. Dentro do contexto do comportamento hipoactivo, verificaram que os termos mais utilizados foram o “quieto” em 9,4% das situações, seguindo-se com 5,2% a “sonolência”.

Perante os dados presentes nos processos clínicos também se constatou que a maioria da documentação relativa aos doentes confusos, da amostra em estudo, emerge do processo de enfermagem. Para além deste aspecto, nesta documentação encontra-se muito o uso

de indicadores clínicos descritores do comportamento ou das actividades executadas pelo doente, como: “fez tentativa de levantar”, “retirou acesso venoso” “recusa posicionamentos”, “arrancou sonda vesical”, “caiu do leito”. Isto deve-se provavelmente ao contacto mais assíduo destes profissionais com o doente, que permite identificar mais facilmente estes indicadores clínicos. Esta constatação é também uma das conclusões do estudo de Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾, ou seja, de facto são os profissionais de enfermagem que descrevem frequentemente os sintomas e /ou os indicadores clínicos associados ao estado de confusão. No entanto, mencionam que os mesmos mostram dificuldade em estabelecer o diagnóstico desta situação clínica. Acrescentando, que esta limitação poderia ser facilmente ultrapassada, se os profissionais implementassem uma prática sistemática e estandardizada de avaliação do estado mental do doente potencialmente vulnerável a esta síndrome.

Pelo estudo dos critérios de diagnóstico da confusão, sabe-se que a perturbação da atenção é uma característica major desta síndrome e, tal como Cole *et al.* ^(34 p. 72) explicam no seu trabalho: “Only attention has been considered consistently to be a standard indicator of *delirium*”. No nosso estudo a documentação de problemas associados às alterações da “Atenção” esteve presente em apenas 12,6% dos casos. Já no estudo de Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾ a alteração da atenção nunca foi documentada. A este respeito, os autores referem que a desordem da atenção, embora não sendo uma característica facilmente descrita e compreendida, é uma perturbação muito frequente e consistentemente encontrada nos doentes confusos ⁽⁵³⁾.

Adicionalmente, os indicadores “início rápido e flutuação dos sintomas”, que são um dos critérios de diferenciação do diagnóstico de confusão, a nível da documentação analisada, nunca foram aspectos identificados. Tal também aconteceu no trabalho de Milisen *et al.* ^(53 p. 28) – “feature of *delirium*, such as onset and course of syndrome, were never documented”.

A falta de documentação no âmbito das perturbações de memória é, a título de exemplo, mais uma das lacunas detectadas no nosso estudo. Cole *et al.* ⁽³⁴⁾ mencionam que a avaliação do estado confusional deve compreender a orientação, a atenção e o exercício da memória. Todavia, na análise documental, os problemas de alteração dos processos de memória nunca foram documentados.

A evidência mostra ainda que os distúrbios de percepção nos doentes confusos, onde se incluem as ilusões e alucinações, podem ocorrer entre 30% a 75% dos casos ^(16; 33). Provavelmente ocorreu, mais uma vez, uma subdocumentação desta perturbação, dado que o valor de problemas documentados neste contexto é bastante inferior. Pois, só 5,4% dos doentes é que tinham documentação na dimensão Percepção.

O estudo conduzido por Gottlied *et al.* (1991), revelou que o grupo de sujeitos diagnosticados como tendo *delirium* apresentaram, em 100% dos casos, perturbação da consciência, desorientação e diminuição da memória. Em todos os casos, estes sintomas surgiram num curto período de tempo e ainda tenderam a flutuar no decorrer do dia. Por sua vez, as perturbações do sono e do discurso, bem como as mudanças psicomotoras, ocorreram em 96%, 76% e 93%, respectivamente (Gottlied *et al.*, 1991 cit. por Cole *et al.* ⁽³³⁾).

Neste sentido, a confusão mostra ser uma síndrome que apresenta características/critérios claramente definidos. Perante os valores de documentação em certas dimensões, é-nos permitido afirmar a existência de uma subdocumentação das mesmas, isto porque algumas características da confusão (alterações do processo da atenção, início rápido e flutuação dos sintomas, bem como alterações da memória) foram aspectos nunca ou muito pouco documentados. Porém, o que nos parece claro é que as características comportamentais como a agressividade, a actividade psicomotora, a não participação nos cuidados, as perturbações do discurso e a desorientação são os aspectos mais facilmente observados e, por isso mesmo, foram os mais documentados pelos profissionais de saúde. Portanto, se é evidente a existência de casos subdocumentados, o contrário também acontece, ou seja, situações nas quais a descrição do estado de confusão foi até exaustiva. Dado que algumas descrições envolveram o uso de vários indicadores e/ou sintomas, a razão que nos parece justificar estes casos são os estados comportamentais mais agressivos, agitados e pouco colaborantes. Estes dados vão ao encontro do referido por Spiller e Keen ⁽³⁹⁾, quando mencionam que a confusão hiperactiva é a mais facilmente reconhecida já que os doentes com este tipo de confusão apresentam sintomas mais “expressivos”. Já Milisen *et al.* ⁽⁵³⁾ verificaram que os sintomas da confusão hiperactiva foram os mais documentados, em contraste com os sintomas que caracterizam a confusão hipoactiva.

Ainda dentro desta linha de pensamento, Inouye *et al.* mostraram que, a presença de um comportamento hipoactivo por parte do doente confuso é um dos maiores factores de risco para o subdiagnóstico desta síndrome (Inouye *et al.*, 2001 cit. por Kiely *et al.* ⁽⁹³⁾). Em casos deste tipo, os sintomas são pouco evidentes e a aferição do diagnóstico, bem como a análise destas características (como a atenção), tornam-se num aspecto pouco observado – “Both medical and Nursing records showed poor documentation and underdiagnosis of *delirium*” ^(53 p. 23).

Spiller e Keen ⁽³⁹⁾, com o objectivo de identificarem a prevalência do *delirium*, bem como a dimensão dos subtipos do mesmo num total de 100 participantes, apuraram que 29 apresentaram *delirium* no momento da admissão hospitalar, 25 dos quais (o que corresponde a 86%) tinham *delirium* hipoactivo e os restantes 4 *delirium* “misto”. Registou-se assim, que nenhum dos 29 participantes desenvolveu *delirium* hiperactivo. Na avaliação que realizaram no 7º dia, apenas restavam 73 participantes. Destes, 19 mantinham *delirium*, 13 revelavam características de *delirium* hipoactivo, 4 de *delirium* hiperactivo e os restantes *delirium* misto. Portanto, partindo destes dados, o estado de confusão hipoactiva mostra ser um subtipo muito frequente nos estados confusionais, sendo simultaneamente o que mais facilmente fica subdiagnosticado.

A dimensão do *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*, quando comparado com os valores de subdiagnósticos de outros estudos, é expressivamente mais baixo. No entanto, tendo também em conta a evidência desses estudos é quase certo que existiu uma subdocumentação dos problemas associados ao estado de confusão, em domínios como o processo de atenção, da memória e da percepção, assim como na documentação do próprio diagnóstico. Estes dados vão ao encontro do referido por alguns autores quando mencionam que os sintomas de confusão são de difícil reconhecimento e que a avaliação contínua do estado cognitivo do doente confuso é um cuidado muito pouco praticado ^(5; 76).

A *Documentação de Intervenções de Enfermagem* enquadrou-se nas acções: “Assistir”, “Prevenir”, “Relacionar”, “Distribuir”, “Organizar”, “Avaliar” e “Remover”. As mais documentadas enquadram-se no tema “Organizar”, mais especificamente, a intervenção “Imobilizar com dispositivos de imobilização” que foi documentada em 44,1% dos doentes, seguindo-se o “Imobilizar com grades”, presente em 37,8% dos doentes da amostra.

Fick e Foreman ⁽⁷⁰⁾ verificaram que 67% dos doentes que se apresentaram confusos estiveram, em algum momento do internamento, restringidos fisicamente. Também Young e George ⁽²⁸⁾, no estudo que conduziram, constataram que 36,2% dos doentes confusos estiveram, em algum momento, imobilizados com grades. Além disso, mostraram que este processo de cuidado, ou seja, a imobilização, está significativamente associada a maus resultados, como a mortalidade, as quedas e as úlceras de pressão.

O uso de restrições é algo controverso e pouco aconselhado, já que pode resultar em danos para o próprio doente, aumentar a sua agressividade e agitação e ainda promover o aumento da severidade da própria confusão ^(28; 37; 69). No entanto, as intervenções no domínio das imobilizações foram as mais documentadas, correspondendo, mais concretamente a 67,9% do total da documentação neste contexto.

Segue-se a intervenção “Administrar medicação”, presente na documentação de 14,4% dos casos e a intervenção “Promoção da comunicação” em 5,4%. As intervenções no domínio “Prevenir”, ou seja, a “Prevenção de quedas” e as “Medidas de Segurança”, apresentaram baixa frequência, pois ambas foram documentadas apenas uma vez.

No geral, regista-se ainda que 59,5% dos doentes têm *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, em que o máximo de intervenções em diferentes domínios foi de cinco por doente.

Intervenções no contexto da detecção precoce dos factores de risco da confusão, implementação de instrumentos para uma avaliação cognitiva sistemática, prevenção da confusão ou o tratamento de complicações foram estratégias nunca documentados, tendo em conta os dados encontrados, no nosso estudo. Não se observou igualmente a existência de intervenções no domínio da reorientação para a realidade, técnicas de validação e gestão do ambiente. Young e George ⁽²⁸⁾ analisaram o teor de cuidados proporcionados por cinco hospitais centrais ingleses e concluíram que esta condição clínica, a confusão, não foi convenientemente abordada, dado o uso de altos níveis de sedação e de grades nos leitos, as transferências frequentes destes doentes dentro das enfermarias e ainda a constatação de falhas no uso das técnicas de orientação.

Deste modo, tendo por base os dados encontrados no contexto das intervenções e tendo em conta a evidência de outros estudos, considera-se que o doente que apresente como

resposta, à sua situação clínica, episódios de confusão não está sujeito a um cuidado sistemático nem profissionalizado.

Tal como se supôs *a priori*, a análise da *Percepção do Enfermeiro* em relação ao estado de confusão do doente, permitiu complementar a informação extraída dos processos clínicos destes doentes e, simultaneamente, identificar a percepção destes profissionais sobre o fenómeno “Confusão”. Através da avaliação feita aquando da entrevista, 69,4% dos doentes da amostra foram caracterizados como tendo algum problema associado ao estado de confusão. No entanto, os focos descritores mais utilizados pelos enfermeiros para caracterizarem o doente confuso não são os mais documentados a nível dos processos clínicos desses mesmos doentes. As categorias mais frequentes foram a: “Orientação” mencionada em 34,2% dos casos, a “Confusão” em 28,8%, “Actividade psicomotora” em 10,8% e em outros 10,8% dos casos o “Comportamento interactivo”. Desta forma, se tivéssemos em consideração apenas a *Percepção do Enfermeiro* sobre a condição do doente confuso, 30,6% dos doentes encontravam-se subdiagnosticados.

Para melhor compreendermos as possíveis razões que influenciaram a *Documentação do Problema* e a *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, bem como a *Percepção do Enfermeiro*, procedeu-se ao respectivo estudo estatístico, tendo em conta os atributos dos doentes, como o *Sexo* e a *Idade* e os atributos decorrentes do episódio de internamento, ou seja, a *Severidade da confusão*, *Serviço* e *Tempo de internamento*.

A *Documentação do Problema* mostrou estar significativamente relacionada com os atributos do episódio de internamento. Neste contexto, registou-se que os doentes que tinham *Documentação do Problema* apresentavam, em média, internamentos hospitalares mais longos. Uma das características que definem esta síndrome aguda é os seus períodos de flutuação. Quanto maior for o período de internamento, maior é a probabilidade de ocorrer uma interpolação de informação descrita pelos diferentes profissionais que estão em contacto com este doente. Deste modo quantos mais dias de internamento o doente confuso tem, maior é a probabilidade do seu problema de confusão ser reconhecido e documentado. Assim, a continuidade na transmissão da informação do doente confuso mostra ser um sistema frágil e pouco eficiente, o profissional detecta o problema, documenta-o, mas depois não existe uma continuidade na transmissão dessa informação. Eden e Foreman ⁽⁷⁶⁾ verificaram que o sistema de

comunicação dos profissionais que prestaram cuidados ao doente confuso, não foi suficientemente eficaz.

O grau de *Severidade da confusão* é outro atributo que influencia de forma significativa a *Documentação do Problema*. Tal também acontece com a *Documentação de Intervenções de Enfermagem* e ainda com a *Percepção do Enfermeiro*, pois ambas estão significativamente relacionadas com o grau de *Severidade da confusão* do doente.

De acordo com os *scores* encontrados na Escala da Confusão NEECHAM verifica-se que, quanto mais severa é a confusão mais rica é a *Documentação do Problema* e a *Documentação de Intervenções*. O próprio *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* está relacionado com este atributo, já que há uma maior incidência de subdiagnóstico junto de doentes que apresentem uma confusão ligeira ou início de desenvolvimento desta síndrome. No que se refere à *Percepção do Enfermeiro* regista-se ainda que a confusão do doente foi mais facilmente percebida nos casos de maior severidade.

O facto de o grau de *Severidade da confusão* influenciar o próprio diagnóstico versus subdiagnóstico prende-se ao que anteriormente já foi referenciado. Ou seja, que o reconhecimento desta síndrome, por parte dos profissionais, depende em muito das manifestações da mesma, registando-se um maior risco de subdiagnóstico, quando esta fica encoberta por sintomas pouco precisos, de fraca intensidade e flutuantes ^(16; 35; 52; 80) Crawler e Miller ⁽¹⁴⁾, com o objectivo de avaliarem a CA em idosos hospitalizados num hospital rural utilizaram a NEECHAM como instrumento de diagnóstico. Estes investigadores para além de identificarem uma subdocumentação do problema da confusão por parte da equipa de enfermagem e médica, registaram também que somente 5 dos 16 doentes com confusão severa (*score* inferior a 20 na NEECHAM) tinham o problema primário ou secundário notificado.

O *Serviço de internamento* do doente confuso mostra ser um elemento influente sobre a *Documentação do Problema* e sobre a *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, mas não sobre a *Percepção do Enfermeiro*. Neste sentido, o *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação* mostrou estar relacionado com o *Serviço de internamento* onde o doente confuso se encontra. Considera-se que, a característica e a especialidade do serviço podem influenciar a valorização do fenómeno confusão. Os serviços de Urologia, Hematologia e Cirurgia mostram taxas de *Subdiagnóstico da Confusão na*

Documentação significativamente mais altas do que as apresentadas ao nível dos serviços de Neurologia, Ortopedia e Medicina. Pensa-se que estes últimos provavelmente estarão mais atentos à problemática da confusão. Nos serviços de Neurologia porque existe uma alta incidência de patologias demenciais como Alzheimer e Parkinson que, por sua vez, estão muito relacionadas com a confusão. Por outro lado, os serviços de Medicina e Ortopedia, dada a alta incidência de doentes confusos, estarão certamente mais despertos para este diagnóstico e suas respectivas intervenções. Nos outros serviços, dada as especificidades médicas e os diferentes grupos etários, os profissionais, provavelmente centram os seus cuidados em outros problemas dando menos importância à concepção e ao planeamento de cuidados dentro do fenómeno da “Confusão”.

A condição *Sexo* encontra-se significativamente relacionada com a *Documentação de Intervenções de Enfermagem*, verificando-se deste modo que a proporção de homens e mulheres não é a mesma em termos de presença de *Documentação de Intervenções*. Os dados dão a conhecer que os indivíduos confusos do sexo masculino estão mais propensos a intervenções no contexto da confusão. Pois, 62,2% dos casos sem *Documentação de Intervenções de Enfermagem* pertencem ao sexo feminino e 62,1% dos casos com *Documentação de Intervenções de Enfermagem* corresponde aos doentes confusos do sexo masculino. Sabendo que 67,9% do total da *Documentação de Intervenções de Enfermagem* é na dimensão “Imobilizar”, pode-se supor que o sexo masculino foi o alvo destas intervenções.

O planeamento e concepção das intervenções de enfermagem devem estar dependentes do próprio diagnóstico: a Confusão. Porém, no âmbito dos cuidados prestados ao doente confuso e tendo em conta os dados evidenciados, podem emergir outras questões. Para além da *Documentação de Intervenções de Enfermagem* depender da *Severidade da confusão*, dependeu também do *Serviço de internamento* e ainda do factor *Sexo*.

De acordo com os conteúdos teóricos, regista-se que quanto mais severa é a confusão menos eficaz é o tratamento da mesma e mais complicações poderão resultar para o doente ⁽¹⁴⁾. Por outro lado, o conhecimento nos domínios da confusão não mostra que as intervenções têm de ser adequadas ao sexo. Perante este contexto, considera-se que o planeamento e a concepção dos cuidados centrados no doente com confusão devem ser repensados e reorganizados, em prol do bem-estar dos mesmos.

A *Documentação de Intervenções de Enfermagem* também mostrou estar significativamente relacionada com a *Documentação do Problema*. Este dado evidencia a importância da detecção do problema para a Planeamento dos Cuidados. 98,5% dos doentes que foram sujeitos a cuidados neste âmbito tinham o seu problema documentado. Contrariamente, só um doente confuso é que tinha *Documentação de Intervenções de Enfermagem* sem ter o problema documentado.

Quando se tenta compreender a relação da *Idade* com as variáveis centrais, verifica-se que a *Documentação do Problema* e de *Intervenções*, bem como a *Percepção do Enfermeiro* não mostram estar significativamente associadas a este atributo do sujeito. No entanto, regista-se que a nível destas variáveis, a média de *Idades* é ligeiramente superior para os casos documentados, isto tanto ao nível dos problemas como ao nível das intervenções, e ainda ao nível dos casos percebidos pelo enfermeiro. Por sua vez, o *Subdiagnóstico da Confusão* é que está significativamente associado ao atributo *Idade* do doente confuso. Mais objectivamente, regista-se que os casos subdiagnosticados apresentam, em média, uma *Idade* significativamente inferior aos casos em que o estado de confusão foi reconhecido. Resultados idênticos foram apurados por Kales *et al.* ⁽⁷⁹⁾, quando verificaram que o grupo dos sujeitos “sem registo de confusão”, ou seja, os que na documentação dos processos clínicos não apresentavam nenhuma evidência de confusão, eram os indivíduos com menor idade.

O *Subdiagnóstico da confusão*, para além de estar relacionado com a *Idade* também mostrou estar significativamente associado ao grau de *Severidade da confusão*, tal como todas as variáveis centrais em estudo. Neste caso, regista-se que o *Subdiagnóstico da Confusão* esteve presente sobretudo nos casos de confusão menos severa.

4.4.1 A dimensão do Subdiagnóstico da Confusão

O *Subdiagnóstico da Confusão* corresponde ao número de doentes que não tem nenhum indicador de confusão, ou seja, os casos que para além de apresentarem *Subdiagnóstico da Confusão na Documentação*, apresentam também, a nível da *Percepção do Enfermeiro*, um sub-reconhecimento da confusão. Ao partir desta concepção, determinou-se a dimensão desse subdiagnóstico, identificando-se 9 doentes, o que corresponde a 8,1% do total da amostra.

Tudo aponta para que a dimensão deste subdiagnóstico seja por defeito. Pois, presumivelmente, existe um subdiagnóstico do valor do *Subdiagnóstico da Confusão* identificado. Neste sentido, considera-se que os casos encontrados estão efectivamente subdiagnosticados, mas que outros, não identificados por nós, certamente também o estão. Esta reflexão do subdiagnóstico do *Subdiagnóstico da Confusão* assenta em vários pressupostos que passarão a ser descritos.

Primeiro porque se constatou que, o facto de haver *Documentação do Problema* não implica que a Confusão esteja identificada como alvo de cuidados. Isto porque, 7,8% dos casos percebidos pelos enfermeiros como estando confusos, não têm *Documentação do Problema* e 73,5% dos casos não percebidos tinham o problema documentado. Estes dados permitem-nos pressupor que nem todos os membros da equipa aferem o diagnóstico de um doente de igual forma e nem identificam/percebem o mesmo, acerca de um mesmo doente. Isto para além de reforçar um aspecto já mencionado, ou seja, de que os sistemas de comunicação entre os membros da equipa inter e multidisciplinar não parecem ser eficazes, também realça que avaliação do diagnóstico da confusão e seu posterior registo para o planeamento de intervenções e futuras avaliações não parecem ser um cuidado sistemático. Visto que, em certos casos, o problema estava identificado na documentação do Processo clínico do doente, mas a *Percepção do Enfermeiro* não estava em congruência com essa informação. Havendo ainda os casos de o enfermeiro ter percepção do estado do doente mas não existir documentação sobre isso.

Mas, acredita-se que existe um subdiagnóstico do *Subdiagnóstico da Confusão* identificado, também porque o grau dessa documentação (tanto no âmbito dos problemas, como no âmbito das intervenções) corresponde, em alguns casos, a um baixo número de ocorrências, chegando mesmo a ser notificado apenas um foco de atenção e/ou uma intervenção. A acrescentar a este facto, é de salientar que a avaliação do diagnóstico de confusão, na maioria das vezes, não esteve presente. A falta de documentação nesta dimensão e a subdocumentação dos problemas considerados característicos/indicadores da confusão, levantam assim a questão do sub-reconhecimento desta síndrome.

A reforçar este pensamento verifica-se que o número de casos encontrados como subdiagnosticados é muito inferior às taxas de subdiagnóstico evidenciadas em outros

trabalhos de investigação. Estas taxas podem ir desde os 32% até aos 72% (Levkoff *et al.*, 1986, Williams *et al.*, 1979, Gustafson *et al.*, 1991 cit. por Inouye⁽⁸⁰⁾; Francis *et al.*, 1988, Palmateer e McCartney, 1995 cit. por Milisen *et al.*⁽⁵³⁾).

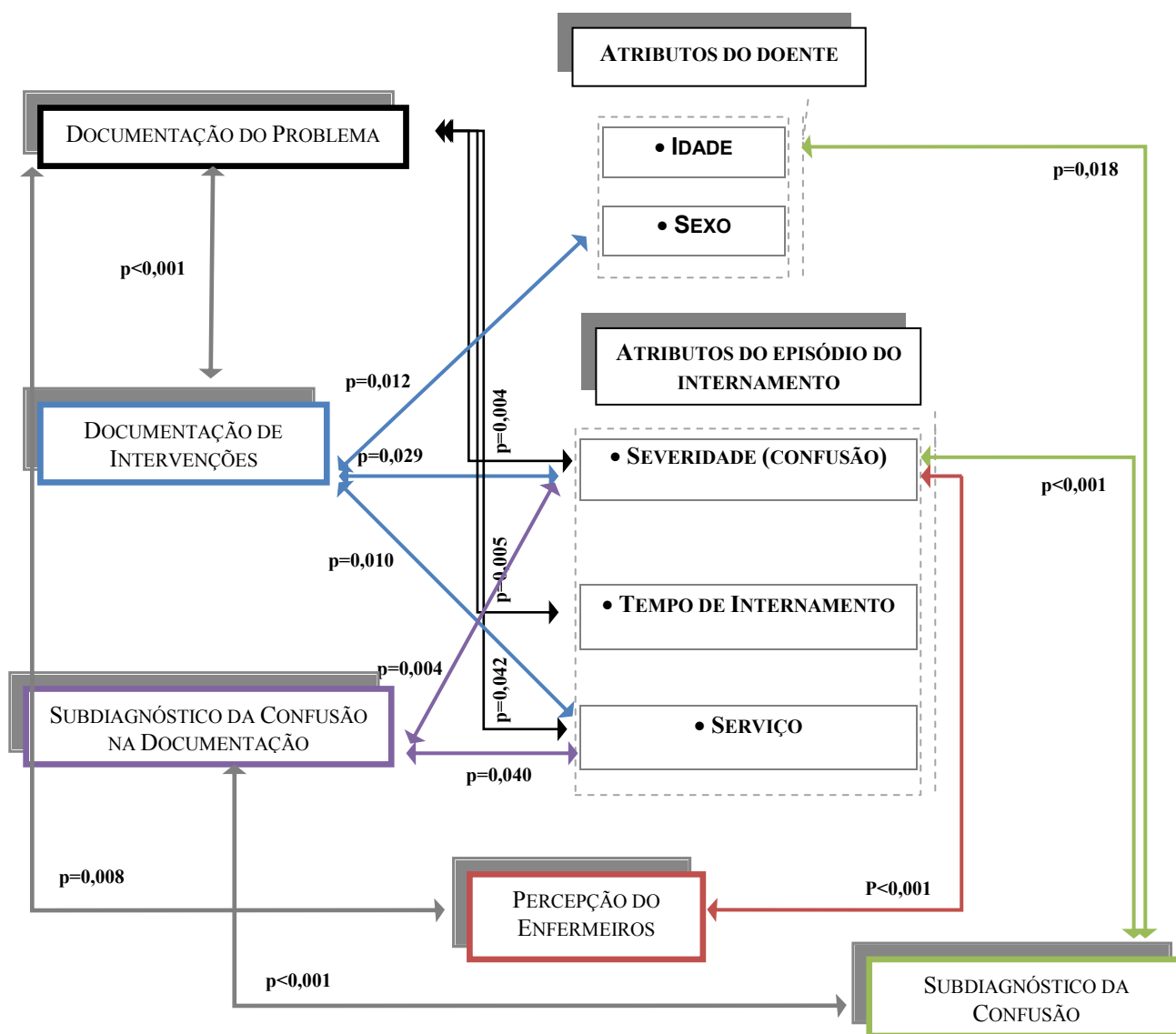


FIGURA 7 – RESULTADOS DO TRABALHO

Como enfermeira e autora do presente trabalho de investigação, considero que uma reflexão final é “obrigatória” e simultaneamente lucrativa para as considerações mais significativas deste trabalho.

A confusão do doente internado é uma questão que merece a atenção da enfermagem, aspecto que é reforçado pelo tamanho da amostra. Sendo de salientar que num *cohorte* transversal a 31 serviços, foram identificados 112 doentes confusos.

No âmbito da documentação da confusão ao nível dos processos clínicos dos doentes confusos, existe sem dúvida documentação deste estado clínico. No entanto, como foi analisado, no que respeita a alguns domínios mais complexos, como a avaliação do processo de atenção e de memória, esta é por vezes escassa ou encontra-se dispersa no processo do doente. Em outras áreas, como é o caso das alterações da orientação e do comportamento a informação presente é até repetitiva, não fornecendo dados acrescidos sobre a situação clínica do doente. Verificou-se ainda que em alguns casos documentados, existe uma contínua repetição das características que aparentemente são mais evidentes para os enfermeiros, descrevendo-se que o doente “mantém-se agitado”, “mantém-se agressivo”, “mantém-se verborreico”, “mantém-se desorientado”. Por outro lado, este tipo de informação mostra-se inerte perante a inexistência de uma planificação de intervenções focalizadas no problema.

Em termos de intervenções de enfermagem, as mais documentadas centram-se, na nossa perspectiva, na resolução imediata dos problemas, como o controlo da actividade e dos comportamentos do doente confuso. Estas intervenções foram as imobilizações e a administração de medicação. Apesar desta *nuance*, este estudo, tendo em conta que 98,5% dos doentes que apresentavam *Documentação de Intervenções de Enfermagem* tinham também *Documentação do Problema*, permitiu realçar a relevância clínica da identificação dos problemas para a implementação de intervenções.

Outra questão em estudo são os casos totalmente subdiagnosticados que este trabalho permitiu identificar, mas também a conjectura que os mesmos estão certamente subdiagnosticados, existindo mais casos para além dos encontrados. Em algumas situações, os doentes têm *Documentação do Problema* mas, provavelmente, não têm a Confusão identificada como um foco de relevância para os cuidados de enfermagem.

A problemática do Subdiagnóstico da Confusão merece a atenção dos profissionais visto que a mesma é a principal barreira a um correcto julgamento clínico e a qualquer tipo de intervenção direccionada para esta resposta. O subdiagnóstico reflecte a falta de uma avaliação sistemática dos doentes idosos hospitalizados e/ou a falta de

documentação relativa à avaliação realizada, o que põe em causa a concepção e a qualidade dos cuidados.

Dado o risco acrescido dos idosos para o desenvolvimento desta síndrome é necessário, em contexto clínico, uma avaliação estandardizada e sistemática destes doentes. A questão que convém colocar é qual será a faixa etária de risco! Pelos dados encontrados no estudo, veio a constatar-se que quanto mais idoso é o doente confuso, menor é a dimensão do *Subdiagnóstico da Confusão*. Este dado pode realçar que os profissionais não estão sensibilizados para a ocorrência deste fenómeno em indivíduos menos idosos.

Grande parte dos trabalhos e dos autores que se dedicaram ao estudo do Subdiagnóstico da Confusão referem que uma das grandes questões justificativas do mesmo é a falta de conhecimentos dos profissionais, sobre a própria confusão. Mais especificamente, a falta de conhecimento sobre: as características da confusão e o seu potencial impacto no bem-estar dos doentes; os instrumentos de diagnósticos; os comportamentos ou aspectos cognitivos a avaliar.

Claro está, que o “conhecimento dos profissionais”, não constitui uma variável em estudo, mas é um factor que deve ser objecto de apreciação. Em termos de implicações para a prática, sendo a confusão uma síndrome potencialmente reversível e tipicamente transitória, considera-se que o diagnóstico precoce e a implementação de intervenções imediatas são essenciais no tratamento da mesma. Para esta intervenção precoce, os profissionais de saúde precisam de bases teóricas e práticas, que lhes permitam identificar correctamente os doentes vulneráveis, os factores de risco, e os sinais e sintomas característicos desta síndrome, para consequentemente se proceder à planificação das intervenções. O uso de instrumentos de diagnóstico, na prática clínica, para além de promover uma avaliação precisa, ajuda ainda na avaliação contínua das flutuações cognitivas e, consequentemente, na monitorização do problema, o que é essencial na planificação dos cuidados.

Como sugestões para a prática salienta-se: a formação de equipas de saúde nos domínios da confusão; a introdução de instrumentos de diagnóstico, no contexto dos cuidados, que promova a avaliação cognitiva do doente sujeito a esta síndrome; a consciencialização de que, uma vez avaliada, a confusão deve ser documentada para que outros profissionais possam planificar e implementar intervenções e para que avaliações efectivas ao tratamento em curso sejam realizadas.

Neste contexto, considera-se que a mudança dos cuidados em enfermagem orientados para a confusão é necessária, dada a relevância deste fenómeno para os enfermeiros. Sabendo *a priori* que a mudança não acontece, por si só. Urge reorientar, investir e profissionalizar esta área, para que cuidados de qualidade sejam prestados às pessoas, que ao longo do seu processo de vida, estão susceptíveis a esta resposta humana - a Confusão.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

Dentro do fenómeno Confusão a bibliografia é consensual, mencionando que o doente confuso sofre um prejuízo na sua capacidade de julgamento e de memória, sendo incapaz de tomar decisões congruentes e seguras. Isto ocorre devido à sua desorientação, à pouca ou nenhuma atenção e a erros de percepção.

Pelas informações extraídas dos vários processos clínicos dos doentes confusos ficou claramente evidenciada a desorganização do comportamento destes sujeitos, que põe em risco a sua própria segurança: “... *Mantém-se muito conflituosa, teimando em fazer tentativa de levante sucessivo.*”; “...*doente fez levante, mesmo com grades elevadas, sendo encontrada no chão...*”(ID195); “*Doente não colaborante tendo exteriorizado a sonda vesical e cateter periférico. Foi realgaliado e repuncionado, mas voltou a exteriorizar cateter periférico e a sonda vesical, com verborreia intensa e agitação motora. Foi imobilizado por prevenção, mas o doente retirou as imobilizações e referiu recusar qualquer tratamento. Manteve-se levantado na cadeira, sem qualquer tratamento em curso...*”(ID243); “*Doente mantém-se agitado tendo feito algumas tentativas de levante... Doente que saiu da cama, entre a cama e as grades e, como estava imobilizado do antebraço direito, ficou sentado no chão com o antebraço garrotado*”(ID269).

Se estes indicadores clínicos que caracterizam o doente confuso são preocupantes, os problemas de saúde resultantes desta síndrome não são menos alarmantes. Estes problemas de saúde são actualmente conhecidos e foram divulgados por vários investigadores que se interessaram por esta matéria. Deste modo, deram-nos a conhecer

que os doentes sujeitos a episódios de confusão durante o internamento, estão mais vulneráveis às quedas, a incontinência urinária, infecções, úlceras de pressão, aumento do risco de reinternamento hospitalar, mais dependência para AVD e um decréscimo no seu nível de saúde.

No campo das intervenções, podemos questionar-nos sobre a eficácia das mesmas, tendo em conta os resultados dos estudos direccionados para a confusão, em especial no que respeita a intervenções multidisciplinares direccionadas especificamente para o tratamento desta síndrome. Estas intervenções mostram resultados muito pouco efectivos quando os episódios de confusão já se encontram “instalados”. Já as intervenções no âmbito preventivo evidenciam resultados efectivos a nível clínico e potenciais efeitos estratégicos na redução da incidência da confusão.

A enfermagem, como actividade profissional que subentende um contacto permanente com o doente internado, deve integrar um cuidado profissionalizado e sistemático para todos os doentes que apresentem susceptibilidade de, ao longo do internamento, desenvolverem estes episódios. Para além do mais, o contacto permanente entre os enfermeiros e o doente e familiares resulta numa mais-valia no despiste de alterações comportamentais. Neste sentido, existe a necessidade de se promover e reorganizar os cuidados (de destacar o caso da gestão do ambiente hospitalar) em consonância com as necessidades de cada doente. A equipa de enfermagem pode, ainda, assumir uma posição de *pivot* no seio da equipa multiprofissional, promovendo a articulação dos diferentes profissionais em prol do bem-estar destes doentes. Desta forma, pode assegurar-se uma minimização dos efeitos da confusão sobre o indivíduo e promover a sua rápida recuperação.

Importa ainda mencionar que um processo de avaliação que permita reconhecer precocemente tanto os casos de risco como os casos de confusão deve ser um cuidado programado, dado que a eficiência das intervenções direccionadas para os estados confusionais decresce quanto maior for a severidade da mesma.

Neste estudo, ficou muito claro que a avaliação cognitiva não é um cuidado usual. Após o escrutínio feito à documentação dos processos clínicos relativos aos doentes confusos, verificou-se que a informação surge dispersa, havendo por vezes interpolação da mesma, tanto no âmbito dos sintomas, como dos indicadores clínicos.

Emerge deste estudo o facto de a própria *Severidade da confusão* condicionar a *Documentação do Problema* e de *Intervenções de Enfermagem* e a própria *Percepção do Enfermeiro* e deste modo a dimensão do *Subdiagnóstico da Confusão*. Mas, se por um lado, a *Severidade da confusão* mostrou ser um factor capaz de influenciar o próprio reconhecimento desta síndrome, a questão da *Idade* do sujeito confuso também parece ser um aspecto a considerar, pois o *Subdiagnóstico da Confusão* mostrou ser influenciado por esta característica do indivíduo. Litton ⁽⁴²⁾ refere que a confusão é vista como um estado “totalmente comum” à população idosa hospitalizada. Daqui se depreende que quanto menor é a idade maior poderá ser a subdocumentação e subsequentemente o subdiagnóstico da situação, num grupo de doentes que revele sofrer desta síndrome, mas que não pertença à tal população “dita” idosa. Já que, no nosso estudo, a média de *Idades* para os sujeitos subdiagnosticados é significativamente mais baixa, que os casos documentados.

Pelos dados em estudo, é também possível verificar uma associação entre a *Documentação do Problema* e o *Tempo de internamento* hospitalar, mais especificamente, os casos documentados apresentam, em média, internamentos hospitalares mais longos. O *Serviço* onde o sujeito foi internado também condicionou o próprio despiste e aferição do estado de confusão. Por sua vez, o próprio *Sexo* do doente mostra ser um factor decisivo das intervenções a que o doente confuso está sujeito.

Numa análise mais pormenorizada das intervenções de enfermagem documentadas, registam-se que, as mais frequentes se encontram no domínio do controlo da actividade e dos comportamentos do doente confuso, onde as intervenções “Imobilizar com grades” e “Imobilizar com dispositivos de imobilização” foram as intervenções mais documentadas. No entanto, intervenções preventivas, que tenham como objectivo actuar antes que o fenómeno ocorra, nunca foram registadas. A actuação, tendo por base o uso de normas ou um protocolo no sentido de um cuidado profissionalizado e uniformizado no seio da equipa, também nunca se mostrou evidente durante a análise realizada à documentação.

A problemática do Subdiagnóstico da Confusão recai no paradigma de que a confusão é uma síndrome pouco entendida pela comunidade clínica e, por isso mesmo, pouco valorizada. Este Subdiagnóstico mostra ser uma questão sobre a qual se deve reflectir, pois o presente estudo revelou que cerca de 8,1% dos doentes com confusão não foram

identificados como tal, assim como nenhuma intervenção terá sido direccionada para os sintomas ou para os indicadores clínicos desta síndrome.

A incidência da confusão pode ser um reflexo da excelência dos cuidados prestados à população hospitalizada. Tal como referem Inouye *et al.* ⁽⁷⁸⁾, a confusão, sendo uma situação clínica muito frequente e de causa iatrogénica, pode servir como um indicador de qualidade dos cuidados prestados à população idosa hospitalizada.

Por tudo o que foi anteriormente referido, considera-se que os dados referentes ao presente estudo, salientam a importância de se estabelecer o melhor julgamento clínico, para a consequente implementação de intervenções planeadas e direccionadas, cuja intencionalidade é acima de tudo a promoção da saúde do doente vulnerável a esta síndrome.

No sentido de fomentar a mudança do paradigma dos cuidados prestados ao doente confuso, tendo por base os conhecimentos que adquirimos, propõe-se um incremento formativo direccionado para os profissionais de saúde. É de realçar que, no contexto dos estudos realizados, as intervenções que evidenciaram resultados mais efectivos foram não só as que surgiam aliadas a estratégias preventivas, mas também os estudos centrados em programas educacionais estruturados e direccionados para a equipa multiprofissional. Apesar da validação das intervenções direccionadas para a confusão ser um assunto pouco assente em evidências, existe contudo um conjunto de atitudes e procedimentos que minimizam as taxas de incidência, a duração e os efeitos nefastos desta síndrome.

Enquanto esta mudança da prática não ocorrer, os cuidados ao doente com episódios de confusão serão um cuidado pontual e baseado no senso comum. Paralelamente, a questão do subdiagnóstico desta síndrome continuará a resultar em danos para o doente e seus familiares, bem como para todo o sistema de saúde em geral.

Sabemos que cada trabalho de investigação realizado individualmente não tem respostas concretas nem definitivas. O presente trabalho não representa uma excepção. No entanto, considera-se que o mesmo dá um contributo significativo para a compreensão da problemática do Subdiagnóstico da Confusão. Espera-se igualmente que o mesmo venha a servir de base para outros trabalhos de investigação que tenham como intuito o aumento do corpo de conhecimentos nos domínios desta síndrome.

Considera-se ainda que a metodologia utilizada, no que concerne à problemática em estudo, respondeu adequadamente aos objectivos propostos e às hipóteses estabelecidas. Tendo por verdade que a estatística nunca dá certezas, apenas probabilidades baseadas em pressupostos, desenvolveu-se uma apurada pesquisa bibliográfica através da qual se delineou o enquadramento teórico do estudo. Este enquadramento revelou-se de grande importância, dado que os resultados estatísticos são, por si só, espúrios e, sem este enquadramento a discussão e a conclusão do trabalho não seriam possíveis.

Relativamente às limitações do presente estudo, considera-se que a maior limitação foi a falta de experiência por parte do investigador, pois foram muitas as dificuldades, dúvidas e incertezas encontradas ao longo do caminho realizado. Contudo, agora que essas dificuldades foram superadas, prevalece a consciência que as mesmas terão sido um motor para o desenvolvimento de novos conhecimentos e experiências na área da investigação em enfermagem.

O planeamento do processo de investigação foi inicialmente de difícil conceptualização. Por sua vez, a recolha de dados foi um processo muito gratificante, não só pela oportunidade de intercâmbio com outros profissionais de enfermagem, mas também porque essa recolha de dados trouxe um conhecimento acrescido em relação ao tema abordado neste trabalho. O tratamento da informação extraída e a tradução dos números para informações palpáveis foram tarefas morosas e de difícil execução, no entanto vieram a constituir uma experiência frutífera. Foi esta actividade que permitiu comparar e filtrar os dados, fornecendo bases sólidas de argumentação.

No percurso realizado, foram muitos os conhecimentos adquiridos. Porém, em termos práticos, considera-se que toda a solução é provisória e se novos conhecimentos surgem, também as situações devem ser reavaliadas e modificadas. Sendo a abordagem científica o método mais sofisticado para a aquisição de conhecimento e crescente afirmação profissional, considera-se que investir na área da confusão é assim uma necessidade. Neste sentido, serão mencionadas sugestões a serem exploradas e desenvolvidas no futuro:

- Estudos epidemiológicos em diferentes contextos de cuidados e em diferentes unidades de cuidados, como em hospitais e unidades de retaguarda, onde se incluem as unidades de cuidados continuados e os lares;

- Estudos direccionados para a validação de intervenções de enfermagem que proporcionem a criação de futuros *guidelines* de actuação;
- Estudos centrados em ganhos em saúde resultantes de intervenções direccionadas e profissionalizadas no cuidado a estes doentes quer no contexto de cuidados agudos ou pós-agudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Kohn, Linda, Corrigan, Janet and Donaldson, Molla.** To err is human: building a safer health system. *Institute of Medicine. Washington DC: The National Academies Press.* 2000.
2. **Clancy, Carolyn, Farquhar, Mary e Sharp, Beth.** Patient Safety in Nursing Practice. *Journal Nurs Care Qual.* 2005, Vols. 20, n.º3, pp. 193-197.
3. **Oliveira, Jacinto.** Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a Segurança dos Cuidados - Perspectivas do Conselho Directivo. *Ordem dos Enfermeiros.* 2007, Vol. 24, pp. 15-19.
4. **Fragata, José e Martins, Luís.** *O erro em medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade.* 1ª edição. Coimbra : Almedina, 2005. ISBN 972-40-2347-8.
5. **Neelon, Virginia J., et al.** The Neecham - Confusion Scale: Construction, validation and Clinical testing. *Nursing Research.* 1996, Vol. 45, pp. 324-330.
6. **Sundeen, Sandra J.** Respostas Cognitivas e Transtornos Mentais Orgânicos. [autor do livro] Gail Stuart e Michel T Laraia. [trad.] Dayse Batista. *Enfermeria Psiquiátrica: principios e prática.* 6ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 2001, p. 958.
7. **Lipowski, Z. J.** Transient cognitive disorders (delirium, acute confusion states) in the elderly. *Am J Psychiatric .* 1983, Vol. 140, pp. 1426-1436.
8. **Rapp, Carla Gene.** Acute Confusion/Delirium Protocol. *Journal of Gerontology Nursing .* 2001, Vol. 27 (4), pp. 21-33.
9. **Mccurren, Cynthia e Cronin, Sherill Nones.** Delirium: Elders Tell: Their Stories and Guide Nursing Practice. *Medsurg Nursing.* 2003, Vol. 12 (5), pp. 318-323.
10. **Cacchione, Pamela Z.** Four acute confusion assessment instruments: reliability and validity for use in Longo Term Care Facilities. *Journal of Gerontological Nursing.* 2002, Vol. 28 (1).
11. **American Psychiatric Association.** Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. *Am J. Psychiatry – Supplement.* 1999, Vol. 156 (5), pp. 1-20.
12. **Concelho Internacional de Enfermeiros.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: (Versão 1.0).* Genebra : International Council of Nurse, 2006. p. 210 . ISBN: 972-98149-5-3.
13. **Kaplan, Harold e Sadock, Benjamim J.** *Compêndio de psiquiatria dinâmica -.* [trad.] Helena Mascarenhas de Sousa et al. 3ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984. p. 943.
14. **Crawley, Elizabeth J. e Miller, Judy.** Acute confusion among hospitalized elders in a rural hospital. *Medsurg Nursing.* 1998, Vol. 7 (4), pp. 199-206.
15. **Twedell, Diane.** Delirium. *The Journal of Continuing Education on Nursing.* 2005, Vol. 36 (3), pp. 102-103.
16. **Lipowski, Z. J.** Delirium in the elderly patient. *The new England Journal of Medicine .* 1989, Vol. 320 (9), pp. 578-582.

17. **Maluso-Bolton, Tina.** Terminal Agitation. *Journal of Hospice & Palliative Nursing.* 2000, Vol. 2 (1), pp. 9-20.
18. **Blanchette, Heather.** Assessment and Treatment of Terminal Restlessness in the Hospitalized Adult Patient With Cancer. *Medsurg Nursing.* 2005, Vol. 14 (1), pp. 17-23.
19. **Morita, T., et al.** Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients: a validation study. *Palliative Medicine.* 2001, Vol. 15 (3), pp. 197- 207.
20. **Wakefield, Bonnie e Johnson, Julia A.** Acute confusion in terminally ill hospitalized patients. *Journal of Gerontological Nursing.* 2001, Vol. 27 (4), pp. 49-55.
21. **Ried, Sabine e Dassen, Theo.** Chronic Confusion, Dementia, and Impaired Environmental Interpretation Syndrome: A Concept Comparison. *Nursing Diagnosis.* 2000, Vol. 11(2), pp. 49-60.
22. **Roberts, B.** Nursing research in geriatric mental health. *Journal of Advanced Nursing.* 1990, Vol. 15, pp. 1030-1035.
23. **Johnson, Marion et al.** *Diagnósticos resultados e intervenções de Enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC e NIC.* Porto Alegre : Artes Médicas, 2005. p. 506. ISBN: 85-363-0374-3.
24. **Schofield, I.** A small exploratory study of the reaction of older people to an episode of delirium. *Journal of Advanced Nursing .* 1997.
25. **Inouye, S. K., et al.** Clarifying Confusion: The Confusion assessment method. A new Method for Detection of Delirium. *Ann Intern Med.* 1990, Vol. 113 (12), pp. 941-948.
26. **Inouye, S. K.** Prevention of Delirium in hospitalised older patients: Risk factors and targeted intervention strategies. *Ann Intern. Med.* 2000, Vol. 32 (4), pp. 257-263.
27. **Rapp, Carla Gene, et al.** Training of Acute Confusion Resource Nurses. *Journal of Gerontology Nursing.* 2001, Vol. 27 (4), pp. 34-40.
28. **Young, L. J. e George, J.** Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium? *Age and Ageing.* 2003, Vol. 32 (5), pp. 525-528.
29. **Culp, Kenneth, Mandes, Janet C. e McConnell, Elanor.** Studing Acute Confusion in Long-Term Care. 2001, Vol. 27 (4), pp. 41- 48.
30. **Lee, Virginia.** Confusion: Geriatric Self-Learning Module. *Medsurg Nursing.* 2005, Vol. 14 (1), pp. 38-41.
31. **Fagerberg, I. e Jonhagen, M.E.** Temporary Confusion: a fearful experience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2002, Vol. 9, pp. 339-346.
32. **Zyl, Louis e Seitz, Dallas.** Condition is associated with increased morbidity, mortality, and length of hospitalization. *Geriatrics.* 2006, Vol. 61 (3), pp. 18-21.
33. **Cole, M. G., et al.** Symptoms of Delirium Among Elderly Medical Inpatients With or Without Dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences .* 2002b, Vol. 14 (2), pp. 167-175.

34. **Cole, S.Catherine, Williams, Erin B. e Williams, Roger D.** Assessment and Discharge Planning for Hospitalized Older Adults with Delirium. *Medsurg Nursing* . 2006, Vol. 15 (2), pp. 71-75.
35. **Laplante, Johanne e Cole, Martin G.** Detection of delirium using the confusion assessment method. *Journal of Gerontological Nursing*. 2001, Vol. 27 (9), pp. 16-23.
36. **American Psychiatric Association.** *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. p. 830. ISBN: 85-7307-108-7.
37. **Gleason, Ondria C.** Delirium. *American Family Physician*. 2003, Vol. 67 (5), pp. 1027-1034.
38. **Hall, Geri Richards e Wakefield, Bonnie.** Acute confusion in the elderly. *Nursing*. 1996, Vol. 26 (7), pp. 32-38.
39. **Spiller, Juliet A. e Keen, Jeremy C.** Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Palliative Medicine*. 2006, Vol. 20, pp. 17-23.
40. **Schor, Joshua, et al.** Risk Factors for Delirium in Hospitalized Elderly. *JAMA*. 1992, Vol. 267 (6), pp. 827-831.
41. **Edwards, Nancy.** Differentiating the Three D's: Delirium, Dementia, and Depression. *Medsurg Nursing*. 2003, Vol. 12 (6), pp. 347-357.
42. **Litton, Kimberley.** Delirium in the Critical Care Patient: What the Professional Staff Needs to Know. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2003, Vol. 26 (3), pp. 208-213.
43. **Naughton, Bruce J., et al.** A Multifactorial Intervention to reduce Prevalence of Delirium and Shorten Hospital Length of Stay. *J. Am. Geriatric Soc.* 2005, Vol. 53 (1), pp. 18-23.
44. **Santos, Franklin Santana, et al.** Incidence, Clinical Features and Subtypes of Delirium in Elderly Patients Treated for Hip Fractures. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005, Vol. 20, pp. 231-237.
45. **Inouye, S. K., et al.** A predictive model for delirium in hospitalised elderly medical based on admission characteristics. *Ann Intern Med.* . 1993, Vol. 119, pp. 474 - 481.
46. **Foreman, Marquis D. e Zane, David.** Nursing Strategies for Acute Confusion in Elders. *A.J.N.* 1996, Vol. 96 (4), pp. 44 - 51.
47. **Rapp, Carla Gene, et al.** Unit – Based Acute Confusion Resource Nurse: An Educational Program to Train Staff Nurses. 1998, Vol. 38 (5), pp. 628 - 632.
48. **Sorensen, Karen Creason.** *Basic Nursing: A psychophysiologic approach*. Philadelphia : W. B. Saunders, 1979. p. 1311. ISBN: 0-7216-8498-X.
49. **Insel, Kathleen C. e Badger, Terry A.** Deciphering The 4 D's: Cognitive Decline: Delirium, Depression And Dementia – A Review. *Journal of Advanced Nursing*. 2002, Vol. 38 (4), pp. 360 - 368.

50. **Olofsson, B., et al.** Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Journal of Caring Sciences*. 2005, Vol. 19, pp. 119-27.
51. **McKinney, Aidín A. e Melby, Vidar.** Relocation Stress in Critical Care: A Review of the Literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2002, Vol. 11 (2).
52. **Pompei, Peter, et al.** Detecting delirium among hospitalized older patients. *Archives of Internal Medicine*. 1995, Vol. 155 (13), pp. 301-307.
53. **Milisen, Koen, et al.** Documentation of Delirium in Elderly Patients with Hip Fracture. *Journal of Gerontological Nursing*. 2002, Vol. 28 (11), pp. 23-29.
54. **Dai, Yu-Tzu, et al.** Risk Factors and Incidence of Postoperative Delirium in Elderly Chinese Patients. *Gerontology*. 2000, Vol. 46 (1), pp. 28-35.
55. **Lundström, M., et al.** A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005, Vol. 53 (4), pp. 622-627.
56. **Held, Jeanne L.** Cancer Care - Managing acute confusion. *Nursing*. 1995, Vol. 25 (1), p. 75.
57. **Kiely, Dan K., et al.** Characteristics Associated With Delirium Persistence Among Newly Admitted Postacute Facility Patients. *Journal of Gerontological Nursing*. 2004, Vol. 59A (4), pp. 344-349.
58. **Evers, George C. M.** O papel da Enfermagem e das Enfermeiras na União Europeia. *Enfermagem*. 1997, Vol. 2 (5), pp. 11-17.
59. **Polit, Denise F. e Beck, Cheryl T.** *Nursing Research. Principles and Methods*. 7 edição. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 758. ISN: 0-7817-3733-8.
60. **Inouye, S. K., et al.** A Multicomponent Intervention Prevent Delirium in Hospitalized older Patients. *New England Journal of Medicine*. 1999, Vol. 340 (9), pp. 669-676.
61. **Leslie, Douglas L., et al.** Consequences of preventing delirium in hospitalized older adults on nursing home costs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005, Vol. 53 (3), pp. 405-409.
62. **Marcantonio, Edward R., et al.** Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of American Geriatrics*. 2001, Vol. 49, pp. 516-522.
63. **Tabet, Najj, et al.** An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Ageing*. 2005, Vol. 34 (2), pp. 152-157.
64. **Cole, M. G., et al.** Systematic Intervention for elderly inpatients with delirium: A randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*. 1994, Vol. 151 (7), pp. 965-970.
65. **Cole, M. G., et al.** Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized Trial. *Canadian Medical Association Journal*. 2002a, Vol. 167 (1), pp. 753-759.

66. **Britton, A. e Russell, R.** Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. *The Cochrane Library*. 2005.
67. **Ski Ba, Chanta e O'Connell, Bev.** Mismanagement of Delirium Places Patients at Risk. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006, Vol. 23 (3), pp. 42-45.
68. **Hahn, Karen.** Think twice...about confusion. *Nursing*. 1989, Vol. 19 (5), pp. 122-125.
69. **Karlsson, Stig, et al.** Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2000., Vol. 9, pp. 842-850.
70. **Fick, Donna e Foreman, Marquis.** Consequences of Not Recognizing Delirium Superimposed on Dementia in Hospitalized Elderly Individual. *Journal of Gerontological Nursing*. 2000, Vol. 26 (1), pp. 30-40.
71. **Williamson, Swapna Nascar.** Sleep Deprivation in Patients in Critical Care Unit. *Nursing Journal of India*. 2002, Vol. 39 (12), pp. 267-270.
72. **Matthews, Ernest, Farrell, Gerald A. e Blackmore, A. M.** Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*. 1996, Vol. 24 (3), pp. 439-447.
73. **Nagel, Corey L. e al., et.** Sleep Promotion in Hospitalized Elders. *Medsurg Nursing*. 2003, Vol. 12 (12).
74. **Murray, Anne M., et al.** Acute Delirium and Functional Decline in the Hospitalized Elderly Patient. *Journal of Gerontology*. 1993, Vol. 48 (5), pp. M181-M186.
75. **Dolan, Melissa M., et al.** Delirium on Hospital Admission in Aged Hip Fracture Patients: Prediction on Mortality and 2-Year Functional Outcomes. *The Journals of Gerontology*. 2000, Vol. 55A (9), pp. M527-M534.
76. **Eden, B.M. e Foreman, M.D.** Problem associated with under-recognition of delirium in critical care: a case study. *Heart Lung*. 1996, Vol. 25 (5), pp. 388-399.
77. **Tripp-Reimer, Toni.** Acute Confusion: Advancing clinical nursing science through research collaboration. *Journal of Gerontological Nursing*. 2001, Vol. 27 (4), pp. 10-11.
78. **Inouye, S. K., et al.** A Chart-Based Method for Identification of Delirium: Validation Compared with Interviewer Ratings Using the Confusion Assessment Method. *J. Am. Geriatric Soc.* 2005, Vol. 53 (2), pp. 312-31.
79. **Kales, H. C., et al.** Recorded delirium in a national sample of elderly inpatients: potential implication for recognition. *J. Geriatr Psychiatry Neurol*. 2003, Vol. 16, pp. 32-38.
80. **Inouye, S. K.** The Dilemma of Delirium: Clinical and Research Controversies Regarding Diagnosis and Evaluation of Delirium in Hospitalized Elderly Medical Patients. *The American Journal of Medicine* . 1994, Vol. 97, pp. 278-288.
81. **Arnold, Elizabeth.** Sorting Out the 3 D's: Delirium, Dementia, Depression. *Holist Nurs Pract*. 2005, Vol. 19 (3), pp. 99-104.

82. **Declaração do Luxemburgo.** Patient Safety. Making it Happen! *Ordem dos enfermeiros*. 2005, Vol. 17, pp. 47-49.
83. **Resolução do Conselho de Ministros.** nº 84/2005. «D.R. I Série». 81 (27-04-2005) 3200/1.
84. **Fortin, Marie-Fabienne.** *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. [trad.] Nídia Salgueiro. Loures : Lusociência, 1999. p. 388. ISBN: 972-8383-10-X.
85. **Polít, Denise, Beck, Cheryl T. e P., Bernardette.** *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 2004. p. 487. ISBN: 85-7307-984-3.
86. **Hospitais da Universidade de Coimbra.** “Relatório do Movimento Assistencial de 2005”. 2005. Disponível: <http://www-huc.min-saude.pt> [Data da visita: 20 de Janeiro de 2007].
87. **Gil, António Carlos.** *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª edição. São Paulo : Atlas, 1989. p. 206 . ISBN: 85-224-0489-5.
88. **Bardin, Laurence.** *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70, 2004. p. 223. ISBN: 972-44-1214-8.
89. **Conselho Internacional de Enfermeiros.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta 2*. 3ª Edição. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005. p. 227. 972-98149-5-3.
90. **Maroco, João.** *A Análise Estatística com utilização do SPSS*. 2ª edição. Lisboa : Edições Sílabo, 2003. p. 508 pps. ISBN: 972-618-331-6.
91. **Cole, M. G., et al.** An Empirical Study of Different Diagnostic Criteria for Delirium Among Elderly Medical Inpatients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003, Vol. 15 (2), pp. 200-207.
92. **McCusker, Jane, et al.** Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *Journal Canadian Medical Association*. 2001, Vol. 165 (5), pp. 575-583.
93. **Kiely, Dan K., et al.** Delirium Among Newly Admitted Postacute Facility Patients: Prevalence, Symptoms and Severity. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003, Vol. 58A (5), pp. 441-445.

BIBLIOGRAFIA

- **Adamis, D. et al.** Concurrent validity of two instruments (the Confusion Assessment Method and the Delirium Rating Scale) in the detection of delirium among older medical inpatients. *Age and Ageing*. 2005, Vol. 34 (1), pp. 72-75.
- **Aird, T. e Mcintosh, M.** Nursing tools and strategies to assess cognition and confusion. *British Journal of Nursing*. 2004, Vol.13 (10), pp. 621-625.
- **Almeida, João Ferreira e Pinto, José Madureira - A investigação nas ciências sociais.** 5ª edição. Lisboa : Presença, 1995. p.163. ISBN 972-23-1231-6.
- **American Psychiatric Association.** *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. p. 830. ISBN: 85-7307-108-7.
- **American Psychiatric Association.** Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. *Am J. Psychiatry – Supplement*. 1999, Vol. 156 (5), pp. 1-20.
- **Arnold, Elizabeth.** Sorting Out the 3 D's: Delirium, Dementia, Depression. *Holist Nurs Pract*. 2005, Vol. 19 (3), pp. 99-104.
- **Baker, F. M. et al.** Delirium episodes during the course of clinically diagnosed Alzheimer's disease. *Journal of the National Medical Association*. 1999, Vol. 91 (11), pp. 625-630.
- **Bannink, M. et al.** Risk factors predicting the development of delirium. *European Journal of Palliative Care*. 2004, Vol. 11(6), pp. 239-40.
- **Bardin, Laurence.** *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70, 2004. p. 223. ISBN: 972-44-1214-8.
- **Bell, Judith.** *Como realizar um projecto de investigação : um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva, 1997. p.212. ISBN 972-662-524-6.
- **Berntsen, karinjanine.** Valuable Lessons in Patient Safety: Reporting Near Misses in Healthcare. *J Nurs Care Qual*. 2004, Vol. 19 (3), pp. 177-179.
- **Beyea, Suzanne.** Creating a culture of safety. *Association of Operating Room Nurses Journal*. 2002, Vol. 76(1), pp. 163.
- **Blanchette, Heather.** Assessment and Treatment of Terminal Restlessness in the Hospitalized Adult Patient With Cancer. *Medsurg Nursing*. 2005, Vol. 14 (1), pp. 17-23.
- **Boari, B., Gallerani, M. e Manfredini.** A sudden and temporary episode of altered mental status: a case report. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005, Vol 53(2), pp. 350-351.
- **Bowman, A.M.** Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients

undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, Vol. 26 (3), pp. 550 – 565.

- **Britton, A. e Russell, R.** Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. *The Cochrane Library*. 2005.
- **Cacchione, Pamela Z.** Four acute confusion assessment instruments: reliability and validity for use in Longo Term Care Facilities. *Journal of Gerontological Nursing*. 2002, Vol. 28 (1).
- **Carmo, Hermano e Ferreira, Manuela Malheiro.** Metodologia da investigação. Guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.p.353. ISBN 972-674-231-5.
- **Clancy, CCarolyn, Farquhar, Mary e Sharp, Beth.** Patient Safety in Nursing Practice. *Journal Nurs Care Qual*. 2005, Vols. 20, n.º3, pp. 193-197.
- **Cole, M. G., et al.** An Empirical Study of Different Diagnostic Criteria for Delirium Among Elderly Medical Inpatients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003, Vol. 15 (2), pp. 200-207.
- **Cole, M. G., et al.** Symptoms of Delirium Among Elderly Medical Inpatients With or Without Dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* . 2002b, Vol. 14 (2), pp. 167-175.
- **Cole, M. G., et al.** Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized Trial. *Canadian Medical Association Journal*. 2002a, Vol. 167 (1), pp. 753-759.
- **Cole, M. G., et al.** Systematic Intervention for elderly inpatients with delirium: A randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*. 1994, Vol. 151 (7), pp. 965-970.
- **Cole, S.Catherine, Williams, Erin B. e Williams, Roger D.** Assessment and Discharge Planning for Hospitalized Older Adults with Delirium. *Medsurg Nursing* . 2006, Vol. 15 (2), pp. 71-75.
- **Concelho Internacional de Enfermeiros.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: (Versão 1.0)*. Genebra : International Council of Nurse, 2006. p. 210 . ISBN: 972-98149-5-3.
- **Conselho Internacional de Enfermeiros.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta 2. 3ª Edição*. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005. p. 227. 972-98149-5-3.
- **Craig, Jean V., Smyth, Rosalind L. e Mullally, Sarah.** *Prática Baseada na Evidência*. [trad.] Maria Julieta Sampaio. Lores: Losociencia, 2004. p.309. ISBN: 972-8383-61-4.
- **Crawley, Elizabeth J. e Miller, Judy.** Acute confusion among hospitalized elders in a rural hospital. *Medsurg Nursing*. 1998, Vol. 7 (4), pp. 199-206.
- **Culp, Kenneth, Mandes, Janet C. e McConnel, Elanor.** Studing Acute Confusion in Long-Term Care. 2001, Vol. 27 (4), pp. 41- 48.

- **Dai, Yu-Tzu, et al.** Risk Factors and Incidence of Postoperative Delirium in Elderly Chinese Patients. *Gerontology*. 2000, Vol. 46 (1), pp. 28-35.
- **Declaração do Luxemburgo.** Patient Safety. Making it Happen! *Ordem dos enfermeiros*. 2005, Vol. 17, pp. 47-49.
- **Dolan, Melissa M., et al.** Delirium on Hospital Admission in Aged Hip Fracture Patients: Prediction on Mortality and 2-Year Functional Outcomes. *The Journals of Gerontology*. 2000, Vol. 55A (9), pp. M527-M534.
- **Eden, B.M. e Foreman, M.D.** Problem associated with under-recognition of delirium in critical care: a case study. *Heart Lung*. 1996, Vol. 25 (5), pp. 388-399.
- **Edwards, Nancy.** Differentiating the Three D's: Delirium, Dementia, and Depression. *Medsurg Nursing*. 2003, Vol. 12 (6), pp. 347-357.
- **Élie, Michel et al.** Prevalence and Detection in Elderly Emergency Department Patient. *Canadian Association Journal*. 2000, Vol. 163 (8), pp. 977-981.
- **Evers, George C. M.** O papel da Enfermagem e das Enfermeiras na União Europeia. *Enfermagem*. 1997, (5), pp. 11-17.
- **Fagerberg, I. e Jonhagen, M.E.** Temporary Confusion: a fearful experience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002, Vol. 9, pp. 339-346.
- **Fick, Donna e Foreman, Marquis.** Consequences of Not Recognizing Delirium Superimposed on Dementia in Hospitalized Elderly Individual. *Journal of Gerontological Nursing*. 2000, Vol. 26 (1), pp. 30-40.
- **Foreman, Marquis D. e Zane, David.** Nursing Strategies for Acute Confusion in Elders. *A.J.N.* 1996, Vol. 96 (4), pp. 44 - 51.
- **Fortin, Marie-Fabienne.** *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. [trad.] Nídia Salgueiro. Loures : Lusociência, 1999. p. 388. ISBN: 972-8383-10-X.
- **Fragata, José e Martins, Luís.** *O erro em medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. 1ª edição. Coimbra : Almedina, 2005. ISBN 972-40-2347-8.
- **GIL, António Carlos.** *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1988.p.159. ISBN 85-224-0300-7.
- **Gil, António Carlos.** *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª edição. São Paulo : Atlas, 1989. p. 206. ISBN: 85-224-0489-5.
- **Gleason, Ondria C.** Delirium. *American Family Physician*. 2003, Vol. 67 (5), pp. 1027-1034.
- **Hahn, Karen.** Think twice...about confusion. *Nursing*. 1989, Vol. 19 (5), pp. 122-125.
- **Hall, Geri Richards e Wakefield, Bonnie.** Acute confusion in the elderly. *Nursing*. 1996, Vol. 26 (7), pp. 32-38.
- **Held, Jeanne L.** Cancer Care - Managing acute confusion. *Nursing*. 1995, Vol. 25 (1), p. 75.

- **Hospitais da Universidade de Coimbra.** “Relatório do Movimento Assistencial de 2005”. 2005. Disponível: <http://www-huc.min-saude.pt> [Data da visita: 20 de Janeiro de 2007].
- **Inouye, S. K.** Prevention of Delirium in hospitalised older patients: Risk factors and targeted intervention strategies. *Ann Intern. Med.* 2000, Vol. 32 (4), pp. 257-263.
- **Inouye, S. K.** The Dilemma of Delirium: Clinical and Research Controversies Regarding Diagnosis and Evaluation of Delirium in Hospitalized Elderly Medical Patients. *The American Journal of Medicine* . 1994, Vol. 97, pp. 278-288.
- **Inouye, S. K., et al.** A Chart-Based Method for Identification of Delirium: Validation Compared with Interviewer Ratings Using the Confusion Assessment Method. *J. Am. Geriatric Soc.* 2005, Vol. 53 (2), pp. 312-318.
- **Inouye, S. K., et al.** A Multicomponent Intervention Prevent Delirium in Hospitalized older Patients. *New England Journal of Medicine.* 1999, Vol. 340 (9), pp. 669-676.
- **Inouye, S. K., et al.** A predictive model for delirium in hospitalised elderly medical based on admission characteristics. *Ann Intern Med.* . 1993, Vol. 119, pp. 474 - 481.
- **Inouye, S. K., et al.** Clarifying Confusion: The Confusion assessment method. A new Method for Detection of Delirium. *Ann Intern Med.* 1990, Vol. 113 (12), pp. 941-948.
- **Inouye, S. K..** The Dilemma of Delirium: Clinical and Research Controversies Regarding Diagnosis and Evaluation of Delirium in Hospitalized Elderly Medical Patients. *The American Journal of Medicine.* 1994, Vol. 97, pp. 278-288.
- **Insel, Kathleen C. e Badger, Terry A.** Deciphering The 4 D’s: Cognitive Decline: Delirium, Depression And Dementia – A Review. *Journal of Advanced Nursing.* 2002, Vol. 38 (4), pp. 360 - 368.
- **Johnson, Marion et al.** *Diagnósticos resultados e intervenções de Enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC e NIC.* Porto Alegre : Artes Médicas, 2005. p. 506. ISBN: 85-363-0374-3.
- **Juall Carpenito, Lynda .** *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica.* 6ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.812. ISBN 85-7307-292-X.
- **Kales, H. C., et al.** Recorded delirium in a national sample of elderly inpatients: potential implication for recognition. *J. Geriatr Psychiatry Neurol.* 2003, Vol. 16, pp. 32-38.
- **Kaplan, Harold e Sadock, Benjamim J.** *Compêndio de psiquiatria dinâmica.* [trad.] Helena Mascarenhas de Sousa et al. 3ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984. p. 943.
- **Karlsson, Stig, et al.** Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing.* 2000., Vol. 9, pp. 842-850.
- **Keatinge, Diana et al.** The manifestation and nursing management of agitation in institutionalised residents with dementia. *International Journal of Nursing Practice.* 2000, Vol. 6 (1), p p.6-25.
- **Kiely, Dan K., et al.** Characteristics Associated With Delirium Persistence Among

Newly Admitted Postacute Facility Patients. *Journal of Gerontological Nursing*. 2004, Vol. 59A (4), pp. 344-349.

- **Kiely, Dan K., et al.** Delirium Among Newly Admitted Postacute Facility Patients: Prevalence, Symptoms and Severity. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003, Vol. 58A (5), pp. 441-445.
- **Kohn, Linda, Corrigan, Janet and Donaldson, Molla.** To err is human: building a safer health system. *Institute of Medicine. Washington DC: The National Academies Press*. 2000.
- **Langslow, Amelda.** Safety and physical restraint. *Australian Nursing Journal*. 1999, Vol. 7 (2), pp. 34- 35.
- **Laplante, Johanne e Cole, Martin G.** Detection of delirium using the confusion assessment method. *Journal of Gerontological Nursing*. 2001, Vol. 27 (9), pp. 16-23.
- **Lee, Virginia.** Confusion: Geriatric Self-Learning Module. *Medsurg Nursing*. 2005, Vol. 14 (1), pp. 38-41.
- **Leslie, Douglas L., et al.** Consequences of preventing delirium in hospitalized older adults on nursing home costs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005, Vol. 53 (3), pp. 405-409.
- **Lipowski, Z. J.** Delirium in the elderly patient. *The new England Journal of Medicine* . 1989, Vol. 320 (9), pp. 578-582.
- **Lipowski, Z. J.** Transient cognitive disorders (delirium, acute confusion states) in the elderly. *Am J Psychiatric* . 1983, Vol. 140, pp. 1426-1436.
- **Litton, Kimberley.** Delirium in the Critical Care Patient: What the Professional Staff Needs to Know. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2003, Vol. 26 (3), pp. 208-213.
- **Lobiondo-Wood, Geri.** *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. - 4ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2001. ISBN 85-277-0659-8.
- **Lundström, M., et al.** A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005, Vol. 53 (4), pp. 622-627.
- **Maluso-Bolton, Tina.** Terminal Agitation. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2000, Vol. 2 (1), pp. 9-20.
- **Maroco, João.** *A Análise Estatística com utilização do SPSS*. 2ªedição. Lisboa : Edições Sílabo, 2003. p. 508 pps. ISBN: 972-618-331-6.
- **Matthews, Ernest, Farrell, Gerald A. e Blackmore, A. M.** Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*. 1996, Vol. 24 (3), pp. 439-447.
- **Mccurren, Cynthia e Cronin, Sherill Nones.** Delirium: Elders Tell: Their Stories and Guide Nursing Practice. *Medsurg Nursing*. 2003, Vol. 12 (5), pp. 318-323.
- **McCusker, Jane, et al.** Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive

and functional status: a prospective study. *Journal Canadian Medical Association*. 2001, Vol. 165 (5), pp. 575-583.

- **McKinney, Aidín A. e Melby, Vidar.** Relocation Stress in Critical Care: A Review of the Literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2002, Vol. 11 (2).
- **Milisen, Koen, et al.** Documentation of Delirium in Elderly Patients with Hip Fracture. *Journal of Gerontological Nursing*. 2002, Vol. 28 (11), pp. 23-29.
- **Milisen, Koen, et al.** Multicomponent intervention strategies for managing *delirium* in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, Vol. 52 (1), pp.79-90.
- **Morita, T., et al.** Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients: a validation study. 2001, Vol. 15 (3), pp. 197- 207.
- **Morrison, Audrey.** Incorrect restraint use. *Nursing*. 1997, Vol. 27 (6), pp. 32.
- **Murray, Anne M., et al.** Acute Delirium and Functional Decline in the Hospitalized Elderly Patient. *Journal of Gerontology*. 1993, Vol. 48 (5), pp. M181-M186
- **Nagel, Corey L. e al., et.** Sleep Promotion in Hospitalized Elders. *Medsurg Nursing*. 2003, Vol. 12 (12).
- **Naughton, Bruce J., et al.** A Multifactorial Intervention to reduce Prevalence of Delirium and Shorten Hospital Length of Stay. *J. Am. Geriatric Soc.* 2005, Vol. 53 (1), pp. 18-23.
- **Naylor, M. D. et al.** Cognitively impaired older adults: from hospital to home. *American Journal of Nursing*. 2005, Vol. 105 (2), pp. 52-62.
- **Neelon, Virginia J., et al.** The Neecham - Confusion Scale: Construction, validation and Clinical testing. *Nursing Research*. 1996, Vol. 45, pp. 324-330.
- **O'keeffe, S.T. et al.** Use of serial Mini-Mental State Examinations to diagnose and monitor **delirium** in elderly hospital patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 5, 5, (2005), p. 867-70.
- **Oliveira, Jacinto.** Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a Segurança dos Cuidados - Perspectivas do Conselho Directivo. *Ordem dos Enfermeiros*. 2007, Vol. 24, pp. 15-19.
- **Olofsson, B., et al.** Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Journal of Caring Sciences*. 2005, Vol. 19, pp. 119-27.
- **Polit, Denise F. e Beck, Cheryl T.** *Nursing Research. Principles and Methods*. 7 edição. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 758. ISBN: 0-7817-3733-8.
- **Polit, Denise, Beck, Cheryl T. e Bernardette P.** *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 2004.

p. 487. ISBN: 85-7307-984-3.

- **Pompei, Peter, et al.** Detecting delirium among hospitalized older patients. *Archives of Internal Medicine*. 1995, Vol. 155 (13), pp. 301-307.
- **Quinn, K.** - *Book reviews...* Delirium: acute confusional states in palliative medicine. *European Journal of Cancer Care*. 2005, Vol, 14 (2), pp.198-9.
- **Quivy, Raymond e Lucvann, Campenhoudt** - *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos*. 2ª edição. Lisboa : Gradiva, 1998.p.274. ISBN: 972-662-275-1.
- **Rapp, Carla Gene, et al.** Training of Acute Confusion Resource Nurses. *Journal of Gerontology Nursing*. 2001, Vol. 27 (4), pp. 34-40.
- **Rapp, Carla Gene, et al.** Unit – Based Acute Confusion Resource Nurse: An Educational Program to Train Staff Nurses. 1998, Vol. 38 (5), pp. 628 - 632.
- **Rapp, Carla Gene.** Acute Confusion/Delirium Protocol. *Journal of Gerontology Nursing*. 2001, Vol. 27 (4), pp. 21-33.
- **Resolução do Conselho de Ministros.** nº 84/2005. «D.R. I Série». 81 (27-04-2005) 3200/1.
- **Ried, Sabine e Dassen, Theo.** Chronic Confusion, Dementia, and Impaired Environmental Interpretation Syndrome: A Concept Comparison. *Nursing Diagnosis*. 2000, Vol. 11(2), pp. 49-60.
- **Roberts, B.** Nursing research in geriatric mental health. *Journal of Advanced Nursing*. 1990, Vol. 15, pp. 1030-1035
- **Rose, Vernal e Verreault, Rene.** Study Examines the Prevalence of Agitation in Patients in Long-Term Care. *American Family Physician*. 1999, Vol. 59 (4), pp. 970- 978.
- **Santos, Franklin Santana, et al.** Incidence, Clinical Features and Subtypes of Delirium in Elderly Patients Treated for Hip Fractures. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005, Vol. 20, pp. 231–237.
- **Schor, Joshua, et al.** Risk Factors for Delirium in Hospitalized Elderly. *JAMA*. 1992, Vol. 267 (6), pp. 827-831.
- **Segatore et al.** Managing *Delirium* and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part 2-Interventions. *Orthopaedic Nursing*. 2001, Vol. 20 (2), pp.61-74.
- **Segatore et al.** Managing *Delirium* and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part I -Interventions. *Orthopaedic Nursing*. 2001, Vol. 20, (1), pp. 31-47.
- **Ski Ba, Chanta e O’Connell, Bev.** Mismanagement of Delirium Places Patients at Risk. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006, Vol. 23 (3), pp. 42-45.
- **Sorensen, Karen Creason.** *Basic Nursing: A psychophysiologic approach*. Philadelphia : W. B. Saunders, 1979. p. 1311. ISBN: 0-7216-8498-X.
- **Spiller, Juliet A. e Keen, Jeremy C.** Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Palliative Medicine*. 2006, Vol. 20, pp. 17-23.

- **Sundeen, Sandra J.** Respostas Cognitivas e Transtornos Mentais Orgânicos. [autor do livro] Gail Stuart e Michel T Laraia. [trad.] Dayse Batista. *Enfermería Psiquiátrica: principios e prática*. 6ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 2001, p. 958.
- **Tabet, Naji, et al.** An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Ageing*. 2005, Vol. 34 (2), pp. 152-157.
- **Tripp-Reimer, Toni.** Acute Confusion: Advancing clinical nursing science through research collaboration. *Journal of Gerontological Nursing*. 2001, Vol. 27 (4), pp. 10-11.
- **Turman, Brenda e Ely, E. Wesley.** Monitoring *Delirium* in critically ill patients: using the confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 2003, Vol. 23 (2), pp. 25-36.
- **Twedell, Diane.** Delirium. *The Journal of Continuing Education on Nursing*. 2005, Vol. 36 (3), pp. 102-103.
- **Wakefield, Bonnie e Johnson, Julia A.** Acute confusion in terminally ill hospitalized patients. *Journal of Gerontological Nursing*. 2001, Vol. 27 (4), pp. 49-55.
- **Waszynski, Christine M.** - Confusion Assessment Method (CAM). *MEDSURG Nursing*. 2004, Vol. 13 (4), p p.269 – 271.
- **Williamson, Swapna Nascar.** Sleep Deprivation in Patients in Critical Care Unit. *Nursing Journal of Índia*. 2002, Vol. 39 (12), pp. 267-270.
- **Young, L. J. e George, J.** Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium? *Age and Ageing*. 2003, Vol. 32 (5), pp. 525-528.
- **Zyl, Louis e Seitz, Dallas.** Condition is associated with increased morbidity, mortality, and length of hospitalization. *Geriatrics*. 2006, Vol. 61 (3), pp. 18-21.

ANEXOS

ANEXO I – SERVIÇOS DOS HUC -----	175
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DOS HUC -----	176
ANEXO III – FORMULÁRIO -----	179
ANEXO IV– ANÁLISE DE CONTEÚDO -----	181
ANEXO V– CONSENTIMENTO INFORMADO E EXPLICADO DO ESTUDO -----	187
ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO DE DEUS -----	189

ANEXO I – Serviços dos HUC

SERVIÇOS DO BLOCO CENTRAL DOS HUC E BLOCO DE CELAS

SERVIÇOS DO BLOCO CENTRAL		
Cardiologia A	Cirurgia I – Homens	Cirurgia II – Homens
Endocrinologia	Cirurgia I – Mulheres	Cirurgia II – Mulheres
Serviço de Medicina Intensiva	Cirurgia Vascular	Hematologia
Gastrenterologia – Homens	Gastrenterologia– Mulheres	Infeciosas
Medicina II	Medicina III – Homens	Medicina III – Mulheres
Neurologia A	Neurologia B	Neurologia C
Ortopedia D	Pneumologia A	Pneumologia B
Urologia – Homens	Urologia – Mulheres	UCIC ¹⁴ e UTICA ¹⁵
SERVIÇOS DO BLOCO DE CELAS		
Cirurgia Maxilo-Facial	Ortopedia A-R/Chão	Ortopedia A-1º Andar
Ortopedia B-R/Chão	Ortopedia B-1º Andar	Ortopedia D

¹⁴ - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

¹⁵ - Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada.

ANEXO II – Autorização dos HUC



Ministério da Saúde

Enfermeira Directora
Enf.ª Natália Oliveira

S. R.

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**Ex.mo Senhor****Enf. Hugo Leiria Neves****NEUROLOGIA III**

S/ Referência	S/Comunicação	N/Referência DE/ED	Of. N.º	Data
			111	06/11/06

Assunto: PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.

Em resposta ao solicitado por V. Ex.ª e pelos Sr.s Enf. Honório Faria, Joana Sousa, e Rosa Silva e após parecer favorável da Comissão de Ética destes Hospitais, datado de 20/09/2006, informa-se que o mesmo foi autorizado para os Serviços a seguir indicados: Neurologia I, II e III; Infecciosas; Urologia Homens (H) e Mulheres (M); Medicina II; Cardiologias A e B/UTICA; UCIC; Ortopedia; Gastroenterologia M; Cirurgias I H e M, III H e M; Pneumologias A e B; Medicina Intensiva; Neurocirurgia 2; Medicina III H e M/Reumatologia.

Relativamente aos Serviços de Cirurgia II H e M, aguarda-se autorização das Sr.ªs Enf.ªs Chefes, uma vez que as mesmas manifestaram interesse em conhecer, previamente, o parecer da Comissão de Ética, que nesta data enviámos para conhecimento.

Apresentamos os melhores cumprimentos,

A ENFERMEIRA DIRECTORA

 (Maria Natália Gomes de Oliveira)



Ministério da Saúde



HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Ex.mo Senhor
Enf. Hugo Leiria Neves
NEUROLOGIA III

S/ Referência	S/Comunicação	N/Referência	Of. N.º	Data
	DE/ED		08	17/01/06

Assunto: PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.

Em aditamento ao nosso ofício interno nº 111, de 2006-11-06 e após recepção dos respectivos pareceres dos Ex.mos Directores de Serviço e Enfermeiros Chefes, informa-se que, para além dos serviços referidos no ofício mencionado, está também autorizada a realização do trabalho de investigação nos serviços de Gastrenterologia H, Endocrinologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Maxilo Facial.

Mais se informa que se exceptua o Serviço de Neurocirurgia 2, que por lapso foi mencionado no nosso ofício nº 111.

Com os melhores cumprimentos, *peço-lhes.*

A Enfermeira Directora

Maria Manuela Pinto Cruz Teixeira

(Maria Manuela Pinto Cruz Teixeira)



Ministério da Saúde

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Exm^o. Senhor
Enf^o. Hugo Leiria Neves
Serviço de Neurologia 3
HUC

S/Ref ^a	S/Comun	N/Ref PC	Of.N ^o 633/06	Data 02.05.06
Assunto: Aplicação de Questionário nos HUC				

No seguimento da solicitação de V. Ex^a., relacionada com o assunto em epígrafe, venho informar que, ouvida a Directora do Serviço de Hematologia Clínica dos HUC, foi autorizada a aplicação de questionário para estudo do fenómeno "confusão", como pretendido, agradecendo-se a entrega das conclusões finais.

Apresento os melhores cumprimentos, *personais*

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


(Prof. Doutor Agostinho Almeida Santos)

HP/HP

ANEXO III – Formulário

FORMULÁRIO

ID: _____

Data _____ Hora _____

Serviço de Internamento _____

Sexo _____ Idade _____

Data de Admissão: ___/___/___

Diagnóstico de Internamento _____

ANÁLISE DOS REGISTOS		
Perturbação da Consciência	Perturbação da Atenção	Perturbação da Memória
<input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Confusão mental <input type="checkbox"/> Comprometimento da consciência <input type="checkbox"/> Conteúdo da consciência alterado <input type="checkbox"/> Flutuação do nível de consciência ao longo do dia	<input type="checkbox"/> Falta de atenção <input type="checkbox"/> Distração fácil <input type="checkbox"/> Não foca, nem mantém ou transfere a atenção <input type="checkbox"/> Atenção diminuída à chamada <input type="checkbox"/> Atenção ausente à chamada	<input type="checkbox"/> Esquecimentos <input type="checkbox"/> Memória comprometida <input type="checkbox"/> Incapacidade para relembrar eventos recentes <input type="checkbox"/> Alteração na capacidade para registar novas informações
Perturbação do Pensamento, da Linguagem/ Discurso	Perturbação do Comportamento	Perturbação da Percepção
<input type="checkbox"/> Discurso incoerente <input type="checkbox"/> Discurso escasso <input type="checkbox"/> Discurso confuso <input type="checkbox"/> Discurso inapropriado <input type="checkbox"/> Discurso sem nexos <input type="checkbox"/> Discurso lento <input type="checkbox"/> Pensamentos desorganizados <input type="checkbox"/> Seguimento de ideias pouco lógico <input type="checkbox"/> Dificuldade no raciocínio <input type="checkbox"/> Capacidade de reversão mental alterada <input type="checkbox"/> Disastria <input type="checkbox"/> Disnomia <input type="checkbox"/> Afasia	<input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Desarrumado <input type="checkbox"/> Pouco colaborante <input type="checkbox"/> Nada colaborante <input type="checkbox"/> Hiperactivo <input type="checkbox"/> Postura inadequada <input type="checkbox"/> Tenta passar por cima das grades <input type="checkbox"/> Puxa tubos <input type="checkbox"/> Arranca o soro <input type="checkbox"/> Imobilizado <input type="checkbox"/> Caminhar instável <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Actividade psicomotora diminuída	<input type="checkbox"/> Interpretações incorrectas <input type="checkbox"/> Ilusões <input type="checkbox"/> Alucinações auditivas <input type="checkbox"/> Alucinações visuais Outras:
Perturbação da Orientação		
<input type="checkbox"/> Desorientação <input type="checkbox"/> Desorientação no tempo <input type="checkbox"/> Desorientação no espaço	<input type="checkbox"/> Lentificação <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Diminuição da motivação	

ANEXOS

<input type="checkbox"/> Desorientação na pessoa		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
Promoção da segurança	Estado neurológico: consciência	Orientação/estimulação cognitiva
<input type="checkbox"/> Colocação das grades <input type="checkbox"/> Imobilização dos membros <input type="checkbox"/> Imobilização do tronco <input type="checkbox"/> Contenção física <input type="checkbox"/> Restrição da actividade motora <input type="checkbox"/> Restrição química <input type="checkbox"/> Controlo do ambiente <input type="checkbox"/> Prevenção de quedas <input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/> Supervisão da segurança	<input type="checkbox"/> Monitorização neurológica <input type="checkbox"/> Administração de terapêutica	<input type="checkbox"/> Controlo de alucinações <input type="checkbox"/> Controlo do delírio <input type="checkbox"/> Redução da ansiedade <input type="checkbox"/> Diminuição da estimulação sensitiva
	Controlo do pensamento distorcido	Outras:
	<input type="checkbox"/> Promoção da comunicação <input type="checkbox"/> Promoção do toque <input type="checkbox"/> Orientação para a realidade <input type="checkbox"/> Providenciar a presença dos familiares	

Ao Enfermeiro Responsável

Que avaliação faz do estado mental?

Análise de conteúdo

ANEXO V – Análise de Conteúdo

Documentação do Problema

1 - Comportamento	<p>1.1 - <u>Comportamento Interactivo</u></p> <p>“...pouco colaborante” (ID25g), [“... mas pouco colaborante” (ID25g1); “Doente pouco colaborante” (ID25g2)]; “Doente muito pouco colaborante” (ID35e), [“Doente pouco colaborante, refugiando-se no leito” (ID35e1); Não Colaborante” (ID35e2)]; “Não colaborante” (ID36f); “ Recusou cuidados de enfermagem, não lhe foi colhido sangue nem administrada a medicação” (ID39i) [“Recusa fazer análises e recusa a medicação” (ID39i1, “ Postura desconfiada face à terapêutica...”(ID39i2);]; “...não colaborante” (ID45b); “...e pouco colaborante” (ID55f); “... , não colaborante” (ID70g); “ Arrancou SNG”(ID74i); “... pouco colaborante” (ID85i); “...e retirar acessos venosos” (ID98m); “ ...apresenta-se renitente à medicação.” (ID110d); “ ... e agressiva.” (ID126g); “ Recusa os posicionamentos.” (ID146d), [“Não colaborante às alternâncias de decúbitos ” (ID146d1)]; “... e conflituosa, teimando” (ID195k); “... tentativa de arrancar peny-rose” (ID266k); (...).</p> <p>1.2- <u>Actividade Executada pelo próprio</u></p> <p>“...e vontade de se levantar” (ID36e); “... , por vezes com tentativa de levante” (ID74ee), [“...em que o doente se levanta apesar de amarrado”(ID74ee1); “...de automotilação (tentativas de bater com a cabeça nas grades) (ID 74k);]; “Por apresentar tentativa de levante...” (ID80i); “...por fazer tentativa de levante.” (ID87s); “...faz várias tentativas de levante.” (ID105i); “...sendo encontrada no chão” (ID195m); “...por queda durante a noite” (ID210m); “realizando levantes não vigiados” (ID240d); (...).</p>	
2- Processo Psicológico	2.1- <u>Cognição</u>	<p>2.1.1- <u>Atenção</u></p> <p>“ Obedece a ordens simples” (ID74n), [“ ...parece perceber ordens simples, mas execute-as no sentido oposto ” (ID74n1) “...raramente fixa o olhar na pessoa (ID74n2)]; “...responde a perguntas simples” (ID138d); “Não obedece a ordens (ID206j); (...).</p> <p>2.1.2- <u>Confusão</u></p> <p>“Continua com períodos de confusão” (ID35g) [“ Doente confuso” (ID35g1) “Apresenta períodos de alguma confusão” (ID35g2)]; “Períodos de confusão à noite.” (ID39m); “Apresenta alguns períodos de confusão” (ID42b) [“...com períodos de confusão” (ID42b1)];“Apresenta períodos de confusão” (ID55d); “...com períodos de confusão” (ID58e) [“Confuso...”(ID58e1)]; “Confusão permanente” (ID70d); “...com períodos de confusão...” (ID80h), [“doente que esteve confuso...”(ID80h1)]; “Confusão” (ID87g); (...).</p>

3-Processo corporal	3.1- Repouso	<p>3.1.1- <u>Sono</u></p> <p>“Doente referiu não conseguir dormir, ...”(ID48d), [“Dormiu por curtos períodos”(ID48d1)]; “Apresenta dificuldade em adormecer.” (ID 58f) [“Dormiu por períodos curtos”(ID58f1)]; “...refere não ter dormido bem de noite” (ID80e); “Descansou por curtos períodos” (ID84d); (...); “...apresenta-se desperta, não conseguindo descansar” (Turno da noite) (ID134c); “Insónia inicial.” (ID146e); “...sono curto e intermitente” (ID153i); “Insónia nocturna quase total apesar de dormir por períodos durante o dia.” (ID195h); (...).</p>
	3.2 - Processo do sistema nervoso	<p>3.2.1 – <u>Actividade Psicomotora</u></p> <p>“Doente um pouco prostrado...” (ID25c); [“... mas continua prostrado” (ID25c1), “Doente prostrado” (ID25c2)]; “Mantém estado de prostração” (ID35f); [“Doente prostrado” (ID35f1), “Doente algo prostrado” (ID35f2); “Lentificação motora” (ID35j)]; Por agitação motora...”(ID36c) [“Agitação psicomotora” (ID36c1)]; “...agitado alo e psiquicamente” (ID39j) [“Doente muito agitado”(ID39j1), “...com agitação psicomotora”(ID39j2)]; “Doente mantém estado de prostração...” (ID42d); “... , com agitação motora” (ID45d) [“Doente que mantém agitação psicomotora”(ID45d1), “Encontrar-se agitada” (ID45d2);“Prostrado”(ID48c), [“Doente muito prostrado...”(ID48c1), “... , mas um pouco prostrada” (ID48c2)]; “...mas muito prostrada...” (ID55e); “ Tendo apresentado períodos de agitação motora...” (ID 58g) [“...com agitação psicomotora” (ID58g1), “Apresenta períodos de agitação...”(ID58g2)];“...encontra-se prostrado...” (ID70e);“Desencadeou crise de agitação ... e motora” (ID74e)“; [“...apresentou períodos de agitação motora intensa”(ID74e1), “Mantém agitação psicomotora ..” (ID74e2)]; “...com movimentos repetidos dos membros superiores” (ID74o); “...com períodos de agitação psicomotora”(ID80l); “... em decúbitos alternados que desfaz...” (ID80m); “...com agitação psicomotora”(ID85e), apresentando períodos de agitação motora...”(ID85e1)]; “Agitação”(ID87f) [“Períodos de agitação psicomotora” (ID87f1) ;“... muito prostrado.” (ID87i)]; “... em decúbitos alternados que desfaz...” (ID87p); “...alguma inquietude que foi aumentando ao longo do turno...” (ID98f) ; “ Doente calmo apesar de se mobilizar bastante no leito.” (ID106i); “Letárgico” (ID134g); “...tremores” (ID392i); (...).</p>
		<p>3.2.2- <u>Comportamento desorganizado</u></p> <p>“ ... e comportamento incoerente” (ID39e); “... com movimentos descoordenados, repetitivos...” (ID74x); “esteve sentada a maior parte do turno (turno da noite)”(195i), [“...Dormiu sentada na cama por períodos (turno da noite) (ID195i1“ (3 horas: “ não quer estar deitada, colocada na cadeira de rodas..., sentada o resto do turno...” (ID195i2)]; “...cuspindo toda a comida” (ID266l); “...comportamento desajustado” (ID296f); “...com comportamento inadequado”(ID385j); (...).</p>

		<p>3.2.3- <u>Percepção</u></p> <p>“...alucinações auditivas...”(ID39g); “...terá apresentado delirante. Delírio de perseguição...” (ID39m); “... e alucinações visuais.” (ID39n); “ ... com aparentes alucinações visuais” (ID74p); “Diminuição da acuidade auditiva (ID87r); “refere alucinações visuais e auditivas” (ID195d); (...).</p>
4 – <u>Apetite</u>		<p>“...anorexia” (ID35k); “...tem estado com falta de apetite. (48n)”.</p>
5- <u>Equilíbrio</u>		<p>“... e desequilíbrio.” (ID105g); (...); “...falta de equilíbrio no tronco.” (287g).</p>
6- <u>Status neurológico</u>	<p>6.1- <u>Alerta</u></p> <p>“Olhar vago” (ID74r), [“olhar vago, perdido ou fixo,..” (ID74r1), “ iniciou períodos de ausência com olhar vago” (ID74r2), “..olhar esvaziado ...” (ID74r3)); “...despertável para estímulos verbais”(ID74aa);]; “Difícilmente despertável.” (ID110f); “Alguns períodos de despertabilidade” (ID85j); “...despertável para estímulos verbais” (ID116d); “Doente pouco desperta.” (ID118h); “apresenta-se desperto por períodos ...” (ID205e) “Realiza abertura ocular por períodos” (ID206h); “ Estado de vigília muito mais comprometido hoje” (ID287n); (...).</p>	
	<p>6.2- <u>Consciência</u></p> <p>“Doente sonolento” (ID25i) [“Doente um pouco sonolento, ...”(ID25i1); “Mantém-se sonolento” (ID25i2) “Doente muito sonolento” (ID25i3)]; “Sonolência” (ID35l) [“Sonolento” (ID35l1)]; “Mantém-se sonolento (ID39l)”; “...e muito sonolenta” (ID48g); “Sonolenta ...” (ID58c); “...e sonolento” (ID70f); “Doente que apresenta períodos de sonolência...” (ID74j); “ Alteração do estado de consciência...” (ID74jj); “Sonolento, ...” (ID80d); “Melhoria do estado de consciência ...” (ID87j); “Nível de consciência alterado” (ID152h); (...).</p>	
	<p>6.3- <u>Orientação</u></p> <p>“Doente com alguma desorientação, (...)” (ID25f); “ ... demonstrando alguma desorientação” (ID35h) [“Desorientação” (ID35h1); “Apresenta períodos de desorientação temporo-espacial” (ID35h2)]; “... mas com períodos de desorientação alopsíquica” (ID36b) [“Acordou com desorientação espacial...”(ID36b1)]; “Doente apresentou-se desorientado” (IC39c), [“ Permanece desorientado”(ID39c1), “ ... com períodos de desorientação” (ID39c2”, “Bastante desorientado...”(ID39c3)]; “Desorientado por períodos” (ID42c) [Doente desorientada hoje” (ID42c1)]; “Doente desorientado no tempo por períodos” (ID 42); “...desorientado,...” (ID45c); “... aparentemente orientado” (ID48); “...desorientado” (ID80b) [“...desorientação tempororal”(ID80b1), “...durante o turno alternou momentos de orientação com momentos de desorientação.(ID80b2)]; “...desorientado,...” (ID85d); “...desorientação,...” (ID87l); “...pouco orientado no tempo e espaço”(ID110c).</p>	

	<p>6.4- <u>Resposta</u></p> <p>“Apático” (ID35q); ...períodos de apatia... (ID74t); “...apático...” (ID85k); “Pouco reactivo” (ID87h) [“... reactiva apenas a estímulos verbais” (ID87h1)]; “Pouco reactivo a estímulos verbais” (ID118e); “reactiva à mobilização”(ID138c); “...não reactiva (estímulos verbais e dolorosos)”(ID138f); “...não reactiva a estimulação” (ID152j); “... não responsivo” (ID206f).</p>
7-Capacidade	<p>7.1-Capacidade para comunicar</p> <p>“ Mantém-se apelativo” (ID36j); “ ...com discurso incoerente” (ID39b)[“Discurso aparentemente coerente ...tornando-se incoerente ao longo do turno” (ID39b1)]; “... com discurso confuso ...” (ID 42e); “...verborreico, discurso incoerente/imperceptível.” (ID45h); “...agitação verbal...” (ID74d); [“...emitindo gemidos agudos.” (ID74m); “..., no entanto com lentificação na resposta verbal...” (ID74cc); “..., por vezes apresenta palavras fora do contexto.” (ID74dd); “...Discurso alucinatório” (ID74ff); “...verborreia” (ID74gg);“...não comunicativo” (ID74ii)]; “...verborreica.” (ID87k); “ ...com discurso repetitivo” (ID98b), “ ... e de tom elevado (ID99i); “...com gritos muito altos.” (ID149f); “...discurso pobre...” (ID200h); (...).</p>

Documentação de Intervenções de Enfermagem

1- Assistir	<p><u>Promover comunicação</u></p> <p>“ Diminuir as distrações externas aquando a comunicação; Usar perguntas curtas e simples e gestos ao comunicar; falar de frente e pausadamente, dando tempo para responder; estimular a fala...” (ID84e); “ Diminuir as distrações externas aquando a comunicação; falar de frente e pausadamente ...” (ID204k); “Utilização de formas de comunicação alternativas” (ID422g).</p>	
2- Prevenir	Proteger	<p><u>Prevenção da queda</u></p> <p>“ Utilizar medidas de contenção física e mecânica adequadas”, “Vigiar estado de consciência” “avaliar TA” (ID276d);</p>
		<p><u>Medidas de segurança</u></p> <p>“Zelar e manter a integridade física” (ID210e), “Manter ambiente envolvente calmo e seguro” (ID210e1);</p>
3- Relacionar	<p><u>Colaborar com família</u></p> <p>“Foi pedido à família para irem um bocadinho ao quarto na tentativa de tranquilizar o doente, que resultou ” (ID74w).</p>	
	<p><u>Contactar médico</u></p> <p>“...contactado médico” (ID25d).</p>	
4- Avaliar resposta à medicação		
<p>“..., que surtiu pouco efeito” (ID36i); “...sedado, tendo adormecido” (ID39k); (...).</p>		
5- Distribuir	<p><u>Administrar medicação</u></p> <p>“Administrada medicação SOS, ...” (ID36h); “ Por indicação ... foi-lhe administrado...” (ID39f); “ ...foi administrado ...” (ID48e); “foi administrado 1 amp de...por indicação médica” (ID74f); “...foi administrado SOS, ...” (ID87o); (...).</p>	

6- Organizar	Controlar	Restringir	<p><u>Imobilizar com grades</u></p> <p>“... e com grades laterais de protecção no leito” (ID45f); “..., continua com grades laterais.” (ID48f); “Mantém também grades laterais...” (ID55g); “...e grades de protecção lateral” (ID58i); “Foram aplicadas grades laterais de protecção no leito” (ID74g), [“...mais grades de protecção”(ID74g1)]; “Mantém grades...” (ID80g), [“Colocadas grades de protecção”(ID80g1)]; “Colocadas grades de protecção”(ID85g); “ Foram colocadas grades de protecção”(ID87m); “Colocadas grades laterais de segurança”(ID108i); “Grades da cama elevadas”(ID194b); (...).</p> <p><u>Imobilizar com dispositivos de imobilização</u></p> <p>“... foram imobilizados os membros superiores” (ID36d) [“Foi imobilizado a nível do tronco e reforçado a imobilização dos membros superiores” (ID36d1)]; “Fica imobilizada dos membros superiores...” (ID45e), [“Mantém imobilizações dos membros superiores”(ID45e1)]; “Realizada contenção dos membros superiores” (ID58h); “Mantém contenções físicas dos membros superiores e inferiores...” (ID74h), [“Mantém contenção de todos os membros e tronco...” (ID74h1)]; “...foram colocadas contenções físicas...” (ID80j), [“Ficou imobilizado a nível dos membros superiores” (ID80j1)]; “Mantém contenções físicas dos membros superiores” (ID85h); “Contenções físicas dos membros superiores.” (ID87t), [“Mantém-se imobilizado” (ID87t1)]; “Imobilizado” (ID105j); “Imobilizado no leito” (ID153g); “Colocada faixa de contenção abdominal” (ID200b); (...).</p>
<p><u>7- Remover dispositivos de imobilização</u></p> <p>“Foram retiradas as imobilizações” (ID48m); (...).</p>			

Percepção do Enfermeiro

1 - Comportamento	<p><u>Comportamento Interactivo</u></p> <p>“...e agressivo por falta de vontade” (ID70c); [“...pouco colaborante...” (ID70b)]; “Nada colaborante.” (ID87e); “...mas renitente aos cuidados.” (ID110b); “...não colaborante” (ID116b);</p>	
2- Processo Psicológico	Cognição	<p><u>Atenção</u></p> <p>“Não entende tudo. Só ordens simples” (ID74a); “...responde a perguntas simples” (ID142b); “...não entende o que dizemos”(ID266e);</p>

		<p><u>Confusão</u> “...períodos de alguma confusão” (ID35a); “Períodos de confusão” (ID42a); “Estado de confusão constante” (ID45a); “...confusa...” (ID55b); “Confuso...” (ID58a); “Períodos de confusão” (ID74c); “As vezes tem períodos de confusão” (ID80a); “Confusa...” (ID85a); “...confusa,...” (ID87b).</p>
3-Processo corporal	Processo do sistema nervoso	<p><u>Actividade Psicomotora</u> “...prostrado.” (ID47c); “...com agitação psicomotora” (ID85c); “... agitação psicomotora” (ID87d); “Alterna períodos de prostração...” (ID206a); “tremores” (ID401d); (...).</p> <p><u>Comportamento desorganizado</u> “...descoordenação motora” (ID113d); “Não responde às solicitações de forma totalmente coerente” (ID297c); “Não tem consciência dos perigos...” (ID401b); (...).</p> <p><u>Percepção</u> “...diminuição da acuidade auditiva” (ID25b); “...alucinações” (ID210a); “...diminuição da acuidade auditiva e visual (ID249c); (...).</p>
6-neurológico	Status	<p><u>Alerta</u> “Fixa o olhar...” (ID266d).</p> <p><u>Consciência</u> “Muito sonolento” (ID113e); “Oscila entre o semi-comatoso...” (ID205a); “...sonolência” (ID206b).</p> <p><u>Orientação</u> “Desorientado” (ID36a); “...desorientado.”(ID55c); “...e desorientado permanentemente” (ID58d); “Desorientado, ...” (ID70a); “...desorientado...”(ID85b); “...desorientado...”(ID87c); “...desorientado no espaço e tempo”(ID99b); “... não sabe bem onde está” (ID113b).</p> <p><u>Resposta</u> “Apática,..” (ID55a); “...reactivo a estímulos verbais.” (ID128c); “...só reactivo a estímulos dolorosos” (ID138a);</p>
7-Capacidade		<p><u>Capacidade para comunicar</u> “...discurso incoerente, ...”(ID7b), [“... mas por vezes existe desvio do discurso.” (ID7b1)]; “Confusa no discurso.” (ID35d); “Dificuldade em exprimir”(ID74b); “Não comunica...”(ID152a); (...).</p>

ANEXO V – Consentimento Informado e Explicação do Estudo

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

(Nome) _____

portador(a) do bilhete de identidade _____ emitido pelo arquivo de identificação de
_____ em ___/___/_____, dá o seu acordo para a respectiva colheita dos dados
do _____ processo _____ clínico _____ de _____ (nome)

_____.

Reconhece que os procedimentos do estudo descritos na carta anexa foram suficientemente explicados e as questões foram satisfatoriamente respondidas. Também lhe foi garantido que o anonimato e a confidencialidade dos dados serão salvaguardados.

Assinatura do representante legal/familiar ou assinatura das testemunhas:

Assinatura do investigador:

Coimbra, ___ de _____ de 2006

Explicação do Estudo

Título: Confusão: dimensão do subdiagnóstico

Investigador: Enf. Rosa Silva

Este estudo terá como objecto de investigação os doentes que desenvolvem períodos de confusão durante o internamento a nível hospitalar, pois face aos conhecimentos actuais sobre esta temática e ao valor que tem na qualidade de vida deste doentes, em especial nos idosos, consideramos que investir nesta área é fundamental.

Objectivo

O objectivo deste estudo é conhecer o grau de documentação existente sobre os doentes internados com episódios de Confusão nos Hospitais da Universidade de Coimbra e, face a estes, qual a percepção dos enfermeiros e que intervenções de enfermagem são realizadas.

Justificação

Os estudos desenvolvidos têm mostrado que os doentes que apresentam confusão durante a hospitalização têm resultados mais negativos no seu processo terapêutico. Assim, durante a hospitalização o indivíduo confuso experiência desorientação, défices capacidades para comunicar com clareza e, como consequência, a sua interacção com o meio ambiente torna-se problemática.

As intervenções realizadas no sentido de melhorar ou resolver este facto estão condicionadas, dado que a confusão é um problema que está sub-reconhecido e consequentemente subdiagnosticado, de acordo com esses mesmos estudos. Dentro desta linha de pensamento e convencidos que esta situação também será a realidade dos nossos cuidados, pretendemos analisar em que medida esta síndrome é reconhecida pela comunidade clínica, que contacta diariamente com o doente internado e, quando identificada, que intervenções são prestadas.

Método

Para que o desenvolvimento deste trabalho seja possível necessitados na sua autorização com o objectivo de se poder consultar o Processo Clínico do seu familiar. O objectivo de analisar o processo clínico é de conhecer o grau de documentação sobre a confusão e analisar as intervenções que foram realizadas. Para além desta informação necessitamos da idade, motivo de internamento e o número de dias de hospitalização. O processo clínico será consultado uma única vez, não existindo necessidade de posteriores consultas.

Aspectos éticos

O investigador assegura que este estudo tem benefício social e não tem nenhum risco previsto para o doente. Todos os dados observados e colhidos do processo clínico do doente serão, durante todo o estudo, tratados de forma confidencial. Sendo ainda de realçar que será salvaguardado o anonimato do doente.

Participação

A escolha de permitir o seu familiar participar ou não participar no estudo é voluntária. Contudo, se não consentir a sua participação pode estar seguro que ele receberá os mesmos cuidados que os indivíduos integrados no estudo.

ANEXO VI - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO DE DEUS

HOSPITAL DE S. JOÃO DE DEUS, S.A - V.N. DE FAMILIÇÃO

NOTA DE SERVIÇO INTERNO

DE: Enfermeira da Comissão de Ética
Para: Presidente da Comissão de Ética

ASSUNTO: Aplicação da Escala de de confusão Neecham

Rec. em 26/03/06 Reg. N.º 2008

Despacho:	DESPACHO
<i>[Handwritten initials]</i>	<i>[Handwritten initials]</i>
Rúb.	
Resp. em	Nº
Arquivo	Rúb.

INFORMAÇÃO

Tendo efectuado uma análise, aos documentos solicitados posteriormente verifica-se que com a aplicação desta escala se pretende estudar quatro grandes áreas:

- **Incidência do fenómeno confusão no cliente hospitalizado.** Onde pretendem saber se o fenómeno é detectado e não tratado, ou se não é sistematicamente avaliado.
- **Confusão aguda: A dimensão do sub diagnóstico.** Onde pretendem obter dados acerca do que se passa em contexto hospitalar, com o fim de obter dados que ajudem os enfermeiros a reorientar as suas práticas no sentido de melhorar a qualidade e a segurança dos doentes.
- **A restrição física da mobilidade.- Estudo sobre aspectos inerentes à utilização com fins terapêuticos.** Onde pretendem conhecer a incidência de doentes confusos que estão com restrição de movimentos de forma a poder criar novas intervenções de enfermagem.
- **Relação entre o stress do cuidador (família) e a existência de confusão do doente no domicílio.** Onde pretendem saber se o grau de confusão do prestador está relacionado com alguns aspectos tais como : grau de confusão do doente, conhecimentos do prestador sobre a confusão etc.

Perante o breve resumo a Comissão de Ética nada tem a opor à aplicação da escala de Neecham, para efectuar o pré teste do estudo " **qual o grau de documentação existente sobre os clientes internados com episódios de confusão aguda nos hospitais? Face a estes qual a percepção dos enfermeiros e que intervenções de enfermagem são realizadas?**."

Esta comissão é de opinião que a Instituição só beneficiará assim como os utilizadores dos cuidados com a obtenção objectiva de dados acerca do problema em estudo .

Só com dados exactos sobre a confusão e da forma como ela está a ser avaliada e tratada se podem criar estratégias da sua gestão / controlo de forma a promover a melhor qualidade de cuidados

A comissão verificou ainda a existência do termo de consentimento informado livre e esclarecido, assim como a idoneidade dos orientadores do estudo. Embora o estudo final não seja efectuado neste hospital a Comissão sugere que os resultados do estudo sejam dados a conhecer à instituição de forma a estes poderem contribuir num futuro próximo, com dados objectivos ainda que de outro hospital para uma reflexão sobre a forma como estamos a cuidar destes doentes.

Vila Nova de Famalicão 30 de Março 2006

Conselho de Administração
 15 de Março 2006
Recebido em tempo de
confusão

[Handwritten Signature]
 Maria Cecília Reis
 (Enfermeira da Comissão de Ética)

[Handwritten Signature]

Nada a operar, nem parecer. *Vicente (316)* 06/03/22
 Autorizada do eq. para ser usada.
 para a exploração do recurso do projecto de estudos
 n.º 962325535

rec. em 06/03/22 Reg. N.º 27111
 Despacho: *Abel Paiva*
Paulo Oliveira
 Rúb. 26305
 Resp. em 1/1 N.º
 Arquivo 1/1 Rúb. *J*

Joana Sofia Dias Pereira de Sousa Ex.º Senhor Presidente
 Honório Cláudio Moreira Faria do conselho de Administração
 Hugo Leiria Neves do Hospital de S. João de Deus EPE de Vila
 Rosa Carla Gomes Silva Nova de Famalicão

A. Américo de Sousa
 23.03.06 *Am*

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados, com o objectivo de se realizar um pré-teste.

Hugo Leiria Neves, enfermeiro a exercer funções no Serviço de Neurologia 3 dos HUC; Honório Cláudio Moreira Faria, enfermeiro a exercer funções no Serviço de Medicina Homens deste hospital; Rosa Carla Gomes Silva, enfermeira a exercer funções no Serviço de Cirurgia III dos HUC; e Joana Sofia Dias Pereira de Sousa, enfermeira a exercer funções no Serviço de Cardiologia B dos HUC; são mestrandos em Enfermagem, na Escola Superior de Biotecnologia, da Universidade Católica Portuguesa do Porto e vêm por este meio solicitar a V/ Ex.ª autorização para proceder ao pré-teste de um instrumento de recolha de dados nos Serviços Medicina Homens, Medicina Mulheres, Cirurgia Homens e Cirurgia Mulheres deste hospital, no dia 30 de Março do corrente ano.

A realização deste pré-teste tem como objectivo testar o instrumento de colheita de dados que será posteriormente utilizado para a concretização do trabalho de dissertação de Mestrado que se encontram a realizar, sob a Orientação do Ex.º Prof. Doutor Abel Avelino Paiva e Silva e Co-orientação do Ex.º Prof. Paulo Oliveira Marques.

Os projectos de investigação têm como objectivo, respectivamente:

- Identificar a incidência do fenómeno de confusão no cliente hospitalizado;
- Identificar a incidência das restrições físicas e os aspectos inerentes à sua utilização com fins terapêuticos;

Não há qualquer incoerência de
José de F. C. Silva
27/3/06

Não há inconveniente para o Serviço
João Paulo Redupi
(Direc. S. Medicina)

S. Oliveira
concordo
30.03.06
Paulo Oliveira

- Identificar o grau de documentação existente referente ao cliente internado que desenvolveu episódios de confusão e face a estes clientes que intervenções terapêuticas/de enfermagem estão documentadas.

-Identificar o Stress do cuidador do cliente confuso.

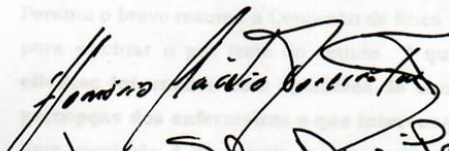
A colheita de dados para o pré-teste será realizada através da aplicação de um formulário (Anexo I), que compila os instrumentos individuais de cada mestrando.

Estes alunos estarão aos dispor de V/ Ex.^a para todos os esclarecimentos que considerarem oportunos, referentes a qualquer um destes projectos de investigação.

te) Gratos pela atenção e disponibilidade concedida.

A atentiosamente pede-se deferimento.

Vila Nova de Famalicão, 21 de Março de 2006.


Joana Sofia Dias Pereira Sousa
ROSA CARLA GONES SILVA
1) Hugo Lucas Nunes