



**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

Confusão aguda em pessoas mais velhas: contributos para a  
avaliação do risco

UMinho | 2022 Teresa Vieira

Teresa Luísa Carvalho Vieira

Confusão aguda em pessoas mais velhas:  
contributos para a avaliação do risco

abril de 2022



**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

Teresa Luísa Carvalho Vieira

**Confusão aguda em pessoas mais velhas:  
contributos para a avaliação do risco**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Enfermagem

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Odete Araújo**

abril de 2022

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

*Licença concedida aos utilizadores deste trabalho*



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**

**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## AGRADECIMENTOS

No momento que finalizo este trabalho, deixo uma palavra de gratidão:

À professora Odete Araújo, pela orientação, dedicação e compreensão, que permitiram a concretização deste trabalho e tornou esta jornada um pouco “menos difícil”.

Aos participantes do estudo que permitiram a construção deste trabalho.

À minha irmã, Beatriz, minha melhor amiga, a sua sapiência, sensatez e apoio trouxe-me até aqui.

À Sara, minha melhor amiga e maior incentivo, que me acompanha e motiva em dar sempre novos passos e que foi incansável neste caminho.

Aos meus pais e a todas as pessoas que dão significado à minha vida, o meu sincero e profundo agradecimento.

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 30 de abril de 2022

Nome completo: Teresa Luísa Carvalho Vieira

## RESUMO

**Enquadramento:** O envelhecimento ou o “entardecer” representa *per si* o culminar do sucesso do desenvolvimento humano. Se por um olhar o envelhecimento é sinónimo de ganhos, traduzido pela longevidade dos indivíduos; por outro, o envelhecimento requer responsabilidade acrescida e interdisciplinar na resposta às necessidades das pessoas mais velhas, pelas perdas sucessivas que vão se acumulando ao longo do processo de envelhecimento. A confusão aguda é uma situação patológica presente nos contextos de prestação de cuidados e frequentemente associada à idade avançada. A avaliação do risco de confusão aguda é determinante para prevenir o agravamento da condição clínica e mitigar a fragilidade e o declínio funcional e cognitivo das pessoas mais velhas. **Objetivos:** Explorar as orientações internacionais na avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas; validar conceitualmente diretrizes para a avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas. **Metodologia:** Estudo qualitativo, exploratório e transversal, desenvolvido através da técnica de *e-Delphi*, em duas avaliações distintas. Participaram no estudo 51 enfermeiros, na sua maioria a exercer funções em contextos de cuidados de saúde diferenciados. A investigação cumpriu todos os requisitos éticos e foi aprovada pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho. **Resultados:** Após a realização da primeira ronda do questionário com 22 questões, 9 não obtiveram o nível de concordância de pelo menos 75% previamente definido, tendo sido necessário recorrer a uma segunda ronda. Das questões que não tinham obtido consenso, apenas uma, a questão número 21, obteve concordância entre os peritos. Obteve-se a concordância de 14 dos 22 itens apresentados, integrando o instrumento final de avaliação após discussão dos resultados, 13 itens. **Conclusão:** É possível prevenir a confusão aguda em pessoas mais velhas identificando o mais precocemente possível os riscos multifatoriais. Através da identificação do risco de confusão aguda, os enfermeiros podem contribuir para a qualidade dos cuidados e para os ganhos em saúde para a população mais velha em contextos de cuidados de saúde.

**Palavras-chave:** pessoa mais velha, confusão aguda, avaliação do risco, contexto de saúde, enfermeiro.

## ABSTRACT

**Context:** Ageing or “nightfall” represents *per se* the pinnacle of the human development. If on one hand, ageing is synonym of success, reflected on the individuals’ longevity; on the other, it warrants greater and interdisciplinary responsibility in the catering of the needs of the older persons for the recurrent losses experienced throughout the ageing process. Acute confusion is a pathological condition present in a healthcare context and frequently associated with senior age. The evaluation of acute confusion risk is paramount to prevent the worsening of this clinical condition and to mitigate the fragility and the functional and cognitive decline of the older persons. **Objective:** Explore the international guidelines on the evaluation of acute confusion risk on the older persons; conceptually validate the framework for the evaluation of acute confusion risk on the older persons. **Methodology:** Qualitative, exploratory and cross-sectional study, executed through the *e-Delphi* technique, in two separate assessments. 51 nurses participated in the study, the majority actively working in acute healthcare context. This investigation fulfilled all the ethical requirements and was approved by the Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho. **Results:** After the first round of the *e-Delphi* survey composed of 22 questions, 9 of them did not meet the previously determined 75% level of consensus, triggering a second round. Of the questions that did not previously reach consensus, only one, question number 21, obtained consensus among the panelists. The consensus was reached for 14 out of the 22 items presented, after discussion 13 items were incorporated in the final measurement instrument. **Conclusion:** It is possible to prevent acute confusion in the older persons by identifying the multifactorial risks as prematurely as possible. Through the identification of the acute confusion risk, nurses are able to effectively contribute for the quality of care and health gains in the older population, in all healthcare context.

**Keywords:** older persons, acute confusion, risk assessment, health context, nurse.

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <u>INTRODUÇÃO .....</u>   | <u>11</u> |
| <u>CAPÍTULO 1. DO ENVELHECIMENTO AO CONCEITO DE CONFUSÃO .....</u>    | <u>14</u> |
| 1.1. O ENVELHECIMENTO .....   | 14        |
| 1.2. CONFUSÃO .....   | 16        |
| 1.3. A CONFUSÃO AGUDA E O <i>DELIRIUM</i> : PRINCIPAIS CONCEÇÕES..... | 17        |
| 1.4. CONFUSÃO CRÓNICA .....   | 21        |
| 1.5. ETIOLOGIA DA CONFUSÃO AGUDA: FATORES DE RISCO .....              | 22        |
| 1.6. CONFUSÃO AGUDA E AS INTERVENÇÕES MULTICOMPONENTES .....          | 28        |
| <u>CAPÍTULO 2. A PESSOA MAIS VELHA COM CONFUSÃO AGUDA.....</u>        | <u>30</u> |
| 2.1. CONFUSÃO AGUDA: NO CAMINHO DA BOA PRÁTICA.....                   | 30        |
| 2.2. CONFUSÃO AGUDA: IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO RISCO .....          | 32        |
| <u>CAPÍTULO 3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</u>                         | <u>35</u> |
| 3.1. TIPO DE ESTUDO .....   | 35        |
| 3.2. QUESTÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO .....                              | 35        |
| 3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....   | 37        |
| 3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....                           | 39        |
| 3.5. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS .....                            | 43        |
| 3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....                                       | 44        |
| <u>CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</u>                   | <u>45</u> |
| 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....                            | 45        |
| 4.2. TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS .....            | 46        |
| <u>CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</u>                      | <u>49</u> |
| <u>CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO .....</u>                                    | <u>65</u> |
| <u>CAPÍTULO 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</u>                   | <u>67</u> |

## ANEXOS

ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO MINHO



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI – *Agency for Clinical Innovation*

ACSQHC – *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*

AIQ – Amplitude Inter-quartil

APA – *American Psychiatric Association*

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

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CEHSEU – *Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit*

DGS – Direção Geral da Saúde

DQ – Desvio-quartil

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

EUA – Estados Unidos da América

HELP – *Hospital Elder Life Program*

ICN – *International Council of Nurses*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

MHFA – *Mental Health First Aid*

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIGN – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

WHO – *World Health Organization*

## ÍNDICE DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 Síntese da literatura dos principais fatores de risco de confusão aguda.....   | 41 |
| Quadro 2 Características dos peritos da primeira ronda do e-Delphi.....   | 45 |
| Quadro 3 Questões apresentadas na primeira ronda do e-Delphi. ....  | 46 |
| Quadro 4 Questões apresentadas na segunda ronda do e-Delphi. ....   | 47 |
| Quadro 5 Apresentação dos itens que obtiveram concordância dos peritos, após aplicação da técnica e-Delphi, para avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas..... | 48 |
| Quadro 6 Apresentação dos itens para integração no instrumento final de avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas.....  | 62 |

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado de Enfermagem, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, iniciado em 2019, foi-nos proposta a elaboração da Dissertação, inserida na unidade curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada integrada no primeiro semestre do segundo ano, sob a orientação da professora Odete Araújo.

O envelhecimento é um fenómeno das sociedades modernas, que tem sofrido alterações ao longo do tempo. Necessariamente, porque a quantidade de pessoas que pertencem aos grupos com idades mais avançadas tem crescido exponencialmente (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021; Nações Unidas, s.d.; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Também se denota uma mudança na própria terminologia referente às pessoas em idade avançada, demonstrando a OMS (2015), no seu relatório, a utilização de termos integrativos e inclusivos como adultos maiores e adultos mais velhos, refletindo as capacidades e os contributos que as pessoas nestas idades ainda manifestam, deixando cair a palavra idoso/idosa. O envelhecimento incorpora, inevitavelmente, alterações biológicas normais que conduzem à deterioração da funcionalidade da pessoa mais velha, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças, apresentando estas, pelo menos, uma doença crónica e várias comorbilidades (Sequeira, 2018). O impacto da doença crónica e ainda a perda da funcionalidade, que acompanha as pessoas mais velhas, torna premente que cuidar de pessoas mais velhas não deve ser visto apenas como um custo e uma sobrecarga, mas sim como um investimento na saúde desta população e da sociedade (OMS, 2015).

A confusão aguda é uma situação patológica frequente em contexto de prestação de cuidados e altamente associada à idade avançada, refletindo a fragilidade física, cognitiva e social das pessoas mais velhas (Martins, 2003; Sampaio & Sequeira, 2012). É uma perturbação de início súbito e reversível da consciência, atenção, cognição e perceção (NANDA, 2018). A confusão aguda é uma condição clínica grave e que surge frequentemente na literatura associada a sinónimos como *delirium* (Inouye et al., 1999; *National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2010; Wakefield, 2002), contudo o seu desenvolvimento associa-se, e.g., ao *delirium* (NANDA, 2018), percebendo-se que a confusão aguda é um diagnóstico que inclui o *delirium* (Rapp et al., 2000).

O *delirium* define-se como uma perturbação na atenção, na consciência e na cognição, que se desenvolve num curto período de tempo e representa uma mudança aguda no estado basal de atenção e consciência da pessoa, com tendência a flutuar em grau de gravidade durante o dia (*European Delirium Association [EDA] & American Delirium Society [ADS], 2014*). A confusão aguda aumenta o risco de mortalidade e morbilidade, de complicações pós-operatórias, de internamentos prolongados e de declínio funcional e cognitivo. Aproximadamente 10% das pessoas que recorrem ao serviço de urgência com idade igual ou superior a 65 anos de idade apresentam confusão aguda (Hasemann et al., 2017). No entanto, não obstante, a sua prevalência e incidência, é frequentemente subdiagnosticado (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011). Salienta-se ainda que grande parte dos casos de confusão aguda podem ser prevenidos (Avendaño-Céspedes et al., 2016), sendo indicador da qualidade dos cuidados prestados. É clara a repercussão negativa na saúde da pessoa, cujos resultados pioram mediante a duração da confusão aguda (Morandi et al., 2019), e também o impacto nos custos em saúde, que aumentam significativamente.

A confusão aguda resulta da interação concomitante entre fatores de risco predisponentes e fatores de risco precipitantes (Garcez et al., 2021; Inouye et al., 1999). A dinâmica relacional entre estes fatores de risco cria as condições para o desenvolvimento de confusão aguda. Assim, é fundamental a identificação dos fatores envolvidos na confusão aguda de forma a implementar intervenções preventivas e de minimização de consequências graves para a pessoa (Maciel et al., 2021), assim como ter conhecimento e implementar uma abordagem holística à confusão aguda.

O cuidado à pessoa mais velha com confusão aguda é complexo, pelas alterações decorrentes do envelhecimento que o torna específico e exigente, pelas alterações na sua funcionalidade, pela inter-relação entre doença crónica e doença aguda e sobretudo para atingir o objetivo de promover a saúde em idade avançada (OMS, 2015). É um desafio que se coloca não apenas às sociedades e às instituições de saúde, mas particularmente aos profissionais de saúde e indubitavelmente ao enfermeiro. A confusão aguda não ocorre apenas em contexto hospitalar, apesar da taxa de prevalência ser maior neste contexto nos diferentes serviços de internamento, esta também se desenvolve a nível comunitário, em instituições de cuidados de longa duração, lares e residências para pessoas mais velhas (Martins & Fernandes, 2012). A atuação na confusão aguda é, portanto, transversal a todos os contextos de cuidados e o reconhecimento atempado do risco de confusão aguda nas pessoas mais velhas fundamental, uma vez que para estes, a recuperação total dos sintomas é menos provável (Morandi et al., 2019).

Apesar de toda a investigação que é desenvolvida sobre a temática da confusão aguda, persistem, ainda, lacunas na aplicação efetiva desse conhecimento na prática clínica (Marques et al., 2013). Em Portugal, ainda se pode evoluir e contribuir para a investigação neste domínio, sendo necessário aprofundar o conhecimento sobre a confusão aguda e a avaliação do seu risco em pessoas mais velhas, com o objetivo de melhorar a assistência prestada pelos enfermeiros e diminuir as consequências associadas. Neste sentido, esta investigação é norteadada pela questão “*Que orientações são consensualmente aceites, para a identificação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas, em contexto de prestação de cuidados?*”.

A presente investigação tem como objetivos:

- Explorar as orientações internacionais na abordagem e gestão da confusão aguda;
- Explorar as recomendações baseadas no conhecimento atual para a melhor prática no reconhecimento, avaliação e tratamento das pessoas mais velhas com confusão aguda;
- Descrever os fatores de risco relacionados com a confusão aguda em pessoas mais velhas;
- Validar conceitualmente diretrizes para a avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas.

O presente documento encontra-se estruturado em sete capítulos. Na presente introdução é apresentada a problemática em estudo e são definidos os objetivos da investigação. De seguida, os capítulos um e dois correspondem ao enquadramento teórico, onde se apresenta o “estado da arte” sobre os temas em estudo. O capítulo três aborda a metodologia utilizada – o tipo de estudo, a questão e os objetivos de estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, a metodologia e análise de dados e as considerações éticas. No capítulo quatro é realizada a apresentação dos resultados obtidos, e no capítulo cinco é feita a discussão desses mesmos resultados. De seguida, no capítulo seis apresentam-se as conclusões da investigação e por fim, surgem as referências bibliográficas utilizadas, assim como os anexos de apoio ao presente estudo.

## CAPÍTULO 1. DO ENVELHECIMENTO AO CONCEITO DE CONFUSÃO

Neste capítulo será apresentada uma revisão teórica dos conceitos envelhecimento e de pessoa mais velha, confusão, confusão aguda, *delirium* e confusão crónica. Estes são os conceitos centrais deste estudo e como tal serão conceptualizados mais detalhadamente nos subcapítulos seguintes, recorrendo à literatura.

### 1.1. O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional representa um ganho e um desafio nos diferentes campos disciplinares. A inversão da pirâmide etária decorrente da melhoria das condições sanitárias das últimas décadas e da promoção da educação para a saúde desde idades precoces justifica o aumento da longevidade (Direção Geral da Saúde [DGS], 2006; Paúl & Ribeiro, 2012).

Ao longo dos anos e a par das crenças e dos conhecimentos de cada época, a conceção de envelhecimento foi sofrendo alterações. Também o envelhecimento demográfico atual e prospetivo influencia as correntes de pensamento, reforçando a necessidade de promover o envelhecimento ao longo do ciclo vital numa ação promotora de saúde (Sequeira, 2018), uma vez que a idade avançada acarreta maior fragilidade e conseqüentemente maior vulnerabilidade à doença (Barreto, 2018).

O envelhecimento acontece de forma normativa, natural e irreversível com o avançar da idade, e não é *per se* sinónimo de doença, utilizando-se o termo senescência para definir a diminuição da capacidade funcional da pessoa. Há uma mudança progressiva nas estruturas biológicas, psicológicas e sociais que se inicia mesmo antes do nascimento (Sequeira, 2018). Com o crescimento populacional desta faixa etária é esperado que cada vez mais estes sejam ativos e contribuam para o desenvolvimento dos países, desejando-se que vivam de forma autónoma e saudável o máximo de tempo possível (DGS, 2006; Paúl & Ribeiro, 2012).

Como tal, sociedades envelhecidas são cada vez mais uma realidade inevitável. No entanto, importa refletir que o envelhecimento não é um ponto estanque e último do ciclo de vida, mas antes um processo progressivo de degradação que culmina com a morte da pessoa (Cancela, 2008). Esta apreciação permite perceber que cada indivíduo tem a oportunidade de construir e influenciar, em certa medida, o estado que apresentará na sua última fase de vida. Coadjuvado por ações da sociedade onde se integra,

em proporcionar acesso à saúde, participação e segurança, promovendo a qualidade de vida, sendo este o significado de envelhecimento ativo (*World Health Organization* [WHO], 2002).

Estima-se que o número de pessoas mais velhas com 60 ou mais anos de idade, a nível mundial, duplique até 2050 e triplique até 2100, passando de 962 milhões para 3,1 mil milhões em 2100. Portugal não é exceção e acompanha esta tendência mundial. É projetado que entre 2018 e 2080, em Portugal, o número de pessoas mais velhas com 65 e mais anos, passe de 2,2 para 3 milhões, sendo ainda previsto para o mesmo período, que o índice de envelhecimento duplique, passando de 159 para 300 pessoas mais velhas por cada 100 jovens (INE, 2020; Nações Unidas, s.d.).

É aceite como idade de referência para o início do envelhecimento, o intervalo entre os 60 e os 65 anos de idade (WHO, 2002), apesar de o envelhecimento ser vivenciado de forma distinta de pessoa para pessoa (Fontaine, 2000; OMS, 2015) é na última etapa de vida que as alterações físicas e mentais mais sobressaem (Sequeira, 2018). Naturalmente se compreende a associação comum entre a idade avançada e doença e também a dependência. É a população mais velha, a que tendencialmente é acometida por maior número de patologias, decorrente do processo de senescência e influência de estilos de vida prévios (Paúl & Ribeiro, 2012).

Os problemas de saúde ocorrem principalmente nos sistemas corporais locomotor, respiratório, cardiovascular e sistema nervoso central (Martins, 2003), existindo uma normal afeção de funções cognitivas associadas ao processo de envelhecer, em virtude da degradação da função cerebral (Sequeira, 2018). É no último ou últimos dois anos de vida da pessoa que esta acarreta mais gastos em saúde (Wong et al., 2011), mostrando a associação entre a idade avançada e o aumento das necessidades em cuidados de saúde. A população mais velha, é desta forma, uma das grandes consumidoras de cuidados de saúde e que se encontra em maior risco de hospitalização. Os seus problemas de saúde são usualmente de maior duração e exigem uma intervenção multidisciplinar com conhecimentos, capacidades e atitudes vocacionadas para o cuidado especializado que necessitam (Martins, 2003). Reconhecer a degradação que ocorre no normal processo de senescência é essencial para promover e retardar o declínio funcional e cognitivo desta população.

O envelhecimento não pode deixar de ser uma problemática com prioridade elevada para as políticas governamentais gerirem. Apesar do aumento da longevidade e do envelhecimento populacional não

serem desafios recentes, é reafirmada a necessidade de investimento, quer a nível social, quer a nível da saúde. É de conhecimento a vulnerabilidade desta população, como tal e, numa linha de promoção da independência e de redução de incapacidades é premente continuar a investir em políticas protetoras dos mesmos e também promotoras da sustentabilidade do sistema governamental em geral e da saúde em específico (Paúl & Ribeiro, 2012).

São colocados desafios à sociedade e aos governos por pressões financeiras, às famílias, frequentemente os principais cuidadores da pessoa mais velha, e especialmente aos profissionais de saúde que devem estar preparados para responder à complexidade dos cuidados que a pessoa mais velha precisa (Tavares et al., 2021). Sabendo da tendência demográfica para o domínio da população mais velha nas sociedades, e com o intuito de contribuir para que esta faixa etária seja a mais autónoma e funcional por tanto tempo quanto possível, o enfermeiro deve marcar a sua ação como preventiva e promover a melhoria nos cuidados assistenciais.

## 1.2. CONFUSÃO

A confusão refere-se a um declínio no normal funcionamento cognitivo da pessoa, assumindo esta definição um amplo espectro (*Mental Health First Aid* [MHFA], 2020), e por isso é frequentemente utilizada na prática clínica de forma inespecífica. O termo confusão pode incluir diminuição do estado de consciência, alterações na atenção, desorientação no tempo e espaço, discurso ilógico ou impercetível, dificuldade em manter uma conversa, limitação na memória a curto prazo, dificuldade em planear e realizar tarefas, comportamento desadequado, desfasamento da realidade e alterações da perceção como sinais e sintomas (MHFA, 2020).

O domínio abrangente do conceito de confusão conduziu à utilização indiferenciada de designações, como estado confusional agudo, *delirium*, demência, desorientação e limitação cognitiva (Rasmussen & Creason, 1991). No entanto, a confusão é de facto, em jeito de sinónimo definida como limitação cognitiva (*Agency for Clinical Innovation* [ACI], 2015). Também Carpenito-Moyet (2009) apresenta confusão como uma alteração a nível do processo cognitivo, atenção, memória e orientação, que a pessoa apresenta ou está em risco de desenvolver, de origem indeterminada. O *International Council of Nurses* [ICN] (2019) na classificação de Enfermagem define confusão como pensamento distorcido, com limitação da memória, associado a desorientação em relação ao tempo, espaço ou pessoa.



É reforçada a associação da confusão à pessoa mais velha, sendo uma problemática comum em pessoas acima dos 65 anos de idade (Espino et al., 1998). É bastante usual na pessoa mais velha hospitalizada, onde aproximadamente mais de 30% da população apresenta confusão no momento de admissão ou desenvolve confusão aquando da prestação de cuidados (ACI, 2015). À confusão associam-se usualmente entidades como a demência, o *delirium* e outras patologias médicas (ACI, 2015; MHFA, 2020), intrinsecamente relacionadas à idade avançada. No processo de envelhecimento, ocorrem alterações na função cerebral, com conseqüente declínio cognitivo, afetando a memória, o pensamento, e/ou a orientação (Sequeira, 2018). Assim, de modo geral, é possível concordar que o termo confusão integra um conjunto de comportamentos que sugerem uma limitação mental, frequentemente, na pessoa mais velha (Rasmussen & Creason, 1991).

A utilização desta entidade parece ser uma oportuna descrição para uma grande variedade de alterações na pessoa, contudo e por este mesmo motivo, o termo confusão ou estado confusional devem ser evitados, por não apresentarem um significado médico concreto e não definirem exatamente um diagnóstico (Johnson, 2001). Ademais, a origem da confusão pode ser aguda ou crónica e evolutiva (Espino et al., 1998), e ainda que a confusão esteja fortemente associada com a idade avançada, esta não deve ser encarada como um estado normal no processo de envelhecimento (ACI, 2015), devendo ser implementadas ações para identificar a sua causa. Uma das principais causas da confusão na pessoa mais velha é a confusão aguda também referida como *delirium* (ACI, 2015; Rapp et al., 2000), frequentemente reversíveis com tratamento da etiologia de base, e cujas características diagnósticas se encontram bem definidas (Espino et al., 1998; EDA & ADS, 2014; Johnson, 2001; Prayce et al., 2018), desmarcando-se da indefinição do termo confusão.

Atendendo ao sofrimento emocional que a confusão gera na pessoa mais velha, assim como as conseqüências graves para a sua saúde, é fundamental que seja reconhecida e tratada (ACI, 2015). Neste sentido e de forma a clarificar estas conceções, será abordada nos próximos subcapítulos a distinção entre os conceitos de confusão aguda, *delirium* e confusão crónica.

### 1.3. A CONFUSÃO AGUDA E O *DELIRIUM*: PRINCIPAIS CONCEÇÕES

A confusão aguda na *North American Nursing Diagnosis Association* [NANDA] *International* (2018) é definida como uma perturbação de início súbito e reversível da consciência, atenção, cognição e

percepção, que ocorre durante um curto período de tempo, inferior a 3 meses. A confusão aguda é desta forma, entendida como um diagnóstico de enfermagem com características definidoras, fatores relacionados e com condições associadas.

A confusão aguda e o *delirium* são conceitos que descrevem uma condição clínica grave e que surgem frequentemente na literatura como sinónimos (Flagg et al., 2010; Inouye et al., 1999; Marcantonio, 2011; Martinez et al., 2012; NICE, 2010; Reston & Schoelles, 2013; Wakefield, 2002). São muito prevalentes em contextos de prestação de cuidados de saúde e acometem sobretudo as pessoas mais velhas (Martins, 2003; Sampaio & Sequeira, 2012).

O diagnóstico de *delirium*, ao contrário da confusão aguda, é um diagnóstico médico. O agravamento do estado cognitivo e funcional, significativo rácio de morbilidade e mortalidade são algumas das implicações do *delirium*. Enquanto a maioria dos doentes recupera totalmente, piora o prognóstico, principalmente se não tratado, das pessoas mais velhas, que apresentam uma probabilidade de 22-76% de morte durante a hospitalização e ainda aumento da probabilidade de morte nos meses seguintes ao momento de alta (*American Psychiatric Association [APA]*, 2010). Na década de 80, a APA definiu pela primeira vez esta síndrome neuropsiquiátrica, que sofreu, ao longo do tempo, alterações no que reporta à sua conceitualização original (Prayce et al., 2018).

Atualmente, a definição de *delirium* é representada nos dois principais sistemas de classificação da prática clínica, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edição 5 (DSM – 5) e o *International Classification of Diseases* – 10. Segundo a mais recente versão do DSM (EDA & ADS, 2014), entende-se esta patologia como:

1. perturbação na atenção (uma reduzida capacidade para direcionar, focar, sustentar e desviar atenção) e na consciência (reduzida orientação para com o meio envolvente);
2. a perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (normalmente em horas até alguns dias), representando uma mudança aguda no estado basal de atenção e consciência e, tem tendência a flutuar em grau de gravidade durante o dia;
3. uma perturbação adicional na cognição (défice de memória, desorientação, linguagem, capacidade visual e espacial ou de percepção);

4. As perturbações 1 e 3 não são melhor explicadas por um distúrbio neurocognitivo pré-existente, estabelecido ou em progressão e, não ocorre num contexto de redução grave do nível de estimulação, como o estado comatoso.
5. Existe evidência fornecida pelos achados laboratoriais, exame físico e anamnese que a perturbação existente representa uma consequência direta de uma outra patologia médica, intoxicação ou suspensão de substâncias ativas (por abuso de substâncias ou medicação), exposição a uma toxina ou devido a múltiplas etiologias.

No *delirium* também se podem verificar distúrbios do ciclo circadiano do sono, como agitação durante o período noturno, sonolência durante o dia e perturbação na continuidade do sono e, alterações na atividade psicomotora, ou seja, mudanças comportamentais e de estimulação que originam uma classificação de subtipos de *delirium*, nomeadamente, o *delirium* hiperativo (doente agitado, hiperalerta), o *delirium* hipoativo (doente letárgico, hipoalerta) e o *delirium* misto (características que alternam entre os dois anteriores) (APA, 2010; NICE, 2010). A flutuação de sintomas pode dificultar o diagnóstico de *delirium*. Curiosamente, o *delirium* hiperativo é ainda considerado o mais predominante apesar da sua baixa prevalência, sabendo-se que são os subtipos hipoativo e misto os mais prevalentes, porém frequentemente negligenciados e subdiagnosticados ou mais grave, mal diagnosticados como depressão ou fadiga. O reconhecimento do *delirium* hipoativo é desafiante, implicando uma vigilância contínua do doente para detetar alterações no seu estado. Este paradoxo poderá ser explicado pela carência na educação dos profissionais de saúde nesta temática (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011).

Agitação, alteração na função cognitiva, psicomotora e nível de consciência, alucinações, incapacidade de iniciar uma tarefa com um objetivo, inquietação, alteração da perceção, incapacidade de dar continuidade a um comportamento intencional e com um objetivo, são características da confusão aguda. O seu desenvolvimento associa-se a terapêutica medicamentosa, a alteração na função cognitiva, *delirium*, demência, alterações metabólicas e infeção (NANDA, 2018), percebendo-se que a confusão aguda é um diagnóstico que inclui o *delirium* (Rapp et al., 2000). De acordo com Sampaio & Sequeira (2012), os doentes com diagnóstico de *delirium* apresentam também confusão aguda, contudo, não se verificando o inverso. O enfermeiro, dotado de conhecimentos específicos, é capaz de reconhecer a confusão aguda antes de se verificar a presença dos critérios de *delirium*.

O *delirium* e a confusão aguda associam-se de forma significativa com a idade ocorrendo frequentemente em pessoas mais velhas hospitalizadas, atingindo uma prevalência de 29% a 64% nos Estados Unidos da América (EUA). Um aumento do risco de mortalidade e morbidade, complicações pós-operatórias, internamentos prolongados e declínio funcional são associações com estes diagnósticos. Desta forma, compreende-se a repercussão negativa no percurso individual da pessoa como também o seu impacto nos custos em saúde, que aumentam significativamente, ascendendo a mais de 164 bilhões de dólares anuais nos EUA. Acresce, ainda, referir que aproximadamente 30-40% dos casos de confusão aguda podem ser prevenidos (Avendaño-Céspedes et al., 2016). Apesar da confusão aguda ser a mais comum síndrome psiquiátrica observada em doentes hospitalizados (APA, 2010), em que cerca de 10% dos doentes que recorrem ao serviço de urgência com idade superior ou igual a 65 anos de idade estão em confusão aguda (Hasemann et al., 2017) e com uma incidência de 11-42% (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011) em enfermarias de especialidade médica, esta é frequentemente subdiagnosticada.

A prevalência da confusão aguda não se faz notar apenas em contexto hospitalar, apesar da sua frequência de 14-24% especialmente em serviços de medicina, cirurgia e urgência, existe também uma elevada prevalência em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) e em unidades de longa duração (Bellelli et al., 2018). Na Holanda em 2005 foi divulgado que, anualmente, 40.000 a 160.000 doentes hospitalizados com 70 anos ou mais sofrem de confusão aguda (Strijbos et al., 2013). Segundo a APA (2010), 51% de doentes no pós-operatório desenvolvem confusão aguda. Normalmente, a sintomatologia da confusão aguda é resolvida entre 10-12 dias, no entanto, podem persistir por 30 dias ou mais. Para a população mais velha a recuperação total dos sintomas é menos provável. Os resultados para o doente são piores mediante a duração da confusão aguda, reiterando-se a importância de um reconhecimento atempado e uma avaliação diária do estado destes doentes (Morandi et al., 2019).

Em Portugal, não foi encontrada informação relativa à incidência e prevalência do *delirium* e confusão aguda, sendo necessária a realização de estudos (Prayce et al., 2018).

Com esta análise é possível compreender que identificando e prevenindo a confusão aguda, é possível prevenir a ocorrência de *delirium*. Todavia e apesar da evidência disponível, predomina a subjetividade na caracterização deste diagnóstico de enfermagem, sendo frequente a atribuição imprecisa de confusão, com falha na definição dos critérios objetivamente identificados no doente (Sampaio & Sequeira, 2012), refletindo aquilo que serão porventura, critérios pessoais do enfermeiro no diagnóstico. Esta situação

pode ser explicada pela lacuna a nível de conhecimento sobre confusão aguda, de formação na área da gerontologia e de utilização ou indisponibilidade de instrumentos de avaliação de confusão aguda (Rapp et al., 2000).

Assim, aumentando a probabilidade de identificação da confusão aguda antes do desenvolvimento do *delirium* contribui-se também para mitigar os níveis de casos de *delirium* não detetados que atingem valores históricos de 50-80% e para sua prevenção, dado que 1/3 dos casos são preveníveis. Os princípios utilizados na gestão da confusão são os mesmos para a prevenção do *delirium* (ACI, 2015). Apesar do *delirium* e da confusão aguda poderem ocorrer em doentes de qualquer idade, a literatura corrobora que, doentes em idade avançada são aqueles que se encontram em maior risco aquando de uma admissão hospitalar e, portanto, atestando dados epidemiológicos recentes do envelhecimento demográfico progressivo, é expectável uma maior prevalência e incidência nos próximos tempos.

A falha para a identificação da confusão aguda e do *delirium* na pessoa mais velha assenta em parte na utilização destes diferentes termos, dificultando também um processo de investigação coeso (Sampaio, 2012). Alguns doentes dias antes do início do *delirium* apresentam sintomas prodrómicos de confusão aguda como ansiedade, irrequietabilidade, irritabilidade e alterações no sono (Morandi et al., 2019), reforçando os achados do estudo de Rapp e colaboradores (2000), onde demonstra a confusão aguda como um conceito mais amplo do que o *delirium*. Considerando esta opinião e a de Sampaio (2012), é esta definição de confusão aguda que orienta este estudo, pois parece apresentar-se como a que melhor harmoniza a utilização destes termos pelas diferentes classes profissionais e a mais apropriada à identificação pelos enfermeiros.

Assim, urge, desenhar uma intervenção eficaz, em linha com a evidência internacional, de abordagem à confusão aguda, devendo esta constituir-se como um objetivo, pois só assim se pode continuar o trabalho de uma cultura de segurança e qualidade em saúde (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* [ACSQHC], 2016; Bellelli et al., 2018; Davis & Tsui, 2019).

#### 1.4. CONFUSÃO CRÓNICA

A distinção entre confusão crónica e confusão aguda parece simples. Enquanto a confusão aguda se desenvolve num curto período de tempo, de forma súbita e é reversível com tratamento da causa que a

despoleta, a confusão crónica implica uma alteração com um curso insidioso, irreversível e progressivo das funções cognitivas, do comportamento e personalidade. As funções cognitivas afetadas são a memória, linguagem, tomada de decisão e funções executivas com repercussão na funcionalidade da pessoa e realização das atividades de vida diárias (AVD's) (NANDA, 2018).

Atendendo à descrição diagnóstica anterior, é frequentemente assumido como sinónimo de demência, pois também na demência acontece uma deterioração das funções mentais e cognitivas, de forma permanente, com impacto nas AVD's da pessoa (Sequeira, 2018). No entanto, a confusão crónica é um diagnóstico com maior espectro de abrangência que a patologia demencial, podendo ter provocada por outras patologias e condições como o acidente vascular cerebral (NANDA, 2018).

A confusão crónica está presente também na classificação de enfermagem proposta pelo ICN (2019), sublinhando a importância da distinção entre estas entidades patológicas e diagnósticas e de reconhecer as suas características definidoras, dado que podem desenvolver-se casos de confusão aguda em sobreposição à confusão crónica subjacente (Rapp et al., 2000). Sabe-se a relação causal entre a confusão aguda e a pessoa mais velha, assim como, entre a demência e a idade avançada, sendo esta um dos principais problemas da pessoa mais velha (Sequeira, 2018) e como tal, uma apresentação frequente nas instituições de cuidados. Existe uma relação proporcional entre confusão aguda e demência já que, as pessoas mais velhas com demência tem maior risco de desenvolver confusão aguda, assim como, as pessoas que desenvolvem confusão aguda podem ter uma acrescida incidência de demência (NICE, 2014).

Para ser possível fazer a distinção entre um caso de confusão crónica e a apresentação de alterações de novo, não associadas ao seu diagnóstico de base, é essencial conhecer o estado mental prévio da pessoa para uma correta avaliação. Reforça-se que, o diagnóstico da confusão aguda é clínico e depende dos critérios diagnósticos identificados (Garcez et al., 2021).

### **1.5. ETIOLOGIA DA CONFUSÃO AGUDA: FATORES DE RISCO**

A etiologia da confusão aguda é complexa e frequentemente multifatorial. A causa pode dever-se a uma patologia médica, devendo primeiro ser identificada a causa orgânica, sendo vantajoso quando existe literatura que sugere a associação direta entre a condição médica que se observa e o desenvolvimento

de confusão aguda, dado que existem diversas patologias com as quais pode estar associada, cada uma com dados laboratoriais e avaliação física específicos. A título de exemplo, distúrbios metabólicos (hiper e hiponatrémia, desidratação, hipo e hiperglicemia, hipoxia), distúrbios do sistema nervoso central (metastização, convulsões e estado pós-ictal, trauma), doença sistêmica (abstinência, infecção, pós-operatório, imobilização), doença cardiopulmonar (enfarte agudo do miocárdio, arritmias, choque) (APA, 2010).

Outra etiologia da confusão aguda pode ser o uso de substâncias ou suspensão das mesmas, esta última, quer por interrupção total da mesma ou diminuição da dose. Substâncias que podem causar confusão aguda por intoxicação ou suspensão são drogas de abuso (opióides, álcool, sedativos, cocaína, *cannabis*), medicação (benzodiazepinas, corticoesteróides, anticolinérgicos, anestésicos, analgésicos) e toxinas (monóxido de carbono, dióxido de carbono) (APA, 2010).

Particularmente nas pessoas mais velhas hospitalizadas e nos doentes críticos, muitas vezes a causa apresenta múltiplas etiologias (APA, 2010). É clarificada a importância da identificação das possíveis causas, visto que, em cerca de 50% dos casos a confusão aguda é potencialmente reversível (Prayce et al., 2018). Além disso, existe uma complexa relação entre a vulnerabilidade do doente com os seus fatores predisponentes e os fatores precipitantes, estes últimos correspondendo a características da situação clínica. Doentes mais velhos, com demência grave e com múltiplas comorbidades são tidos como os mais vulneráveis, ao contrário dos doentes mais jovens e com menos comorbidades que apresentam uma margem maior no que à reação a um estímulo nocivo capaz de precipitar a confusão aguda diz respeito. Deste modo, os doentes mais velhos comparativamente com os doentes mais jovens, tem maior probabilidade em apresentar fatores de vulnerabilidade e conseqüentemente estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de confusão aguda (Han et al., 2010).

Inouye e colaboradores (1993), identificou a necessidade de definir fatores de risco de base que conferem vulnerabilidade à pessoa, de forma a auxiliar os profissionais de saúde na identificação, aquando da admissão, de pessoas em elevado risco de desenvolver confusão aguda. Esta análise é importante para diferenciar os casos prevalentes de confusão aguda e os casos que se desenvolveram durante a hospitalização, uma vez que são estes últimos que carecem de uma intervenção preventiva. Estes autores desenvolveram um modelo preditivo para a ocorrência da confusão aguda no hospital com quatro fatores de risco: i) limitação visual; ii) gravidade da doença; iii) limitação cognitiva e iv) nível elevado

de ureia nitrogenada no sangue/taxa de creatinina, mediante o contributo individual de cada um destes itens no risco de desenvolver confusão aguda. Também analisaram o efeito do número de fatores de risco no risco de desenvolver confusão aguda durante a hospitalização, ou seja, criaram um sistema de estratificação de risco, atribuindo um ponto por cada fator de risco presente. Constataram que o número de fatores de risco presentes de base relaciona-se linearmente com o aumento da proporção de doentes com confusão aguda recente. Definiram três grupos: i) o grupo de baixo risco sem fatores de risco presentes; ii) o grupo de risco intermédio com 1 a 2 fatores de risco e iii) o grupo de risco elevado com 3 a 4 fatores de risco identificados.

Posteriormente, após a estratificação do risco para a identificação da vulnerabilidade dos doentes mediante os fatores predisponentes presentes, Inouye & Charpentier (1996) investigaram a inter-relação entre os fatores predisponentes e os fatores precipitantes, pois raramente a confusão aguda é causada apenas por um único fator. Desta forma, propuseram um modelo multifatorial preditivo entre fatores predisponentes e precipitantes. Definiram cinco fatores independentes precipitantes da confusão aguda: i) uso de contenção mecânica; ii) má nutrição (nível de albumina sérica inferior a 30g/L); iii) mais de três medicamentos adicionados (no período de 24 a 48 horas antes do início da confusão aguda); iv) uso de cateter vesical e v) qualquer evento iatrogénico categorizados em seis grupos *major*: cardiopulmonar (p.e., embolismo pulmonar), infeção associada aos cuidados de saúde (p.e., pneumonia por aspiração, infeção do trato urinário), complicações medicamentosas (toxicidade), complicações associadas a procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico (flebite, reação transfusional), danos não intencionais (quedas, fraturas) e outros (nova úlcera de pressão ou obstipação). À semelhança do estudo anterior, Inouye & Charpentier (1996) criaram três grupos de risco: i) o grupo de baixo risco sem fatores precipitantes; ii) o grupo de risco intermédio com 1 a 2 fatores de risco precipitantes e iii) o grupo de alto risco com 3 ou mais fatores de risco. Com este estudo confirmaram que tanto os fatores presentes de início no doente como os precipitantes contribuem para a confusão aguda de forma independente e estão altamente interrelacionados, contribuindo de forma cumulativa para a confusão aguda.

Estes contributos apresentam grande valor para a prática clínica, uma vez que todos os fatores de risco precipitantes mencionados são modificáveis, sendo possível minimizar o mau prognóstico desta doença e consequentes prejuízos.



Na perspectiva da *Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit* [CEHSEU] (2006) com base numa revisão sistemática sobre a abordagem da confusão aguda, todas as pessoas mais velhas admitidas em contexto de prestação de cuidados de saúde devem ser avaliadas para o risco de confusão aguda, assim como, os profissionais de saúde que cuidam desta população devem identificar os fatores de risco promotores da confusão aguda. De acordo com o mesmo autor, a estratificação do risco de desenvolver confusão aguda permite identificar os grupos em risco e assim planejar estratégias preventivas, abordando a relevância dos estudos de Inouye e colaboradores (1993) e Inouye & Charpentier (1996). Realça, no entanto, a existência de limitações na generalização dos achados da literatura relativamente a esta temática, dado que a maioria dos estudos são conduzidos em ambiente hospitalar e em populações específicas. Ainda assim, CEHSEU (2006) para o elevado risco de desenvolver confusão aguda em doentes mais velhos hospitalizados, admitidos em contextos de unidades de cuidados intensivos, serviços para pessoas mais velhas e de neurologia, sugere com alto nível de evidência os fatores de risco: i) existência prévia de limitação cognitiva como a demência; ii) depressão; iii) sódio sérico alterado; iv) limitação visual; v) idade igual ou superior a 70 anos; vi) utilização de contenção mecânica; vii) utilização de cateter vesical e viii) prescrição de três ou mais medicamentos durante a hospitalização.

Nas suas orientações, CEHSEU (2006) diferencia os fatores de risco de acordo com o serviço hospitalar, acrescentando os seguintes ao contexto cirúrgico, em particular, serviços de ortopedia, cardiologia e neurocirurgia, também com elevado nível de evidência científica: i) existência prévia de limitação cognitiva como a demência; ii) depressão; iii) sódio sérico alterado; iv) limitação visual; v) idade igual ou superior a 70 anos; vi) utilização de contenção mecânica; vii) utilização de cateter vesical e viii) prescrição de três ou mais medicamentos; ix) administração de petidina; x) administração de benzodiazepinas; xi) história anterior de confusão aguda; xii) abuso do álcool e xiii) administração de analgésicos narcóticos no pré-operatório. Relativamente ao contexto comunitário e residencial, na sua revisão não encontraram estudos publicados de alto nível de evidência, mas sugerem os seguintes fatores de risco: i) existência prévia de limitação cognitiva incluindo demência; ii) doença/infeção; iii) depressão; iv) sódio sérico alterado; v) limitação visual; vi) limitação auditiva; vii) idade igual ou superior a 70 anos; viii) utilização de contenção mecânica; ix) utilização de cateter vesical; x) polimedicação; xi) pós-alta hospitalar; xii) administração de benzodiazepinas e xiii) abuso do álcool. É de consenso dos especialistas responsáveis por estas orientações que todas as pessoas mais velhas devem ser avaliadas para o risco de confusão aguda em todos os contextos de prestação de cuidados.

NICE (2010) constatando o impacto significativo da confusão aguda na saúde, significativa prevalência e incidência e as limitações na sua abordagem elaborou orientações com base na melhor evidência científica. De acordo com a revisão realizada, agruparam os fatores de risco em níveis de confiança na literatura. Os fatores de risco nos quais tem segurança são a idade, esta como uma variável contínua e com duas categorias, idade superior a 65 anos e idade superior a 80 anos de idade, limitação cognitiva/demência, limitação visual, gravidade da doença, fratura presente na admissão, infecção e contenção mecânica. Admitiram inconsistência ou incerteza nos resultados para os fatores de risco: depressão, limitação auditiva, polimedicação, desidratação, sexo, distúrbios eletrólitos, imobilidade, incontinência e utilização de cateter vesical. Estes fatores de risco podem ser agrupados em fatores de risco modificáveis como, a infecção e a contenção mecânica e fatores de risco não modificáveis como a idade, limitação cognitiva/demência, gravidade da doença e fratura da anca. A pessoa com fatores de risco não modificáveis, pelo seu risco subjacente, são as que se encontram em maior risco de desenvolver confusão aguda quando sujeita a fatores de risco modificáveis. Deste modo e num sentido de otimização dos recursos disponíveis e de gestão e planeamento de cuidados, estes doentes devem ser vigiados e o seu risco identificado.

Em concordância com outros autores, NICE (2010) constataram que estratégias preventivas, nomeadamente, as intervenções multicomponentes devem ser direcionadas para fatores de risco modificáveis, uma vez que as pessoas com fatores de risco não modificáveis encontram-se expostas a um risco maior de desenvolver confusão aguda na presença de um único fator de risco modificável.

Mencionando os estudos de Inouye e colaboradores (1993), mas com uma abordagem diferente, sem estratificação do risco, NICE (2010) definiu o doente em risco de confusão aguda se na presença de pelo menos um fator de risco, restringindo-se aos não modificáveis. A formulação final das recomendações do NICE (2010) para a pessoa em risco assenta em quatro fatores de risco i) idade igual ou superior a 65 anos; ii) limitação cognitiva atual ou passada e/ou demência; iii) fratura da anca atual e iv) gravidade da doença. Estes autores não obtiveram estudos realizados em cuidados de saúde de longa duração, mas estão de acordo quanto à aplicação destas orientações em qualquer ambiente de prestação de cuidados e que todas as pessoas devem ser avaliadas para fatores de risco no primeiro contacto. É realçada pela literatura, a relação entre diversos fatores de risco, uns com associação mais robusta que outros e o desenvolvimento de confusão aguda, demonstrando a necessidade da adoção de medidas preventivas.

A ACSQHC (2016) com o objetivo de assegurar um cuidado adequado à pessoa com confusão aguda na admissão hospitalar e também de certificar-se que os doentes em risco durante uma hospitalização são prontamente identificados, criou um conjunto de enunciados relativo ao cuidado que uma pessoa com ou em risco de confusão aguda deve ver suprido. Uma das áreas prioritárias neste documento e como primeiro enunciado de qualidade, é a avaliação dos fatores de risco. Em consonância com as orientações emanadas pelo NICE (2010) também para a ACSQHC (2016) o doente em risco é definido como aquele com um ou mais dos seguintes fatores de risco: idade igual ou superior a 65 anos de idade, limitação cognitiva/demência, gravidade da doença e fratura da anca presente. Após esta mensuração inicial, os doentes que se enquadrem neste grupo de risco devem ser submetidos a uma avaliação cognitiva utilizando um instrumento adequado para tal.

Em 2019 e nesta perspetiva internacional de entendimento da necessidade de reformar os cuidados à pessoa com confusão aguda a *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) providenciou um conjunto de diretrizes para todos os profissionais de saúde que participam no cuidado à pessoa em risco ou que experienciam confusão aguda. Da análise da informação científica recolhida e da experiência e conhecimento do grupo de peritos responsável por estas diretrizes, as pessoas em maior risco são as pessoas mais velhas, as pessoas mais velhas com múltipla medicação, pessoas com demência, doença de *Parkinson*, acidente vascular cerebral ou limitação cognitiva pré-existente e pessoas com limitação visual e auditiva (SIGN, 2019).

Assim, não somente situações médicas concorrem como causa na precipitação da confusão aguda mas também características predisponentes como: fatores demográficos (género masculino, idade avançada, superior ou igual a 65 anos); comorbilidades (demência, doença terminal); medicação e substâncias psicoativas (polimedicação, álcool ou outra substância abusiva), este como fator predisponente e precipitante; estado funcional (limitação cognitiva e imobilidade); limitação sensorial (auditiva e/ou visual); decréscimo na ingestão oral (desidratação e malnutrição); fatores psiquiátricos (depressão) e características do meio envolvente: dispositivos médicos (cateter vesical ou cateter venoso periférico); contenção mecânica; mudanças de ambiente frequentes; quedas; ruído e iluminação inapropriados; ciclo circadiano de sono/vigília deficitário; e ademais retenção urinária, obstipação e dor não controlada (Han et al., 2010; NICE, 2014).

Pelo exposto, compreende-se a natureza multifatorial da confusão aguda e a sua prevalência na população mais velha.

## 1.6. CONFUSÃO AGUDA E AS INTERVENÇÕES MULTICOMPONENTES

Existem diversos estudos, em meio hospitalar, que fundamentam os efeitos prejudiciais da confusão aguda. É um importante marcador de prognóstico associado a implicações negativas, como o aumento da mortalidade hospitalar e da mortalidade a longo termo, rápido declínio funcional da pessoa mais velha, que pode conduzir a uma perda da independência, e porventura a sua institucionalização. Doentes hospitalizados com confusão aguda estão mais propensos a fenómenos como incontinência urinária, úlceras de pressão e desnutrição, que na sua junção acarretam internamentos hospitalares mais longos e em última instância aumento dos custos em saúde. Estes custos em saúde podem, ainda, estar mais presentes, com as consequentes readmissões. Em perspetiva com o desgaste emocional, o sofrimento emocional para o doente e as suas famílias que presenciam estes episódios é incalculável (Han et al., 2010). Este é um desafio que se coloca não só aos profissionais de saúde, diretamente na margem da prestação de cuidados, mas também, aos responsáveis governamentais no caminho para travar este problema, que tem resolução e acima de tudo, prevenção.

Por esta razão, a título de exemplo, no Reino Unido, o cuidado na confusão aguda está fortemente relacionado com boas práticas de cuidado para todos, assim como, nos EUA, pioneiros na implementação de um programa, designado por HELP - *Hospital Elder Life Program*, com vista à prevenção da confusão aguda nas pessoas mais velhas durante a hospitalização, mostrando ser eficaz na redução da incidência, duração e gravidade (Davis et al., 2019; Strijbos et al., 2013). Também na Austrália, mostrando a importância estratégica da prevenção e os ganhos para o doente, tem diretrizes orientadoras no cuidado à confusão aguda, assim como áreas prioritárias para melhorar a qualidade dos cuidados (CEHSEU, 2006). O NICE (2010) e o SIGN (2019) reconhecendo a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados na confusão aguda construíram linhas orientadoras, de modo a uniformizar a abordagem, a educação e as competências de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à pessoa com confusão aguda.

Todos estes contributos internacionais, com início na década de 90, com o programa HELP tem em comum o facto de assinalarem uma abordagem multicomponente à confusão aguda como a intervenção

cl clinicamente mais relevante e potencialmente mais eficaz, dado que a confusão aguda raramente é causada por um único fator, mas antes resultante da interação entre a vulnerabilidade do doente e os fatores precipitantes (Inouye et al., 1999).

De facto, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas, tem recomendado as estratégias de intervenções multicomponentes não farmacológicas para a prevenção da confusão aguda. O HELP é o programa original, de abordagem aos fatores de risco de confusão aguda amplamente conhecido e divulgado, no entanto, esta tendência positiva no que concerne às intervenções não farmacológicas tem sido suportada em mais recentes estudos (Hshieh et al., 2015; Tabet & Howard, 2009).

As intervenções multicomponentes tem sido desenvolvidas através de programas educacionais e de formação para os profissionais de saúde, de protocolos de intervenções não farmacológicas e melhoria do ambiente envolvente, dado que não há evidência suficiente que comprove a eficácia do tratamento farmacológico na prevenção e tratamento da confusão aguda, ademais este potencializa efeitos adversos graves, constituindo-se as intervenções não farmacológicas como uma abordagem alternativa eficaz (Abraha et al., 2016; Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011).

Constata-se que o melhor tratamento para a confusão aguda é a prevenção, e que esta é conseguida através de intervenções não farmacológicas, não negando que estas poderão não ser suficientes para o controlo da confusão aguda. No entanto, é clarificado que as intervenções multicomponentes não farmacológicas na prevenção da confusão aguda são eficazes no decréscimo da sua ocorrência, assim como na diminuição do número de quedas nas pessoas mais velhas durante a hospitalização. Este é um valioso resultado, já que a confusão aguda é o principal fator na ocorrência de quedas em contexto hospitalar (Hshieh et al., 2015). A prevenção da confusão aguda parece ser conseguida com estratégias simples direcionadas aos seus múltiplos fatores de risco.

## CAPÍTULO 2. A PESSOA MAIS VELHA COM CONFUSÃO AGUDA

O capítulo 2 faz alusão às principais orientações sobre confusão aguda e à identificação e importância da avaliação dos principais fatores de risco de confusão em pessoas mais velhas.

### 2.1. CONFUSÃO AGUDA: NO CAMINHO DA BOA PRÁTICA

A idade foi o fator mais frequentemente analisado em estudos que encontraram uma associação significativa com a ocorrência da confusão aguda. É por isso pertinente criar uma abordagem que seja consistente, eficaz e mensurável na melhoria da qualidade nesta particular área da saúde e do cuidado (Reston & Schoelles, 2013).

É imperativo investir na prevenção da confusão aguda e, portanto, no seu conhecimento para realizar a sua identificação e gestão, em detrimento do seu diagnóstico. No entanto, e talvez não surpreendentemente, a maioria das instituições hospitalares não possuem no seu *standard* de cuidados, orientações para a identificação, prevenção e atuação na confusão aguda, à exceção de países como por exemplo, o Reino Unido, a Austrália e os EUA que tem nas suas políticas de saúde, diretrizes que permitem assistir os doentes e os profissionais na tomada de decisão sobre o melhor e mais apropriado cuidado nesta circunstância específica (CEHSEU, 2006; Hshieh et al., 2015).

Os benefícios na implementação de orientações que disseminem uma linguagem comum, rigorosa e validada, assistam os profissionais de saúde na prestação de cuidados e na tomada de decisão e permitam uma uniformização nos cuidados prestados a nível intra e interinstitucional são mensuráveis na prevenção da confusão aguda em doentes com fatores de risco, e no seu atempado diagnóstico e tratamento, promovendo uma redução no grau de duração e severidade da confusão (ACSQHC, 2016).

Um doente com confusão aguda poderá apresentar condições clínicas que colocam a vida em risco e que exigem por isso uma intervenção terapêutica imediata, antes mesmo da determinação da sua etiologia. Por esta razão e pelas implicações expostas a confusão aguda tem vindo a ser reconhecida como uma emergência médica (APA, 2010; Morandi et al., 2019). Contudo, a sua não deteção persiste em número considerável, o que inviabiliza um adequado tratamento à pessoa com confusão aguda.

As consequências graves para o doente são claras, assim como a sobrecarga para a sua família e cuidadores, dado que desencadeia níveis moderados de *distress*, este definido como um estado de sofrimento emocional (Santos et al., 2017). Para a família/cuidadores, o *distress* causado pela confusão aguda é concretizado por um nível de funcionalidade inferior no doente e a manifestação de alucinações e agitação. Os níveis de ansiedade nos familiares que vivenciaram episódios de confusão aguda é bastante superior quando comparado com familiares/cuidadores de doentes sem diagnóstico de confusão aguda. É relevante incluir os familiares e cuidadores nos planos de cuidados desde o início, pois são estes que melhor conhecem os doentes e podem fornecer informações sobre o estado prévio e habitual do mesmo, como também para assegurar a posterior qualidade dos cuidados prestados à pessoa no domicílio (Prayce et al., 2018).

Elementos-chave na difusão de boas práticas no que à confusão aguda diz respeito e fundamentalmente na sua prevenção, são os profissionais de saúde. Apesar da elevada prevalência da confusão aguda surge par a par o seu subdiagnóstico. Por um lado, demonstra que os profissionais de saúde não estão despertados para esta realidade, a incapacidade em fazer o seu reconhecimento e a falta de conhecimento sobre as suas complicações. Ou por outro lado poderá indicar o não registo formal da avaliação e identificação realizadas por estes profissionais, assim como das intervenções preventivas que possam ter sido executadas e que viabilizam como não ocorrido o possível trabalho colocado em prática.

A difusão de informação e a formação sobre a confusão aguda, senão idealmente desde cedo em programas curriculares, durante a carreira profissional são cruciais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas. As políticas nacionais devem sustentar de forma clara e inequívoca as boas práticas que reproduzam a melhor evidência científica, justificando a necessidade da existência de diretrizes para a confusão aguda. A elaboração de diretrizes e a sua implementação é um processo desafiante, consumidor de tempo e vários recursos (Bush et al., 2017). Neste sentido, com o objetivo de melhorar os cuidados em saúde, a transladação e validação de conteúdo de orientações de qualidade para a confusão aguda já elaboradas (NICE, 2010; SIGN, 2019) é um ponto positivo.

A validação do conteúdo de diretrizes para a confusão aguda permite a promoção do cuidado adequado para os doentes com confusão aguda, o desenvolvimento da formação dos profissionais de saúde e futuramente a realização de estudos epidemiológicos e demográficos de diagnóstico, permitindo suprir lacunas identificadas.

A abordagem à confusão aguda é uma ação que se quer multidisciplinar, no entanto, pela característica e privilegiada proximidade ao doente, os enfermeiros devem ser vetor diferenciador de aplicação de conhecimento para a prevenção e reconhecimento da confusão aguda. O cuidado individualizado e em parceria, e a satisfação das necessidades da pessoa são foco dos cuidados de enfermagem. Como tal, não só o contexto de trabalho deve ser promotor da satisfação das necessidades do enfermeiro em vantagem da qualidade dos cuidados prestados, adequando recursos para o desenvolvimento de um exercício profissional de excelência, mas também é exigido ao enfermeiro a reflexão sobre a prática, para a identificação de carências (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

## **2.2. CONFUSÃO AGUDA: IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO RISCO**

Um dos fatores de risco para a confusão aguda mais amplamente aceite é a idade avançada. Cerca de um terço dos doentes com 70 ou mais anos de idade admitidos num serviço de internamento de medicina geral experienciam confusão aguda, e metade destes doentes desenvolve confusão aguda no hospital (Inouye, 2006). Estes dados realçam a importância de uma abordagem estruturada à confusão aguda desde o momento de admissão numa instituição de prestação de cuidados.

A confusão aguda não é exclusiva da população mais velha, contudo, a sua presença é comum na pessoa mais velha hospitalizada, apresentando uma ocorrência e de acordo com o motivo de hospitalização de 14% a 56% (Reston & Schoelles, 2013). A multifatorialidade da confusão aguda acontece por combinação de diferentes fatores, fatores predisponentes e fatores precipitantes. Um doente com fatores predisponentes, condições que aumentam o risco de confusão aguda, sujeito a fatores precipitantes, pequenas alterações, encontra-se em risco de desenvolver confusão aguda (Michaud et al., 2007).

Esta relação é ainda mais preocupante quando falamos da pessoa mais velha, uma vez que a idade é um dos fatores predisponentes mais comumente analisada em estudos sobre evidência de fatores de risco e que se encontra significativamente associada, cerca de 58,8%, com a ocorrência de confusão aguda (Reston & Schoelles, 2013). Desta forma, uma pessoa adulta saudável poderá desenvolver confusão aguda quando exposta a vários fatores de risco precipitantes, por outro lado, a mínima alteração na condição de saúde da pessoa mais velha coloca-a mais vulnerável à sua ocorrência, merecendo uma maior monitorização e vigilância clínica (Marcantonio, 2011).



Dado que, a confusão aguda tem diferentes apresentações, todas as pessoas mais velhas admitidas num hospital ou numa instituição de cuidados de saúde de longa duração devem ver avaliados fatores de risco para o desenvolvimento de confusão aguda. Compreendendo quais os fatores de risco para a confusão aguda, desenha-se uma oportunidade para identificar as pessoas que se encontram em maior risco (NICE, 2010). Sinalizar doentes que se encontram em risco de desenvolver confusão aguda, através da utilização de um instrumento, surge como uma dupla oportunidade de contribuir quer para a boa prática de cuidados de enfermagem quer para a qualidade dos cuidados de saúde em geral.

Um instrumento de avaliação do risco de confusão aguda poderá preencher algumas lacunas, como o pobre reconhecimento de doentes em risco de confusão aguda e a não sistematização na avaliação do risco destes doentes para evitar a avaliação ocasional e esporádica. Antes do diagnóstico de confusão aguda, através da utilização de instrumentos psicométricos como a *Confusion Assessment Method* traduzida e validada para a população portuguesa por Sampaio (2012) ou dos critérios do DSM-5 (EDA & ADS, 2014), considerado o *golden standard* para o diagnóstico, importa primariamente identificar a pessoa em risco. Este reconhecimento não é possível sem a compreensão dos fatores de risco relacionados com a confusão aguda e a sistematização na implementação da avaliação do risco.

Estudos propõem não somente a atualização de escalas e instrumentos para identificar fatores de risco, mas também a quantificação do risco de o doente desenvolver confusão aguda durante a hospitalização. Não só, mas também em contexto de cuidados diferenciados, onde não existe uma implementação sistematizada desta estratégia, seria benéfico a disseminação de um destes instrumentos para avaliação e estratificação fiável do risco de confusão aguda (Solà-Miravete et al., 2018).

A identificação do risco de confusão aguda é promotora da identificação da pessoa mais velha mais vulnerável, e fundamental no planeamento dos cuidados ao doente, com estratégias preventivas e de gestão da confusão aguda (Solà-Miravete et al., 2018). Aliás, esta etapa de colheita de dados e apreciação inicial é a primeira fase do Processo de Enfermagem.

Estudos demonstram que os enfermeiros são capazes de identificar a pessoa confusa, contudo não utilizam *a posteriori* instrumentos para determinar a presença de confusão aguda. Importa ainda antes do diagnóstico formal de confusão aguda, que engrossa a taxa de confusão aguda incidente e a carga económica na saúde e social, a avaliação da pessoa em risco, uma vez que é possível prevenir a confusão

aguda na pessoa mais velha em cerca de um terço, constata-se a oportunidade que existe para melhorar a prática de cuidados (Coyle et al., 2017).

Apesar da existência de vários estudos sobre a identificação dos fatores de risco e da existência de modelos de estratificação de risco, Newman e colaboradores (2015) na revisão realizada mencionam a ausência de publicação de dados sobre a operacionalização destes mesmos modelos na prática clínica. Aponta como possível explicação, o tempo necessário para a sua utilização ou complexidade do modelo, assim como, a dificuldade na medição de algumas variáveis. Como reforça Rudolph e colaboradores (2015) o profissional de saúde para realizar uma avaliação cognitiva e da gravidade da doença pode demorar cerca de vinte minutos, desmotivando os profissionais à sua aplicação. É fundamental ultrapassar algumas das dificuldades mencionadas para que efetivamente o doente possa beneficiar dos resultados positivos da aplicação destes modelos e instrumentos.

Importa reiterar que as consequências negativas não se estendem somente ao doente que experiencia confusão aguda, mas também aos seus familiares e ainda aos profissionais de saúde que cuidam destes doentes (Prayce et al., 2018), podendo afetar a prestação de cuidados.

O principal objetivo é identificar a pessoa mais velha em risco de desenvolver confusão aguda, reconhecendo o fator ou fatores de risco presentes, e principalmente aqueles que podem ser alterados e sensíveis aos cuidados do enfermeiro. Esta avaliação deverá ser contínua, uma vez que determinados fatores de risco são modificáveis e como tal desenvolvidos NICE (2010).

Urge aplicar na prática profissional os resultados da investigação produzidos acerca da confusão aguda (Marques et al, 2013). Assegurar a identificação precoce dos fatores de risco que conduzem ao desenvolvimento da confusão aguda na pessoa mais velha é primordial para travar a progressão da confusão aguda e as suas repercussões negativas. A confusão aguda é um problema complexo. Assim, juntamente com o conhecimento, experiência e tomada de decisão do enfermeiro, a utilização de um instrumento para avaliação da situação é favorecedora da identificação de dados com relevância clínica e da implementação de intervenções adequadas (Carvalho et al., 2021; Marques et al., 2013).

## **CAPÍTULO 3. PERCURSO METODOLÓGICO**

Este capítulo é destinado à apresentação do percurso metodológico. É feita referência ao tipo de estudo, à questão de investigação e aos objetivos do estudo, à população e amostra, ao instrumento de recolha de dados, à recolha e análise dos mesmos. Por fim, são apresentadas as considerações éticas.

### **3.1. TIPO DE ESTUDO**

A fase metodológica de um processo de investigação consiste na determinação dos procedimentos a adotar de modo a obter resposta às questões de investigação (Fortin, 2009) e atingir os objetivos delineados.

Considerando a relação dinâmica que existe entre o mundo objetivo e a subjetividade do indivíduo é propósito deste estudo de natureza qualitativa analisar que orientações existem para a abordagem da confusão aguda, que fatores de risco se relacionam com a confusão aguda em pessoas mais velhas e como operacionalizar através de um instrumento, a avaliação desse risco.

De acordo com a questão de partida, o estado de arte e o nível de conhecimentos que existe acerca do tema em análise, será desenvolvido um estudo exploratório, descritivo e transversal, com o objetivo de proceder à descrição e exploração desta realidade em Portugal, pouco ou deficientemente estudada, e levantar hipóteses de entendimento da mesma. Por conseguinte, foi realizada uma abordagem geral dos objetos do estudo. O objetivo do investigador em estudos descritivos é descrever um dado problema e a forma como o fenómeno se manifesta, utilizando normalmente, questionários (Vilelas, 2020). Inserindo-se no paradigma qualitativo e atendendo à sua abordagem metodológica cabe ao investigador, observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como é apresentado, sem pretender controlá-lo (Fortin, 2009), pois, e na perspetiva de Freixo (2009, p. 146), a abordagem qualitativa é “uma extensão da capacidade do investigador em dar sentido ao fenómeno.”

### **3.2. QUESTÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO**

Através da realização deste estudo de investigação pretendeu-se responder à seguinte questão de investigação “Que orientações são consensualmente aceites, para a identificação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas, em contexto de prestação de cuidados?”.

De acordo com a evidência disponível entendemos que esta lacuna pode e deve ser colmatada com a procura de conhecimento através da investigação, dado tratar-se de uma problemática atual, relevante, original e pertinente.

Com o propósito de compreender a abordagem à confusão aguda pelos enfermeiros e descrever os fatores de risco, mais consensualmente aceites no que reporta à avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas, definiram-se os seguintes objetivos:

- Explorar as orientações internacionais na abordagem e gestão da confusão aguda;
- Explorar as recomendações baseadas no conhecimento atual para a melhor prática no reconhecimento, avaliação e tratamento das pessoas mais velhas com confusão aguda;
- Descrever os fatores de risco relacionados com a confusão aguda em pessoas mais velhas;
- Validar conceitualmente diretrizes para a avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas.

A margem do conhecimento sobre a confusão aguda e os seus fatores de risco é largamente superior aos achados relativos à aplicação de modelos de identificação de risco, revelando os estudos alguma inconsistência e a ausência de um modelo preditivo preciso e de confiança (Newman et al., 2015). Contudo, a necessidade de desenvolvimento de um instrumento, que se fundamente no modelo fatores de risco predisponentes e precipitantes é corroborada pela literatura (Holly et al., 2013). Assim, a criação de um novo instrumento, baseado em fatores de risco bem fundamentados com uma aplicação na prática precisa, pode ser uma alternativa (Newman et al., 2015). Esta deve ser de fácil integração na prática clínica para promover a adesão na sua utilização.

Pretendeu-se sistematizar alguma da evidência disponível sobre confusão aguda e diretrizes de avaliação do seu risco em pessoas mais velhas para, posteriormente, validar o conteúdo de um instrumento que visa avaliar o risco de confusão aguda em contexto de prestação de cuidados. A síntese da evidência para sistematizar o atual conhecimento sobre o objeto de investigação e delimitar e clarificar as questões em estudo é uma etapa fundamental no processo de investigação (Vilelas, 2020).

### 3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Considerando os objetivos deste estudo, a evidência científica produzida e as orientações que emanam internacionalmente na abordagem da confusão aguda, procurou-se obter concordância de um painel de peritos relativamente aos itens a introduzir num instrumento para a avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas em contexto de prestação de cuidados. Para tal, foi utilizada a técnica *Delphi*.

A técnica *Delphi*, preconiza a utilização de questionários ou rondas para recolher informação. Este é um processo estruturado cujo propósito é reunir a opinião qualificada de um grupo de pessoas selecionadas visando obter uma estabilidade nas respostas do grupo de peritos relativamente a determinadas questões de forma a conseguir um juízo mais preciso. Esta estabilidade pode ser conseguida por consenso ou dissenso. Na área da saúde, a eficácia do consenso de grupo e tomada de decisão tem sido amplamente difundida, dado que permite o acesso às perspetivas e interpretação num tópico de discussão onde a opinião é importante (Belton et al., 2019).

Existem variações da técnica *Delphi* tradicional, como a técnica *e-Delphi* que utiliza a comunicação *online*. Esta foi a abordagem selecionada para este estudo, tendo em conta a conveniência para o investigador e participantes, a gestão de tempo e custos e o acesso facilitado aos dados para análise. Para tal, recorreu-se à ferramenta disponível *online*, formulários do *Google*, para construção do questionário *Delphi* e envio para os participantes. Esta técnica oferece as vantagens de rápida resposta, pronta acessibilidade aos dados e análise dos mesmos e o facto de utilizar a tecnologia para a administração do processo *Delphi* permite ter em consideração a disponibilidade dos participantes (Meshkat et al., 2014). Considerando a natureza qualitativa deste estudo e a participação ativa dos indivíduos, faz-se referência a participantes e não a amostra (Polit et al., 2004).

Os estudos que fazem uso do processo *Delphi* utilizam o conhecimento dos indivíduos como instrumento *per se* no tema em questão, adquirindo estes a designação de peritos e constituindo-se membros de um painel. Contudo, este termo é objeto de alguma controvérsia relativa aquando se pode efetivamente considerar um profissional perito (Hasson, et al., 2000). Conhecimento profundo sobre uma dada área e saber quando, como, onde e porquê deve utilizar esse conhecimento são características de um perito, integrando a mestria, os conhecimentos e habilidades face a um propósito (Nunes, 2010). Então, um perito é alguém especialista na sua área ou que tem conhecimento sobre um tema específico (Santos, 2004). De acordo com Benner (Brikczynski, 2004), uma das pioneiras na conceptualização do conceito

de perito, estes são enfermeiros que fundamentam a sua intervenção em experiências anteriores e da compreensão intuitiva do contexto, podendo ser peritos no domínio da prestação direta de cuidados com 3 a 5 anos no mesmo contexto. Entende-se a complexidade da definição deste termo, pois é algo bastante lato, assim, neste estudo foi adotada a teorização de Benner do termo perito.

Da mesma forma, o número de membros que devem integrar o painel de peritos não é consensual, existindo várias constituições que variam de acordo com o objetivo do estudo e do tempo disponível para recolha de dados, por exemplo (Belton et al., 2019; Santos, 2004). Para este estudo definiu-se atingir, pelo menos, uma população com uma dimensão de 30 participantes no painel de peritos em cada ronda. Para alcançar maior robustez e precisão nos resultados é importante abranger perspectivas e experiências diferentes, relativas ao tema em estudo, sendo a heterogeneidade do painel de peritos um aspeto a ter em elevada consideração (Belton et al., 2019).

Considerando a problemática em estudo, todos os participantes teriam que ser enfermeiros, tratando-se de uma amostra não probabilística e intencional com os seguintes critérios de inclusão:

- i) enfermeiros que estejam na área da prestação de cuidados;
- ii) diferentes contextos de saúde (cuidados diferenciados, cuidados de saúde primários, Rede de Cuidados Continuados Integrados, Lares e/ou ERPI);
- iii) mínimo de cinco anos de experiência profissional;
- iv) integrem na sua prática diária, não de forma exclusiva, cuidados a pessoas mais velhas, ou seja, adultos com 65 anos de idade ou mais e
- v) aceitar participar no estudo de forma livre e voluntária.

São excluídos todos os participantes que não obedeçam aos critérios de inclusão supramencionados.

Os peritos foram convidados a participar no estudo, via comunicação *online* e aos que concordaram participar foi pedido o seu endereço de *email* para comunicação e inclusão na posterior ronda do processo *Delphi*.

### 3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

De acordo com os conhecimentos e a evidência disponível da problemática em estudo foi decidida a realização da técnica *Delphi*, para obter a opinião fundamental dos peritos.

Para a primeira ronda do *e-Delphi* não há um formato mundialmente aceite, contudo, tradicionalmente, assenta em questões abertas (Belton et al., 2019). Todavia, para este estudo, tendo em consideração a informação existente sobre a problemática e depois da revisão narrativa da literatura realizada foi decidido entregar a informação para discussão ao painel *Delphi* em forma de questionários estruturados via *online*. Os questionários são instrumentos de registo que através de questões permitem aferir conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos de indivíduos. Na construção dos questionários foi considerada a elaboração de questões contendo apenas uma ideia, com informação clara, e organizadas de forma lógica e sequencial (Vilelas, 2020).

Os dados foram colhidos entre o período de dezembro de 2021 e janeiro de 2022. Foi prevista a realização de duas rondas, uma vez que, estudos demonstram que duas a três rondas poderão ser suficientes para o painel *Delphi* atingir concordância e diminuir a taxa de desistência das respostas dos peritos que pode ocorrer ao longo de sucessivas rondas. Contudo e principalmente, o *Delphi*, deve cessar quando o painel de peritos demonstrar um nível de concordância estável (Rowe & Wright, 2001).

Os peritos participantes no estudo receberam um *link* para o endereço do primeiro questionário e foi estabelecido um prazo de dez dias a contar da data de envio para rececionar as respostas. A primeira ronda do questionário continha duas secções, uma primeira parte para recolha de dados sociodemográficos e uma segunda parte com as questões sobre o tópico em estudo. Relativamente ao perfil sociodemográfico, cada participante foi questionado sobre a experiência profissional, sendo critério de inclusão, o mínimo de 5 anos, idade, sexo, habilitações académicas, o contexto de cuidados onde exerce a sua atividade, e para quem exercesse a atividade em contexto de cuidados diferenciados deveria especificar o serviço onde trabalha. A variável sexo foi dividida em feminino, masculino e outro. As habilitações académicas compreendem as seguintes categorias: bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento, pós-licenciatura de especialização e pós-graduação. Relativamente ao contexto de prestação de cuidados compreende os seguintes: cuidados diferenciados (hospital), cuidados de saúde primários, rede de cuidados continuados integrados, lares e/ou ERPI e outro.

A última parte do questionário apresentava um total de 22 questões de resposta fechada. Os itens em questão resultam da síntese de evidência realizada e da análise do investigador, para a construção do instrumento de avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas.

O modelo mais consensual e abordado, como referido anteriormente, assenta no modelo interativo entre fatores de risco predisponentes e precipitantes pelo facto da confusão aguda ser multifatorial. Para tal, foram agrupados (Quadro 1) os fatores de risco resultantes dos estudos de Inouye e colaboradores (1993) e Inouye & Charpentier (1996), ainda atualmente citados pela investigação nesta área, e de orientações de instituições internacionais na abordagem à confusão aguda, pelo criterioso e rigoroso processo de construção das mesmas e consequente qualidade: CEHSEU (2006), NICE (2010), ACSQHC (2016) e SIGN (2019).



Quadro 1 Síntese da literatura dos principais fatores de risco de confusão aguda.

| AUTORES   | FATORES DE RISCO   |   |
|---|--|---|
| Inouye e colaboradores (1993)   | <b>Predisponentes Inouye e colaboradores (1993)</b>  |   |
| Inouye & Charpentier (1996)   | <b>Precipitantes Inouye &amp; Charpentier (1996)</b>   |   |
| <b>Categorização do risco</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitação cognitiva;</li> <li>• Limitação visual;</li> <li>• Gravidade da doença;</li> <li>• Nível elevado de ureia nitrogenada no sangue/taxa de creatinina.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenção mecânica;</li> <li>• Má nutrição (nível de albumina sérica inferior a 30g/L);</li> <li>• Mais de três medicações adicionadas (no período de 24 a 48 horas antes do início da confusão aguda);</li> <li>• Cateterização vesical;</li> <li>• Eventos iatrogênicos (embolismo pulmonar, pneumonia por aspiração, infecção do trato urinário, toxicidade, flebite, reação transfusional, quedas, fraturas, nova úlcera de pressão ou obstipação).</li> </ul> |
|   | Risco baixo – sem fatores de risco   | Risco baixo – sem fatores de risco  |
|   | Risco intermédio – 1 a 2 fatores de risco  | Risco intermédio – 1 a 2 fatores de risco   |
|   | Risco elevado – 3 a 4 fatores de risco   | Risco elevado – 3 ou mais fatores de risco  |
| CEHSEU (2006)   | <b>FATORES DE RISCO (ELEVADO NÍVEL DE EVIDÊNCIA)</b>   |   |
| <b>Contexto hospitalar (unidades de cuidados intensivos, serviços de pessoas mais velhas e neurologia):</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade igual ou superior a 70 anos;</li> <li>• Existência prévia de limitação cognitiva (ex: Demência);</li> <li>• Depressão;</li> <li>• Doença grave;</li> <li>• Limitação visual;</li> <li>• Prescrição de três ou mais medicamentos durante a hospitalização;</li> <li>• Contenção mecânica;</li> <li>• Cateter vesical;</li> <li>• Sódio sérico alterado.</li> </ul>   |   |
| <b>Contexto hospitalar cirúrgico (serviços de ortopedia, cardiologia e neurocirurgia):</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os itens da linha anterior (Idade igual ou superior a 70 anos; Existência prévia de limitação cognitiva (ex: Demência); Doença grave; Limitação visual; Prescrição de três ou mais medicamentos durante a hospitalização; Contenção mecânica; Cateter vesical e Sódio sérico alterado);</li> <li>• História anterior de confusão aguda;</li> <li>• Administração de petidina;</li> <li>• Administração de benzodiazepinas;</li> <li>• Administração de analgésicos narcóticos no pré-operatório;</li> </ul> |   |

|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso do álcool.</li> </ul>  |
|   | <b>FATORES DE RISCO (SEM ELEVADO NÍVEL DE EVIDÊNCIA)</b>  |
| <b>Contexto comunitário e residencial</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade igual ou superior a 70 anos;</li> <li>• Existência prévia de limitação cognitiva (ex: Demência);</li> <li>• Depressão;</li> <li>• Limitação visual;</li> <li>• Limitação auditiva;</li> <li>• Doença/infeção;</li> <li>• Polimedicação;</li> <li>• Administração de benzodiazepinas;</li> <li>• Contenção mecânica;</li> <li>• Cateter vesical;</li> <li>• Sódio sérico alterado;</li> <li>• Pós-alta hospitalar;</li> <li>• Abuso do álcool.</li> </ul> |
| <b>NICE (2010)</b>                        | <b>FATORES DE RISCO</b>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade superior ou igual a 65 anos;</li> <li>• Limitação cognitiva/demência;</li> <li>• Fratura da anca presente;</li> <li>• Gravidade da doença.</li> </ul>  |
| <b>Categorização do risco</b>             | Pelo menos um fator de risco  |
| <b>ACSQHC (2016)</b>                      | <b>FATORES DE RISCO</b>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade superior ou igual a 65 anos;</li> <li>• Limitação cognitiva/demência;</li> <li>• Fratura da anca presente;</li> <li>• Gravidade da doença.</li> </ul>  |
| <b>Categorização do risco</b>             | Um ou mais fatores de risco   |
| <b>SIGN (2019)</b>                        | <b>FATORES DE RISCO</b>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas mais velhas;</li> <li>• Pessoas com demência, doença de Parkinson, Acidente Vascular Cerebral ou limitação cognitiva pré-existente;</li> <li>• Pessoas com limitação visual e auditiva;</li> <li>• Pessoas mais velhas com múltipla medicação.</li> </ul>  |

Foi solicitado aos peritos que pontuassem cada questão de acordo com a sua opinião, utilizando uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, com um intervalo entre o discordo totalmente e o concordo totalmente. No final de cada ronda os dados foram recolhidos e tratados e as questões que obtiveram nível de concordância foram removidas da ronda seguinte e colocadas como item constituinte do instrumento de avaliação.

Na segunda e última ronda foram apresentadas nove questões ao painel de peritos, que não obtiveram concordância na primeira ronda, nomeadamente as questões número 3, 4, 5, 10, 11, 18, 20, 21 e 22. Foi novamente solicitado aos participantes para responderem às questões utilizando a mesma escala de pontuação. Das nove questões da segunda ronda, apenas a questão número 21 atingiu o nível de concordância mínimo definido.

### 3.5. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A informação recolhida dos participantes foi analisada recorrendo à estatística descritiva, com recurso à ferramenta *Excel* para análise dos dados. Tendo em consideração o tipo de variáveis, variáveis ordinais, foram utilizadas medidas de tendência central, nomeadamente a moda e a mediana e medidas de dispersão, particularmente, a amplitude inter-quartil (AIQ), o desvio-quartil (DQ) e o coeficiente de variação entre os quartis para analisar cada variável individualmente e descrever os fenómenos em estudo (Vilelas, 2020).

A decisão do nível de consenso deve ser ponderada e relacionada com o objetivo do estudo e os recursos e amostra disponíveis. Altos níveis de consenso podem conferir maior validade aos resultados (Belton et al., 2019). Alguns autores recomendam níveis de consenso de 51%, 70%, 75% ou 80% (Belton et al., 2019; Hasson et al., 2000). Para este estudo, relevando a sustentação científica das variáveis em estudo, foi definido como nível de consenso para cada questão os 75%, utilizando-se o cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC) para medir a percentagem de peritos que estão em concordância sobre determinado item (Alexandre & Coluci, 2011). Para concordância de critérios de inclusão, pelo menos 75% das respostas entre os intervalos de 5 a 7 ou concordância para critério de exclusão, pelo menos 75% das respostas entre os intervalos 1 a 3 na escala de *Likert*.

Todas as questões, incluindo as que não alcançaram níveis de concordância para inclusão ou exclusão no instrumento, serão analisadas à luz da literatura e perspectiva e reflexão argumentativa do investigador

(Vilelas, 2020). Nesta fase de tratamento dos resultados foi realizada a leitura da análise dos dados obtidos pela estatística descritiva, e interpretados mediante os objetivos do estudo, a evidência disponível e inferências e interpretações do investigador.

### 3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização de qualquer investigação implica por parte do investigador assegurar as questões éticas do mesmo, nomeadamente o direito à autodeterminação, decidir participar ou não na investigação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2020).

O anonimato é uma das vantagens da técnica *Delphi*, pois os participantes não se encontram nem interagem presencialmente, podendo expressar livremente as suas opiniões sem o fator de pressão de grupo e até de personalidades individuais mais fortes (Williams & Webb, 1994). Assegurou-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos e a sua utilização apenas para fins de investigação. A interação com os participantes foi exclusivamente via *online*.

Este estudo teve o parecer favorável da Comissão Científica e Pedagógica do Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem e da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde - documento 018/2021 (Anexo I) da Universidade do Minho. A todos os peritos elegíveis para participação no estudo foi apresentada no questionário, uma curta introdução com a explicação e objetivos do estudo, assim como da metodologia a utilizar. Todos os participantes confirmaram a sua participação livre e voluntária no estudo e tiveram conhecimento sobre a possibilidade de recusar ou de abandonar a participação no estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal e/ou profissional, de acordo com os princípios do consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação da Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Os participantes foram informados que não seriam revelados dados pessoais, mantendo por isso o anonimato e confidencialidade de qualquer dado recolhido, sendo utilizados apenas para fins de investigação não existindo registo de dados de identificação.

## CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é destinado à apresentação dos resultados que emergiram do estudo. Inicia com a caracterização dos participantes e faz-se alusão ao tratamento e análise estatística dos resultados obtidos da estatística descritiva.

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O perfil biográfico e social dos participantes do estudo será apresentado detalhadamente através do quadro 2, e correspondem ao sexo, idade, habilitações académicas e contexto de prestação de cuidados.

A amostra é constituída por 51 enfermeiros dos quais 49 exercem a sua profissão em contexto de cuidados diferenciados, 21 enfermeiros no serviço de urgência, 12 no serviço de hemato-oncologia, 6 no serviço de medicina interna, 4 no serviço de medicina intensiva, 1 no bloco operatório, 1 no serviço de gastroenterologia, 1 no serviço de neurocirurgia, 1 no serviço de ortopedia, 1 no serviço de pneumologia/neurologia e 1 no serviço de psiquiatria, e 2 enfermeiros exercem a sua atividade em contexto de Lares e/ou ERPI. Dos 51 enfermeiros, 15 são do género masculino e 36 do género feminino, com uma média de 37,76 anos de idade. No que refere a habilitações académicas, a maioria dos participantes tem pós-graduação, seguido da pós-licenciatura de especialização e apenas 2 tem mestrado. O quadro 2 sumariza as características dos membros do painel de peritos.

Quadro 2 Características dos peritos da primeira ronda do *e-Delphi*.

| CARACTERÍSTICAS                   |                                    | RONDA 1    |            |                    |            |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------|------------|--------------------|------------|
| Total de participantes            |                                    | (n=51)     |            |                    |            |
| Sexo                              | Masculino                          | (n/%)      | 15 (29%)   |                    |            |
|                                   | Feminino                           | (n/%)      | 36 (71%)   |                    |            |
| Idade (média)                     |                                    | 37,76 anos |            |                    |            |
| Habilitações académicas           | Pós-graduação                      | (n/%)      | 17 (33,3%) |                    |            |
|                                   | Pós-licenciatura de Especialização | (n/%)      | 9 (17,6%)  |                    |            |
|                                   | Mestrado                           | (n/%)      | 2 (3,9%)   |                    |            |
| Contexto de prestação de cuidados | Cuidados Diferenciados             | (n/%)      | 49 (96,1%) | Urgência           | 21 (41,2%) |
|                                   |                                    |            |            | Hemato-Oncologia   | 12 (23,5)  |
|                                   |                                    |            |            | Medicina Interna   | 6 (11,8%)  |
|                                   |                                    |            |            | Medicina Intensiva | 4 (7,8%)   |
|                                   |                                    |            |            | Bloco Operatório   | 1 (2%)     |
|                                   |                                    |            |            | Gastroenterologia  | 1 (2%)     |

|                  |                        |          |
|------------------|------------------------|----------|
|                  | Neurocirurgia          | 1 (2%)   |
|                  | Ortopedia              | 1 (2%)   |
|                  | Pneumologia/Neurologia | 1 (2%)   |
|                  | Psiquiatria            | 1 (2%)   |
| Lares e/ou ERPI. | (n/%)                  | 2 (3,9%) |

## 4.2. TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS

Das 22 questões de resposta fechada (Quadro 3) colocadas na primeira ronda do questionário, 9 questões não obtiveram o nível de concordância de pelo menos 75% definido para os itens serem incluídos no instrumento de avaliação.

**Quadro 3** Questões apresentadas na primeira ronda do e-Delphi.

| Questões de resposta fechada   | Mediana | IVC    | AIQ |
|--|---------|--------|-----|
| <b>1</b> Avaliar a orientação da pessoa mais velha através de questões relativas a nome, idade, instituição de cuidados onde se encontra e ano corrente para avaliar a limitação cognitiva.  | 6       | 92,16% | 2   |
| <b>2</b> Avaliar a limitação cognitiva através da presença de diagnóstico médico prévio de limitação cognitiva como a demência, documentada em registos clínicos.  | 6       | 80,39% | 1   |
| <b>3</b> Aplicar o instrumento de avaliação do risco de confusão aguda aquando da admissão na instituição e todos os dias.   | 6       | 68,63% | 2   |
| <b>4</b> Aplicar o instrumento de avaliação do risco de confusão aguda aquando da admissão na instituição e de dois em dois dias.  | 4       | 41,18% | 3   |
| <b>5</b> Aplicar o instrumento de avaliação do risco de confusão aguda aquando da admissão na instituição e de três em três dias.  | 4       | 39,22% | 4   |
| <b>6</b> A funcionalidade da pessoa mais velha nas Atividades de Vida Diárias deve ser categorizada de acordo com a sua capacidade funcional em: pessoa mais velha independente ou pessoa mais velha com capacidade comprometida.  | 6       | 88,24% | 1   |
| <b>7</b> Deve ser integrado o fator de risco para a confusão aguda: limitação visual.<br><b>Descritor:</b> Para este estudo a limitação visual é definida como a utilização de dispositivos auxiliares como óculos, redução da acuidade visual documentada ou ser invisual.  | 6       | 92,16% | 1   |
| <b>8</b> Deve ser integrado o fator de risco para a confusão aguda: limitação auditiva.<br><b>Descritor:</b> Considerada mediante a utilização de dispositivos auxiliares como próteses auditivas, hipoacusia documentada ou ser surdo.  | 6       | 96,08% | 1   |
| <b>9</b> Deve ser integrado o fator de risco para a confusão aguda: doença de início súbito.<br><b>Descritor:</b> Deterioração do estado de saúde da pessoa mais velha, pressupondo a presença de doença aguda que motive a admissão a uma instituição de prestação de cuidados.   | 6       | 98,04% | 1   |
| <b>10</b> Integrar o fator de risco para a confusão aguda: fratura da anca presente.   | 5       | 60,78% | 2   |
| <b>11</b> O risco nutricional como fator de risco para a confusão aguda deve ser avaliado através do Índice de Massa Corporal <20,5 Kg/m <sup>2</sup> .  | 5       | 52,94% | 3   |
| <b>12</b> O risco nutricional como fator de risco para a confusão aguda deve ser avaliado através da questão: A pessoa mais velha teve a sua ingestão oral diminuída na última semana?   | 6       | 80,39% | 1   |
| <b>13</b> Deve ser integrado o fator de risco para a confusão aguda: contenção mecânica.   | 6       | 90,20% | 2   |
| <b>14</b> Integrar o fator de risco para a confusão aguda: dispositivos médicos.<br><b>Descritor:</b> Todos os dispositivos médicos que contribuem para diminuição da mobilidade do doente, invasivos (exemplo: cateter vesical, cateter venoso periférico, sonda nasogástrica, entre outros) e não invasivos (exemplo: ventilação mecânica não invasiva, dispositivos de oxigenação, entre outros). | 6       | 94,12% | 2   |
| <b>15</b> Integrar o fator de risco para a confusão aguda: prescrição de 3 ou mais medicamentos  | 6       | 88,24% | 2   |

|    |   |   |        |   |
|----|---|---|--------|---|
|    | <b>Descritor:</b> A administração de vários medicamentos. É pertinente a revisão da terapêutica da pessoa mais velha de forma a suspender a que não é mais necessária e ponderação na prescrição de terapêutica psicotrópica, especialmente sedativos e benzodiazepinas, anticolinérgica e opióide.   |   |        |   |
| 16 | Integrar o fator de risco para a confusão aguda: novo processo infeccioso.<br><b>Descritor:</b> Pessoa mais velha é admitida com um diagnóstico primário e após admissão desenvolve novo processo infeccioso (exemplo: pessoa admitida para reabilitação por presença de défices motores após Acidente Vascular Cerebral isquémico e adquire uma Infecção do trato Urinário). | 6 | 98,04% | 1 |
| 17 | Integrar o fator de risco para a confusão aguda: toxicidade medicamentosa.<br><b>Descritor:</b> Possibilidade de um fármaco causar mais prejuízo que benefício para a pessoa mais velha. Relacionada com fatores como a idade, estado de saúde atual da pessoa, interação com outros fármacos em uso e dose.  | 6 | 98,04% | 1 |
| 18 | Integrar o fator de risco para a confusão aguda: reação transfusional.  | 5 | 56,86% | 3 |
| 19 | Integrar o fator de risco para a confusão aguda: quedas.<br><b>Descritor:</b> Não pressupõe as quedas que motivem a admissão numa instituição de prestação de cuidados, mas sim que possam ocorrer após ou durante a institucionalização.   | 6 | 94,12% | 1 |
| 20 | Integrar o fator de risco para a confusão aguda: nova úlcera de pressão.<br><b>Descritor:</b> Nova úlcera de pressão é entendida como aquela que não estava presente na admissão.   | 5 | 62,75% | 3 |
| 21 | Integrar o fator de risco para a confusão aguda: obstipação.  | 5 | 72,55% | 2 |
| 22 | Integrar o fator de risco para a confusão aguda: flebite.   | 4 | 43,14% | 4 |

Na segunda ronda do processo *e-Delphi*, responderam às 9 questões que não obtiveram concordância (Quadro 4) na primeira ronda, 40 peritos do painel de participantes inicial. Destas questões, apenas uma, a questão número 21, obteve os 75%, valor considerado mínimo, de concordância entre os peritos, para ser incluído no instrumento de avaliação.

**Quadro 4** Questões apresentadas na segunda ronda do *e-Delphi*.

| Questões de resposta fechada   | Mediana | IVC   | AIQ  |
|--|---------|-------|------|
| 3 Aplicar o instrumento de avaliação do risco de confusão aguda aquando da admissão na instituição e todos os dias.  | 4,5     | 50%   | 3    |
| 4 Aplicar o instrumento de avaliação do risco de confusão aguda aquando da admissão na instituição e de dois em dois dias.   | 5       | 55%   | 3,25 |
| 5 Aplicar o instrumento de avaliação do risco de confusão aguda aquando da admissão na instituição e de três em três dias.   | 4,5     | 50%   | 3    |
| 10 Integrar o fator de risco para a confusão aguda: fratura da anca presente.  | 5       | 62,5% | 1    |
| 11 O risco nutricional como fator de risco para a confusão aguda deve ser avaliado através do Índice de Massa Corporal <20,5 Kg/m <sup>2</sup> .                                     | 5       | 57,5% | 3    |
| 18 Integrar o fator de risco para a confusão aguda: reação transfusional.  | 5       | 62,5% | 1    |
| 20 Integrar o fator de risco para a confusão aguda: nova úlcera de pressão.<br><b>Descritor:</b> Nova úlcera de pressão é entendida como aquela que não estava presente na admissão. | 5       | 57,5% | 3    |
| 21 Integrar o fator de risco para a confusão aguda: obstipação.  | 5       | 82,5% | 1    |
| 22 Integrar o fator de risco para a confusão aguda: flebite.   | 5       | 55%   | 3    |

Após a aplicação da técnica *e-Delphi*, que terminou com a segunda ronda, foi possível reunir os itens que alcançaram concordância para inclusão no instrumento de avaliação (Quadro 5). A interpretação e discussão dos resultados serão apresentadas no próximo capítulo.

Quadro 5 Apresentação dos itens que obtiveram concordância dos peritos, após aplicação da técnica *e-Delphi*, para avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas.

| RISCO DE CONFUSÃO AGUDA   |          |         |
|---|----------|---------|
| FATORES DE RISCO  | PRESENTE | AUSENTE |
| Orientação (nome, idade, nome da instituição, ano corrente)                       |          |         |
| Limitação cognitiva (diagnóstico médico anterior, ex: Demência)                   |          |         |
| Limitação visual  |          |         |
| Limitação auditiva  |          |         |
| Doença de início súbito   |          |         |
| Dependência nas Atividades de Vida Diária   |          |         |
| Risco nutricional (a pessoa teve a sua ingestão oral diminuída na última semana?) |          |         |
| Contenção mecânica  |          |         |
| Dispositivos médicos  |          |         |
| Prescrição de 3 ou mais medicamentos  |          |         |
| Novo processo infeccioso  |          |         |
| Toxicidade (medicamentosa)  |          |         |
| Quedas  |          |         |
| Obstipação  |          |         |



## CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como tema a confusão aguda e as pessoas mais velhas e pretendeu explorar a abordagem da confusão aguda em pessoas mais velhas, descrever os fatores de risco associados e validar conceitualmente orientações para a avaliação do risco. Respeitando os critérios de inclusão, os participantes no estudo na primeira ronda do *e-Delphi* formaram um painel de 51 enfermeiros peritos e de 40 enfermeiros peritos na segunda ronda.

O painel de peritos identificou os itens com conteúdo válido em relação ao risco de desenvolvimento de confusão aguda na pessoa mais velha, a serem integrados no instrumento de avaliação, obtendo-se concordância sobre 14 dos 22 itens apresentados, que vão ser discutidos neste capítulo. No que reporta ao perfil social e demográfico dos participantes, a maioria era do sexo feminino (n= 36), com uma média de 37,7 anos, com formação pós-graduada: pós-graduação (n= 17); pós-licenciatura de especialização (n=9) e mestrado (n=2). A maioria dos participantes exercia funções em cuidados de saúde diferenciados (n=49), em dez serviços de tipologia diferente, trabalhando a maioria dos participantes no serviço de urgência (n=21), serviço de hemato-oncologia (n=12) e serviço de medicina interna (n=6). Os restantes participantes do painel (n=2) exerciam funções em lares/ERPI.

Alguma da evidência disponível sugere a existência de uma relação entre a idade avançada e a confusão aguda, sendo a idade uma das variáveis não modificáveis que mais determina o desenvolvimento do risco, com uma prevalência de 14 a 24% em contexto hospitalar, particularmente em enfermarias médicas, cirúrgicas e serviço de urgência. O risco de confusão aguda é, também, prevalente em ERPI e menos frequente em contexto comunitário (aproximadamente 1 a 2%) em contexto comunitário (Bellelli et al., 2018).

Com o processo de envelhecimento surgem alterações biológicas, psicológicas e sociais que em virtude da relação com fatores externos pode-se associar um declínio das funções cognitivas (Sequeira, 2018). A cognição é um processo psicológico que abrange todos os processos de percepção, pensamento, raciocínio e memória (ICN, 2019), por isso qualquer limitação ou perda das capacidades cognitivas poderá ter impacto na orientação, na memória, na organização do pensamento, entre outros. Apesar de a limitação cognitiva na pessoa mais velha não ser característica normal do envelhecimento, esta é comum em pessoas mais velhas hospitalizadas, sendo a confusão aguda e a demência as causas mais

frequentes (Grey et al., 2019). Uma das principais características do estado de confusão aguda é a alteração súbita e flutuação do nível de consciência, com repercussão na atenção e funções cognitivas.

Estabelecer o estado basal cognitivo da pessoa mais velha é importante para que a avaliação subsequente integre as alterações conhecidas e alertar os profissionais de saúde para novas modificações. Na presença de confusão aguda é frequente existir desorientação, com referência ao tempo, espaço e pessoa (Martins & Fernandes, 2012). Estudos anteriores relacionaram uma limitação cognitiva prévia como um fator de risco preditivo significativo para a confusão aguda (Newman et al., 2015). Também Douglas e colaboradores (2013), identificaram no seu estudo quatro fatores independentes preditores de confusão aguda, destacando-se a incorreta resposta a questões de orientação. A desorientação da pessoa como fator de risco para a confusão aguda foi suportada desde os primeiros estudos de Inouye e colaboradores (1999) que já integrava um protocolo de orientação como intervenção estratégica de prevenção da confusão aguda. A presença do diagnóstico de demência é considerada uma variável de risco preditivo de confusão aguda e é frequente a coexistência de um diagnóstico de demência e de confusão aguda. A demência é um dos fatores de risco mais vezes mencionado na admissão hospitalar da pessoa (Hoffman et al., 2020; Marcantonio, 2011). Contudo também o contrário é verificável, a meta-análise conduzida por Witlox e colaboradores (2010), demonstrou a associação independente entre a confusão aguda e o risco de demência, ou seja, uma pessoa que desenvolve confusão aguda tem risco acrescido de desenvolver uma demência. Esta associação potencia o leque de resultados negativos a longo termo na saúde da pessoa mais velha que experiencia confusão aguda.

No presente estudo, para a avaliação do fator de risco “limitação cognitiva” foram colocadas duas questões ao grupo de peritos: i) “Determinar a orientação da pessoa mais velha através de questões relativas a nome, idade, instituição de cuidados onde se encontra e ano corrente para avaliar a limitação cognitiva” e ii) “Avaliar a limitação cognitiva através da presença de diagnóstico médico prévio de limitação cognitiva como a demência, documentada em registos clínicos”. Os resultados sugerem um consenso elevado por parte dos participantes: 92,2% e 80,4% de concordância no primeiro e no segundo item, respetivamente.

De acordo com os resultados obtidos, o grupo de peritos demonstrou a sua concordância relativamente a este item, acompanhando a evidência e dados obtidos por estudos anteriores, como fator de risco para

a confusão aguda. Será incluído no instrumento a avaliação da limitação cognitiva através de questões de orientação em preferência da presença de diagnóstico médico, dado que foi o item com maior percentagem de concordância. Sabe-se que a pessoa com confusão aguda poderá sofrer alterações do ponto de vista clínico ao longo do dia, com tendência para agravamento dos sinais nos períodos vespertino e noturno, associado à diminuição dos estímulos de orientação (Faustino et al., 2016). A investigação levada a cabo por Tomlinson e colaboradores (2016) enfatiza a importância da avaliação da limitação cognitiva no momento de admissão, na determinação do risco de confusão aguda. Também, Voyer e colaboradores (2007), apoiados pela investigação conduzida, referem para o risco de confusão aguda ser mais relevante o estado cognitivo atual da pessoa. Assim, a orientação da pessoa mais velha poderá estar alterada no momento de admissão ou sofrer alterações durante o período na instituição de prestação de cuidados.

O presente estudo evidencia a concordância do grupo de peritos, de 88,2%, na integração do item relativo à “dependência funcional” no instrumento de avaliação. Estes resultados são concordantes com estudos anteriores, enfatizando a dependência funcional ou a limitação nas AVD's como fator de risco preditor de confusão aguda (Inouye et al., 1993; Inouye et al., 2013; Marcantonio, 2011; Newman et al., 2015). Entende-se o conceito de dependência como a incapacidade da pessoa em satisfazer as suas necessidades humanas básicas de forma independente, necessitando da ajuda de uma terceira pessoa para assistir na realização das AVD's. Esta limitação da funcionalidade da pessoa pode surgir em resultado de um processo patológico ou evento acidental (Sequeira, 2018). Relacionado com o processo de envelhecimento, por norma, surgem mais situações de doença na pessoa mais velha com possível aumento da sua incapacidade. Em consonância com o exposto, em 2014, Carrasco e colaboradores, no seu modelo de estratificação dos doentes de acordo com o risco de apresentar confusão aguda durante a hospitalização, reitera o nível de funcionalidade prévia, ou seja, a capacidade da pessoa em realizar as AVD's como um dos principais fatores de risco de confusão aguda, que demonstrou, utilizando o Índice de *Barthel*, ser uma das variáveis independentemente associadas à confusão aguda.

O Índice de *Barthel* é uma das inúmeras escalas que avaliam as AVD's, existindo outros instrumentos como o Índice de *Katz* (Apóstolo, 2010). Neste estudo, com o objetivo de assegurar uma medição simples, com pouco tempo requerido na sua concretização, a funcionalidade da pessoa é diferenciada somente em pessoa mais velha independente, sem qualquer limitação física ou necessidade da ajuda de outros na realização das AVD's e pessoa mais velha dependente, quando é requerida a intervenção

de uma terceira pessoa para satisfazer as suas necessidades, sendo este o item categorizado no instrumento. Apesar de não referenciado como fator de risco significativo nos estudos anteriormente analisados (ACSQHC (2016); CEHSEU (2006); Inouye et al., (1993); Inouye & Charpentier (1996); NICE, (2010); SIGN, (2019), que apoiam a construção do instrumento de avaliação, a limitação funcional com diminuição na realização das capacidades das AVD's e a imobilidade tem significado estatístico na confusão aguda, analisado por Ahmed e colaboradores (2014). Também Solà-Miravete e colaboradores, (2018) encontraram diferenças significativas entre a dependência moderada e elevada nas AVD's, sendo o fator “não saindo da cama” um dos fatores de risco independentes preditivos. Dos quatro potenciais fatores de risco para a confusão aguda, Kobayashi e colaboradores (2013) definiram a limitação nas AVD's.

A imobilidade é um dos alvos de intervenção preventiva para a confusão aguda para Inouye e colaboradores (1999) no seu programa HELP, tornando-se um dos objetivos resultados na mudança do *score* das AVD's, e em outros programas de intervenção multicomponente (Martins & Fernandes, 2012). Estes estudos suportam e dão robustez à dimensão da intervenção do enfermeiro na identificação do risco e prevenção da confusão aguda, atendendo às variáveis sensíveis à sua atividade, afirmando-se esta uma estratégia eficaz na otimização de ganhos em saúde. Também Tomlinson e colaboradores (2016), afirmam no seu estudo, de forma a reduzir o risco de confusão aguda, às pessoas com limitação funcional prévia deve ser proporcionado o apoio necessário.

A “limitação visual” definida como a utilização de dispositivos auxiliares como óculos, redução da acuidade visual documentada ou ser invisual e a limitação auditiva considerada mediante a utilização de dispositivos auxiliares como próteses auditivas, hipoacusia documentada ou ser surdo, reuniu o consenso dos participantes, com 92,2% e 96,1% de concordância, respetivamente, para o risco de confusão aguda. A limitação sensorial, como a limitação visual, pode agravar um estado confusional agudo (APA, 2010). Inouye e colaboradores (1993) consideraram no seu modelo preditivo, a limitação visual como um dos fatores de risco com contribuição independente para o desenvolvimento da confusão aguda. Também Ahmed e colaboradores (2014) na revisão sistemática e meta-análise consideraram na combinação de probabilidades de desenvolvimento da confusão aguda, a limitação visual como significante. É expectável, um declínio no normal funcionamento dos sistemas orgânicos nas pessoas mais velhas, incluindo os sistemas sensoriais, destacando-se a visão e a audição, que condiciona a interação da pessoa mais velha com o ambiente externo (Sequeira, 2018). Igualmente, sabe-se que as características clínicas do estado

confusional agudo englobam alterações da percepção, nomeadamente, alucinações ou ilusões, principalmente visuais (Garcez et al., 2021). Relativamente, à “limitação auditiva”, na análise realizada das orientações internacionais abordadas anteriormente ser apenas mencionada pelo SIGN (2019) como fator de risco importante, é referida pela literatura como um fator de risco significativo. Incluída em modelos preditivos para a confusão, é considerada um fator de risco predisponente para a ocorrência de confusão aguda (Inouye et al., 2013; Marcantonio, 2011), sendo um dos fatores sinalizado para intervenções preventivas, com base na evidência da sua associação com o risco de confusão aguda (Inouye et al., 1999). No estudo de Michaud e colaboradores (2007), a limitação sensorial é também apresentada como fator de risco predisponente, reiterando a necessidade de minimizar o impacto destas barreiras sensoriais, quer a nível auditivo quer visual, integrando orientações específicas na redução destas limitações, nas recomendações para a prevenção da confusão aguda. Deste modo, a análise do grupo de peritos neste estudo vai de encontro aos achados.

A gravidade da doença, moderada a severa, no estudo de Douglas e colaboradores (2013), é uma das variáveis com associação independente no desenvolvimento de confusão aguda. Nos seus padrões de qualidade desenvolvidas para o estado confusional agudo, NICE (2010), afirma que uma pessoa está em risco de confusão aguda, se de entre outros fatores, no qual se inclui a idade igual ou superior a 65 anos, apresenta-se gravemente doente, isto é, apresenta deterioração do seu estado de saúde. Os resultados obtidos neste estudo, são apoiados por outros estudos no que reporta à inclusão do item “doença de início súbito” como fator de risco para a confusão aguda, com uma percentagem de 98,%. Sabe-se que uma situação de deterioração clínica se manifesta por alteração dos sinais vitais, implicando a monitorização destes parâmetros fisiológicos (NICE, 2007). A prevalência de confusão aguda é, normalmente, mais elevada em unidades de cuidados paliativos (59%) e unidades de medicina intensiva (82%), afetando 10 a 13% de pessoas mais velhas nos serviços de urgência (Garcez et al., 2021), áreas de prestação de cuidados, onde usualmente, se encontram pessoas com instabilidade hemodinâmica. Holly e colaboradores (2013) na revisão sistemática, concluíram que uma pontuação alta no instrumento *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) II, que avalia a gravidade da doença e o risco de morte, foi o fator mais significativo no desenvolvimento da confusão aguda, propondo uma relação entre a instabilidade hemodinâmica e a confusão aguda.

O estudo conduzido por Inouye e colaboradores (1993), reconheceu que apesar da baixa prevalência do fator de risco doença grave na coorte de desenvolvimento, este estava associado a um risco

consideravelmente alto de confusão aguda. Também as *guidelines* do NICE (2010) incluíram a gravidade da doença como principal fator de risco para o aparecimento da confusão aguda. É reconhecida a etiologia multifatorial da confusão aguda. É frequentemente iatrogénica e provocada por eventos súbitos e potencialmente reversível em 50% dos casos (Prayce et al., 2018). No presente estudo, a doença de início súbito é entendida como a deterioração do estado de saúde da pessoa mais velha, pressupondo a presença de doença aguda que motive a admissão a uma instituição de prestação de cuidados. Na prevenção e tratamento da confusão aguda na pessoa mais velha é confirmada a relevância de identificar e tratar precocemente as alterações que acometem subitamente o estado de saúde da pessoa mais velha, possíveis causadores de um estado de confusão aguda (Garcez et al., 2021).

O “risco nutricional” para o painel de peritos deve ser medido através da questão “A pessoa mais velha teve a sua ingestão oral diminuída na última semana?”, obtendo 80,4% de consenso para inclusão no instrumento. Não obstante e de acordo com OMS, o índice de massa corporal (IMC) permitir aferir o estado nutricional da pessoa adulta, indicando um IMC inferior a 18,5 Kg/m<sup>2</sup>, um estado nutricional de baixo peso (WHO, 2021), a opinião dos peritos não atingiu o nível de concordância esperado para a avaliação do risco nutricional através do IMC <20,5 Kg/m<sup>2</sup>, obtendo-se uma percentagem de 52,9% na primeira ronda e 57,5% na segunda ronda. Nos estudos Inouye e colaboradores (1993), integraram no seu modelo preditivo de confusão aguda para identificar a pessoa mais velha em risco, o nível elevado de ureia nitrogenada no sangue/taxa de creatinina, ou seja, a desidratação, considerando este um fator de risco predisponente. Posteriormente, no seu estudo preditivo Inouye & Charpentier (1996), para identificar fatores de risco precipitantes para a confusão aguda durante o período de internamento em doentes em enfermarias médicas, integrou no seu modelo final a má-nutrição, baseada no nível sérico de albumina inferior a 30g/L. A ingestão oral pode estar diminuída, durante uma hospitalização podendo ocorrer desidratação e um pobre estado nutricional, decorrente de intercorrências médicas, afigurando-se nesta perspetiva como fator de risco precipitante, como também é salientada a desidratação e má nutrição como fator de risco predisponente. O modelo inter-relacional de fatores de risco predisponentes e precipitantes, recriado por outros estudos, de Inouye & Charpentier (1996) explica o contributo destes fatores, de forma independente e significativa na confusão aguda. Ainda, na revisão, Newman e colaboradores (2015), menciona que a associação do nível elevado de ureia nitrogenada no sangue/taxa de creatinina é consistente com estado mental alterado. Independentemente da sua relação negativa com o risco de confusão aguda, a má nutrição ou risco elevado de má nutrição está presente em 20 a

50% dos doentes aquando da admissão hospitalar, dado que estes podem ter dificuldades em suprir esta necessidade (Reber et al., 2019).

Embora, Inouye e colaboradores (1993) e Inouye & Charpentier (1996), utilizem valores analíticos para mensurar a desidratação e a má nutrição, assumindo a necessidade de realizar a avaliação de estudos analíticos, no presente estudo, pretende-se construir um instrumento de fácil aplicação e aferição do risco de confusão aguda. Atendendo ao exposto, no estudo que apresentamos, assumiu-se o risco nutricional *per si* como fator de risco para a confusão aguda, não se diferenciando a sua presença no momento ou após a admissão. Em linha com os estudos realizados (Garcez et al., 2021), os peritos reconheceram as implicações da má nutrição no risco de confusão aguda, mas logrando-se tornar esta avaliação vantajosa e facilitadora da prática do enfermeiro, sem, no entanto, comprometer a precisão do instrumento e os cuidados à pessoa mais velha, entende-se que a aferição deste item é realizada mediante a questão mencionada acima. Esta questão deve ser colocada diretamente à pessoa, se esta apresentar um estado mental que possibilite a resposta ou aos seus familiares/cuidador na admissão. No decorrer do período de permanência da pessoa na instituição de cuidados, deve o enfermeiro realizar a avaliação objetiva deste item.

O item “contenção mecânica” obteve junto dos peritos, um nível de concordância de 90,2%. A contenção terapêutica de doentes, inclui a contenção física e a contenção mecânica. Como fator de risco para o aparecimento da confusão aguda, a literatura refere-se especificamente e traduzido para o contexto português, à contenção mecânica, ou seja, à utilização de equipamentos que limitam os movimentos do doente (DGS, 2011). A repercussão da contenção mecânica na confusão aguda foi primeiro descrita por Inouye & Charpentier (1996) no estudo de desenvolvimento de um modelo preditivo para a confusão aguda baseado em fatores de risco precipitantes. Doentes com contenção mecânica apresentam um risco de desenvolver confusão aguda quatro vezes superior em comparação com doentes sem contenção. Anteriormente, Sullivan-Marx (1994) também destacou a relação entre a confusão aguda e a contenção mecânica em pessoas mais velhas, sublinhando os custos a nível individual e financeiro na pessoa, famílias e sociedade, associando-se a confusão aguda e a contenção mecânica *per se*, a declínio funcional. Mais tarde, estudos de Pan e colaboradores (2018) reforçaram a relação bidirecional entre confusão aguda e a contenção mecânica.

A agitação motora súbita é uma consequência clinicamente presente em estados confusionais agudos (Marcantonio, 2011), condição que pode desencadear a contenção mecânica do doente e prevenir, em algumas situações, a prevenção de complicações, como a remoção de dispositivos médicos, permitir continuidade de cuidados e tratamento e como medida de segurança, na prevenção de quedas (Chou et al., 2020). Contudo, outros estudos sugerem que a contenção mecânica frequentemente não resolve o propósito para a sua implementação, podendo ainda agravar a agitação do doente (Mott et al., 2005). Lach e colaboradores (2016) salientaram a confusão aguda como um dos fatores associado à utilização de contenção mecânica, enfatizando todavia, que devem ser implementadas intervenções pelos enfermeiros que reduzam a necessidade de utilização de contenção mecânica em situações de confusão aguda.

*Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit* (2006) reforçou a contenção mecânica como um fator de risco elevado para desenvolver confusão aguda em contexto hospitalar. Além disso e como salientado por Pan e colaboradores (2018), é recíproca a relação entre estas duas variáveis, a confusão aguda é fator de risco para a utilização de contenção mecânica e a contenção mecânica pode ser fator precipitante da confusão aguda. No estudo realizado sobre o impacto da contenção mecânica na confusão aguda em doentes em medicina intensiva, Pan e colaboradores (2018) obteve, através dos resultados, uma incidência de confusão aguda de 39,8% em doentes com contenção mecânica. Refere-se que com a contenção mecânica, a autonomia do doente é restringida, provoca emoções negativas que aumentam o risco de confusão aguda, condiciona o posicionamento do doente, promovendo a imobilidade por longos períodos, causando desconforto que pode comprometer a qualidade do sono e consequentemente provocar distúrbios do ciclo de sono/vigília (Pan et al., 2018). Estas alterações relacionam-se com um quadro clínico de confusão aguda, uma vez que, a mobilização precoce e a limitação da imobilização do doente pelo menor período de tempo são medidas preventivas da confusão aguda, integrando o pacote das intervenções multicomponente, assim como, a prevenção da privação de sono (Inouye et al., 2013). Em suma, os resultados obtidos neste estudo, são apoiados pela literatura disponível sobre as implicações do uso da contenção mecânica no aparecimento da confusão aguda. Prevenir a utilização da contenção mecânica, identificando potenciais riscos de alterações comportamentais no doente, no qual se inclui a confusão aguda, limitará o uso desta medida potenciadora de riscos físicos e psicológicos no doente e de consequências na sua funcionalidade, duração de internamento e mortalidade (Chou et al., 2020; Mott et al., 2005).



A “presença de dispositivos médicos” como fator de risco para a confusão aguda obteve concordância de 94,1% do grupo de peritos para inclusão. Dentro da categoria de dispositivos médicos, vários são os estudos que evidenciam a relação entre confusão aguda e a cateterização vesical (Marcantonio, 2011; Tomlinson et al., 2016). A concordância dos peritos está em conformidade com o estudo de Inouye & Charpentier (1996) sobre fatores precipitantes de confusão aguda relacionados com a admissão hospitalar, no qual destacou a presença de cateter vesical, quer urinário quer supra-púbico, como um dos cinco fatores independentes precipitantes para a confusão aguda. A revisão sistemática da literatura de Ahmed e colaboradores (2014), que demonstrou a associação significativa da utilização do cateter vesical e a incidência da confusão aguda. Também Tomlinson e colaboradores (2016) na análise dos fatores de risco precipitantes mostrou a presença de cateter vesical associado de forma independente à confusão aguda, consistente com os estudos de Inouye & Charpentier (1996).

Os dispositivos médicos invasivos, como o cateter vesical e o cateter venoso central, e não invasivos, como dispositivos de oxigenação, contribuem para uma imobilização involuntária do doente, e no caso de dispositivos médicos invasivos aumentam o risco de as pessoas internadas desenvolverem infecções (DGS, 2015, 2017). Os resultados do estudo refletem um nível de concordância de 98% no item “dispositivos médicos invasivos”, justificando a inclusão deste item no instrumento. Todos os dispositivos médicos condicionam a mobilização do doente, sabendo-se que a estimulação precoce da mobilização é um dos alvos das intervenções preventivas da confusão aguda (Inouye & Charpentier 1996; Michaud et al., 2007). Os resultados deste estudo estão em concordância com a literatura, destacando a importância destes dois itens na confusão aguda. Os resultados direcionam, inevitavelmente, para a intervenção preponderante do enfermeiro na identificação destes riscos, pois uma correta gestão do plano de cuidados do doente pressupõe uma constante avaliação das suas necessidades, especificando-se neste caso, a necessidade de manutenção de dispositivos médicos e do seu correto manuseamento de acordo com os princípios básicos da prevenção e controlo de infeções, assim como na avaliação da sua capacidade funcional para as atividades de vida.

A “prescrição de três ou mais medicamentos” durante o período de prestação de cuidados foi um fator de risco identificado no presente estudo, com 88,2% de concordância do painel de especialistas. A associação entre a “prescrição de três ou mais medicamentos” durante a prestação de cuidados e a confusão aguda foi significativa no estudo de Tomlinson e colaboradores (2016), em concordância com o estudo anterior de Inouye & Charpentier (1996), que identificou este item como um dos cinco fatores

de risco precipitantes da confusão aguda. Outras orientações, como a *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2019), no que reporta à confusão aguda, sugerem a polimedicação em pessoas mais velhas como fator de risco. Carvalho e colaboradores (2021) no estudo de avaliação de fatores de risco para confusão aguda em adultos em medicina intensiva evidenciou a polimedicação, descrita neste estudo como a administração de cinco ou mais medicamentos em 24 horas, como um fator de risco precipitante na confusão aguda.

Com o objetivo de prevenir quadros confusionais, alguma da investigação sugere a importância de rever frequentemente a terapêutica do doente, especificamente a terapêutica psicotrópica, como os sedativos e as benzodiazepinas (Michaud et al., 2007). Consistente com este dado, o grupo de peritos incluiu o item “toxicidade medicamentosa” como fator de risco na confusão aguda com 98%. Na pessoa mais velha e decorrente do processo de envelhecimento, ocorrem modificações fisiológicas que alteram a farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, estando mais vulneráveis a efeitos adversos e interações medicamentosas (Carvalho et al. 2021). O uso incorreto da medicação é a causa mais comum da confusão aguda, dado que a confusão aguda é frequentemente iatrogénica (Inouye et al., 1999). Em pessoas vulneráveis, como a pessoa mais velha, a alteração da terapêutica habitual pode precipitar um quadro confusional agudo (Inouye, 2006), devendo-se ajustar a dose e vigiar efeitos laterais da medicação nesta população.

As quedas são descritas por Inouye & Charpentier (1996) como um dos eventos iatrogénicos precipitantes da confusão aguda. Estes dados apoiam a investigação realizada, onde se obteve através do painel de peritos um nível de concordância de 94,1%, na “queda” como fator de risco para a confusão aguda. Relacionando a queda com a análise dos itens anteriores, é fácil de perceber que a ocorrência de uma queda durante o período de prestação de cuidados pode motivar a restrição da mobilidade do doente, o aumento do nível de dependência nas AVD's, a administração de terapêutica analgésica opióide pela presença de dor, contribuindo para a adição terapêutica, necessidade de colocação de novos dispositivos médicos e risco de desenvolvimento de novos processos infecciosos, e até a realização de uma intervenção cirúrgica. Doentes submetidos a cirurgia por fratura da anca, com controlo da dor deficitário tinham maior probabilidade de desenvolver confusão aguda (Carvalho et al., 2021; Maciel et al., 2021; Rosen et al., 2015). Todos estes fatores são potenciais riscos de desenvolvimento da confusão aguda (Ahmed et al. (2014); Carvalho et al. (2021); DGS, 2015, 2017; Kobayashi et al., 2013; Maciel et

al., 2021; Michaud et al., 2007; Solà-Miravete et al., (2018); Tomlinson et al. (2016). Esta é uma perspetiva holística da situação do doente e das diferentes etiologias da confusão aguda.

Apenas na segunda ronda da técnica *Delphi* foi obtida concordância para o item “obstipação” como fator de risco na confusão aguda, apresentando um valor de consenso de 82,5%. O resultado inicial deste estudo pode justificar o facto de que a obstipação apesar de comum, é frequentemente negligenciada como fator de risco precipitante para a confusão aguda (Rosen et al., 2015). Sabe-se que a idade avançada é fator de risco para a obstipação crónica, pelas múltiplas patologias que a pessoa mais velha apresenta e conseqüente polimedicação (Simón, 2013). No entanto, o consenso depois alcançado junto dos peritos para inclusão deste item está de acordo com o estudo de Inouye & Charpentier (1996), que descreve a obstipação como outro dos eventos iatrogénicos. Também Rosen e colaboradores (2015) no seu estudo de identificação de fatores precipitantes e modificáveis de confusão aguda em pessoas mais velhas, demonstrou uma frequência de 25% de obstipação/presença de fecaloma, como um dos fatores precipitantes de confusão aguda mais passível de ser modificado. Durante o período de prestação de cuidados a obstipação pode ser causada por diversos fatores, como a imobilidade, comorbidades e medicação (Rosen et al., 2015). Os resultados do presente estudo evidenciam a importância da intervenção do enfermeiro na correta avaliação e monitorização da condição física do doente, para deteção e minimização dos efeitos da obstipação, preponderante na prevenção da confusão aguda.

A “fratura da anca” presente, e os eventos iatrogénicos “reação transfusional”, “flebite” e “nova úlcera de pressão” não obtiveram o nível de concordância mínimo de 75% do grupo de peritos para inclusão no instrumento de avaliação. O resultado obtido para o item fratura da anca no presente estudo, está em discordância com estudos anteriores. NICE (2010) considera a fratura da anca presente como fator de risco para o desenvolvimento da confusão aguda, seguindo as suas recomendações também ACSQHC (2016) está no mesmo nível de concordância. Um dos estudos levado a cabo por ACSQHC mostrou um efeito significativo de fraturas presente na admissão da pessoa e a incidência da confusão aguda. A cirurgia urgente a fratura da anca quando comparada com cirurgias eletivas ao joelho ou anca, demonstrou uma relação causal significativa com a incidência da confusão aguda, concluindo -se que o fator de risco não está relacionado com o tipo de cirurgia, mas com a causa de base (fratura da anca) (NICE, 2010). Além disso, Holly e colaboradores (2013) sugere, que a pessoa com 65 ou mais anos de idade, submetida a um procedimento cirúrgico, frequentemente ortopédico ou cardíaco, com outros fatores de risco associados, está em risco elevado para o desenvolvimento de confusão aguda. Apesar

da fratura da anca se poder constituir como fator precipitante, os resultados obtidos podem ser entendidos como perspectiva Maciel e colaboradores (2021), não é suscetível a uma intervenção direta do profissional. No entanto é fundamental o enfermeiro reconhecer as consequências desta situação e a sua relação com uma possível intervenção cirúrgica, a imobilização e a dor, fatores que concorrem como risco para desenvolvimento de confusão aguda, podendo planejar intervenções no sentido de prevenir a ocorrência de confusão aguda.

No estudo de Inouye & Charpentier (1996), a “reação transfusional” como evento iatrogénico está associada a um aumento do risco de confusão aguda. A anemia é um fator de risco para a confusão aguda, dado que a diminuição da hemoglobina acarreta uma alteração no transporte de oxigénio com implicações na oxidação cerebral, o que aumenta o risco de confusão aguda pela hipoxia, também este fator de risco (Carvalho et al., 2021; Prayce et al., 2018). Embora o resultado obtido junto do painel de peritos não se equiparar a estudos anteriores, sabe-se que a diminuição da capacidade fisiológica da pessoa mais velha decorrente do processo de senescência, condiciona uma vulnerabilidade a eventos adversos, na sequência das várias intervenções que é submetida durante a prestação de cuidados. Das manifestações mais frequentes encontram-se as relacionadas com o sistema respiratório e a febre, mas também diminuição do nível de consciência e agitação psicomotora, alterações orgânicas iatrogénicas que concorrem para o desenvolvimento de confusão aguda (Prayce et al., 2018; Sobral et al., 2020). A identificação destes fatores de risco e o reconhecimento das suas relações e implicações poderá ter um efeito significativo na prevenção da confusão aguda na pessoa idosa.

Ainda dentro dos eventos iatrogénicos evidenciados por Inouye & Charpentier (1996) e sujeitos a apreciação pelo grupo de peritos, foram os itens “flebite” e “úlceras de pressão de novo”, cujos resultados neste estudo determinaram a sua não inclusão no instrumento final de avaliação. Contudo, sabe-se que a ocorrência de flebite está relacionada com a presença de dispositivos médicos invasivos como o cateter venoso central e periférico, podendo relacionar-se com aumento do risco de infeção, sendo um fator precipitante da confusão aguda (Carvalho et al., 2021). Relativamente à úlcera de pressão, além da pressão, que é o fator mais importante, existem mais associados ao seu desenvolvimento, como um estado nutricional deficitário, a imobilidade, idade superior a 65 anos, alterações do estado de consciência, entre outros (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2017). Uma nova úlcera de pressão poderá implicar dor e infeção, fatores precipitantes de confusão aguda (Carvalho et al., 2021; Maciel et al., 2021). Tanto na flebite como na úlcera de pressão a sua prevenção está intimamente

relacionada com a atividade profissional do enfermeiro, sendo a gestão da dor, a mobilização precoce e posicionamento, a aplicação dos princípios básicos da prevenção e controlo de infeções e avaliação da necessidade, em conjunto com a equipa multidisciplinar, de dispositivos médicos presentes, intervenções autónomas de enfermagem para dar resposta a um diagnóstico de confusão aguda (Sousa et al., 2019).

O período para “aplicação do instrumento de avaliação”, com três alternativas de resposta, não reuniu consenso entre os peritos, mesmo após a aplicação da segunda ronda. Para o *National Institute for Health and Care Excellence* (2010) todas as pessoas admitidas num hospital ou numa instituição de cuidados de longa duração devem ver avaliada a presença de fatores de risco. *Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit* (2006), refere que todas as pessoas mais velhas admitidas numa instituição de cuidados devem ser avaliadas para o risco de confusão aguda e *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (2016) indica a avaliação do risco de confusão aguda nas pessoas admitidas num hospital. Sabe-se que a prevalência da confusão aguda na comunidade é reduzida, dado que frequentemente o seu desenvolvimento precipita a deslocação da pessoa mais velha a uma instituição de cuidados, geralmente um serviço de urgência (Inouye et al., 2013). Desta forma, as recomendações são no sentido de avaliar, na admissão da pessoa mais velha, os fatores de risco para confusão aguda presentes, e manter uma vigilância contínua da pessoa idosa em risco (Wakefield, 2002). Assim e apesar dos resultados deste estudo não terem determinado um consenso no que reporta à avaliação, parece pertinente a avaliação do risco de confusão aguda na admissão, diariamente, e sempre que o estado de saúde da pessoa se alterar, em todas as pessoas com 65 ou mais anos de idade admitidos numa instituição de prestação de cuidados.

Como se pode verificar é complexo o cuidado à pessoa com confusão aguda, pois envolve um conjunto de variáveis, que se interrelacionam e influenciam negativamente a saúde da pessoa mais velha. Dos 14 itens que obtiveram do painel de peritos, o nível de concordância mínimo definido, e após a realização da discussão dos resultados obtidos com esta investigação, são apresentados 13 itens finais (Quadro 6) para inclusão no instrumento final de avaliação do risco de confusão aguda e que sintetizam a evidência produzida com este estudo.

Quadro 6 Apresentação dos itens para integração no instrumento final de avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas.

| RISCO DE CONFUSÃO AGUDA <sup>1</sup>  |          |         |
|---|----------|---------|
| FATORES DE RISCO  | PRESENTE | AUSENTE |
| ORIENTAÇÃO (NOME, IDADE, NOME DA INSTITUIÇÃO, ANO CORRENTE)                       |          |         |
| LIMITAÇÃO VISUAL  |          |         |
| LIMITAÇÃO AUDITIVA  |          |         |
| DOENÇA DE INÍCIO SÚBITO   |          |         |
| DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA   |          |         |
| RISCO NUTRICIONAL (A PESSOA TEVE A SUA INGESTÃO ORAL DIMINUÍDA NA ÚLTIMA SEMANA?) |          |         |
| CONTENÇÃO MECÂNICA  |          |         |
| DISPOSITIVOS MÉDICOS  |          |         |
| PRESCRIÇÃO DE 3 OU MAIS MEDICAMENTOS  |          |         |
| NOVO PROCESSO INFECCIOSO  |          |         |
| TOXICIDADE (MEDICAMENTOSA)  |          |         |
| QUEDAS  |          |         |
| OBSTIPAÇÃO  |          |         |

<sup>1</sup>O INSTRUMENTO É APLICADO A TODAS AS PESSOAS COM 65 OU MAIS ANOS DE IDADE.

O presente estudo tem várias forças que devem ser abordadas. Foi utilizada uma amostra representativa de peritos de diferentes serviços de internamento hospitalar, e os enfermeiros peritos que realizam a sua atividade profissional em lares/ERPI, apesar da reduzida percentagem neste estudo, contribuem com a perspetiva do cuidado à pessoa mais velha em ambiente de prestação de cuidados prolongados. O instrumento poderá ser aplicado a todas as pessoas com 65 anos de idade ou mais, dada a relação entre a pessoa mais velha e a confusão aguda. Foram submetidos a análise fatores de risco emanados de estudos e orientações com representatividade científica e analisados por peritos para o contexto português. Analisada a evidência disponível, será o primeiro estudo em Portugal, que se propõe a identificar o risco para a confusão aguda na pessoa mais velha, operacionalizando um instrumento de mensuração do risco. Ademais, um instrumento de avaliação deverá ser de fácil incorporação na prática clínica, baseando-se o instrumento proposto em dados simples de recolher pelo enfermeiro. Uma vez que, este instrumento permite identificar o risco de confusão aguda em pessoas mais velhas, nas pessoas com risco e que devem *à posteriori* ser submetidas a uma avaliação diagnóstica para confusão aguda, esta ferramenta pode contribuir para a deteção de casos de confusão aguda incidente e prevalente, podendo ser aplicado a pessoas com e sem confusão aguda. Na prática clínica, este estudo

poderá contribuir para uma intervenção mais precoce dos enfermeiros na avaliação do risco de desenvolvimento de confusão aguda em pessoas mais velhas.

Em contraponto, há limitações que devem ser reconhecidas. A amostra utilizada não tem representatividade a nível nacional. A percentagem de pessoas mais velhas em unidades da rede de cuidados continuados integrados é elevada, sendo pertinente incluir em estudos futuros, enfermeiros peritos destas instituições. Este estudo evidenciou a concordância do painel de peritos nos fatores de risco a incluir num instrumento de avaliação, contudo devem realizar-se estudos com a implementação do mesmo, especificamente, realizar uma análise fatorial exploratória e confirmatória, tendo por objetivo obter a validade e fidelidade do instrumento. Por fim, grande parte dos fatores de risco, obtidos com a síntese da literatura, e o seu elevado nível de evidência foram analisados em contexto de cuidados de saúde agudos, sendo recomendada uma avaliação prévia da *performance* do instrumento noutros contextos.

#### *Implicações para a Investigação*

A investigação na confusão aguda deve constituir uma prioridade para os enfermeiros, para descrever, explicar e prever as associações e relações das diferentes variáveis na confusão aguda. Os resultados deste estudo são uma mais-valia para a investigação, na medida em que permitem aferir os fatores de risco consensualmente aceites para o contexto português, na identificação do risco de confusão aguda na pessoa mais velha. As consequências e a gravidade da confusão aguda podem ser minimizadas e até potencialmente evitáveis. A identificação do risco de confusão aguda na pessoa mais velha é fundamental para alcançar estes objetivos. Uma vigilância estruturada e contínua dos fatores de risco permite, da parte do enfermeiro, um planeamento precoce de intervenções ajustadas à situação de saúde da pessoa. Nesta investigação, a prevenção da confusão aguda é tida como um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Alguns fatores de risco, como a obstipação, a correção da limitação visual e auditiva, a contenção mecânica, as quedas, os dispositivos médicos, entre outros, são modificáveis e sensíveis aos cuidados de enfermagem, demonstrando a pertinência da implementação e aplicação sistemática deste instrumento.

De conhecimento, sendo este o primeiro estudo em Portugal a construir um instrumento para identificação do risco de confusão aguda para implementação na prática clínica, são necessários estudos

metodológicos que visem a avaliação das características psicométricas do instrumento para interpretar a sua aplicação e para perceber a implicação dos fatores de risco identificados pelos peritos, no desenvolvimento da confusão aguda em pessoas mais velhas. Dadas as consequências negativas da confusão aguda na saúde e qualidade de vida das pessoas, são necessários mais estudos, nomeadamente, estudos que avaliem o impacto da aplicação de um programa de intervenção dirigido às pessoas mais velhas com risco de confusão aguda.

### *Implicações para a Prática*

Esta investigação constitui uma oportunidade de os enfermeiros avaliarem a confusão em pessoas mais velhas através de uma *checklist* de fácil aplicação. Dada a prevalência e incidência da confusão aguda em pessoas mais velhas em contextos de prestação de cuidados, especialmente em cuidados diferenciados, a sobrecarga nos setores da saúde e económico e, sobretudo o impacto negativo na sua saúde, o instrumento construído afirma-se como uma ferramenta útil para melhorar a prestação de cuidados às pessoas mais velhas e a gestão da confusão aguda. Considerando estas repercussões, é urgente a identificação do risco de confusão aguda, principalmente porque a confusão aguda continua a ser subdiagnosticada e, por isso, pouco valorizada pelos profissionais. O conhecimento científico e a permanência na prestação de cuidados tornam os enfermeiros agentes privilegiados no diagnóstico, na intervenção e na avaliação do risco de confusão aguda.

### *Implicações para o Ensino*

O estudo realizado permitiu refletir sobre o ensino, em particular na área de enfermagem, da confusão aguda. Como já referido, o diagnóstico de confusão aguda é frequentemente não identificado, podendo inferir-se como uma possível causa, o desconhecimento por parte dos enfermeiros do correto reconhecimento e avaliação da apresentação da confusão aguda. A sistematização da avaliação do risco de confusão aguda alcançada com esta investigação contribui também para a utilização de uma linguagem comum e classificada, importante para colmatar as lacunas identificadas. A mudança que se quer que ocorra na prática clínica passa, inevitavelmente, pelo processo de formação dos enfermeiros, É necessário que a evidência científica no domínio da confusão aguda possa efetivamente ser transferida para a prática, de forma a objetivar uma prestação de cuidados assente na boa prática, de forma a objetivar uma prestação de cuidados assente nas melhores práticas de prestação de cuidados.



## CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO

Este estudo pretendeu analisar as orientações internacionais na abordagem e na gestão da confusão aguda; descrever fatores de risco para o desenvolvimento de confusão aguda em pessoas mais velhas; e validar conceitualmente diretrizes para a avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas.

O número crescente de pessoas mais velhas a acederem cada vez mais aos contextos de saúde torna a avaliação da confusão uma prioridade dos enfermeiros. A confusão aguda não é um problema recente, no entanto, esta condição clínica é, ainda, identificada de forma deficitária pelos profissionais de saúde. A prevenção da confusão aguda em pessoas mais velhas é possível através do reconhecimento das principais variáveis do risco de confusão, sobretudo aquelas que são sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Relevando a sua importância subsistem ainda lacunas no que ao cuidado de qualidade às pessoas mais velhas com confusão aguda concerne. A evidência empírica disponível sobre esta problemática é extensa, tal como, os benefícios da sua prevenção e adequada gestão, exigindo dos profissionais de saúde uma atuação ajustada. No entanto, subsistem ainda lacunas a nível da aplicação do conhecimento e resultados de investigações produzidos.

Com este estudo e após a aplicação de duas rondas da técnica *e-Delphi* obteve-se consenso, com um nível mínimo de 75% no IVC para integração num instrumento de avaliação do risco de confusão aguda em pessoas mais velhas, catorze itens. Após a discussão dos resultados foram incluídos no instrumento final de avaliação treze itens: i) orientação (nome, idade, nome da instituição, ano corrente); ii) limitação visual; iii) limitação auditiva; iv) doença de início súbito; v) dependência nas AVD's; vi) risco nutricional (a pessoa teve a sua ingestão oral diminuída na última semana); vii) contenção mecânica; viii) dispositivos médicos; ix) prescrição de 3 ou mais medicamentos; x) novo processo infeccioso; xi) toxicidade (medicamentos); xii) quedas e xiii) obstipação.

Uma avaliação global e criteriosa da situação de saúde da pessoa mais velha é fundamental para a boa prática profissional reflète integração da multidimensionalidade da pessoa. A identificação das reais e potenciais necessidades e problemas da pessoa prevê a definição dos diagnósticos de enfermagem, e conseqüentemente de um plano de cuidados. A colheita de dados para o diagnóstico de risco/confusão

aguda pode ser materializada aplicando este instrumento, que se objetivou de simples aplicação em contextos clínicos. Este estudo contribui para o desenvolvimento do conhecimento no cuidado à pessoa mais velha com risco de confusão aguda. O exercício profissional dos enfermeiros deve basear-se na utilização de uma terminologia e classificação corretas, facilitando a comunicação entre equipas, o seu reconhecimento e a perpetuação da sua avaliação, de forma a assegurar a continuidade de cuidados. A literacia sobre esta problemática e a difusão das boas práticas deve acontecer em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, dado que o desenvolvimento da confusão aguda não é exclusivo do ambiente hospitalar.

A confusão aguda é um diagnóstico de enfermagem e, por isso, sensível à atuação dos enfermeiros. A não identificação da confusão aguda reflete uma prática deficiente, precária e agrava o impacto negativo na funcionalidade da pessoa mais velha, quer física quer cognitivamente. De igual modo, sobrecarrega as famílias pelo aumento da dependência da condição de saúde e pela consequente necessidade de cuidados de longa duração.

Reconhece-se, ainda, que para atingir níveis de prevenção da confusão aguda são necessárias mudanças estratégicas a vários níveis, podendo o enfermeiro pode ser facilitador desta mudança. A avaliação do risco de confusão aguda deve contribuir para a qualidade dos cuidados prestados e para ganhos em saúde na população mais velha. Este instrumento pode, após validação da métrica, assistir os enfermeiros na tomada de decisão e providenciar uma uniformização na prestação de cuidados na confusão aguda, caminhando para uma prática e assistência de excelência.

## CAPÍTULO 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F., Pierini, V., Cruz-Jentoft, A., Soiza, R., O'Mahony, D., & Cherubini, A. (2016). Non-Pharmacological Interventions to Prevent or Treat Delirium in Older Patients: Clinical Practice Recommendations The SENATOR-ONTOP Series. *The journal of nutrition, health & aging*, 20(9), 927–936. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-016-0719-9>
- ACI. (2015). *Key Principles for Care of Confused Hospitalised Older Persons*. ACI Aged Health Network. [https://aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/249171/CHOPS-key-principles1-2-web.pdf](https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/249171/CHOPS-key-principles1-2-web.pdf)
- ACSQHC. (2016). *Delirium Clinical Care Standard*. <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-care-standards/delirium-clinical-care-standard>
- Administração Regional de Saúde do Algarve. (2017). *Úlceras de Pressão. Atuação na prevenção e tratamento*. Obtido de <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/UP.pdf>
- Ahmed, S., Leurent, B., & Sampson, E. L. (2014). Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 43(3), 326–333. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu022>
- Alexandre, N.M.C., & Coluci, M.Z.P. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(7), 3061–3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Apóstolo, J. (2010). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*.
- Avendaño-Céspedes, A., García-Cantos, N., González-Teruel, M., Martínez-García, M., Villarreal-Bocanegra, E., Oliver-Carbonell, J. L., & Abizanda, P. (2016). Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P. *Maturitas*, 86, 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.002>
- Backes, C., Beuter, M., Venturini, L., Benetti, E., Bruinsma, J., Girardon-Perlini, N. & Oliveira, F. (2019). A prática da contenção em idosos: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*, 32(5), 578-83. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900080>
- Barreto, J. (2018). Prefácio. In C. Sequeira. (Ed.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (pp.XIII-XV). (2 ed.). Lidel.
- Bellelli, G., Morandi, A., Trabucchi, M., Caironi, G., Coen, D., Fraticelli, C., Paolillo, C., Prevaldi, C., Riccardi, A., Cervellin, G., Carabellese, C., Putignano, S., Maggi, S., Cherubini, A., Gnerre, P., Fontanella, A., Latronico, N., Tommasino, C., Corcione, A., Ricevuti, G., . . . Perticone, F. (2018). Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. *Internal and emergency medicine*, 13(1), 113–121. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-017-1705-x>
- Belton, I., MacDonald, A., Wright, G., & Hamlin, I. (2019). Improving the practical application of the Delphi method in group-based judgment: A six-step prescription for a well-founded and defensible process. *Elsevier Inc*, 147, 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.07.002>
- Brikczynski, K.A. (2004). In A.M Tomey & M.R. Alligood. (Eds.). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp.185-207). (5ed.). Lusociência.
- Bush, S. H., Marchington, K. L., Agar, M., Davis, D. H., Sikora, L., & Tsang, T. W. (2017). Quality of clinical practice guidelines in delirium: a systematic appraisal. *BMJ open*, 7(3), e013809. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013809>
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel

- dos Santos. Obtido de <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>.
- Cancela, D.M.G. (16 maio 2008). *O Processo de Envelhecimento*. Psicologia.pt. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carpenito-Moyet, L.J. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 11(ed.). Artmed.
- Carrasco, M., Villarroel, L., Calderón, J., Martínez, G., Andrade, M. & González, M. (2014). Riesgo de delirium durante la hospitalización en personas mayores: desarrollo y validación de un modelo de predicción clínica. *Revista médica de Chile*, 142(7), 826-832. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000700002>
- Carvalho, L.A.C., Correia, M.D.L., Ferreira, R.C., Botelho, M.L., Ribeiro, E. & Duran, E.C.M. (2021). Accuracy of delirium risk factors in adult intensive care unit patients. *Rev Esc Enferm USP*, 56:e20210222. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0222>
- CEHSEU. (2006). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People*. <https://anestesiario.org/WP/uploads/2010/03/delirium-cpg.pdf?835cb2>
- Cerejeira, J., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2011). A clinical update on delirium: from early recognition to effective management. *Nursing research and practice*, 2011, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2011/875196>
- Chou, M. Y., Hsu, Y. H., Wang, Y. C., Chu, C. S., Liao, M. C., Liang, C. K., . . . Lin, Y. T. (2020). The Adverse Effects of Physical Restraint Use among Older Adult Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study. *J Nutr Health Aging*, 24(2), 160-165. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1306-7>
- Coyle, M., Burns, P., & Traynor, V. (2017). Is it my job? The role of RNs in the assessment and identification of delirium in hospitalized older adults: an exploratory qualitative study. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(4), 29-37 <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20170111-02>
- Davis, D., Searle, S. D., & Tsui, A. (2019). The Scottish Intercollegiate Guidelines Network: risk reduction and management of delirium. *Age and ageing*, 48(4), 485-488. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz036>
- DGS. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. <https://nocs.pt/prevencao-comportamentos-seguranca-doentes/>
- DGS. (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- DGS. (2017). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- Douglas, V. C., Hessler, C. S., Dhaliwal, G., Betjemann, J. P., Fukuda, K. A., Alameddine, L. R., Lucatorto, R., Johnston, S. C. & Josephson, S. A. (2013). The AWOL tool: derivation and validation of a delirium prediction rule. *J Hosp Med*, 8(9), 493-499. <https://doi.org/10.1002/jhm.2062>
- EDA & ADS. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med* 12(141). <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0141-2>
- Espino, D.V., Jules-Bradley, A.C., Johnston, C.L., Mouton, C.P. (1998). Diagnostic approach to the confused elderly patient. *Am Fam Physician*, 57(6), 1358-1366. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9531917/>
- Faustino, T.N., Pedreira, L.C., Freitas, Y.S., Silva, R.M.O., & Amaral, J.B. (2016). Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. *Rev Bras Enferm*, 69(4), 725-732. [doi: 10.1590/0034-7167.2016690416j](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416j)

- Flagg, B., McDowell, S., & Buelow, J.M. (2010). Nursing Identification of Delirium. *Clinical Nurse Specialist*, 24(5), 260-266. [doi: 10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95](https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95)
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Freixo, M.J.V. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Instituto Piaget.
- Garcez, F.B., Avelino-Silva, T.J., Castro, R.E.V. & Inouye, S.K. (2021). Delirium in older adults. *Geriatr Gerontol Aging*, 15:e0210032. <https://doi.org/10.53886/gga.e0210032>
- Grey, T., Fleming, R., Goodenough, B.J., Xidou, D., Möhler, R., O'Neill, D. (2019). Hospital design for older people with cognitive impairment including dementia and delirium: supporting inpatients and accompanying persons. *Cochrane Library*, 11, 1-14. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013482>
- Han, J. H., Wilson, A., & Ely, E. W. (2010). Delirium in the older emergency department patient: a quiet epidemic. *Emergency medicine clinics of North America*, 28(3), 611–631. [doi.org/10.1016/j.emc.2010.03.005](https://doi.org/10.1016/j.emc.2010.03.005)
- Hasemann, W., Grossmann, F. F., Stadler, R., Bingisser, R., Breil, D., Hafner, M., Kressig, R. W., & Nickel, C. H. (2018). Screening and detection of delirium in older ED patients: performance of the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). A two-step tool. *Internal and emergency medicine*, 13(6), 915–922. [doi.org/10.1007/s11739-017-1781-y](https://doi.org/10.1007/s11739-017-1781-y)
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11095242/>
- Hoffman, L., Holmes, A., Riggs, J. & Schneiderman, S. (2020). Delirium. In Hall, K.K., Shoemaker-Hunt, S., Hoffman, L., Richard, S., Gall, E., Schoyer, E., Costar, D., Gale, B., Schiff, G., Miller, K., Earl, T., Katapodis, N., Sheedy, C., Wyant, B., Bacon, O., Hassol, A., Schneiderman, S., Woo, M., LeRoy, L, ..., Lim, A. (Eds). *Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices* (14-1-14-63). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Holly, C., Cantwell, E., & Kamienski, M. (2013). Evidence-Based Practices for the Identification, Screening, and Prevention of Acute Delirium in the Hospitalized Elderly: An Overview of Systematic Reviews. *Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports*, 2. <https://doi.org/10.1007/s13670-012-0031-4>
- Hshieh, T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T. & Ynouve, S. (2015). Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions: A Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 175(4), 512-520. [doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7779](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779)
- ICN. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Inouye, S.K. (2006). Delirium in Older Persons. *The New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165 [https://www.researchgate.net/publication/7019380\\_Delirium\\_in\\_older\\_persons](https://www.researchgate.net/publication/7019380_Delirium_in_older_persons)
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr, Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney, L. M., Jr (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England journal of medicine*, 340(9), 669–676. [doi.org/10.1056/NEJM199903043400901](https://doi.org/10.1056/NEJM199903043400901)
- Inouye, S.K., & Charpentier, P.A. (1996). Precipitating Factors for Delirium in Hospitalized Elderly Persons. Predictive Model and Interrelationship with Baseline Vulnerability. *JAMA*, 275(11), 852-857. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8596223/>
- Inouye, S. K., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Hurst, L. D., & Tinetti, M. E. (1993). A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med*, 119(6), 474-481. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-6-199309150-00005>
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2013). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60688-1)

- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente em Portugal. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Johnson, M.H. (2001). Assessing Confused Patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 71(1), i7-i12. [https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/71/suppl\\_1/i7.full.pdf](https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/71/suppl_1/i7.full.pdf)
- Kobayashi, D., Takabashi, O., Arioka, H., Koga, S., & Fukui, T. (2013). A Prediction Rule for the development of delirium among Patients in Medical Wards: Chi-Square Automatic Interaction Detector (CHAID) Decision Tree Analysis Model. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(10), 957-962. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.08.009>
- Lach, H.W., Leach, K.M. & Butcher, H.K. (2016). Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(2), 17-26. DOI: [10.3928/00989134-20160113-04](https://doi.org/10.3928/00989134-20160113-04)
- Maciel, M., Niwa, L., Ciosak, S., & Najas, M. (2021). Fatores Precipitantes de Delirium em Pacientes Idosos Hospitalizados. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 117-126. <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p117a126>
- Magalhães, L. M., [Mondrzak, R.](#), [Guidolin, B. L.](#) & [Zimmermann, P. R.](#) (2012). Estado confusional agudo/ Acute confusional status, *Acta méd. (Porto Alegre)*, 33(1): [6]. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881601/estado-confusional-agudo.pdf>
- Marcantonio, E. R. (2011). In the clinic. Delirium. *Ann Intern Med*, 154(11), ITC6-1-ITC16-16. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-11-201106070-01006>
- Marques, P., Sousa, P., & Silva, A. (2013). Confusão Aguda no idoso: dados para a decisão do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 37-43. <https://doi.org/10.12707/RIII1292>
- Martinez, J.A., Belastegui, A., Basabe, I., Goicoechea, X., Aguirre, C., Lizeaga, N., Urreta, I., & Emparanza, J.I. (2012). Derivation and validation of a clinical prediction rule for delirium in patients admitted to a medical ward: an observational study. *BMJ Open*, 2(e001599), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001599>
- Martins, R. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Milenium*, 27. <http://hdl.handle.net/10400.19/614>
- Martins, S., & Fernandes, L. (2012). Delirium in elderly people: a review. *Front Neurol*, 3, 101. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00101>
- Meshkat, B., Cowman, S., Gethin, G., Ryan, K., Wiley, M., Brick, A., Clarke, E., & Mulligan, E. (2014). Using an e-Delphi technique in achieving consensus across disciplines for developing best practice in day surgery in Ireland. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 1-8. <http://dx.doi.org/10.5430/jha.v3n4p1>
- MHFA. (2020). *Guidelines for Helping the Confused Older Person*. [https://mhfa.com.au/sites/default/files/confusion\\_in\\_the\\_older\\_person\\_-\\_may\\_2020.pdf](https://mhfa.com.au/sites/default/files/confusion_in_the_older_person_-_may_2020.pdf)
- Michaud, L., Büla, C; Berney, A., Camus, V., Voellinger, R., Stiefel, F., & Burnand, B. (2007). Delirium: Guidelines for General hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 371-383. [doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.004)
- Morandi, A., Pozzi, C., Milisen, K., Hobbelen, H., Bottomley, J., Lanzoni, A., Tazter, V.C., Carpena, M.G., Cherubini, A., Ranhoff, A., MacLulich, A.M.J., Teodorczuk, A., & Bellelli, G. (2019). An interdisciplinary statement of scientific societies for the advancement of delirium care across Europe (EDA, EANS, EUGMS, COTEC, IPTOP/WCPT). *BMC Geriatr* 19(253), 2-11. [doi.org/10.1186/s12877-019-1264-2](https://doi.org/10.1186/s12877-019-1264-2)
- Mott, S., Poole, J., & Kenrick, M. (2005). Physical and chemical restraints in acute care: their potential impact on the rehabilitation of older people. *Int J Nurs Pract*, 11(3), 95-101. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00510.x>



- Nações Unidas. (s.d.). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- NANDA, International. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. Definições e classificação 2018-2020*. (R.M. Garcez, Trad). 11(ed.). Artmed (2017).
- Newman, M. W., O'Dwyer, L. C., & Rosenthal, L. (2015). Predicting delirium: a review of risk-stratification models. *Gen Hosp Psychiatry*, 37(5), 408-413. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.05.003>
- NICE. (2010). *Delirium: prevention, diagnosis and management*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-pdf-35109327290821>
- NICE. (2007). *Acutely ill adults in hospital: recognising and responding to deterioration*. [www.nice.org.uk/guidance/cg50](http://www.nice.org.uk/guidance/cg50)
- NICE. (2014). *Delirium in adults*. [www.nice.org.uk/guidance/qs63](http://www.nice.org.uk/guidance/qs63)
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17(1), 3-9. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17\\_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. OMS.
- Pan, Y., Jiang, Z., Yuan, C., Wang, L., Zhang, J., Zhou, J., . . . Wu, Q. (2018). Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study. *J Clin Nurs*, 27(9-10), 1950-1957. <https://doi.org/10.1111/jocn.14334>
- Paúl, C. & Ribeiros, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (5ed.). Artmed.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. (2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Acta Med Port*, 31(1) 51-58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Rapp, C.G, Bonnie, W., Kundrat, M., Menten, J., Tripp-Reimer, T., Culp, K., Mobily, P., Akins, J., & Onega, L.L. (2000). Acute Confusion Assessment Instruments: Clinical Versus Research Usability. *Applied Nursing Research*, 13(1), 37-45. doi: [10.1016/s0897-1897\(00\)80017-8](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(00)80017-8).
- Rasmussen, B.H., & Creason, N.S. (1991). Nurses' Perception of the Phenomenon confusion in Elderly Hospitalized Patients. *Vård Nord Utveckl Forsk*, 21(11), 5-12. doi: [10.1177/010740839101100102](https://doi.org/10.1177/010740839101100102)
- Reber, E., Gomes, F., Vasiloglou, M.F., Schuetz, P., & Stanga, Z. (2019). Nutritional Risk Screening and Assessment. *J Clin Med*, 7(1065), 1-19. doi: [10.3390/jcm8071065](https://doi.org/10.3390/jcm8071065)
- Reston, J. T., & Schoelles, K. M. (2013). In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2), 375–380. doi: [10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00003](https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00003)
- Rosen, T., Connors, S., Clark, S., Halpern, A., Stern, M. E., DeWald, J., Lachs, M.S., & Flomenbaum, N. (2015). Assessment and Management of Delirium in Older Adults in the Emergency Department: Literature Review to Inform Development of a Novel Clinical Protocol. *Adv Emerg Nurs J*, 37(3), 183-196; quiz E183. <https://doi.org/10.1097/tme.000000000000066>
- Rudolph, J. L., Doherty, K., Kelly, B., Driver, J. A., & Archambault, E. (2015). Validation of a Delirium Risk Assessment Using Electronic Medical Record Information. *J Am Med Dir Assoc*, 17(3), 244-248. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.020>
- Rowe, G., & Wright, G. (2001). Expert opinions in forecasting: The role of the Delphi technique. In J.S. Armstrong (Ed.), *Principles of Forecasting* (pp125–144). Springer.
- Sampaio, F. (2012). Confusion Assessment Method: Tradução e Validação para a População Portuguesa. [Master's Thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico da Escola

- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2012). Confusão aguda e delirium: importância da utilização de instrumentos psicométricos de diagnóstico e/ou rastreio. In Sequeira, C. & Sá, L. (Eds). *Da investigação à Prática. Atas do III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Saúde Mental* (pp. 712-722). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Santos, L.D. (2004). Factores Determinantes do Duccesso de Serviços de Informação *Online* em Sistemas de Gestão de Ciência e Tecnologia [Doctoral dissertation, Escola de Engenharia da Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5125>
- Santos, A.J., Kislaya, I., Gil. A.P., Namorado, S., Barreto, M., Gaio, V., Baltazar, N., & Dias, C.M. (2017). O *distress* psicológico – prevalência e fatores associados na população residente em Portugal em 2015: resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge* 19(2), 4-7. [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4862/3/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_N19\\_2017\\_artigo1.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4862/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N19_2017_artigo1.pdf)
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (2 ed.). Lidel.
- SIGN. (2019). Risk reduction and management of delirium. <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/risk-reduction-and-management-of-delirium/>
- Simón, A. (2013). Causas Secundárias de Obstipação. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 108. [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/ft108\\_causas\\_secundarias\\_de\\_obstipacao\\_20828881485b042e1841575.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/ft108_causas_secundarias_de_obstipacao_20828881485b042e1841575.pdf)
- Sobral, P., Göttems, L. & Santana, L. (2020). Hemovigilância e segurança do paciente: análise de reações transfusionais imediatas em idosos. *Rev Bras Enferm*, 73(Suppl 3): e20190735. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0735>
- Solà-Miravete, E., López, C., Martínez-Segura, E., Adell-Lleixà, M., Juvé-Udina, M. E., & Lleixà-Fortuño, M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. *J Clin Nurs*, 27(1-2), 345-354. <https://doi.org/10.1111/jocn.13921>
- Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>
- Strijbos, M. J., Steunenbergh, B., van der Mast, R. C., Inouye, S. K., & Schuurmans, M. J. (2013). Design and methods of the Hospital Elder Life Program (HELP), a multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: efficacy and cost-effectiveness in Dutch health care. *BMC geriatrics*, 13, 78. [doi.org/10.1186/1471-2318-13-78](https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-78)
- Sullivan-Marx, E.M. (1994). Delirium and Physical Restraint in the Hospitalized Elderly. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 295-300. [doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00337.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00337.x)
- Tabet, N., & Howard, R. (2009). Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. *Age and ageing*, 38(4), 374–379. [doi.org/10.1093/ageing/afp039](https://doi.org/10.1093/ageing/afp039)
- Tavares, J., Almeida, M.L., & Ferreira, J. (2021). Padrão de competências: Porquê? Como? Quais? Para quê? In M.L.F. Almeida, J.P.A Tavares & J.S.S. Ferreira (Coord.). (2021). *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 13-42). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).



- Tomlinson, E. J., Phillips, N. M., Mohebbi, M., & Hutchinson, A. M. (2016). Risk factors for incident delirium in an acute general medical setting: a retrospective case-control study. *J Clin Nurs*, 26(5-6), 658-667. <https://doi.org/10.1111/jocn.13529>
- Vilelas, L. (2020). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. 3(ed.). Silabo.
- Voyer, P., Mccusker, J., Cole, M.G., St-Jacques, S., & Lioudmila, K. (2007). Factor associated with delirium severity among older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 819-831. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01808.x>
- Wakefield, B.J. (2002). Risk for Acute Confusion on Hospital Admission. *Clinical Nurse Research*, 11(2), 153-172. [doi: 10.1177/105477380201100205](https://doi.org/10.1177/105477380201100205).
- WHO. (2002). *Active ageing: a policy framework*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- WHO. (2021). *Body Mass Index - BMI*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Williams, P.L., & Webb, C. (1994). The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs*, 19(1), 180-186. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01066.x>
- Witlox, J., Eurelings, L.S.M., Jonghe, J.F.M., Kalisvaart, K.J., Eikelenboom, P., & VanGool, W.A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of post-discharge mortality, institutionalization and dementia: a meta-analysis. *JAMA*, 304(4), 443-451. [doi: 10.1001/jama.2010.1013](https://doi.org/10.1001/jama.2010.1013)
- Wong, A., Van Baal, P.H.M., Boshuizen, H.C., & Polder, J.J. (2011). Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*, 26(4), 379-400. <https://doi.org/10.1002/hec.1597>

## ANEXOS

ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA  
VIDA E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO MINHO



Universidade do Minho

Conselho de Ética

### Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

**Identificação do documento:** CEICVS 018/2021

**Título do projeto:** *Delirium em pessoas mais velhas: contributos para o desenvolvimento de guidelines em contextos de saúde.*

**Equipa de Investigação:** Teresa Luisa Carvalho Vieira (Investigador Responsável – pg39126), aluna do Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Odete Araújo, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

**Unidade Orgânica Promotora:** Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

### PARECER

Trata-se de um estudo prospetivo, transversal, observacional e descritivo no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Este estudo tem como principal objetivo conhecer as diretrizes internacionais na gestão do *delirium* e validar conceitualmente diretrizes na abordagem à pessoa idosa com *delirium*, atendendo ao contexto da realidade portuguesa.

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta sumariamente a respetiva “Grelha de verificação e avaliação ética”, considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 26 de julho de 2021.

A Presidente da CEICVS

(Maria Cecília Lemos Pinto Estrela Leão)

