



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

DELIRIUM
DIMENSÃO DO PROBLEMA NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por Carlos Francisco Nunes da Rocha Moreira

Setembro 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

DELIRIUM

DIMENSÃO DO PROBLEMA NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por Carlos Francisco Nunes da Rocha Moreira

Sob orientação de Professor Doutor João Amado e coorientação de Mestre Edna Gonçalves

Setembro 2012

Resumo

Delirium: dimensão do problema num serviço de cuidados paliativos

Moreira, C.

Porto, 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.

Palavras-chave: Delirium, Cuidados Paliativos, Consulta de Suporte Intra-hospitalar, Consulta Externa, Mortalidade.

INTRODUÇÃO: O delirium é uma complicação potencialmente causadora de grande sofrimento em doentes em contexto de cuidados paliativos. Em alguns estudos é comum, no entanto, neste tipo de população, existe um largo intervalo nos valores de incidência e prevalência conhecidos da literatura.

OBJECTIVOS: Avaliar a ocorrência de delirium em doentes seguidos na consulta de suporte intra-hospitalar (CSIH) e consulta externa (CE) de um serviço de cuidados paliativos; avaliar a existência de associação entre diagnóstico de delirium e local de seguimento num serviço de cuidados paliativos (CSIH e CE) e avaliar a existência de associação de diagnóstico de delirium e mortalidade.

METODOLOGIA: Foi efetuado um estudo prospetivo de 1 de Janeiro a 31 de Março de 2011 num hospital central universitário. Todos os doentes admitidos no serviço (pela equipa de suporte intra-hospitalar ou consulta externa) durante este período de estudo foram convidados a participar e foram avaliados com o Confusion Assessment Method (CAM) e Mini-Mental State Examination (MMSE) (nos doentes internados e seguidos pela equipa de suporte intra-hospitalar de três em três dias; nos doentes em ambulatório e seguidos pela consulta externa em todas as consultas realizadas com intervalos superiores a três dias).

RESULTADOS: Nos 119 doentes avaliados (114 oncológicos) o delirium foi diagnosticado em 49 (41,2%): em 11 dos 45 doentes avaliados somente em CE (ambulatório) (24,4%); em 27 dos 49 doentes avaliados somente pela CSIH (contexto de internamento) (55,1%); em 11 dos 25 doentes avaliados em ambos os contextos ao longo do estudo (CSIH e CE) (44,0%) ($p < 0,05$). Durante o período de estudo faleceram 51 doentes, tendo sido diagnosticado delirium em 33 (64,7%) destes doentes, enquanto nos 53 doentes em seguimento no final do estudo em somente 12 (22,6%) foi efetuado este diagnóstico ($p < 0,05$). O risco de morrer foi maior nos doentes com delirium (risco relativo 2,40; IC a 95%: 1,57-3,67). As curvas de sobrevivência dos doentes com delirium e sem delirium revelaram um tempo de sobrevivência mais reduzido nos doentes com delirium ($p < 0,001$). Em nenhum dos cinco doentes não oncológicos envolvidos no estudo (4,2%) foi diagnosticado delirium.

CONCLUSÕES: No presente estudo, 41,2% da população de cuidados paliativos apresentou delirium, sendo mais frequente nos doentes seguidos em contexto de internamento hospitalar (CSIH) e nos doentes que faleceram durante o período do estudo. O delirium esteve associado a maior risco de morte (risco relativo=2,40).

Abstract

Delirium: dimension of the problem in a palliative care service

Moreira, C.

Porto, 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.

Key Words: Delirium, Palliative Care, Inpatient support, Outpatient clinic, Mortality.

BACKGROUND: Delirium is a potentially distressing complication in patients receiving palliative care. In some studies it seems to be common however there is a wide-range of incidence and prevalence in the literature, in such populations.

AIM: To evaluate the occurrence of delirium in patients followed by a palliative care service with inpatient support team and outpatient clinic; to evaluate if there is association between diagnosis of delirium and place where patients are followed in a palliative care service (inpatients and outpatients) and to evaluate if there is association between diagnosis of delirium and mortality.

METHODS: Prospective study conducted from 1st January to 31th March 2011, in a central university teaching hospital. All the inpatients and outpatients admitted to the service during this period were invited to participate and were evaluated with Confusion Assessment Method (CAM) and Mini-Mental State Examination (MMSE) (inpatients every three days; outpatients in all ambulatory consultations, with intervals longer than three days).

RESULTS: Of the 119 patients evaluated (114 with cancer) delirium was diagnosed in 49 (41,2%): 11 out of 45 patients evaluated only as outpatients (24,4%); 27 out of 49 patients evaluated only as inpatients (55,1%); 11 out of 25 patients evaluated both as inpatient and outpatient (44,0%) ($p < 0,05$). During the study period 51 patients died and 33 of them (64,7%) were diagnosed delirium whereas only 12 of the 53 patients alive at the end of the study (22,6%) had this diagnosis ($p < 0,05$). The risk of dying was higher in patients with delirium (relative risk 2,40; 95% CI: 1,57-3,67). Patients with delirium had shorter survival than patients without delirium ($p < 0,001$). None of the five non cancer patients enrolled in the study (4,2%) was diagnosed with delirium.

CONCLUSIONS:

In this study, 41,2% of the palliative care population had delirium, being more frequent in the inpatients setting as well as in the patients who died during the period of the study. Delirium was associated with a higher risk of dying (relative risk=2,40).

Agradecimentos

Ao Professor João Amado e Dr.^a Edna Gonçalves pelo apoio e disponibilidade na orientação deste trabalho.

Aos restantes membros da Equipa do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de São João (Enfermeira Gabriela Couto, Enfermeira Antónia Rocha, Enfermeira Cátia Ferreira, Dr.^a Conceição Pires, Dr. Eduardo Carqueja, Enfermeiro Miguel Tavares) pelo voluntarioso, pronto e imprescindível apoio.

Um agradecimento especial à Enfermeira Gabriela Couto, Daniela e Patrício sem o apoio dos quais a conclusão do presente trabalho teria sido bastante mais complicada.

E um agradecimento, em jeito de dedicatória, para a Família e para a Cristina.

Palavras-chave

- Delirium;
- Cuidados Paliativos;
- Consulta de Suporte Intra-hospitalar;
- Consulta Externa;
- Mortalidade.

Key Words

- Delirium;
- Palliative Care;
- Inpatient support;
- Outpatient clinic;
- Mortality.

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

APA - American Psychiatric Association

AVC - Acidente vascular cerebral

CAM - Confusion Assessment Method

CE - Consulta Externa

CSIH - Consulta de Suporte Intra-Hospitalar

CT – Consulta Telefónica

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DSM-III-R – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Terceira Edição - Revista

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Quarta Edição – Texto Revisto

DRS-R98 - Delirium Rating Scale – Revised 98

EEG - Eletroencefalograma

GABA - Sistema ácido γ -aminobutírico

HSJ – Hospital de São João

ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision

IC 95% – Intervalo de Confiança a 95%

MDAS - Memorial Delirium Assessment Scale

MMSE - Mini-Mental State Examination

Mts 1^o não identificado - Metástases de primário não identificado

OMS - Organização Mundial de Saúde

PaP - Palliative Prognostic Score

SCP – Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de São João

SNC - Sistema Nervoso Central

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCP RNCCI - Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Índice Geral

Resumo	I
Abstract	III
Agradecimentos.....	V
Palavras-chave.....	VII
Lista de abreviaturas, siglas e símbolos	IX
Índice Geral	XI
Índice de tabelas e de gráficos.....	XIII
Introdução.....	1
Revisão dos conhecimentos atuais (na Literatura)	3
- Origem e evolução do termo delirium	3
- Definição e Critérios de Diagnóstico de Delirium.....	4
- Variabilidade na terminologia internacional e portuguesa do termo delirium	6
- Origem e Definição de Cuidados Paliativos.....	7
- Epidemiologia do Delirium em Cuidados Paliativos.....	7
- Patofisiologia, etiologia, diagnóstico diferencial e tratamento de delirium.....	12
Contributo Pessoal	15
Metodologia	17
- Tipo, local, duração e período de estudo.....	17
- População	17
- Variáveis e instrumentos de medida	17
- Procedimentos para colheita de dados.....	19
- Considerações éticas	20
- Financiamento.....	20
- Processamento de dados	20
Resultados.....	21
Discussão	29
- Como revelam os principais resultados, o presente trabalho dá resposta aos objetivos do estudo.....	29
- Discussão da validade interna	29
Pontos mais fortes.....	29
Pontos fortes e fracos	30
- Discussão dos resultados	31
- Discussão da validade externa	36
Conclusões Gerais e Perspetivas Futuras	39
Referências Bibliográficas	41

ANEXOS.....	45
ANEXO I - Confusion Assessment Method (CAM), Versão Reduzida	47
ANEXO II - Mini Mental State Examination (MMSE).....	51
ANEXO III - Folha de Informações Gerais Modelo I, Versão 3, Outubro 2009	57
ANEXO IV - Folha para registo do resultado do CAM e MMSE	61
ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética do Hospital de São João	65
ANEXO VI - Autorização do Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São João para a concretização do projeto	71

Índice de tabelas e de gráficos

Índice de tabelas

Tabela 1. Critérios de diagnóstico para delirium de acordo com o DSM-III-R.....	5
Tabela 2. Critérios de diagnóstico para delirium de acordo com o DSM-IV-TR.....	5
Tabela 3. Características dos subtipos de delirium.....	11
Tabela 4. Caracterização da população.....	21
Tabela 5. Tempo de seguimento dos doentes (total e por local de seguimento).....	23
Tabela 6. Número de avaliações do CAM por doente e por local de seguimento.....	24
Tabela 7. Destino dos doentes ao longo do estudo.....	24
Tabela 8. Relação do CAM com género, idade, local de 1ª observação, local de seguimento e estado no final do estudo.....	25

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos doentes por Serviço de Referenciação ao SCP.....	22
Gráfico 2. Distribuição dos doentes oncológicos por diagnóstico oncológico primário.....	23
Gráfico 3. Resultado do CAM por local de seguimento.....	26

Gráfico 4. Resultado do CAM nos doentes falecidos ao longo do estudo e nos doentes em seguimento no final do estudo.....27

Gráfico 5. Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier desde o dia da primeira avaliação no estudo até destino final nos doentes com CAM positivo e nos doentes com CAM negativo.....27

Gráfico 6. Curva de sobrevivência de Kaplan-Meier desde o dia de diagnóstico dos 45 doentes do estudo que foram diagnosticados com delirium e que tiveram como destino final falecido ou em seguimento no final do estudo.....28

Introdução

O delirium caracteriza-se por uma perturbação da consciência e por uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo (Americam Psychiatric Association, 2002). É uma das complicações neuropsiquiátricas mais comuns em Cuidados Paliativos (Caraceni, Simonetti, 2009) (Breithart, Alici, 2008) (Lawlor et al, 2000).

O termo delirium, utilizado pela primeira vez por Celsus (século I d.C.) (Caraceni, Grassi, p. 1, 2011), ainda hoje permanece envolto em controvérsia. Mais de 25 termos diferentes foram usados ao longo dos anos como sinónimos de delirium (Smith et al, 1995). A tradução do termo em diferentes línguas continua a ser atualmente uma questão em debate (Caraceni, Grassi, p. 4, 2011). Uma tão longa história, associada à ainda presente controvérsia em seu redor, denota um caminho incompleto no esclarecimento do termo (que provavelmente encerra em si várias entidades ainda por destrinçar, com diferentes patofisiologias e diferentes manifestações clínicas) e, portanto, uma necessidade de investimento em investigação nesta área.

Em contexto de Cuidados Paliativos estudar delirium implica ter em atenção que este é causa de aumento do sofrimento para o doente e a família / cuidadores; é um obstáculo à comunicação, o que afeta a participação do doente na tomada de decisões, a avaliação sintomática, a psicoterapia e a relação de ajuda como potencial terapêutico (Lawlor et al, 2000). Vários estudos indicam que a mortalidade é mais frequente em doentes com delirium (Caraceni, Grassi, p. 38, 2011). Além disso, o delirium levanta questões éticas relevantes relacionadas com a necessidade de realizar um exercício de ponderação entre benefícios resultantes da investigação diagnóstica e tratamento de fatores precipitantes versus possível risco de se enveredar por atitudes diagnósticas e terapêuticas desproporcionadas (fonte de adição de sofrimento ao invés do desejado alívio) e ainda questões relacionadas com o papel da sedação terminal (Leonard et al, 2008).

Se o esclarecimento do termo e seus critérios de diagnóstico ainda se encontra em discussão, o mesmo acontece com a sua epidemiologia, patofisiologia e tratamento.

A revisão bibliográfica sobre a ocorrência de delirium em cuidados paliativos revelou resultados díspares. As características das populações estudadas e as metodologias aplicadas nos estudos diferem, justificando, de certa forma, alguma dessa variabilidade nos resultados. Todavia, parte desta disparidade é também reveladora de lacunas nesta área do conhecimento, confirmando a necessidade e importância da realização de novos estudos.

Em Portugal existe uma grande lacuna de estudos de ocorrência de delirium em Cuidados Paliativos. Está publicado um estudo de avaliação de delirium em doentes com acidente vascular cerebral agudo (Caeiro et al, 2002) e um estudo de tradução e validação de um instrumento de rastreio de delirium para doentes em Cuidados Intensivos (Abelha et al, 2010). Não foi encontrado nenhum estudo de ocorrência de delirium em doentes seguidos em contexto de Cuidados Paliativos.

Os objetivos do presente estudo são avaliar a ocorrência de delirium nos doentes seguidos por um Serviço de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário na consulta de suporte intra-hospitalar (CSIH) e consulta externa (CE); avaliar a existência de associação entre diagnóstico de delirium e local de seguimento no referido Serviço de Cuidados Paliativos (CSIH e CE) e avaliar a existência de associação entre o diagnóstico de delirium e mortalidade. Para a concretização dos objetivos enunciados, os doentes admitidos nestas consultas durante determinado período de tempo foram sujeitos, além da habitual avaliação clínica completa, à aplicação do Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al, 1990) associado ao “Mini-Mental State Examination” (MMSE) (Folstein et al, 1975), para o diagnóstico de delirium.

Revisão dos conhecimentos atuais (na Literatura)

- Origem e evolução do termo delirium

A palavra delirium deriva etimologicamente do latim “*de*” que significa de baixo ou fora de e “*lira*” que significa sulco ou trilho de arado nos campos (Smith et al, 1995). O seu significado inicial, proveniente do verbo em latim *delirare*, seria sair fora do caminho, perder o caminho direito. Dado o seu contexto original relacionado com a agricultura, o verbo *delirare* conjugaria a imagem de um homem louco arando um campo sem nenhum plano, ao acaso, totalmente desorientado. O verbo traduziria a ação de ser louco, demente ou parvo (Morandi et al, 2008).

Hipócrates, há cerca de 2500 anos, descreveu pela primeira vez um quadro clínico similar ao delirium atual. Estabeleceu a relação entre alterações mentais ou psíquicas e doença física (febre, meningite, trauma, pneumonia) e descreveu uma síndrome que nomeou de “phrenitis”, que se caracterizava por confusão e inquietação que se associava a doença física (muitas vezes febre) (Morandi et al, 2008) (Caraceni, Grassi, p.1, 2011).

O termo delirium associado à medicina foi usado pela primeira vez pelo romano Celsus (no primeiro século D.C.). O termo nessa altura descrevia um distúrbio mental que se desenvolvia em diferentes contextos (muitas vezes associado a febre) e funcionaria como forma de unificar as síndromes designadas por “phrenitis” e “lethargus”, uma vez que se observava a transição frequente entre as duas (Caraceni, Grassi, p. 1, 2011). Assim a palavra delirium passou a ser usada alternadamente com “phrenitis”, já descrita anteriormente, e com “lethargus” que consistiria num estado de confusão associada a doença física com sonolência e inércia (Morandi et al, 2008).

Apesar de terem já decorrido vários séculos desde a sua primeira utilização, o termo delirium encontra-se atualmente ainda envolto em controvérsia. Ao longo das últimas décadas mais de 25 termos diferentes têm sido usados como sinónimo de delirium: confusão, estado confusional agudo, insuficiência cerebral aguda, demência aguda, síndrome orgânica aguda, insuficiência cerebral, encefalopatia metabólica, síndrome cerebral orgânica, psicose tóxica reversível... (Smith et al, 1995). A diversidade de termos que foi surgindo parece relacionar-se com o facto de ao longo do século XIX e XX surgirem de pelo menos três áreas culturais diferentes (anglófona, francesa e germânica) tentativas de caracterização desta síndrome (Caraceni, Grassi, p. 5, 2011).

No início da década de 1970 e novamente no início da década de 1980, a Psiquiatria sofreu uma autêntica revolução com a introdução de critérios de diagnóstico e com o desenvolvimento do sistema nosológico psiquiátrico realizado pela American Psychiatric Association (APA) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Caraceni, Grassi, p. 6, 2011). Surgiu assim o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da American Psychiatric Association (DSM) desenvolvido pela APA e o International Statistical Classification of Diseases (ICD) desenvolvido pela OMS. Associada a esta revolução, o conceito de delirium

sofreu profundas mudanças, permitindo estes passos trazer alguma ordem ao conceito. Apesar disso, nas últimas três décadas foram introduzidas novas alterações na definição, de acordo com novos dados que foram surgindo da investigação e com a experiência clínica entretanto acumulada (Caraceni, Grassi, p. 6, 2011).

- Definição e Critérios de Diagnóstico de Delirium

Segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), o delirium caracteriza-se por uma perturbação da consciência e por uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo (horas a dias). Essa perturbação não pode ser atribuída a uma demência preexistente ou em evolução e tende a ter um carácter flutuante ao longo do dia.

Para abordar a definição e classificação do delirium de acordo com o DSM, torna-se importante fazer referência à evolução decorrida nas últimas décadas. Na terceira edição do DSM (DSM III) em 1980, o delirium foi pela primeira vez referido como uma entidade diagnóstica específica, agrupado na secção *Perturbações Mentais Orgânicas* (Caraceni, Grassi, p. 6, 2011). Como citado por Smith et al, as principais características clínicas do delirium no DSM III eram: (a) redução do nível de consciência e diminuição da capacidade de atenção; (b) défices cognitivos (desorientação e perturbações na memória); e pelo menos dois dos seguintes critérios: (1) perturbações do comportamento psicomotor, (2) alterações no ciclo sono-vigília, (3) distúrbios perceptuais e (4) discurso incoerente; estes sintomas teriam início abrupto e com flutuações diárias (Smith et al, 1995). Esta versão do DSM foi revista em 1987 (DSM-III-R). O delirium manteve-se na secção *Perturbações e Síndromes Mentais Orgânicas*, mas ocorreram alterações nos critérios de diagnóstico. Os critérios de diagnóstico do DSM-III-R são apresentados na tabela 1 (Costa, 2002).

A publicação do DSM-IV em 1994 trouxe profundas alterações no que diz respeito à classificação e critérios de diagnóstico do delirium (Caraceni, Grassi, p. 7, 2011). A secção que incluía o delirium no DSM-III-R, *Perturbações e Síndromes Mentais Orgânicas*, foi substituída por três secções intituladas: *Delirium, Demência, Perturbações Mnésicas e outras Perturbações Cognitivas; Perturbações Mentais Secundárias a Um Estado Físico Geral e Perturbações Relacionadas com Substâncias*. A secção *Perturbações e Síndromes Mentais Orgânicas* foi abandonada no DSM-IV porque implicava, incorretamente, que as perturbações mentais “não orgânicas” não têm uma base biológica (American Psychiatric Association, 2002). O DSM-IV sofreu nova atualização em 2000, surgindo o DSM-IV-TR. No DSM-IV-TR foram mantidos o sistema de classificação e os critérios de diagnóstico de delirium em relação ao DSM-IV. As alterações efetuadas foram as relacionadas com a introdução de nova informação obtida pela investigação nos dez anos que intervalaram as duas publicações. Essas novas informações relacionam-se essencialmente com a prevalência, manifestações clínicas, complicações e mortalidade relacionada com o delirium (Caraceni, Grassi, p. 7, 2011). Os critérios de diagnóstico de delirium do DSM-IV e DSM-IV-TR são apresentados na tabela 2.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico para delirium de acordo com o DSM-III-R

A. Capacidade reduzida de manter ou mudar a atenção para estímulos externos.
B. Pensamento desorganizado, como o que se manifesta por discurso desconexo, irrelevante ou incoerente.
C. Pelo menos dois dos seguintes: 1. Nível de consciência reduzido 2. Distúrbios perceptuais: erros de interpretação, ilusões ou alucinações 3. Alterações do ciclo sono-vigília com insónia e sonolência diurna 4. Atividade psicomotora aumentada ou diminuída 5. Desorientação para o tempo, lugar ou pessoa 6. Alterações da memória
D. Início abrupto dos sintomas (horas a dias), com flutuações diárias
E. Qualquer dos seguintes: 1. Evidência na história, exame físico ou testes laboratoriais de fatores etiológicos orgânicos específicos. 2. Exclusão de alterações mentais não orgânicas quando nenhum fator etiológico puder ser identificado

Tabela 2. Critérios de diagnóstico para delirium de acordo com o DSM-IV-TR

A – Perturbação da consciência (diminuição da clareza de percepção do ambiente) com redução da capacidade para focar, manter ou transferir a atenção.
B – Uma alteração na cognição (como défice de memória, desorientação, perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de uma perturbação perceptual que não é devida a uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.
C – A perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a dias) e tende a flutuar durante o dia.
SECUNDÁRIO A (INDICAR O ESTADO FÍSICO GERAL)
D – Evidência de provas, baseadas na história clínica, exames físicos ou laboratoriais de que a perturbação é causada pelas consequências fisiológicas diretas de um estado físico geral.

No DSM-IV-TR são incluídas na secção “*Delirium*” várias perturbações: *Delirium Secundário a Estados Físicos Gerais*, *Delirium Induzido por Substâncias* (incluindo efeitos colaterais da medicação), *Delirium por Múltiplas Etiologias* e *Delirium Sem Outra Especificação* (quando não é possível determinar uma etiologia específica) (American Psychiatric

Association, 2002). Todas estas perturbações partilham na sua apresentação as alterações da consciência e cognição, diferenciando-se unicamente com base na etiologia (American Psychiatric Association, 2002). Assim, os critérios de diagnóstico são os mesmos em todas estas perturbações exceto o critério D em que varia a descrição da etiologia do delirium.

A Organização Mundial da Saúde na International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), na secção “*Perturbações Mentais e do Comportamento*”, define o delirium como uma síndrome cerebral orgânica de etiologia não específica, caracterizada por perturbações da consciência, atenção, percepção, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoção e do ciclo sono-vigília. A duração é variável e o grau de gravidade varia do ligeiro ao muito grave. Pode ter uma apresentação aguda ou subaguda. Inclui termos como síndrome cerebral, estado confusional (não alcoólico), a psicose infecciosa, a reação orgânica e a síndrome psico-orgânica (World Health Organization, 2007). Está incluído na secção “*Perturbações Mentais e do Comportamento*”. Existem muitas similaridades entre a classificação e a definição de delirium propostas pela OMS na ICD-10 e a do DSM-IV-TR (Caraceni, Grassi, p. 11, 2011).

- Variabilidade na terminologia internacional e portuguesa do termo delirium

Apesar dos avanços conseguidos com os sistemas de classificação atrás apresentados, a uniformização na terminologia internacional da palavra delirium, essencial para a investigação nesta área científica e conseqüente troca de informação, comparação e discussão de resultados, ainda não foi totalmente conseguida (Caraceni, Grassi, p. 4, 2011). Morandi et al (2008) realizaram um estudo para avaliar as diferenças na terminologia do delirium a nível internacional e verificaram que a palavra delirium é correntemente usada para descrever a síndrome constituída por todos os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR em Inglês, Italiano, Espanhol (América Latina e não em Espanha) e Português. Todavia, nas últimas três línguas apresentadas existe ainda alguma confusão entre a palavra delirium e delírio, levando a concluir que as inconsistências ainda existem não só a nível internacional, mas também dentro da mesma língua. Abordando o caso português, pode-se confirmar estas inconsistências ao verificar que na tradução do DSM-IV-TR de 2002 é usada a palavra delirium para descrever a síndrome já descrita (American Psychiatric Association, 2002), no Manual de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa (Barbosa, Neto, 2010) é também usada a palavra delirium, assim como no livro de Ferraz Gonçalves (2011) *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Todavia, no artigo de revisão de I. Costa (2002) é usado o termo delírio para descrever a mesma síndrome. Delírio é definido como uma “Alteração do conteúdo do pensamento, com crenças falsas, que resultam de uma apreciação errada da realidade, que não cedem à lógica nem à evidência do real” (Morandi et al, 2008). Os delírios, tais como as alucinações, podem ser um distúrbio perceptual presente num quadro de delirium, mas não são por si só delirium. Outro termo que contribuí para aumentar a “confusão” é o termo confusão mental, que podemos definir como “falta de ordem ou método, incapacidade de

reconhecer diferenças ou distinções, perda de orientação” (Morandi et al, 2008). Outro aspeto que agrava a variabilidade nestes termos, prende-se com o facto de que em Espanha é usado o termo *delírio* para descrever a síndrome delirium, enquanto em França o termo usado é *confusion mentale* (Morandi et al, 2008). A homogeneidade será um passo fundamental a atingir nesta área e terá de ser conseguida com um esforço a nível nacional e internacional.

- Origem e Definição de Cuidados Paliativos

O objetivo deste trabalho engloba o estudo do delirium numa população de doentes de cuidados paliativos. O “movimento dos cuidados paliativos” surgiu na década de 1960 com Cicely Saunders em Inglaterra e, um pouco mais tarde, com Elisabeth Kübler-Ross nos Estados Unidos da América (Barbosa, Neto, p. 2, 2010), (Hanks et al, p. 9, 2010). Este movimento surge como reação a uma certa tendência desumanizante da medicina moderna. Algumas das razões que levaram ao aparecimento e desenvolvimento dos cuidados paliativos foram 1) o envelhecimento da população associado ao aumento de doenças crónicas, com a morte a acontecer no final de um período prolongado e de grande dependência por parte dos doentes; 2) a diminuição da capacidade da família em prestar cuidados, consequência das alterações sociofamiliares da sociedade moderna; 3) a atitude da Medicina e da sociedade a exacerbar o paradigma curativo e a cultivar uma “negação da morte”, conduzindo, por um lado, a uma incapacidade de prestar cuidados adequados aos doentes com doença incurável, progressiva e causadora de grande sofrimento e, por outro, levando-as a responder a essas pessoas de forma errada e mesmo discriminatória com o “já não há mais nada a fazer” (Barbosa, Neto, 2010) ou “obstinando” os cuidados numa tentativa de impedir a morte.

Após a sua génese, em doentes oncológicos terminais, os cuidados paliativos foram evoluindo e expandindo-se para doenças não oncológicas e fases mais precoces de evolução da doença oncológica, centrando-se agora nas necessidades dos doentes e famílias e não tanto no seu diagnóstico ou prognóstico. Em 2002, a OMS definiu-os como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e de suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e / ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (Barbosa, Neto, p. 3, 2010).

- Epidemiologia do Delirium em Cuidados Paliativos

Com o desenvolvimento dos cuidados paliativos, constatou-se que o delirium é uma das complicações neuropsiquiátricas mais comuns nesta tipologia de cuidados (Caraceni, Simonetti, 2009) (Breithart, Alici, 2008) (Lawlor et al, 2000). Todavia, atualmente ainda existe uma grande escassez de estudos rigorosos a avaliar a epidemiologia, a patofisiologia, os fatores de risco, a avaliação e o tratamento do delirium no contexto dos cuidados paliativos

(Leonard et al, 2008), Caraceni, Grassi, p. 32, 2011). Além disso, as extrapolações diretas dos resultados de estudos de delirium em populações em outro contexto que não cuidados paliativos devem ser realizadas com precaução para as populações de doentes em cuidados paliativos, uma vez que estas apresentam características próprias e específicas (Leonard et al, 2008).

Cerca de um a dois terços dos casos de delirium são mal diagnosticados, diagnosticados tardiamente ou simplesmente não detetados (Leonard et al, 2008).

Quando avaliados os estudos já realizados sobre a ocorrência de delirium na população de cuidados paliativos encontra-se um largo intervalo de valores de prevalência e incidência (Leonard et al, 2008). Este facto provavelmente relaciona-se com o uso de uma terminologia ambígua (uso de vários sinónimos de delirium já anteriormente apresentados), a variabilidade na definição de delirium nos sistemas de classificação internacionalmente reconhecidos, com erros no uso de instrumentos validados de avaliação de delirium (Leonard et al, 2008), mas também com a variabilidade das populações de cuidados paliativos estudadas e com as dificuldades em realizar investigação neste tipo de doentes. No estudo de revisão efetuado por Leonard e colaboradores (2008) sobre características do delirium em Cuidados Paliativos, os valores de prevalência e incidência de delirium variavam entre 20% e 44%, podendo atingir, quando avaliados em doentes num período muito próximo da morte, valores de 90% (Leonard et al, 2008).

Um dos primeiros estudos efetuado com o objetivo de avaliar a ocorrência de delirium em doentes em fim de vida (internados num serviço de oncologia) foi realizado em 1983 por Massie e colaboradores. Nesse estudo foram admitidos 19 doentes, sendo que 6 melhoraram e foram excluídos do estudo. Os restantes 13 doentes mantiveram-se hospitalizados e foram seguidos até à morte. Durante o seguimento, foram avaliados os sinais de delirium três vezes por semana através de uma entrevista baseada nos critérios de diagnóstico de delirium do DSM-III. Em 11 dos 13 doentes seguidos (85%) foi diagnosticado delirium, na maioria das vezes apresentando etiologia multifactorial (Massie et al, 1983). O estudo apresenta como limitações o reduzido tamanho da amostra e a ausência de instrumento de avaliação de delirium validado.

Lawlor e colaboradores (2000) efetuaram um estudo prospetivo para avaliar a ocorrência, duração, intensidade, fatores precipitantes e reversibilidade do delirium em doentes com cancro avançado, internados numa unidade de cuidados paliativos de agudos. Para avaliação da ocorrência de delirium era usado inicialmente o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (além da avaliação clínica dos doentes com história clínica e exame físico exaustivo) e quando os doentes apresentavam alterações cognitivas no MMSE ou evidência clínica de delirium eram sujeitos a uma entrevista semi-estruturada de acordo com os critérios de delirium da DSM-IV (para diagnóstico). Os doentes que cumpriam os critérios de delirium na entrevista semi-estruturada eram posteriormente sujeitos ao *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS) para avaliar a evolução e intensidade do delirium ao longo do estudo. Cumpriam critérios de inclusão no estudo 104 doentes. Na admissão ao internamento, o delirium foi

diagnosticado em 44 doentes (42%) e nos restantes 60 doentes o delirium surgiu ao longo do internamento em 27 (45%). Isto é, o delirium ocorreu em 68,3% do total de doentes. A reversão do delirium ocorreu em 46 (49%) dos 94 episódios no total de 71 doentes com delirium (Lawlor et al, 2000). O delirium terminal ocorreu em 46 (88%) dos 52 doentes que morreram durante o estudo (Lawlor et al, 2000). Também se verificou no estudo que os doentes com delirium tinham curvas de sobrevivência diferentes quando comparados com os controlos (os doentes com delirium tinham tempos de sobrevivência inferiores) (Lawlor et al, 2000). Foram avaliados diversos fatores precipitantes do delirium: medicação psicoativa, desidratação, fatores intracranianos, abstinência de álcool ou outras drogas, encefalopatia hipóxica, fatores metabólicos e fatores hematológicos. Os fatores precipitantes como a medicação psicoativa (predominantemente opióides) e a desidratação estavam associados a reversibilidade dos episódios de delirium, enquanto a encefalopatia hipóxica e os fatores metabólicos (insuficiência renal, alterações hepáticas, hipercalcemia, hipomagnesemia) estavam associados a não reversibilidade (Lawlor et al, 2000).

No estudo de Lawlor acima referido foram apresentados resultados relativamente ao delirium terminal, onde este foi definido como delirium em doentes que foram avaliados e cumpriram os critérios do DSM-IV pelo menos nas últimas 6 horas que antecederam a morte (Lawlor et al, 2000). Porém, a terminologia delirium terminal está longe de estar totalmente esclarecida, contribuindo ainda mais para isso o confronto com a expressão agitação ou inquietação terminal. O esclarecimento ainda se torna mais complicado pelas dificuldades em realizar investigação nos doentes que se encontram neste contexto pelas implicações éticas de se estar a submeter a mais uma carga de testes estas pessoas e familiares já por si mergulhadas num profundo sofrimento. A experiência dos cuidados paliativos levou ao vincular da expressão “agitação ou inquietação terminal” que descreve uma agitação psicomotora associada a um estado mental alterado em doentes em fim de vida, interpretada como consequência de alterações metabólicas e tóxicas (Caraceni, Grassi, p. 119, 2011). As características clínicas propostas para uma agitação terminal são de um “delirium agitado num doente muito próximo do fim de vida frequentemente associado a perturbações da consciência e a mioclonias multifocais” (Caraceni, Grassi, p. 119, 2011). Um doente sujeito a um processo de agravamento progressivo da sua doença que o leva irremediavelmente à morte passará muito frequentemente por um processo (normal) de falência multiorgânica que conduzirá à criação de condições propícias para o aparecimento de alterações da consciência e cognitivas que poderão levar à construção de um quadro similar ao delirium. Denominar-se-á este quadro de “delirium terminal”, “agitação / inquietação terminal” ou simplesmente processo normal de fim de vida? Outro argumento a referir relativamente a estes doentes é que são frequentes, nesta fase, outros sintomas por vezes de grande intensidade (como dor, astenia, dispneia, ansiedade, e outros) podendo a agitação psicomotora funcionar como uma resposta a um sofrimento físico, psicológico, espiritual e social (dor total) insuportável, não estando reunidos, todavia, critérios de delirium (Caraceni, Grassi, p. 120, 2011).

Gagnon e colaboradores (2000) realizaram um estudo prospetivo para avaliar a prevalência e incidência de delirium numa unidade de cuidados paliativos (com doentes com uma expectativa de tempo de vida inferior a 2 meses). Nesse estudo foi usado para rastreio de delirium o Confusion Rating Scale três vezes por dia (de 8 em 8 horas) e nos doentes com rastreio positivo era aplicado o CAM para diagnóstico de delirium, sendo feita uma monitorização dos doentes até à morte. Nos 89 doentes avaliados no estudo, a prevalência confirmada de delirium foi de 13,3% e a incidência foi de 32,8% (Gagnon et al, 2000). Os resultados obtidos revelam valores bastante mais baixos de prevalência e incidência de delirium neste tipo de doentes. Foi observada uma melhoria nos sintomas de delirium em 50% dos doentes com diagnóstico confirmado (Gagnon et al, 2000). De referir como limitações do estudo a reduzida amostra, incluindo essa amostra doentes muito próximo do fim de vida (com uma média de tempo de seguimento curta - 12 dias).

Caraceni e colaboradores (2000) realizaram um estudo prospetivo multicêntrico com o objetivo de avaliar o impacto do delirium na sobrevivência dos doentes com cancro avançado também avaliados pelo palliative prognostic (PaP) score. A todos os adultos admitidos consecutivamente em 10 unidades de cuidados paliativos italianas foi aplicado na admissão o CAM e o PaP score. O tempo de sobrevivência foi medido desde a avaliação inicial no estudo até à morte do doente. Na admissão foi detetado delirium em 109 dos 393 doentes admitidos consecutivamente no estudo (27,7%). O diagnóstico de delirium diminuiu significativamente o tempo de vida prognosticado com o PaP score. A curva de sobrevivência de doentes com delirium foi significativamente diferente dos doentes sem delirium (log rank 31,6; $p < 0,0001$). Nos doentes com delirium na admissão a mediana do tempo de sobrevivência foi de 21 dias (IC 95% 16-27), enquanto nos doentes sem diagnóstico de delirium foi de 39 dias (IC 95% 33-49) (Caraceni et al, 2000).

Em 2008, Fang e colaboradores publicaram um estudo apresentando como um dos objetivos determinar a ocorrência de delirium em doentes com doença oncológica terminal internados numa unidade de Cuidados Paliativos (a maior de Taiwan). Dos 457 doentes internados na referida unidade durante 6 meses, 228 (49,9%) foram rastreados com delirium utilizando o Delirium Rating Scale - Chinese Version (aplicado na admissão e durante o internamento de 2 em 2 dias). Após um rastreio positivo, os doentes eram avaliados até 24 horas depois por um psiquiatra que realizava uma avaliação clínica para confirmar ou não o diagnóstico de delirium e determinar o seu subtipo (hipoactivo, hiperativo ou misto). Os resultados do estudo revelaram uma prevalência de delirium de 46,9% ($n=107$), sendo o subtipo hipoactivo o mais frequente (68,2%), mas também o mais difícil de diagnosticar. O subtipo hiperativo estava presente em 21,5% e o misto em 10,3%. A taxa de mortalidade dos doentes internados com delirium (77,6%, IC 95%: 69,7-85,5%) foi maior ($p < 0,0001$) do que nos doentes sem delirium (50,9%, IC 95%: 44,4-57,4%). Os doentes com delirium hipoactivo tinham um risco de morrer significativamente maior do que os doentes com delirium misto (Risco Relativo=5,49, IC 95%: 1,93-15,60, $p < 0,001$). A média e a mediana do tempo de sobrevivência em dias desde o diagnóstico de delirium até à morte foram no delirium hipoactivo de $7,86 \pm$

1,13 (IC 95%: 5,65-10,07) dias e $4,00 \pm 0,35$ (IC 95%: 3,26-4,74) dias respetivamente, no delirium hiperativo $24,75 \pm 7,48$ (IC 95%: 10,10-39,40) dias e $9,00 \pm 4,89$ (IC 95%: 0,0-18,59) dias respetivamente e no delirium misto de $30,70 \pm 5,13$ (IC 95%: 20,65-40-75) dias e $40,00 \pm 0,00$ respetivamente (Fang et al, 2008).

No estudo descrito anteriormente (Fang et al, 2008) foram apresentados diferentes subtipos de delirium. Em 1990, Lipowski descreveu inicialmente dois subtipos de delirium baseado no comportamento psicomotor e no nível de consciência dos doentes (citado em Chochinov, Breitbart, p. 83, 2009). Os subtipos apresentados incluíam o hiperativo (ou agitado ou hiperalerta) e o hipoactivo (ou letárgico ou hipoalerta) (Tabela 3) (Chochinov, Breitbart, p. 84, 2009). Posteriormente, outros autores apresentaram o subtipo “misto”, em que o mesmo doente apresentava alternadamente características de delirium hipoactivo e de delirium hiperativo (Chochinov, Breitbart, p. 83, 2009).

Tabela 3. Características dos subtipos de delirium

	Hiperativo	Hipoactivo
Tipo	- Hiperalerta - Agitado	- Hipoalerta - Letárgico
Sintomas	- Alucinações - Delírios - Muito vigilante / alerta	- Sonolento - Ausente - Lentificado
Exemplos	- Síndromes de abstinência (benzodiazepinas, álcool) - Intoxicação com benzodiazepinas	- Encefalopatias (hepática, metabólica)
Patofisiologia / Metabolismo	- Metabolismo cerebral elevado ou normal - EEG (eletroencefalograma): rápido ou normal - Atividade do sistema ácido γ -aminobutírico (GABA) reduzida	- Metabolismo cerebral globalmente diminuído - EEG: lentificação difusa - Atividade do sistema (GABA) sobre estimulada

Leonard e colaboradores (2009) realizaram um estudo para avaliar os sintomas de delirium e depressão (e sua relação) em 100 doentes admitidos consecutivamente numa unidade de cuidados paliativos. O CAM reduzido (instrumento usado no estudo para diagnóstico de delirium) foi aplicado na admissão e uma semana após o início do estudo. Na admissão, 29% dos doentes tinham diagnóstico de delirium e 20% de sub-síndrome de delirium. Sub-síndrome de delirium foi considerado quando pelo menos um dos critérios de delirium do CAM era positivo, mas não estavam preenchidos todos os critérios necessários

para o diagnóstico de delirium. Na segunda avaliação (ao fim da primeira semana do estudo) 19 de 73 doentes avaliados (26%) tinham diagnóstico de delirium (existindo 5 novos casos) e 16 doentes tinham sub-síndrome de delirium (incluindo 1 que anteriormente tinha diagnóstico de delirium e outros 9 novos casos). No total, 34% dos doentes avaliados durante o estudo tinham delirium e mais 30% tinham sub-síndrome de delirium (Leonard et al, 2009).

Berna e colaboradores publicaram um estudo em 2010, realizado numa unidade de internamento de cuidados paliativos na Catalunha (Espanha), cujo objetivo foi determinar a frequência de delirium nos doentes internados, conhecer as suas características, assim como os fatores precipitantes de delirium, a sua reversibilidade e prognóstico. Durante 3 meses aplicaram o CAM a 50 doentes internados e verificaram que na admissão ou durante o período de estudo 28 (56%) dos doentes cumpriam os critérios de delirium do CAM (Berna et al, 2010). Os doentes do estudo apresentavam doença oncológica avançada e disseminada em 75% dos casos; a etiologia de delirium mais frequente (em 82%) foi a metabólico-tóxica e foi usada a sedação paliativa para controlo sintomático em 17,9% dos doentes (Berna et al, 2010).

Rao e colaboradores (2011) ao avaliarem a facilidade de aplicação de rastreio diário de delirium (usando o CAM versão reduzida) quando este era efetuado por enfermeiros a doentes com doença avançada e ameaçadora de vida, internados numa unidade de cuidados paliativos, obtiveram um rastreio positivo para delirium em 64% dos doentes avaliados (14 em 22 doentes admitidos consecutivamente na unidade). A média de dias de internamento na unidade foi de 15,5 dias com um desvio padrão de 18,9 (Rao et al, 2011). A limitação principal deste estudo foi o reduzido tamanho da amostra.

Analisando os diferentes estudos apresentados de ocorrência de delirium em Cuidados Paliativos e indo ao encontro das conclusões já apresentadas no artigo de revisão de Leonard e colaboradores (2008) os valores encontrados são tão díspares como 13,3% em Gagnon et al (2000), 85% em Massie et al (1983) e 88% (delirium terminal) em Lawlor et al (2000).

Da revisão da literatura efetuada não foram encontrados estudos de ocorrência de delirium em doentes em contexto de Cuidados Paliativos seguidos em ambulatório (domicílio ou consulta externa). Os estudos encontrados e descritos só se referiam a doentes em contexto de internamento.

- Patofisiologia, etiologia, diagnóstico diferencial e tratamento de delirium

A patofisiologia do delirium é uma área ainda pouco explorada. Não existem estudos específicos de abordagem da patofisiologia do delirium em doentes com cancro em estágio avançado (Leonard et al, 2008). A principal hipótese para a patogénese do delirium associa-se ao papel dos neurotransmissores, ao da inflamação e ao stress crónico (Ynouye, 2006). Surgem assim possíveis associações entre o delirium e a acetilcolina, a dopamina, a noradrenalina, a serotonina, a histamina e ácido gama-aminobutírico (GABA) (Ynouye, 2006) (Caraceni, Simonetti, 2009) (Smith et al, 1995), entre o delirium e marcadores inflamatórios

(diversas citocinas) e entre o delirium e a ativação do sistema nervoso simpático e o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (Ynouye, 2006).

A causa do delirium é tipicamente multifactorial (Ynouye, 2006), (Leonard et al, 2008), (Caraceni, Simonetti, 2009) (Canadian Coalition for Seniors` Mental Health, 2010). Na sua origem está implicada uma relação entre fatores predisponentes (relacionados com a vulnerabilidade do doente) e fatores precipitantes, sendo que alguns destes fatores se sobrepõem como predisponentes e precipitantes. De entre os fatores predisponentes de referir a idade avançada, o sexo masculino, estado cognitivo anterior (demência, antecedentes de outros episódios de delirium, depressão), estado funcional (alto grau de dependência, imobilidade, história de quedas), compromisso do sistema sensorial (défice auditivo e/ou visual), alteração na capacidade da ingestão oral (má nutrição, desidratação), antecedentes farmacológicos (tratamento com fármacos psicoativos, terapêuticas com vários fármacos, abuso de álcool), existência de patologias múltiplas e simultâneas (doença grave, doença hepática ou renal crónica, antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC), doença neurológica ou psiquiátrica, alterações metabólicas, fraturas ou trauma, doença terminal, infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (Ynouye, 2006). De entre os fatores precipitantes de referir: uso de determinados fármacos (hipnóticos sedativos, opióides, anticolinérgicos), quimioterapia, radioterapia cerebral, doença neurológica primária (AVC, meningite ou encefalite, tumor cerebral primário ou metástases), intercorrências tais como infeção, hipoxia, choque, febre, anemia, desidratação, mau estado nutricional – défice de tiamina, ácido fólico, vitamina B12, hipoalbuminémia, desequilíbrios hidroelectrolíticos, cirurgia, alterações ambientais (uso de imobilizadores, cateteres urinários, dor, stress emocional), privação prolongada de sono (Ynouye, 2006), (Hanks et al, p. 1044, 2010).

O diagnóstico de delirium é clínico (Casarett et al, 2001). Os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR são o “gold standard” como base para o diagnóstico (tabela 2). Existem vários instrumentos de avaliação de delirium, mas a sua aplicação em estudos em contexto de Cuidados Paliativos é escassa (Leonard et al, 2008). O Delirium Rating Scale – Revised 98 (DRS-R98) e o Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), são ambos instrumentos específicos para uso no delirium, úteis no diagnóstico e na avaliação da sua intensidade (Leonard et al, 2008). O Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al, 1990) (Anexo I) é um instrumento usado para o diagnóstico de delirium, com boa sensibilidade (94%) e especificidade (89%) (Wei et al, 2008). Está validado para uso em contexto de Cuidados Paliativos (Ryan et al, 2009) e encontra-se traduzido e validado para a língua portuguesa (Fabbri et al, 2001). O Nursing Delirium Screening Scale é um método de rastreio de delirium com razoável sensibilidade (86%) e especificidade (87%), usado por enfermeiros (Gaudreau et al, 2005).

Um dos maiores desafios no diagnóstico diferencial de delirium é a sua distinção com a demência. No delirium as alterações cognitivas têm um início agudo, estão associadas a perturbação da consciência, têm um curso flutuante, podendo ocorrer reversibilidade dos sintomas, enquanto na demência as alterações cognitivas são de aparecimento lento e

progressivo e ocorrem sem estar associadas a alterações significativas da consciência (Caraceni, Simonetti, 2009), (Breithart, Alici, 2008). O desafio deste diagnóstico diferencial torna-se maior quando ocorre sobreposição de demência e delirium. Outro diagnóstico diferencial de delirium a ter em conta são as doenças psiquiátricas, nomeadamente entre depressão major e delirium hipoactivo, ansiedade e hiperatividade autonómica do delirium e ataques de pânico, distúrbios da percepção (tais como alucinações) e do pensamento (como pensamento paranoide) no delirium e patologias psiquiátricas com sintomas psicóticos (Caraceni, Simonetti, 2009), (Breithart, Alici, 2008). É ainda importante o diagnóstico diferencial entre delirium e crises convulsivas sem atividade motora ou com atividade motora minor, como no estado epilético não convulsivo (Caraceni, Simonetti, 2009).

O tratamento do delirium deve ser baseado em três dimensões essenciais: dirigido à(s) causa(s), sintomático e de suporte (Barbosa, Neto, 2010). A correção, se possível, da causa do delirium permitirá uma recuperação mais rápida e completa. Por vezes, devido à presença de múltiplas causas e à não reversibilidade do quadro (apesar de corrigidas essas causas) torna-se necessário o uso de fármacos para controlo sintomático. O fármaco de primeira linha é o haloperidol, podendo ser também usados a levomepromazina ou a clorpromazina se se pretender um efeito mais sedativo (Barbosa, Neto, 2010), (Breithart, Alici, 2008). Os antipsicóticos atípicos como a risperidona, a olanzapina, a quetiapina, associados a menos efeitos extrapiramidais, começam também a ser utilizados, sendo no entanto necessários mais estudos randomizados e controlados para avaliar a sua eficácia e tolerabilidade no contexto dos Cuidados Paliativos (Breithart, Alici, 2008) (Caraceni, Simonetti, 2009). As benzodiazepinas como o lorazepam e o midazolam, apesar de poderem estar associadas a efeitos paradoxais, são por vezes utilizadas no controlo sintomático de delirium (Barbosa, Neto, 2010), (Breithart, Alici, 2008). A intervenção de suporte (não farmacológica) deve ser dirigida não só ao doente, mas também à família e ao ambiente físico que rodeia o doente (Barbosa, Neto, 2010). Algumas das medidas não farmacológicas para controlo do delirium incluem: manter quarto calmo e bem iluminado com objetos familiares, um calendário ou relógio visíveis, fotografia de familiares e a presença da família; rotina diária estruturada com horas regulares para refeições, banho e exercício; as atividades devem ser realizadas cedo e os estímulos reduzidos no final da tarde; em períodos de ilusões ou alucinações evitar argumentação; evitar conversas simultâneas (Gonçalves, 2011) (Barbosa, Neto, 2010). Deve ser prestada atenção à família na explicação da situação clínica, comportamentos, atitude terapêutica (eventual necessidade de sedação), formas diferentes de reagir dos familiares, podendo ser benéfica uma reunião familiar com a equipa (Barbosa, Neto, 2010).

Contributo Pessoal

O investigador desenvolve o seu trabalho diário no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospitalar de São João (SCP), no Porto, cuja atividade assistencial se desenvolve na consulta de suporte intra-hospitalar (CSIH), consulta externa (CE) e consulta telefónica (CT). A prática diária no Serviço de Cuidados Paliativos criou no investigador e nos restantes profissionais do Serviço a perceção (suportada pelos critérios científicos específicos) de que muitos doentes teriam delirium, acarretando este facto consequências nefastas para o doente, família e cuidadores. No referido Serviço nunca foi realizado um estudo de avaliação de ocorrência de delirium. Os profissionais do Serviço têm a perceção de que essa avaliação poderia conduzir a mudanças na prática diária do serviço, nomeadamente ao uso formal e regular de instrumento de avaliação de delirium, no sentido de otimizar o diagnóstico e permitir a implementação de tratamento o mais precocemente possível, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos doentes, a diminuição do sofrimento da família / cuidadores e a diminuição do número de dias de internamento no hospital.

Metodologia

- Tipo, local, duração e período de estudo

Foi efetuado um estudo observacional analítico longitudinal (prospectivo), no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de São João – Porto (SCP), com recolha de dados de 01 de Janeiro de 2011 a 31 de Março de 2011.

- População

A população do estudo correspondeu aos indivíduos referenciados pelos diferentes Serviços clínicos do Hospital de São João (HSJ) ao SCP, admitidos e avaliados consecutivamente na Consulta de Suporte Intra-Hospitalar (CSIH) e Consulta Externa (CE) deste Serviço entre 01 de Janeiro de 2011 e 31 de Março de 2011.

Foram excluídos do estudo doentes que não falavam português; que não tinham um cuidador capaz de informar do habitual estado cognitivo e de consciência do doente antes de ser admitido no estudo; doentes em estado de coma; doentes com incapacidade total de comunicação verbal e escrita e doentes em que o médico assistente entendeu não ser adequado propor a participação no estudo atendendo à sua situação clínica (descontrolo sintomático com grande sofrimento para doente e família).

Não foi usado método de amostragem uma vez que, no período proposto, foram avaliados todos os doentes da população definida.

- Variáveis e instrumentos de medida

- Delirium:

Adotou-se a definição de delirium do DSM-IV-TR já apresentada anteriormente: o delirium caracteriza-se “por uma perturbação da consciência e por uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo” (Americam Psychiatric Association, 2002). Assumiram-se como critérios de diagnóstico de delirium os apresentados pelo DSM-IV-TR (já descritos no Tabela 2) (Americam Psychiatric Association, 2002).

Para avaliar a presença de diagnóstico de delirium nos doentes usou-se o Confusion Assessment Method (CAM), Versão Reduzida (Inouye et al, 1990) (Anexo I).

O CAM é um instrumento usado para o diagnóstico de delirium, com sensibilidade de 94% e especificidade de 89% (Wei et al, 2008). Está validado para uso em contexto de Cuidados Paliativos (Ryan et al, 2009) e encontra-se traduzido e validado para a língua portuguesa (Fabbri et al, 2001).

O uso do CAM para diagnóstico de delirium implica que, além da avaliação clínica do doente, seja aplicado um teste formal de avaliação cognitiva (Inouye et al, 1990). No presente estudo foi usado o “Mini-Mental State Examination” (MMSE) (Folstein et al, 1975), teste usado no estudo original de validação do CAM (Inouye et al, 1990). O MMSE está adaptado para a Língua Portuguesa (Guerreiro et al, 1994) (Anexo II).

Foram realizadas sessões de formação por parte do investigador principal aos restantes investigadores que aplicaram o CAM e houve um período de treino padronizado prévio ao seu uso no estudo. Estas atividades foram realizadas de acordo com as recomendações emanadas pelo autor do CAM (Inouye et al, 2003).

- Outras variáveis

- Variáveis sociodemográficas:

Foram avaliadas as características sociodemográficas da população do estudo: idade, género, estado civil, local de residência, religião, tipo de cuidador (cônjuge, filho (a), pais, outro familiar ou outros).

- Diagnóstico principal e outros aspetos de ordem clínica:

Foi avaliado o diagnóstico principal dos doentes referenciados ao SCP de acordo com os registos médicos. Os doentes foram divididos em oncológicos (com diagnóstico de cancro) e não oncológicos (sem diagnóstico de cancro). Foi ainda avaliado o serviço de referência do doente ao SCP; motivo de referência (Organização de Cuidados / Objetivos, Controlo de Sintomas, Tomada de decisões, Transferência, Outra); existência de co-morbilidades (registo de outras doenças além do diagnóstico principal) e se os doentes estavam, na primeira avaliação, em tratamento de quimioterapia.

- Local de seguimento:

Os locais de seguimento foram:

Consulta de Suporte Intra-hospitalar (CSIH) – consulta efetuada pelo SCP a doentes internados noutro serviço do hospital (“Serviço de referência” ao SCP). Foi ainda avaliado o número de internamentos de cada doente durante o estudo.

Consulta Externa (CE) – doentes em regime de ambulatório, observados na consulta externa do SCP.

CE+CSIH - doentes observados na CE em regime de ambulatório e que tiveram internamentos no HSJ durante o período do estudo, sendo nessa altura avaliados em CSIH.

Foi também avaliado o local da primeira avaliação do doente no SCP: CE ou CSIH.

- Tempo de seguimento

O tempo de seguimento dos doentes foi definido como o tempo, em dias, desde a primeira avaliação no estudo até ao dia em que foi definido o destino de alta do doente.

- Número de avaliações durante o estudo

Definido como o número de avaliações do CAM a que cada doente foi sujeito durante o estudo.

- Destino de alta durante o estudo

Foi avaliado o destino de alta dos doentes observados no decorrer do estudo: “falecido”; “transferido para outro hospital”; “transferido para Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UCP RNCCI)”; “alta do SCP” (doentes e famílias com boa adaptação ao processo de doença e bom controlo sintomático não necessitando por isso de seguimento pelo SCP); “em seguimento no final do estudo”.

Nos doentes falecidos durante o estudo foi avaliado o local de óbito.

A variável mortalidade foi definida como o número de doentes falecidos ao longo do estudo.

- Procedimentos para colheita de dados

A recolha de dados foi feita de forma prospetiva pelos médicos e enfermeiros do SCP (3 médicos e 4 enfermeiros), através da “folha de informações gerais” que o SCP tem para cada doente (Anexo III), associada a outra para registo do resultado do CAM e MMSE (Anexo IV).

Para além da história clínica detalhada e exame físico, usualmente realizados na primeira avaliação clínica dos doentes observados pelo SCP (CSIH e CE), foram aplicados a todos os doentes o CAM (Anexo I) precedido do MMSE (Anexo II) (durante a observação do doente).

Após a primeira avaliação, foram posteriormente aplicados o CAM, precedido do MMSE, nos seguintes momentos:

- Doentes observados na CSIH: duas vezes por semana (no 3º e 6º dia subsequentes – ou, quando estes dias correspondiam a dias de fim-de-semana ou feriados, no dia útil imediatamente a seguir) e sempre que existia suspeita clínica de presença de delirium. O MMSE foi aplicado segundo a metodologia usada por Lawlor (Lawlor et al, 2000), num estudo de avaliação de delirium, em que os doentes sem alterações no MMSE na primeira avaliação eram sujeitos ao teste duas vezes por semana.

- Doentes seguidos em consulta externa: em todas as consultas presenciais subsequentes (desde que realizadas com intervalo superior a três dias) ou em intervalos menores se surgisse entretanto suspeita clínica de presença de delirium.

- Considerações éticas

Foi obtido o consentimento informado verbal dos doentes cognitivamente capazes ou dos familiares próximos, nos que não revelavam capacidade de decisão. Não foi obtido um consentimento informado escrito, uma vez que do estudo não decorria nenhum risco para os doentes e a intervenção efetuada envolvia um desvio mínimo da prática clínica habitual. A vontade dos doentes e seus familiares foi sempre respeitada no decorrer do estudo.

Foi pedido parecer à Comissão de Ética do Hospital de São João (Anexo V) e pedida autorização para a concretização do projeto ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São João (Anexo VI) tendo sido obtida resposta positiva de ambos.

- Financiamento

Para a execução do estudo foi efetuada uma candidatura à Bolsa de Investigação Isabel Correia Levy da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos Edição 2010. O estudo foi contemplado com uma bolsa de 1500€.

- Processamento de dados

Os dados recolhidos foram codificados e registados em base de dados informática – software SPSS 17.0® e deles foram efetuados os cálculos dos resultados referentes à estatística descritiva e à estatística inferencial. Foi utilizado o teste de qui-quadrado para comparação de proporções. O risco relativo foi usado como medida de força de associação (entre o diagnóstico de delirium e a mortalidade). A análise de sobrevivência dos doentes do estudo foi efetuada usando o método de Kaplan-Meier. As diferenças nas curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier (nos doentes com delirium e nos doentes sem delirium) foram testadas usando o teste do logrank. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$, (para intervalo de confiança a 95%).

Resultados

Durante o período em estudo foram admitidos consecutivamente no SCP 146 doentes, sendo incluídos no estudo 119 doentes com idades compreendidas entre os 25 e os 91 anos (média de idades: 67,6 anos; desvio padrão: 13,3 anos). A caracterização da população é apresentada na Tabela 4. Do total de doentes admitidos no SCP durante o período de estudo, 27 foram excluídos por se encontrarem em coma pouco reativo (n=15), por incapacidade total de comunicação verbal e escrita (n=7), por descontrolo sintomático intenso associado a grande sofrimento do doente e família (n=3) e por recusa em participar no estudo (n=2).

Tabela 4. Caracterização da população

	n	%
Sexo		
Feminino	45	37,8
Masculino	74	62,2
Idade		
< 50	10	8,4
50-64	36	30,3
65-79	48	40,3
≥ 80	25	21,0
Estado Civil		
Casado	80	67,2
Solteiro	9	7,6
Viúvo	22	18,5
Divorciado	4	3,4
Separado	1	0,8
Desconhecido	3	2,5
Local de Residência		
Gaia	2	1,7
Gondomar	11	9,2
Maia	16	13,4
Porto	31	26,1
Valongo	20	16,8
Outro	39	32,8
Religião		
Católica	93	78,2
Sem religião	5	4,2
Outros (Doutrina Cristã Portugal)	1	0,8
Desconhecida	20	16,8
Cuidador		
Cônjuge	62	52,1
Filho (a)	37	31,1
Pais	4	3,4
Outro familiar	8	6,7
Outros	8	6,7
Total	119	100

Os doentes incluídos no estudo foram referenciados ao SCP por 15 serviços do Hospital, tendo os Serviços de Oncologia Médica e Pneumologia referenciado 57,9% dos doentes (n=69). Se aos dois Serviços anteriores juntarmos os Serviços de Medicina Interna e Cirurgia Geral obtemos 94 doentes, 78,9% do total de doentes incluídos no estudo. A distribuição dos doentes por Serviço de Referência encontra-se descrita no Gráfico 1, onde a rubrica “Outros” (n=11) inclui os Serviços de Hemato-oncologia (n=2), Gastrenterologia (n=2), Infeciologia (n=2), Ginecologia (n=2), Urgência (n=1), Radioterapia (n=1) e Unidade de Dor (n=1).

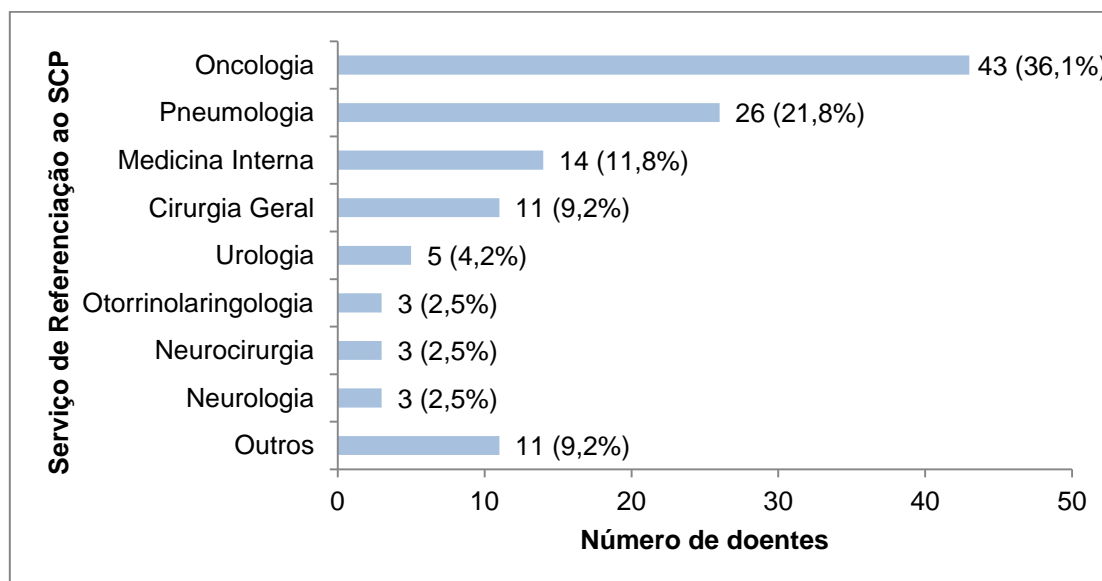


Gráfico 1. Distribuição dos doentes por Serviço de Referência ao SCP

Os motivos de referência ao SCP foram “controlo de sintomas” (n=81; 68,1%), “organização de cuidados” (n=37; 31,1%) e “tomada de decisões” (n=1; 0,8%).

Os doentes oncológicos representaram 95,8% do total de doentes (n=114), dos quais 35,0% tinham neoplasias de foro gastrointestinal (esófago, estômago, hepato-biliar, pâncreas, cólon e reto) e 24,6% doença oncológica pulmonar (atingindo as duas em conjunto 59,6% dos doentes oncológicos, n=68). A distribuição dos doentes oncológicos por patologia encontra-se apresentada no Gráfico 2. Dos 114 doentes oncológicos avaliados, 19 (16,7%) encontravam-se em tratamento de quimioterapia aquando da primeira avaliação do estudo.

Os 5 doentes não oncológicos (4,2% do total de doentes) tinham como diagnóstico principal esclerose lateral amiotrófica (n=3) e doença pulmonar não oncológica (n=2).

Do total de 119 doentes do estudo, 19 (16,0%) apresentavam registo de comorbilidades no processo clínico.

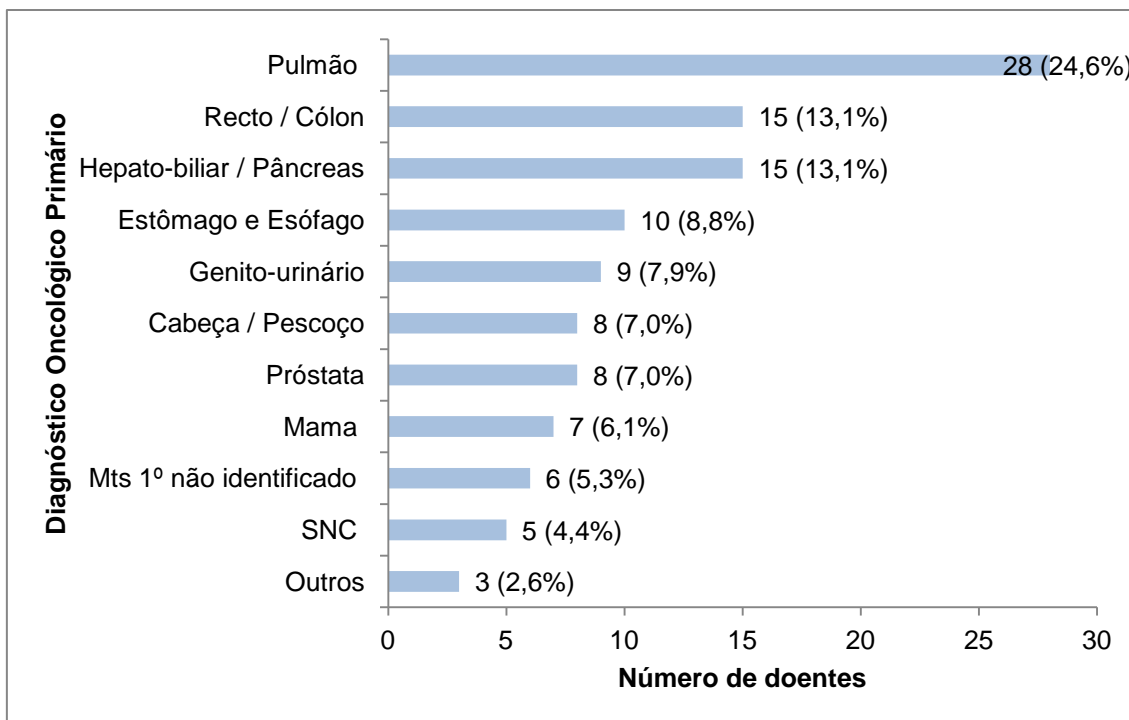


Gráfico 2. Distribuição dos doentes oncológicos por diagnóstico oncológico primário.

Em relação ao local de seguimento dos doentes ao longo do estudo, 45 foram seguidos em CE (37,8%), 49 em CSIH (41,2%) e 25 doentes foram seguidos em CE e CSIH (21,0%). A primeira avaliação do estudo foi efetuada na CE em 59 doentes (49,6%) e na CSIH em 60 doentes (50,4%). Os 45 doentes seguidos apenas em contexto de CE não tiveram nenhum internamento ao longo do estudo; dos 74 doentes acompanhados em CSIH, 9 (7,6%) tiveram 2 episódios de internamento e os restantes 65 (54,6%) 1 episódio de internamento.

O tempo de seguimento dos doentes no estudo variou entre 0 e 79 dias, sendo a mediana do tempo de seguimento em CSIH muito inferior à da CE (Tabela 5).

Tabela 5. Tempo de seguimento dos doentes (total e por local de seguimento)

	Tempo de seguimento (dias)				
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Máximo	Mínimo
Total de doentes	25,9	23,2	18	79	0
Por local de seguimento					
CE	30,1	22,4	27	79	0
CSIH	11,6	12,0	8	69	0

Em cada doente aplicou-se o CAM em média 3,6 vezes (entre 0 a 21 vezes), sendo o número de avaliações inferior nos doentes seguidos na CE (Tabela 6).

Tabela 6. Número de avaliações do CAM por doente e por local de seguimento.

	Número de avaliações				
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Máximo	Mínimo
Total de doentes	3,6	3	3	21	1
Por local de seguimento					
CE	2,1	1,3	2	7	1
CSIH	3,7	3,4	3	21	1

No término do estudo encontravam-se em seguimento 53 doentes (44,5%), enquanto 51 tinham falecido (42,9%). O destino dos doentes ao longo do estudo encontra-se descrito na Tabela 7.

Tabela 7. Destino dos doentes ao longo do estudo.

Destino de alta	N	%
Falecido	51	42,9
Transferido para outro Hospital	1	0,8
Transferido para UCP RNCCI	7	5,9
Alta do SCP	7	5,9
Em seguimento no final do estudo	53	44,5
Total	119	100

Dos 51 doentes falecidos durante o estudo, 42 (82,3%) morreram internados num Serviço do Hospital e 9 (17,6%) morreram no domicílio.

Resultados relativos ao delirium

Durante o estudo foi diagnosticado delirium em 49 (41,2%) dos 119 doentes avaliados, sendo a primeira avaliação do CAM positiva em 25 doentes (21,0%). Vinte e quatro dos 94 doentes com CAM negativo na primeira avaliação (25,5%) desenvolveram delirium ao longo do estudo. O diagnóstico de delirium na primeira avaliação foi mais frequente nos doentes avaliados pela primeira vez em CSIH (28,3%) do que nos avaliados inicialmente em CE (13,6%), sendo esta associação estatisticamente significativa ($p=0,04$) (Tabela 8).

O delirium foi mais frequente no sexo masculino e no grupo etário <50 anos, mas não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o resultado do CAM e o género ou a idade dos doentes (Tabela 8).

Tabela 8. Relação do CAM com género, idade, local de 1ª observação, local de seguimento e estado no final do estudo.

		CAM		
		Positivo n (%)	Negativo n (%)	p =
Género	Masculino (n= 74)	32 (43,2)	42 (56,8)	0,56
	Feminino (n= 45)	17 (37,8)	28 (62,2)	
Idade	<50 (n=10)	5 (50,0)	5 (50,0)	0,75
	50-64 (n=36)	16 (44,4)	20 (55,6)	
	65-79 (n=48)	17 (35,4)	31 (64,6)	
	≥ 80 (n=25)	11 (44,0)	14 (56,0)	
Local da 1ª observação	CE (n=59)	8 (13,6)	51 (86,4)	0,04
	CSIH (n=60)	17 (28,3)	43 (71,7)	
Local de seguimento	CE (n=45)	11 (24,4)	34 (75,6)	0,01
	CSIH (n=49)	27 (55,1)	22 (44,9)	
	CE + CSIH (n=25)	11 (44,0)	14 (56,0)	
Estado no final do estudo	Falecido (n=51)	33 (64,7)	18 (35,3)	<0,001
	Em seguimento (n=53)	12 (22,6)	41 (77,4)	
Teste estatístico: Qui-quadrado				

Avaliando a relação entre o resultado do CAM e o local de seguimento dos doentes durante o estudo, verificou-se que o diagnóstico de delirium foi mais frequente nos doentes seguidos apenas na CSIH (55,1%) do que nos doentes seguidos apenas em CE (24,4%), sendo esta relação estatisticamente significativa ($p=0,01$) (Tabela 8); Gráfico 3).

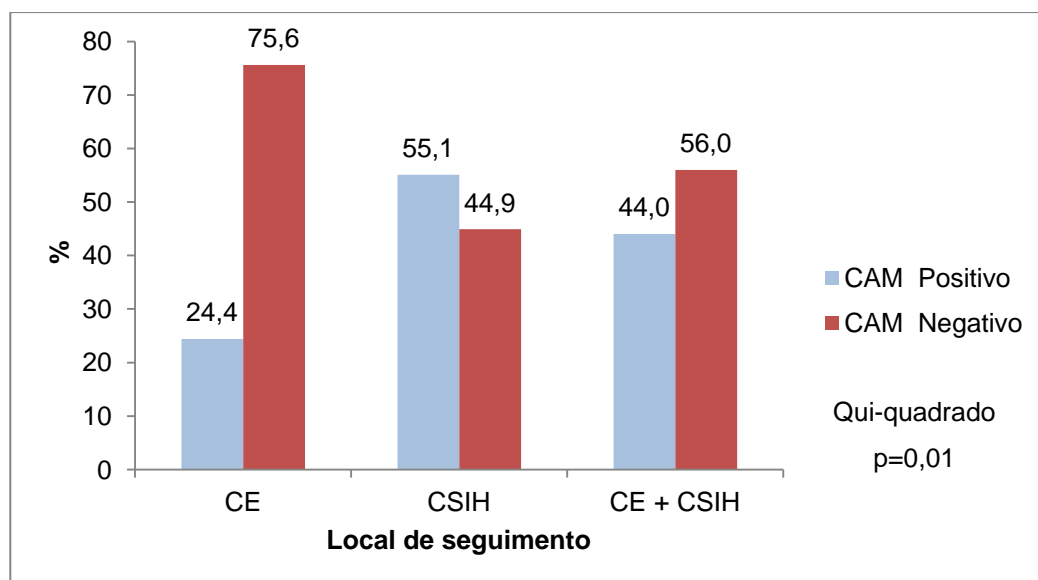


Gráfico 3. Resultado do CAM por local de seguimento.

O delirium foi mais frequente nos doentes falecidos ao longo do estudo (64,7%) do que nos doentes em seguimento no final do estudo (22,6%), sendo esta associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 8; Gráfico 4). Na avaliação destas variáveis não foram tidos em conta os doentes ($n=15$; 12,6% do total de doentes) transferidos para outro hospital, para a UCP RNCCI ou com alta do SCP, pois ao não serem seguidos pelos investigadores até final do estudo, desconhece-se se posteriormente à alta (mas ainda durante o período do estudo) desenvolveram novos casos de delirium ou morreram.

De acordo com o valor do risco relativo, no grupo de doentes falecidos durante o estudo ou em seguimento no final do estudo ($n=104$), o risco de morrer foi aproximadamente 2,40 maior nos doentes com diagnóstico de delirium do que nos doentes sem este diagnóstico (IC a 95%: 1,57-3,67).

As curvas de sobrevivência dos doentes com CAM negativo e com CAM positivo (ao longo do estudo) desde a primeira avaliação até destino final estão representadas no Gráfico 5. A comparação do grupo de doentes com CAM positivo com os doentes com CAM negativo ao longo do estudo revela um tempo de sobrevivência mais curto no grupo dos doentes com CAM positivo ($p < 0,001$), sendo a diferença na sobrevivência nos dois grupos apresentados estatisticamente significativa.

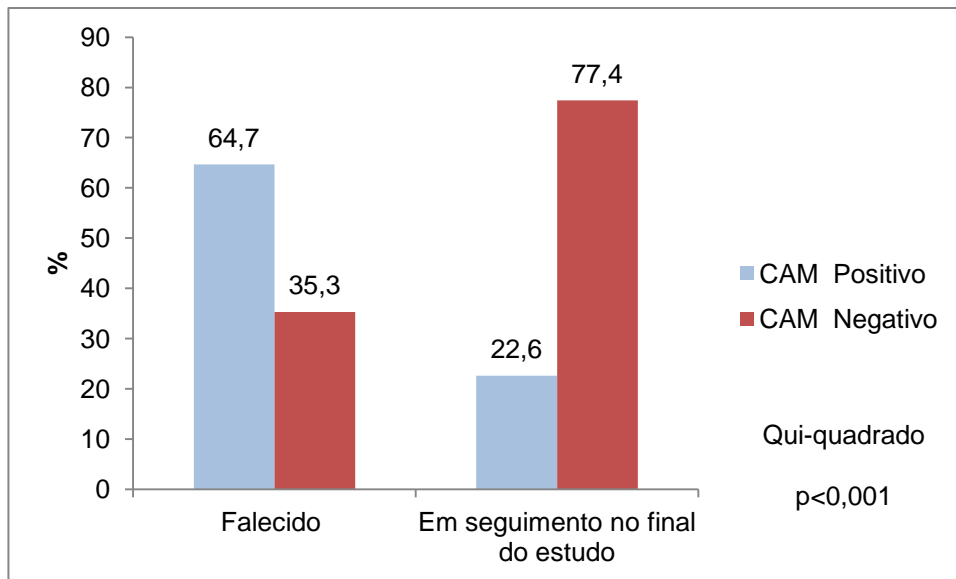


Gráfico 4. Resultado do CAM nos doentes falecidos ao longo do estudo e nos doentes em seguimento no final do estudo.

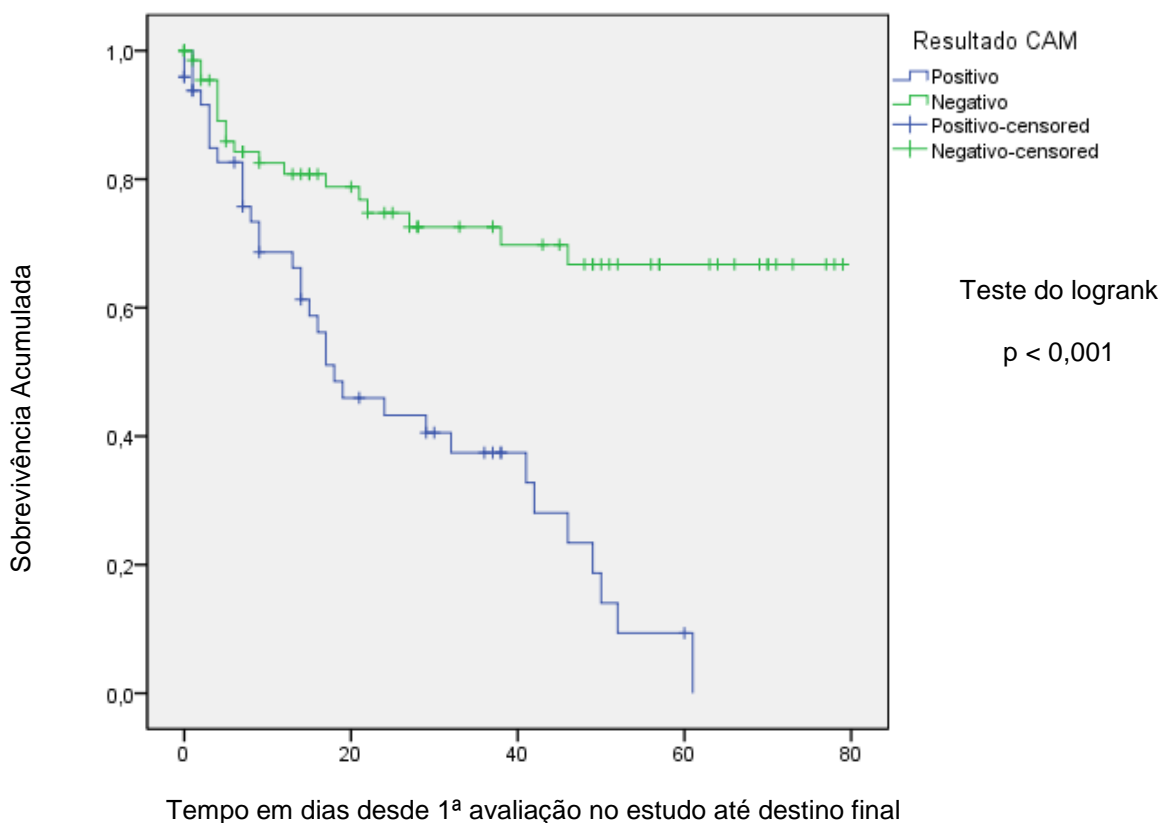


Gráfico 5. Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier desde o dia da primeira avaliação no estudo até destino final nos doentes com CAM positivo e nos doentes com CAM negativo ao longo do estudo.

A curva de sobrevivência desde o dia do diagnóstico de delirium dos 45 doentes sujeitos a este diagnóstico e que tiveram como destino final falecido ou em seguimento no final do estudo está representada na curva de Kaplan-Meier no Gráfico 6. Deste grupo de doentes com delirium 9 (20%) faleceram no primeiro dia de diagnóstico, ou seja, nos doentes estudados que tiveram delirium, a probabilidade de sobrevivência no final do primeiro dia de diagnóstico foi de 80%. No final do quinto dia de diagnóstico, a probabilidade de sobrevivência cumulativa foi de 52,5% e, no final do décimo dia de diagnóstico, foi de 32,7%. Ao fim de 19 dias de diagnóstico a probabilidade de sobrevivência cumulativa foi de 13,1%. A mediana do tempo de sobrevivência após o diagnóstico de delirium foi de 7,0 dias (erro padrão de 2,3; intervalo de confiança a 95%: 2,43 – 11,53).

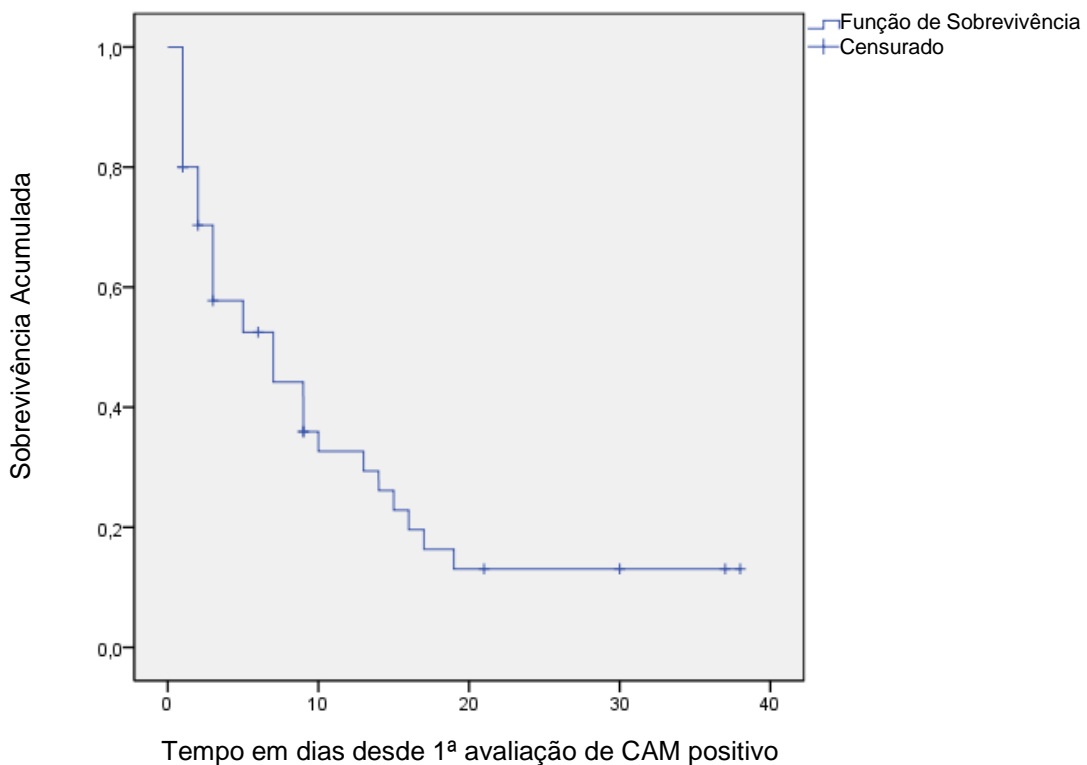


Gráfico 6. Curva de sobrevivência de Kaplan-Meier desde o dia de diagnóstico dos 45 doentes do estudo que foram diagnosticados com delirium e que tiveram como destino final falecido ou em seguimento no final do estudo.

Todos os 49 doentes com diagnóstico de delirium no estudo eram doentes oncológicos, traduzindo uma frequência de delirium nestes doentes de 43,0%. Em nenhum dos 5 doentes não oncológicos incluídos no estudo se diagnosticou delirium.

Discussão

- Como revelam os principais resultados, o presente trabalho dá resposta aos objetivos do estudo.

A ocorrência de delirium no SCP é frequente. Foi diagnosticado em 41,2% dos doentes avaliados ao longo do estudo, sendo diagnosticado na primeira avaliação em 21,0% dos doentes. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de delirium e local de seguimento dos doentes. Os doentes seguidos na CSH apresentaram delirium com mais frequência (55,1%) do que os seguidos em CE (24,4%) ($p=0,01$). Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o resultado do CAM e o género ou a idade dos doentes. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de delirium e a mortalidade nos doentes do estudo. O diagnóstico de delirium foi mais frequente nos doentes falecidos ao longo do estudo (64,7%), do que nos doentes em seguimento no final do estudo (22,6%) ($p < 0,001$).

- Discussão da validade interna

Pontos mais fortes

Este foi o primeiro trabalho a estudar a ocorrência de delirium em contexto de Cuidados Paliativos no Hospital selecionado. Além disso, não foi encontrada nenhuma publicação sobre ocorrência de delirium em populações de Cuidados Paliativos em Portugal, apontando este facto para que este seja o primeiro trabalho realizado nesta área no país.

Ao ser efetuado no SCP permitiu promover o conhecimento do delirium, alertar para a sua frequência e sofrimento associado ao seu diagnóstico e potenciar as capacidades de diagnóstico e consequente tratamento.

Na revisão bibliográfica efetuada, os trabalhos sobre a ocorrência de delirium em Cuidados Paliativos diziam respeito a populações em contexto de internamento em Unidades de Cuidados Paliativos. O presente estudo aborda a ocorrência de delirium num Serviço de Cuidados Paliativos sem internamento próprio (com CSH e CE). Este facto, se por um lado torna o trabalho pioneiro, principalmente por ter estudado o delirium em doentes seguidos em regime de ambulatório (CE), por outro lado levanta desafios específicos relacionados com a execução do trabalho e, mais importante, com os cuidados prestados a doentes e famílias que se encontram nesta situação.

Pontos fortes e fracos

Como apresentado anteriormente, o delirium caracteriza-se por as perturbações a ele associadas se desenvolverem num curto período de tempo (geralmente horas a dias) e tenderem a flutuar durante o dia (Americam Psychiatric Association, 2002). Esta relação do delirium com o vetor tempo se, por um lado, permite com mais facilidade estabelecer o diagnóstico diferencial com outras entidades, nomeadamente com a demência (Americam Psychiatric Association, 2002), por outro, torna um desafio o diagnóstico de delirium no contexto em que foi realizado o presente trabalho. Discrepâncias no diagnóstico podem resultar do momento de avaliação do doente (Ryan et al, 2009). No contexto da CSH, a aplicação do CAM (com o MMSE) de 3 em 3 dias, apesar de salvaguardado que o doente seria avaliado diariamente sob o ponto de vista clínico (exceto ao fim de semana) e qualquer alteração do estado habitual implicaria a aplicação do CAM, pode levar a falsos negativos, ou seja, assumir-se CAM negativo na altura da avaliação e nos intervalos de tempo entre a aplicação do CAM o doente manifestar sintomas característicos de delirium. Para minimizar esta situação torna-se fundamental a informação das pessoas que cuidam de forma mais próxima do doente ao longo do tempo de seguimento no estudo. No seguimento pela CSH, os enfermeiros dos serviços onde os doentes estão internados representam uma importante fonte de informação. Estando os doentes seguidos na CSH internados nos diferentes serviços do hospital (serviços de referência a Cuidados Paliativos) e não numa unidade de internamento específico de Cuidados Paliativos, os enfermeiros prestadores de cuidados mais próximos do doente não têm formação específica em Cuidados Paliativos, nem formação de aplicação do CAM, podendo este facto influenciar o tipo e a qualidade de informação obtida (viés de informação). Nos doentes seguidos em ambulatório (em regime de CE), a situação descrita atrás ainda se torna mais adversa, pois os intervalos entre as avaliações são mais desfasados no tempo e a informação obtida dos cuidadores mais próximos (grande maioria familiares próximos), também poderá estar influenciada e desfasada por serem cuidadores não profissionais de saúde e pelo intenso sofrimento a que estão sujeitos.

Apesar dos intervalos de tempo entre a aplicação dos instrumentos de medida poderem ser fonte de falsos negativos, a aplicação muito frequente dos instrumentos de medida tem de ser ponderada de forma cuidadosa para não se tornar em mais uma carga para doentes e famílias já de si assolados de sofrimento. Os investigadores verificaram ao longo do estudo que, pelas suas características (tamanho do teste e conseqüente tempo de aplicação, tipo de perguntas com necessidade de escrever e desenhar), a aplicabilidade do MMSE nestes doentes não era a mais adequada, sendo que o aumento da frequência da sua aplicação ainda a tornaria mais desadequada. Além disso, já outros investigadores alertaram para o facto de o MMSE não apresentar as características mais apropriadas para ser aplicado no contexto de Cuidados Paliativos (Ryan et al, 2009) devido aos doentes neste contexto por vezes não conseguirem realizar determinadas questões, como escrever ou desenhar figuras, não pela incapacidade cognitiva ou alterações da consciência, mas simplesmente por incapacidade física, como por exemplo, devido a astenia intensa ou caquexia. Apesar das inconveniências

associadas ao MMSE e à sua aplicabilidade em Cuidados Paliativos, uma das vantagens do seu uso prende-se com o facto de ele estar adaptado à população portuguesa (Guerreiro et al, 1994), havendo na realidade portuguesa escassez de instrumentos de avaliação cognitiva traduzidos, validados e adequados para aplicação a este tipo de doentes.

Como já referido anteriormente, o CAM é um instrumento usado para o diagnóstico de delirium, com sensibilidade de 94% e especificidade de 89% (Wei et al, 2008); encontra-se validado para uso em contexto de Cuidados Paliativos (Ryan et al, 2009) e encontra-se traduzido e validado para a língua portuguesa (Fabbri et al, 2001). Todavia, uma limitação do estudo associada ao CAM diz respeito ao facto da tradução e validação do CAM para português (Fabbri et al, 2001) ter sido efetuada no Brasil, com população brasileira, culturalmente diferente da portuguesa, além de que o estudo de tradução e validação referido ter sido efetuado em doentes com idade igual ou superior a 60 anos e observados em contexto de serviço de Urgência, contrariamente à população do presente estudo que apresenta idades compreendidas entre os 25 e os 91 anos e seguidas em contexto de Cuidados Paliativos. Além disso, no presente estudo usou-se a versão reduzida do CAM por ser a mais adaptada à prática do SCP, mas alguns autores recomendam para efeitos de investigação a versão completa do CAM (Wei et al, 2008).

- Discussão dos resultados

Dos 27 doentes excluídos do presente estudo, 22 foram-no por se apresentarem em coma (n=15) ou com alterações na capacidade de comunicação verbal ou escrita (n=7). O diagnóstico de delirium em doentes em coma ou com sedação farmacológica é ainda uma questão em debate (Gagnon et al, 2000). Segundo Gagnon e colaboradores (2000), os doentes em coma ou com sedação farmacológica não devem ser considerados em delirium até à recuperação de um nível de consciência em que seja possível proceder a uma entrevista diagnóstica. Também doentes com dificuldades de comunicação verbal (afásicos, disfásicos ou laringectomizados) são um desafio para o diagnóstico de delirium. Apesar de, por vezes, se usarem evidências indiretas, tais como o comportamento dos doentes durante a observação e a informação prestada por familiares e cuidadores, existe uma grande dificuldade no diagnóstico de delirium nestes doentes (Gagnon et al, 2000).

Outro desafio nesta área relaciona-se com o diagnóstico de delirium em doentes com demência. Num doente que, à partida, já apresenta alterações cognitivas torna-se também fundamental a informação dos conviventes próximos dos doentes para fornecer informações sobre as alterações cognitivas de novo e no nível de consciência. Todavia, dos escassos doentes não oncológicos do estudo (n=5) nenhum apresentava como diagnóstico principal demência.

Apesar dos Cuidados Paliativos surgirem inicialmente associados a doentes oncológicos, com a evolução e propagação da filosofia dos cuidados paliativos, estes expandiram-se a doentes não oncológicos. Todavia, neste trabalho, o estudo do delirium em

doentes de cuidados paliativos não oncológicos não permite avançar com conclusões, uma vez que o número de doentes não oncológicos incluídos no estudo foi muito reduzido (n=5). Apesar disto, torna-se conveniente referir que destes 5 doentes, 3 apresentavam o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica, patologia que acarreta na sua inexorável evolução dificuldades na comunicação verbal e escrita, além da característica fraqueza muscular que diminui a manifestação de uma eventual agitação psicomotora (que pode alertar e tornar o diagnóstico de delirium mais fácil), o que pode dificultar o diagnóstico de delirium.

É de constatar que dos 114 doentes oncológicos avaliados, 19 (16,7%) encontravam-se em tratamento de quimioterapia aquando da primeira avaliação do estudo, o que poderia levar a concluir que, pelo menos, uma percentagem importante de doentes seria referenciada ao SCP numa fase relativamente precoce da sua doença. Porém, quando se avalia o tempo de seguimento dos doentes do estudo constata-se que a mediana do tempo de seguimento foi de 18 dias (máximo de 79 dias e mínimo de 0 dias) e ao longo do estudo faleceram 51 doentes (42,9%), o que contraria a hipótese anteriormente sugerida. Dado não se ter estudado a relação específica entre os doentes em tratamento de quimioterapia na primeira avaliação, o seu tempo de seguimento e destino final, não se podem tirar fundadas conclusões a propósito da precocidade ou não da referenciação para o SCP, podendo-se, no entanto, levantar a hipótese de, por vezes, os doentes se encontrarem em tratamento de quimioterapia até fases muito avançadas da sua doença.

O diagnóstico oncológico primário mais frequente no estudo foi o de neoplasia pulmonar, à semelhança de outros estudos já realizados de ocorrência de delirium em Cuidados Paliativos (Lawlor et al, 2000) (Fang et al, 2008) (Gagnon et al, 2000). Este aspeto muito provavelmente justifica-se pelo facto da patologia oncológica pulmonar ser, muito frequentemente, fonte de sintomas de difícil controlo e sofrimento intenso para doentes e famílias, o que proporciona uma percentagem elevada de referenciação destes doentes para seguimento por equipas de Cuidados Paliativos.

Analisando os resultados obtidos em relação ao tempo de seguimento dos doentes constata-se que a mediana foi de 18 dias, mas a média do tempo de seguimento aproxima-se do valor do desvio padrão o que é revelador de uma grande disparidade dos tempos de seguimento, ou seja, doentes com um tempo de seguimento muito reduzido associado a doentes com um tempo de seguimento mais longo (ambas as extremidades afastadas do valor da média). Os doentes seguidos em CE tiveram um tempo de seguimento superior aos doentes da CSIH o que é justificado por estes doentes habitualmente se encontrarem numa fase mais precoce da evolução da sua doença, com maior capacidade funcional, habitualmente sem complicações agudas, no fundo, com um prognóstico mais longo e, daí, o conseqüente maior tempo de seguimento. O valor mínimo de tempo de seguimento de 0 dias pode ser explicado com o facto de o doente falecer no dia da primeira observação, o que mais uma vez revela a referenciação muito tardia para o SCP; pode significar que o doente foi observado uma vez e teve alta do SCP no final dessa avaliação por não reunir critérios que justificassem o seu

seguimento por Cuidados Paliativos ou por o doente ter sido observado no último dia do estudo (não perfazendo 1 dia de seguimento).

Dos 51 doentes falecidos ao longo do estudo a grande maioria (82,3%) morreu no Hospital. Apesar de esta população ser muito específica e pouco representativa, o que dificulta comparações e conclusões, o número obtido de percentagem de mortes no hospital é muito superior quando comparado com valores resultantes de estudos de local de morte em outros países europeus (dependendo do país entre 33,9% e 62,8%) (Pinzón et al, 2011). De acordo com uma revisão sistemática internacional (Gomes et al, 2006), a morte no domicílio é favorecida pelos seguintes fatores: um longo tempo de doença, capacidade funcional precária, bom suporte social, preferência do doente, disponibilidade de cuidados domiciliários, ambiente rural, morar com familiares, suporte por uma família alargada, ser casado, preferência dos cuidadores e tradições históricas. Por outro lado, a morte no hospital está associada a diagnósticos de tumores não sólidos, minorias étnicas, disponibilidade de camas de internamento, admissão hospitalar prévia e com existência de disponibilidade hospitalar (Gomes et al, 2006). Mas, como referido, a população deste estudo apresenta especificidades muito próprias, além de que o estudo não sendo direcionado para este tipo de variáveis, não nos fornece dados suficientes que permitam analisar os fatores responsáveis por este valor de mortes no hospital. Todavia, o fato destes doentes serem seguidos por uma equipa de Cuidados Paliativos é já por si revelador de que podem estar sujeitos no seu processo de doença a instabilidade sintomática e grande sofrimento (de doente e família), o que dificulta o processo de morte no domicílio. Além disso, nos locais de residência destes doentes a existência de equipas domiciliárias com formação específica e experiência em Cuidados Paliativos é escassa, o que pode contribuir para uma maior dificuldade na morte no domicílio.

Em relação aos diversos destinos dos doentes ao longo do estudo, para além dos falecidos, 8 foram transferidos de hospital e 7 tiveram alta do SCP. No que diz respeito às transferências, os doentes foram transferidos para a UCP RNCCI devido ao facto do SCP não possuir uma unidade de internamento própria no Hospital e de esses doentes necessitarem de um prolongamento do internamento numa unidade específica de Cuidados Paliativos. Um doente que residia a bastantes quilómetros de distância do HSJ (hospital central), foi transferido para o hospital distrital da sua área de residência para proporcionar maior comodidade para doente e família (que mais facilmente pode fazer o acompanhamento do doente enquanto este se encontrar internado). Em relação aos doentes com alta do SCP (n=7), como já referido anteriormente, esta deve-se ao facto de nesse momento de evolução da sua doença o doente e família apresentarem boa adaptação ao processo de doença e bom controlo sintomático, não necessitando por isso de seguimento por uma equipa especializada em Cuidados Paliativos.

A ocorrência de diagnóstico de delirium variou de acordo com o local de seguimento dos doentes no SCP. A sua frequência foi maior nos doentes seguidos pela CSHI (55,1%) do que nos doentes seguidos pela CE (24,4%) (p=0,01). Esta diferença pode ser justificada por os doentes seguidos em CE se encontrarem habitualmente numa fase mais precoce do seu

processo de doença (daí também o seu maior tempo de seguimento no estudo), habitualmente com maior capacidade funcional e / ou por se encontrarem mais estáveis sintomaticamente, apresentando-se habitualmente com menos frequência em processo de intercorrência aguda e descontrolados sintomaticamente (mais frequente nos doentes da CSIH). Aliás, algumas intercorrências que por vezes são causas de descontrolo sintomático e consequente internamento funcionam elas próprias como fatores precipitantes de delirium (já apresentados anteriormente), tais como infeção, hipoxia, choque, febre, anemia, desidratação, mau estado nutricional – défice de tiamina, ácido fólico, vitamina B12, hipoalbuminémia, desequilíbrios hidroelectrolíticos, cirurgia (Ynouye, 2006), (Hanks et al, p. 1044, 2010). Além disso, a simples mudança ambiental devida ao internamento (associado ao frequente uso de imobilizadores, cateteres urinários) pode funcionar ela própria como fator precipitante de delirium (Ynouye, 2006), (Hanks et al, p. 1044, 2010). Apesar de todos estes fatores precipitantes de delirium estarem mais vezes associados aos doentes da CSIH, uma vez que se encontram internados, possam justificar o aumento da frequência de delirium, convém referir que, no entanto, os doentes seguidos em CE apresentam uma média e mediana de avaliações do CAM ao longo do estudo inferior aos doentes seguidos em CSIH. Este facto, associado a um maior tempo de seguimento (e portanto a um maior intervalo entre as avaliações) pode também estar na origem de falsos negativos nos doentes seguidos em CE. Isto é, dado o carácter flutuante do delirium, o doente poderá ter tido episódios de delirium não diagnosticado nos períodos de tempo entre as diversas consultas externas, podendo justificar este facto uma menor frequência de delirium nestes doentes.

Apesar da menor frequência de diagnóstico de delirium nos doentes seguidos em CE é fundamental prestar uma atenção especial a estes doentes e seus familiares. A prestação de cuidados a um doente com diagnóstico de delirium é complexa, tornando-se ainda mais complexa quando esses cuidados são prestados no domicílio pela família ou cuidadores. O delirium é causador de grande sofrimento para o doente, mas acarreta também um grande sofrimento para a família / cuidadores e mesmo para os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados a estes doentes. Num estudo de Breitbart e colaboradores (2002) que envolveu 154 doentes com doença oncológica e com diagnóstico de delirium, tentou-se avaliar o grau de sofrimento de doentes, familiares / cuidadores e enfermeiras envolvidas nos cuidados desses doentes. Dos doentes inicialmente envolvidos no estudo 101 recuperaram do episódio de delirium. Destes, 53,5% recordavam as experiências passadas durante o referido episódio e classificaram o sofrimento sentido durante o período de delirium em 3,2 (numa escala numérica de avaliação do sofrimento de 0 a 4, sendo 4 o máximo de sofrimento). Os familiares cuidadores classificaram o seu sofrimento perante o episódio de delirium do familiar em 3,75 (usando a mesma escala numérica), enquanto as enfermeiras envolvidas nos cuidados classificaram o seu sofrimento em 3,1. Tendo em conta a complexidade da prestação de cuidados a um doente com delirium no domicílio e o sofrimento inerente nesta situação ao familiar ou cuidador, nos doentes seguidos em CE é fundamental um seguimento e apoio cuidado e rigoroso a doente e família / cuidadores.

O delirium foi mais frequente nos doentes falecidos ao longo do estudo (64,7%) do que nos doentes em seguimento no final do estudo (22,6%) ($p < 0,001$); o risco de morrer foi aproximadamente 2,4 maior nos doentes com diagnóstico de delirium do que nos doentes sem este diagnóstico (IC a 95%: 1,57-3,67) e as curvas de sobrevivência revelaram um tempo de sobrevivência mais curto no grupo dos doentes com CAM positivo ($p < 0,001$) em relação ao grupo dos doentes com CAM negativo. A associação do delirium ao fim de vida (que levou ao aparecimento da terminologia “delirium terminal”), a sua associação ao aumento da mortalidade e ao encurtamento do tempo de vida nos doentes idosos e ou com cancro avançado já foi descrita por diversas vezes na literatura (American Psychiatric Association, 2002) (Caraceni, Grassi, 2011) (Chochinov, Breitbart, 2009) (Lawlor et al, 2000) (Ynouye, 2006) (Breitbart, Alici, 2008) (Caraceni et al, 2000) (Fang et al, 2008). As causas orgânicas responsáveis pelo aparecimento do delirium (frequentemente multifatorial e com causas irreversíveis) em doentes já muito debilitados pela sua doença de base são muitas vezes por si só responsáveis pela morte do doente. Assim sendo, a questão que se coloca na associação do delirium e mortalidade, cuja resposta ainda não é clara, diz respeito ao facto da contribuição do delirium para a redução da sobrevivência nestes doentes se dever ao próprio processo de delirium ou à causa subjacente ao seu aparecimento. Segundo o estudo de Lawlor et al (2000), dada a diminuição da reversibilidade dos episódios repetidos de delirium, os autores concluem que efeitos neurotóxicos consequentes da repetição desses episódios podem funcionar como um preditor independente na redução da sobrevivência.

O resultado obtido em relação ao risco relativo, revelando que o risco de morrer foi aproximadamente 2,4 maior nos doentes com diagnóstico de delirium do que nos doentes sem este diagnóstico levanta a questão sobre a causalidade / efeito do delirium e mortalidade. Isto é, será que é o delirium que funciona como causa que leva à morte, ou, ao invés, é a proximidade da morte (com a falência multiorgânica e um conjunto de características psico-existenciais muitas vezes a ela associada) que funciona como causa de delirium? Provavelmente a relação será bidirecional com uma a potenciar mutuamente a outra.

Como já referido anteriormente, o sofrimento das famílias / cuidadores dos doentes em delirium é muito intenso. Se se tiver em conta o valor no presente estudo da mediana do tempo de sobrevivência após o diagnóstico de delirium de 7,0 dias (erro padrão de 2,3; intervalo de confiança a 95%: 2,43 – 11,53), há que realçar a necessidade de na abordagem terapêutica do delirium prestar especial atenção à intervenção na família, alertando e tentando adaptar a família em sofrimento para a possibilidade da morte breve do familiar doente. Na intervenção na família, explicando o quadro clínico, os sintomas, a intervenção terapêutica a adotar (tratamento das causas, intervenção farmacológica no controlo dos sintomas e eventual necessidade de sedação paliativa), torna-se fundamental envolvê-la na discussão das intervenções.

- Discussão da validade externa

O presente estudo foi desenvolvido num único serviço (unicêntrico) de cuidados paliativos o que torna a extrapolação dos resultados para outro tipo de populações de cuidados paliativos que não a do referido serviço sempre condicionada. Os resultados obtidos dizem respeito a uma específica população de doentes, seguidos por uma específica equipa de cuidados paliativos em contexto de CSH e CE, com características sociodemográficas próprias, com diagnósticos e serviços de referência específicos, ou seja, com todo um conjunto de fatores que obriga a reservas na comparação dos resultados obtidos com outros estudos (validade externa) nem sempre conduzidos com idêntica metodologia, nem com populações de doentes comparáveis.

Além do referido no parágrafo anterior, na revisão da literatura efetuada verificou-se que os valores de ocorrência de delirium obtidos em estudos anteriores foram bastante díspares. Foram obtidos valores desde 13,3% (Gagnon et al, 2000) até valores de 85% (Massie et al, 1983) e 88% (delirium terminal) (Lawlor et al, 2000).

Tendo em conta os aspetos apresentados, a comparação de resultados fica obrigatoriamente restringida. Além disso, os estudos de ocorrência de delirium apresentados na literatura dizem respeito a doentes em regime de internamento, enquanto no presente estudo estão incluídos doentes internados e em regime de ambulatório (CE). Apesar de tudo, alguns estudos realizados anteriormente apresentam resultados próximos deste mesmo agora efetuado.

No estudo de Lawlor e colaboradores (2000) a ocorrência de delirium foi de 42% na admissão dos doentes ao internamento e de 45% ao longo do internamento (num total de 68,3% de doentes com delirium no estudo). Em comparação com os resultados do presente estudo verifica-se alguma discrepância uma vez que neste o delirium ocorreu na admissão ao estudo em 21,0% dos doentes e em 25,5% ao longo do estudo (num total de 41,2% de doentes com delirium no estudo). Mesmo comparando os valores obtidos por Lawlor e colaboradores com o valor de ocorrência de delirium na CSH (55,1%) (que seria o valor mais indicado como comparação) ainda se encontra alguma discrepância nos resultados.

No estudo de Gagnon e colaboradores (2000) os valores de prevalência e incidência de delirium, respetivamente 13,3% e 32,8%, são manifestamente mais baixos quando comparados com os obtidos no presente e nos restantes estudos já realizados nesta área.

O estudo de Caraceni e colaboradores (2000) e o de Leonard e colaboradores (2009) revelaram respetivamente um valor de ocorrência de delirium na altura de admissão ao internamento de 27,7% e de 29%. Estes valores são próximos do valor de ocorrência de delirium obtido na primeira avaliação pela CSH efetuada neste estudo e que foi de 28,3%.

No estudo de Fang e colaboradores (2008) e no de Berna e colaboradores (2010) a ocorrência de delirium ao longo do estudo em doentes internados foi respetivamente de 46,9% e de 56%. O valor de ocorrência de delirium no decurso do presente estudo na CSH foi de 55,1%, portanto próximo do valor obtido por Berna e colaboradores e um pouco mais afastado do obtido por Fang e colaboradores. Os estudos de Leonard e colaboradores (2009) e de Rao

e colaboradores (2011) apresentaram valores de ocorrência de delirium ao longo do estudo em doentes internados respetivamente de 34% e 64%, o que revela maior discrepância em relação ao valor obtido no presente estudo (55,1%).

No estudo de Massie e colaboradores (1983) foram seguidos 13 doentes em fim de vida até à morte, tendo sido diagnosticado delirium em 85% desses doentes. Já no estudo de Lawlor e colaboradores (2000) o delirium terminal foi diagnosticado em 88% dos 52 doentes com doença neoplásica avançada que morreram durante o estudo. No presente estudo, nos doentes falecidos, o delirium foi diagnosticado em 64,7% dos doentes, um valor bastante inferior ao obtido nos dois estudos descritos anteriormente. A obtenção de um valor mais baixo pode estar relacionado com o facto de os doentes estarem a ser seguidos não só em contexto de CSIH, mas também no domicílio, uma vez que nos doentes que morreram no domicílio o delirium pode ter ocorrido nos últimos dias ou horas de vida não sendo o diagnóstico efetuado por o doente não ter sido sujeito à avaliação pela equipa do SCP durante esse período. Por outro lado, os doentes seguidos pela CSIH não estavam internados num Serviço de Cuidados Paliativos e, portanto, não estavam permanentemente cuidados por profissionais com formação nesta área. Assim sendo, os doentes poderiam ter desenvolvido um quadro de delirium e morrerem conseqüentemente durante um intervalo entre as avaliações pela CSIH do SCP sem ter sido efetuado o referido diagnóstico. Estes aspetos podem justificar o valor mais baixo de ocorrência delirium nos doentes falecidos durante o presente estudo em relação aos estudos efetuados anteriormente.

Relativamente à associação do delirium com o aumento da mortalidade e com o encurtamento do tempo de sobrevivência nos doentes idosos e ou com cancro avançado, esta já foi documentada, como já referido anteriormente, por diversas vezes na literatura (American Psychiatric Association, 2002) (Caraceni, Grassi, p. 38-39, 2011) (Chochinov, Breitbart, p. 94, 2009) (Lawlor et al, 2000) (Ynouye, 2006) (Breitbart, Alici, 2008) (Caraceni et al, 2000) (Fang et al, 2008). Nos estudos de Lawlor e colaboradores (2000) e de Caraceni e colaboradores (2000) a curva de sobrevivência de doentes com delirium foi significativamente diferente das dos doentes sem delirium, tal como ocorreu no presente estudo (doentes com delirium com tempo de sobrevivência mais reduzidos). No estudo de Fang e colaboradores (2008), a taxa de mortalidade dos doentes internados com delirium foi significativamente maior do que nos doentes sem delirium. Além disso, nesse estudo, a mediana do tempo de sobrevivência em dias desde o diagnóstico de delirium até à morte foi no delirium hipoactivo de $4,00 \pm 0,35$ (IC 95%: 3,26-4,74) dias e no delirium hiperativo de $9,00 \pm 4,89$ (IC 95%: 0,0-18,59) dias (Fang et al, 2008). Esses valores são próximos dos valores da mediana do tempo de sobrevivência após o diagnóstico de delirium no presente estudo que foi de 7,0 dias (erro padrão de 2,3; intervalo de confiança a 95%: 2,43 – 11,53).

Conclusões Gerais e Perspetivas Futuras

No presente estudo, o delirium foi um diagnóstico frequentemente obtido na população de cuidados paliativos do SCP, sendo mais frequente nos doentes seguidos em contexto de internamento hospitalar (CSIH) e nos doentes que vieram a falecer durante o período do estudo. O risco de morrer foi maior nos doentes com diagnóstico de delirium do que nos doentes sem este diagnóstico e as curvas de sobrevivência revelaram um tempo de sobrevivência mais reduzido no grupo dos doentes com delirium (em comparação com doentes sem delirium).

Em relação às perspetivas futuras emergentes do presente estudo, serão de referir os seguintes aspetos:

- Manter a aplicação do instrumento de diagnóstico de delirium (CAM) na prática diária do SCP com o intuito de alertar para a possibilidade da presença de delirium nos doentes seguidos, tentando desta forma proporcionar um diagnóstico de delirium o mais precoce possível e alertar para a possibilidade de presença de sub-síndrome de delirium. Esta ação, rastreando uma situação de risco, seria levada a cabo tendo em vista uma melhoria no controlo sintomático e no alívio do sofrimento de doentes e famílias / cuidadores.

- Desenvolver estratégias para a uniformização do termo delirium (a nível nacional e internacional), no uso de instrumentos de diagnóstico específico e desenvolver metodologias para realização de estudos multicêntricos.

- Traduzir e validar para português ou desenvolver um instrumento de avaliação cognitiva, mais simples de aplicar e menos invasivo do que o MMSE, para associar ao CAM e que seja mais adequado ao contexto de Cuidados Paliativos.

- Alargar o estudo a outras variáveis associadas ao delirium como a reversibilidade, fatores de risco, precipitantes ou predisponentes, terapêutica usada e sua eficácia, avaliação da necessidade de sedação paliativa.

- Alargar o estudo de ocorrência de delirium a maior número de doentes não oncológicos em cuidados paliativos, com o intuito de avaliar se apresentam as mesmas características dos doentes oncológicos.

- Realizar investigação com o objetivo de desenvolver estratégias para avaliação de delirium em doentes com alterações na capacidade de comunicação verbal e escrita.

Referências Bibliográficas

Abelha F.J., et al. – Evaluation of Delirium in Postoperative Patients, Translation and Validation of the Intensive Care Delirium Screening Checklist in a Portuguese Post Anesthesia Care Unit. *Arquivos de Medicina*. Vol. 24, nº 4 (2010), p. 121-129.

American Psychiatric Association - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da American Psychiatric Association (DSM-IV-TR) Texto Revisto. 4ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

Barbosa, A., Neto, I.G. – *Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa*. 2ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010.

Berna, A.C., Rodrigues, C.G., Sales, J.P. – Delirium en pacientes oncológicos avanzados ingresados en una unidade de hospitalización de cuidados paliativos. *Revista Medicina Paliativa*. Vol. 16, nº 5 (2010), p. 286-290.

Breitbart, W., Alici, Y.- Agitation and *Delirium* at the End of Life. “We Couldn’t Manage Him”. *JAMA*. Vol. 300, nº 24 (2008), p. 2898-2910.

Breitbart, W., Gibson, C., Tremblay, A.- The delirium experience: delirium recall and delirium related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses / caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*. Vol. 43, nº 3 (2002), p. 183-194.

Caeiro, L., Ferro, J.; Albuquerque, R., Figueira, L. – *Delirium* no acidente vascular cerebral agudo. *Sinapse*. Vol. 2, nº 1 (2002), p. 61.

Canadian Coalition for Seniors` Mental Health – *Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life*. Toronto, 2010.

Caraceni, A., et al. – Impact of Delirium on the Short Term Prognosis of Advanced Cancer Patients. *Cancer*. Vol. 89, nº 5 (2000), p. 1145-1149.

Caraceni, A., Grassi, L. – *Delirium Acute confusional states in palliative medicine*. 2ª edition. New York: Oxford University Press, 2011

Caraceni, A., Simonetti, F. – Palliating *delirium* in patients with cancer. *Lancet Oncol*. Vol. 10, (2009), p. 164-172.

Casarett, D.J., Inouye, S.K. – Diagnosis and Management of *Delirium* near the End of Life. *Ann Intern Med.* Vol. 135, (2001), p. 32-40.

Chochinov, H.M., Breitbart, W. – Handbook of Psychiatry In Palliative Medicine. 2ª edition. New York: Oxford University Press, 2009.

Costa, I. – Delírio nos doentes com cancro avançado. *Revista Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.* Vol. 9, nº 3 (2002), p. 140-145.

Fabbri, R.M., Moreira, M.A., Garrido, R., Almeida, O.P. – Validity and Reliability of the Portuguese Version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the Detection of *Delirium* in the Elderly. *Arq Neuropsiquiatr.* Vol. 59, nº 2-A (2001), p. 175-179.

Fang, C.K., et al. – Prevalence, Detection and Treatment of Delirium in Terminal Cancer Inpatients: A Prospective Survey. *Japanese Journal Clinical Oncology.* Vol. 38, nº 1 (2008), p. 56-63.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P.R. – “Mini-mental”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* Vol. 12, nº 3 (1975), p. 189-198.

Gagnon, P., Allard, P., Mâsse, B., DeSerres, M. – Delirium in Terminal Cancer: A Prospective Study Using Daily Screening, Early Diagnosis, and Continuous Monitoring. *Journal of Pain and Symptom Management.* Vol. 19, nº 6 (2000), p. 412-426.

Gaudreau, J.D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., Roy, M. – Fast, Systematic, and Continuous *Delirium* Assessment in Hospitalized Patients: The Nursing *Delirium* Screening Scale. *Journal of Pain and Symptom Management.* Vol. 29, nº 4 (2005), p. 368-375.

Gomes, B., Higginson, I. J. – Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ.* Vol. 332 (2006), p. 515-521.

Gonçalves, J.F. – Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. 2ª edição revista e atualizada. Porto: Coisas de Ler, 2011

Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., Garcia, C. – Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia.* Vol. 1, (1994), p. 9-10.

Hanks, G., Cherny, N.I., Chrisrakis, N.A., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R.K. – *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 4ª edition. New York: Oxford University Press, 2010.

- Lawlor, P.G., et al. – *Delirium at the End of Life: Critical Issues in Clinical Practice and Research*. *JAMA*. Vol. 284, nº 19 (2000), p. 2427-2429.
- Lawlor, P.G., Gagnon, B., Mancini, I. L., Pereira, J.L., Hanson, J., Suarez-Almazor, M.E., Bruera, E.D. – Occurrence, Causes, and Outcome of *Delirium* in Patients With Advanced Cancer. *Arch Intern Med*. Vol. 160, (2000), p. 786-794.
- Leonard, M., Agar, M., Mason, C., Lawlor, P. – *Delirium* issues in palliative care settings. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 65, (2008), p. 289-298.
- Leonard, M., et al. – Symptoms of Depression and Delirium Assessed Serially in Palliative-Care Inpatients. *Psychosomatics*. Vol. 50, nº 5 (2009), p. 506-514.
- Massie, M.J., Holland, J., Glass, E. – Delirium in terminally ill cancer patients. *American Journal Psychiatry*. Vol. 140 (1083), p.1048-1050.
- Morandi A., et al. – Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*. Vol. 34 (2008), p. 1907-1915.
- Pinzón, L.C., et al. – Influencing Factors of the Place of Death in Germany. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 41, nº 5 (2011), p. 893-903.
- Rao, S., Ferris, F.D., Irwin, S.A. – Ease of Screening for Depression and Delirium in Patients Enrolled in Inpatient Hospice Care. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 14, nº 3 (2011), p. 275-279.
- Ryan, K., Leonard, M., Guerin, S., Donnelly, S., Conroy, M., Meagher, D. – Validation of the confusion assessment method in the palliative care setting. *Palliat Med*. Vol. 23, (2009), p. 40-45.
- Smith, M.J., Breitbart, W.S., Platt, M. – A Critique of Instruments and Methods to Detect, Diagnose, and Rate *Delirium*. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 10, nº 1 (1995), p. 35-77.
- Wei, L.A., Fearing, M.A., Sternberg, E.J., Inouye, S.K. – The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. *Journal American Geriatrics Society – JAGS*. Vol. 56, (2008), p. 823-830.

World Health Organization – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007 (ICD-10). [Em linha]. 2007. [Consulta.10 Abril 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Ynouye, S.K. - *Delirium* in Older Persons. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 354, (2006), p. 1157- 1165.

Ynouye, S.K. – *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide*. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003.

Ynouye, S.K., Van Dyck, C.H., Alessi, C.A., Balkin, S.I., Siegal, A.P.,Horwitz, R.I. – Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of *Delirium*. *Ann Intern Med*. Vol. 113, (1990), p. 941-948.

ANEXOS

ANEXO I - Confusion Assessment Method (CAM), Versão Reduzida

Confusion Assessment Method (CAM), Versão Reduzida

<p>I. Início agudo e curso flutuante</p> <p>a) Há evidência de uma mudança aguda do estado mental de base do paciente?</p> <p>b) Este comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?</p> <p>(Esta informação obtém-se geralmente de um membro da família ou de outra pessoa)</p>
<p>II. Distúrbio da atenção</p> <p>O paciente teve dificuldade em focalizar a sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?</p>
<p>III. Pensamento desorganizado</p> <p>O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?</p>
<p>IV. Alteração do nível de consciência</p> <p>Em geral, como classificaria o nível de consciência do paciente?</p> <ul style="list-style-type: none">- Alerta (normal)- Vigilante (hiperalerta)- Letárgico (sonolento, acorda facilmente)- Estupor (acorda dificilmente)- Coma (não acorda)

Para que se considere o diagnóstico de delirium terá que se obter resposta afirmativa no critério 1 e 2 e no critério 3 ou 4 (resposta afirmativa no critério 4 significa outra resposta que não alerta) (Inouye et al, 1990).

Adaptado de:

Ynouye, S.K., Van Dyck, C.H., Alessi, C.A., Balkin, S.I., Siegel, A.P., Horwitz, R.I. – Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of *Delirium*. *Ann Intern Med*. Vol. 113, (1990), p. 941-948.

Tradução de:

Fabbri, R.M., Moreira, M.A., Garrido, R., Almeida, O.P. – Validity and Reliability of the Portuguese Version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the Detection of *Delirium* in the Elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. Vol. 59, nº 2-A (2001), p. 175-179.

ANEXO II - Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

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

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

27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

- a. “Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

- b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

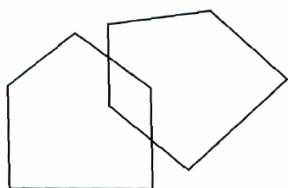
- e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta).

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo de 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos \leq 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22
- com escolaridade superior a 11 anos \leq 27

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P.R. – “Mini-mental”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* Vol. 12, nº 3 (1975), p. 189-198.

Adaptação portuguesa:

Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., Garcia, C. – Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia.* Vol. 1, (1994), p. 9-10)

ANEXO III - Folha de Informações Gerais Modelo I, Versão 3, Outubro 2009



SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome _____
ND: _____

Data 1ª Observação SCP: : __/__/__

Médico SCP: _____

DATA REFERENCIA: __/__/__ MÉDICO REFERENCIADOR: _____ ESPECIALIDADE: _____

DADOS DO DOENTE

MORADA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
RELIGIÃO: _____ TEL.: _____ SITUAÇÃO LABORAL _____
C. Saúde: _____ Tel.: _____ Médico Ass. _____

DADOS DO CUIDADOR

NOME CUIDADOR PRINCIPAL: _____ PARENTESCO: _____
MORADA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
IDADE: _____ TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____
OUTRO CONTACTO: _____ PARENTESCO: _____ TELEFONE: _____

GENOGRAMA:

INFORMAÇÃO CLÍNICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL : _____
 NÃO ONCOLÓGICO ONCOLÓGICO - EM QT? SIM / NÃO
ANTECEDENTES PESSOAIS: _____
ALERGIAS/ INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS: _____

HISTÓRICO NO SCP

Gestor de Caso: _____

INTERNAMENTO (EIH) CONSULTA EXTERNA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

Internamento: __/__/__	Alta: __/__/__	1ª Avaliação Psicologia: __/__/__
Internamento: __/__/__	Alta: __/__/__	1ª Avaliação S. Social: __/__/__
Internamento: __/__/__	Alta: __/__/__	1ª Avaliação C. Espiritual: __/__/__

Data de Óbito: __/__/__

Data de Contacto no Luto: __/__/__

Local do Óbito: _____

Observações:

Modelo 1. Versão 3. Outubro de 2009

(VER FOLHA DE INFORMAÇÕES GERAIS)

ND:

NOME
 DN:

SERVIÇO: CAMA:

Motivo do Pedido	Doente		Cuidador		Consultas	Data 1ª
	Informado		DGN	PRG		
	I	F	I	F	I	F
1 Organiz. cuidados/objectivos Control/seguinto stmas						
3 Tomada de decisões						
4 Transferência						
5 Outra:						
	1 Sim					
	2 Não					
	3 Não deseja					

Psicólogo	
A.Social	
A.espiritual	

PapScore				CARING					
Dispneia	ausente	Prognóstico Clínico de Sobrevida (Semanas)	>12	Leucos	4 800 - 8 500	10	Cancro	10	UCI
	presente		11-12	6.5	8 501 - 11 000	3	Internamento	12	NHO
Anorexia	ausente		7-10	1.5	>11 000	3	Residência		
	presente		5-6	0	20% - 40%		Idade		
Karnofsky	>20		3-4	1	12% - 19,9%	0	<55	2	66-75
	10-20		1-2	2.5	<12%	1	55-65	3	>75

SINTOMAS ° dia ° dia ° dia ° dia ° dia ° dia ° dia ° dia
 Dia e Data / / / / / / / / / / / / / / / /

Sintomas	M		M		M		M		M		M		M		M	
Dor																
Cansaço																
Náuseas																
Depressão																
Ansiedade																
Sonolência																
Falta de Apetite																
Bem-estar																
Falta de ar																
Rubrica																

Registos	M		M		M		M		M		M		M	
Micção														
Dejecção														
Temp.														
Diurese														

ANEXO IV - Folha para registo do resultado do CAM e MMSE

Colar vinheta do doente

	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação
Investigador				
Data				
Dia de Internamento / N° consulta				
Resultado				
MMSE				
CAM				

	5ª Avaliação	6ª Avaliação	7ª Avaliação	8ª Avaliação
Investigador				
Data				
Dia de Internamento / N° Consulta				
Resultado				
MMSE				
CAM				

ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética do Hospital de São João

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE – H. S. JOÃO

PARECER

Título da Investigação: *Delirium*: Dimensão do problema num Serviço de Cuidados Paliativos

Investigador: Carlos Francisco Nunes da Rocha Moreira

Orientador: João Manuel da Costa Amado, Professor Associado com Agregação do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Centro Regional do Porto)

Elo de ligação: não aplicável

Serviço onde se realizará a Investigação: Serviço de Cuidados Paliativos (SCP)

O investigador enviou a esta CES autorização da Exma. Sra. Directora do SCP, Dra. Edna Gonçalves.

Promotor: o investigador

Pertinência do estudo:

Da prática diária do seu trabalho no SCP, o investigador identificou muitos casos de *delirium*, de consequências devastadoras para o doente, família e cuidadores. O objectivo deste trabalho é quantificar a ocorrência desta condição nos doentes seguidos no SCP do HSJ, no sentido de otimizar o diagnóstico e conseqüente tratamento, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos doentes, a diminuição do seu sofrimento, bem como da família e cuidadores, e a diminuição do nº de dias de internamento hospitalar.

Concepção do estudo:

Será efectuado um estudo prospectivo, entre 01 Janeiro de 2011 e 31 de Março de 2011, e serão avaliados todos os doentes que, nesse período, sejam vistos na Consulta Externa do SCP e na Consulta de Suporte Intra-Hospitalar.

A recolha de dados será feita pelos médicos e enfermeiros do SCP, com ajuda de uma folha de registo para cada doente, criada para o efeito.

Para além da história clínica detalhada e exame físico usualmente realizados na 1ª avaliação clínica dos doentes observados pelo SCP, serão aplicados a todos os doentes o "Mini-Mental State Examination", versão validada para a língua portuguesa, seguido do "Confusion Assessment Method", versão reduzida.

Serão realizadas sessões de formação do investigador principal (IP) ao aos restantes investigadores e haverá um período de treino padronizado prévio ao seu uso no estudo.

Benefício/Risco:

A realização deste trabalho de investigação poderá melhorar a acuidade no diagnóstico de *delirium* nos doentes seguidos no SCP, com conseqüente implementação mais precoce do tratamento adequado, diminuindo assim o sofrimento dos doentes e famílias.

Para a realização do presente estudo não decorrerá nenhum risco para os doentes e a intervenção efectuada envolverá um desvio mínimo da prática clínica habitual do SCP.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito:

Segundo o investigador, do presente estudo não decorrerá nenhum risco para os doentes e a intervenção efectuada representará um desvio mínimo da prática clínica habitual. Por esse motivo, decidiu que apenas será obtido consentimento informado verbal, dos doentes cognitivamente capazes, ou dos familiares próximos, nos que não revelem capacidade de decisão. Esta questão foi colocada a discussão na reunião da CES e todos os membros deram a sua concordância.

Para a obtenção do consentimento verbal serão disponibilizadas, em linguagem de fácil compreensão, informações relativas: ao IP, ao estudo (objectivos, metodologia, benefícios e eventuais incómodos), ao carácter voluntário da participação e liberdade para decidir eventual participação ou retirada do estudo, à garantia de privacidade e confidencialidade, à aprovação desta investigação pelas várias partes competentes (CES, CA e DS)

Confidencialidade dos dados: a confidencialidade dos dados está garantida, uma vez que dos questionários não constará nenhuma identificação do doente, atribuindo-se-lhes apenas um número.

Financiamento: Apesar de, no seu Projecto de Dissertação (pág. 15), o investigador referir não estar previsto nenhum tipo de financiamento, no Questionário da CES, campo "Retribuição Financeira", refere que efectuou candidatura à Bolsa de Investigação Isabel Correia Levy da Associação de Cuidados Paliativos, edição 2010, mas ainda não obteve resposta.

Indemnização por danos: não aplicável

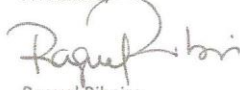
Propriedade dos dados: estão definidos critérios de publicação dos resultados da investigação.

CV do investigador: O investigador é médico, detém a especialidade de Clínica Geral e desenvolve o seu trabalho no SCP do HSJ. Detém uma pós-graduação em Cuidados Paliativos e frequente, actualmente o Mestrado em Cuidados Paliativos no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Centro Regional do Porto). Tais habilitações atestam a sua aptidão para a condução deste projecto de investigação.

Conclusão: Feita a análise do projecto em apreciação, proponho a esta CES a sua aprovação.

Porto, 28 de Janeiro de 2011

A relatora



Raquel Ribeiro



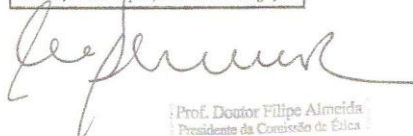
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Carlos Francisco Nunes da Rocha Moreira, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 021 Dezembro 2010

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de <u>28/ Janeiro / 2011</u>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</div>  <small>Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão de Ética</small>

ANEXO VI - Autorização do Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São João para a concretização do projeto



Hospital Clínica 25/1
30-1-2011
No CA em
parecer positivo d. P.C.
31.1.2011

Hospital São João
Paulo Bettencourt
Adjunto da Direcção Clínica

Exma. Sra.
Dra. Margarida Tavares
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “Delirium: Dimensão do problema num Serviço de Cuidados Paliativos”

Investigador Principal: Dr. Carlos Francisco Nunes da Rocha Moreira

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 28 de Janeiro de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

Hospital São João
Alameda Professor Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

+351 225 512 100
geral@hsjoao.min-saude.pt
www.hsjoao.min-saude.pt

Cont. n.º 507645367
Capital Estatutário 112.000.000,00 Euros
Registo Comercial n.º 507645367

