

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**ANA CAROLYNA TEODORO GOMES DE LIMA
LAURA MOREIRA PINHEIRO**

**PROPORÇÃO DE DELIRIUM E SUA CORRELAÇÃO COM OS
FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES EM IDOSOS
INTERNADOS NA ENFERMARIA DE GERIATRIA DO HOSPITAL
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA**

**VITÓRIA
2025**

ANA CAROLYNA TEODORO GOMES DE LIMA
LAURA MOREIRA PINHEIRO

**PROPORÇÃO DO DELIRIUM E SUA CORRELAÇÃO COM OS
FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES EM IDOSOS
INTERNADOS NA ENFERMARIA DE GERIATRIA DO HOSPITAL
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM,
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof^a. Me. Caroline Tessinari Pupim

VITÓRIA
2025

ANA CAROLYNA TEODORO GOMES DE LIMA

LAURA MOREIRA PINHEIRO

**PROPORÇÃO DO DELIRIUM E SUA CORRELAÇÃO COM OS FATORES
PREDISPONENTES E PRECIPITANTES EM IDOSOS INTERNADOS NA
ENFERMARIA DE GERIATRIA DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Aprovada em 13 de maio de 2025.

BANCA EXAMINADORA



Me. Caroline Tessinari Pupim

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador(a)



Esp. Waleska Binda Wruck

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)



Esp. Indira de Paula Nunes Pinto

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)

Dedicamos à nossa família, nossa orientadora e nossos pacientes.

Agradecemos a Deus pela vida.

Agradecemos aos nossos pais, pelo amor e apoio incondicional.

Agradecemos aos nossos colegas, pela parceria ao longo da jornada.

Agradecemos à nossa orientadora e à equipe de geriatria do Hospital, por todo conhecimento e dedicação.

E não poderíamos deixar de agradecer a todos os entrevistados, que enriqueceram nossa pesquisa.

O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.

Nise da Silveira

RESUMO

Introdução: O delirium é um transtorno neurocognitivo prevalente e subdiagnosticado em idosos hospitalizados, decorrente da interação de fatores predisponentes e precipitantes. Sua identificação precoce é crucial para reduzir os impactos clínicos, socioeconômicos e emocionais. **Objetivo:** Observar a proporção do delirium e sua correlação com os fatores predisponentes e precipitantes em idosos internados na enfermaria de geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. **Método:** Trata-se de um estudo observacional e transversal, realizado de janeiro a outubro de 2024 nos idosos com tempo de internação ≥ 48 horas, excluindo-se aqueles que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para diagnosticar o delirium aplicou-se a escala *Confusion Assessment Method*. Os fatores de risco foram identificados por meio de prontuários e informações fornecidas pelos pacientes ou acompanhantes. Variáveis qualitativas foram associadas ao delirium pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher, e as quantitativas pelo teste de Mann-Whitney; aquelas que tiveram significância estatística foram avaliadas pelo modelo de regressão logística binário na análise multivariada. **Resultados:** Obteve-se uma amostra de 132 pacientes, na qual 43,2% apresentaram delirium. Os seguintes fatores predisponentes demonstraram associação significativa com delirium: história prévia de delirium e déficit cognitivo, ambos permanecendo como fatores independentes na análise multivariada. Quanto aos fatores precipitantes, cateterismo vesical, contenção mecânica, uso de substâncias psicoativas, admissão em UTI, tempo de internação hospitalar e diâmetro da panturrilha para avaliação de desnutrição foram significativamente associados ao delirium. Entretanto, apenas a contenção mecânica manteve associação independente na análise multivariada. **Conclusão:** Identificou-se uma proporção considerável de delirium na amostra analisada. Os resultados apontam para a importância da identificação precoce desses fatores de risco, além da necessidade de implementar um protocolo institucional para a prevenção e manejo desse transtorno.

Palavras-chave: delirium; idoso; fatores desencadeantes; fator de risco; hospitalização.

ABSTRACT

Introduction: Delirium is a prevalent and underdiagnosed neurocognitive disorder in hospitalized older adults, resulting from the interaction of predisposing and precipitating factors. Its early identification is crucial to reduce clinical, socioeconomic, and emotional impacts. **Objective:** To observe the proportion of delirium and its correlation with predisposing and precipitating factors in elderly patients admitted to the geriatric ward of the Santa Casa de Misericórdia Hospital in Vitória. **Method:** This is a cross-sectional observational study conducted from January to October 2024 in elderly patients hospitalized for ≥ 48 hours, excluding those who refused to sign the Informed Consent Form. The Confusion Assessment Method scale was used to diagnose delirium. Risk factors were identified through medical records and information provided by patients or caregivers. Qualitative variables were associated with delirium using the chi-square or Fisher's exact test, and quantitative variables using the Mann-Whitney test; those with statistical significance were evaluated using a binary logistic regression model in multivariate analysis. **Results:** A sample of 132 patients was obtained, of which 43.2% presented with delirium. The following predisposing factors showed a significant association with delirium: a prior history of delirium and cognitive impairment, both of which remained as independent factors in the multivariate analysis. Regarding precipitating factors, urinary catheterization, mechanical restraint, use of psychoactive substances, ICU admission, length of hospital stay, and calf circumference as a marker of malnutrition were significantly associated with delirium. However, only mechanical restraint maintained an independent association in the multivariate analysis. **Conclusion:** A considerable proportion of delirium was identified in the analyzed sample. The results highlight the importance of early identification of these risk factors and the need to implement an institutional protocol for the prevention and management of this disorder.

Keywords: delirium; aged; precipitating factors; risk factors; hospitalization

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1: Características da amostra distribuídas conforme resultados da escala CAM	23
Tabela 2: Uso de prótese nos participantes com deficiência sensorial conforme resultados da escala CAM	24
Tabela 3: Doenças agudas intercorrentes conforme resultados da escala CAM	25
Tabela 4: Fatores estatisticamente significantes para a presença de delirium e cálculo de OR.....	26
Figura 1: Formulário sobre perfil sociodemográfico, fatores predisponentes e precipitantes nos idosos com delirium na Enfermaria do HSCMV.....	43
Figura 2: TCLE para o paciente	50
Figura 3: TCLE para o acompanhante	52
Figura 4: Escala <i>Confusion Assessment Method</i> (CAM)	54
Figura 5: Parecer consubstanciado do CEP	55

LISTA DE SIGLAS

CAM	<i>Confusion Assessment Method</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
cm	Centímetros
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DAI	Doenças Agudas Intercorrentes
EAP	Edema Agudo de Pulmão
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
GABA	Ácido gama-aminobutírico
g/dL	Gramas por decilitro
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IBM SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
IC	Intervalo de Confiança
IQR	Intervalo entre quartis
IRA	Insuficiência Renal Aguda
ITU	Infecção do Trato Urinário
IVAS	Infecção das Vias Aéreas Superiores
OR	<i>Odds Ratio</i>
SUA	Sangramento Uterino Anormal
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WTAR	Teste Wechsler de Leitura de Adultos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO PRIMÁRIO.....	14
2.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	14
3	MÉTODO	15
3.1	DESENHO DO ESTUDO E AMOSTRA.....	15
3.2	INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	15
3.2.1	Avaliação do delirium	15
3.2.2	Avaliação do perfil sociodemográfico, dos fatores predisponentes e precipitantes	16
3.3	ANÁLISE DE DADOS.....	16
3.4	RISCOS.....	17
3.5	IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....	17
4	RESULTADOS	19
4.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	19
4.2	ANÁLISE BIVARIADA	20
4.2.1	Delirium e perfil sociodemográfico	20
4.2.2	Delirium e fatores predisponentes	21
4.2.3	Delirium e fatores precipitantes	21
4.3	ANÁLISE MULTIVARIADA	22
5	DISCUSSÃO	27
5.1	PROPORÇÃO DE DELIRIUM.....	27
5.2	FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS	28
5.3	FATORES PREDISPOONENTES	28
5.3.1	Idade avançada	28
5.3.2	Delirium progresso	28
5.3.3	Déficit cognitivo, déficit sensorial e uremia	29
5.3.4	Depressão	30
5.3.5	Uso de álcool e doença hepática	30
5.3.6	Polifarmácia	31

5.4	FATORES PRECIPITANTES.....	31
5.4.1	Tempo de internação, admissão em UTI e pós-operatório	31
5.4.2	Doença aguda intercorrente.....	33
5.4.3	Imobilidade	33
5.4.4	Uso de substâncias psicoativas	34
5.4.5	Desnutrição e desidratação	35
5.5	DESAFIOS E LIMITAÇÕES	35
6	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS.....	38
	APÊNDICES.....	43
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS COM DELIRIUM NA ENFERMARIA DO HSCMV.....	43
	APÊNDICE B - TCLE PARA O PACIENTE.....	50
	APÊNDICE C - TCLE PARA O ACOMPANHANTE.....	52
	ANEXOS.....	54
	ANEXO A - <i>CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)</i>	54
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	55

1 INTRODUÇÃO

O delirium é um transtorno neurocognitivo de etiologia orgânica, que se manifesta por meio de início agudo e curso flutuante, acompanhado de distúrbios na atenção e na vigília, bem como de alterações cognitivas (*American Psychiatric Association*, 2014). Quanto à sua etiologia, é notoriamente complexa e multifatorial, decorrente da interação entre diversos fatores de risco, conhecidos como “fatores predisponentes” e “fatores precipitantes” (Inouye; Westendor; Saczynski, 2014). Os fatores predisponentes englobam circunstâncias clínicas e comorbidades preexistentes no paciente, como idade ≥ 65 anos, delirium progressivo, depressão, déficit cognitivo, doença hepática, déficit sensorial, uremia, uso de álcool e polifarmácia. Por outro lado, os fatores precipitantes são aqueles adquiridos, que podem desencadear ou contribuir para o desenvolvimento do transtorno - doença aguda, desidratação, contenção mecânica, cirurgia, uso simultâneo de 3 ou mais medicamentos na internação, uso de substâncias psicoativas, desnutrição, cateterismo vesical, iatrogenia e mudança de ambiente - resultando em disfunções que contribuem para o surgimento do delirium (Freitas; Py, 2022).

Sabe-se que o delirium é uma condição comumente associada à população geriátrica, sobretudo, durante a hospitalização, estando presente em 42% dos idosos internados (Siddiq; House; Holmes, 2006). Entretanto, ainda não está claro se a idade em si é um fator de risco, tendo em vista o declínio cognitivo que pode acompanhar o envelhecimento, ou se outros elementos relacionados, como saúde debilitada, comprometimento sensorial e uso de múltiplos medicamentos, desempenham um papel maior (Ahmed; Leurent; Sampson, 2014). Ademais, sua presença nos idosos está associada a uma série de consequências clínicas e socioeconômicas, incluindo maior morbidade e mortalidade (entre 9-34%) (Jorge-Samitier *et al.*, 2022), deterioração funcional e cognitiva (Borges *et al.*, 2017), institucionalização, reinternação (Vázquez *et al.*, 2010) e aumento dos custos de saúde (Tugas *et al.*, 2012). Acrescenta-se, ainda, como um intenso fator de estresse tanto para a equipe profissional, quanto para os familiares e os cuidadores informais (Buss *et al.*, 2007).

Apesar da relevância dessa demanda, o que se constata na prática é o subdiagnóstico do delirium e de seus fatores de risco, uma vez que muitos profissionais de saúde, erroneamente, consideram essa condição como inerente ao processo de envelhecimento (Bento; Marques; Sousa, 2018). Essa situação evidencia uma lacuna significativa no manejo do delirium, resultando em intervenções inadequadas, como uso de fármacos hipnóticos (Carnes *et al.*, 2003) e medidas de contenção mecânica (Lago *et al.*, 2020). Dado a falta de medicamentos eficazes para prevenção do delirium, o manejo desse transtorno deve se concentrar principalmente na abordagem dos fatores predisponentes e precipitantes (Silva *et al.*, 2021), sendo que 30-40% dos episódios de delirium podem ser prevenidos por medidas não farmacológicas (Jorge-Samitier *et al.*, 2022).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo principal observar a proporção do delirium e sua correlação com fatores predisponentes e precipitantes em idosos internados na enfermaria de geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Observar a proporção do delirium e sua correlação com os fatores predisponentes e precipitantes em idosos internados na enfermaria de geriatria do HSCMV.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- A. Observar a proporção do delirium na enfermaria de geriatria do HSCMV, por meio da aplicação da escala *Confusion Assessment Method* (CAM), em idosos internados;
- B. Identificar o perfil sociodemográfico (idade, sexo e escolaridade) da população estudada e sua correlação com delirium;
- C. Investigar se os fatores predisponentes e precipitantes possuem associação para o desenvolvimento de delirium nessa população;

3 MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO E AMOSTRA

Trata-se de um estudo observacional e transversal, realizado para investigar a proporção do delirium e sua correlação com os fatores predisponentes e precipitantes em idosos internados na enfermaria de geriatria do HSCMV. Essa enfermaria admite pacientes do estado do Espírito Santo com idade acima de 75 anos, ou superior a 60 anos com maior grau de dependência ou multimorbidade. A população de estudo consiste nos idosos admitidos nessa enfermaria, durante o período da coleta de dados, de janeiro a outubro de 2024. Para selecionar os participantes do estudo, adotou-se a técnica de amostragem por conveniência. Diante disso, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: indivíduos admitidos na Enfermaria de Geriatria do HSCMV durante o período de coleta de dados e com tempo de internação ≥ 48 horas. Quanto aos critérios de exclusão, não foram selecionados aqueles em que o paciente ou o acompanhante se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dessa forma, foram incluídos 132 pacientes, compondo a amostra do presente estudo.

3.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para análise da amostra, foram utilizados dois instrumentos: a escala *Confusion Assessment Method* (CAM) (Hospital do Coração, 2020) (ANEXO A) e um formulário (APÊNDICE A) produzido pelos próprios pesquisadores. Tais instrumentos foram aplicados nos pacientes em seu último dia de internação hospitalar.

3.2.1 Avaliação do delirium:

Para determinar a proporção de delirium na amostra, utilizou-se a escala CAM, uma ferramenta validada que define o diagnóstico do transtorno com base na presença obrigatória de mudança aguda no estado mental ou curso flutuante ao longo do dia, associado a déficit de atenção, além de pelo menos um dos seguintes critérios: alteração do nível de consciência ou pensamento desorganizado. Inicialmente, os critérios da escala foram aplicados no paciente à beira leito, a fim de constatar se o

paciente apresentava delirium no momento da coleta. Naqueles com delirium ausente mediante essa primeira análise, procedeu-se com a aplicação dos critérios da escala CAM em prontuário, para observar se o paciente apresentou delirium em algum momento durante sua internação hospitalar.

3.2.2 Avaliação do perfil sociodemográfico, dos fatores predisponentes e precipitantes:

Para complementar a análise da amostra, foi preenchido um formulário a partir de dados coletados dos prontuário, que permitiu identificar o perfil sociodemográfico (sexo, idade e nível de escolaridade) dos pacientes, bem como os possíveis fatores predisponentes e precipitantes. Dentre os fatores predisponentes, foram avaliados: idade ≥ 75 anos, delirium progressivo, depressão, déficit cognitivo (transtorno neurocognitivo leve e demência), doença hepática, déficit sensorial (visual, auditivo e bissensorial), uso de prótese para correção do déficit, uremia à admissão (ureia > 48 mg/dL para mulheres e > 50 mg/dL para homens), uso de álcool e polifarmácia. Em relação aos fatores precipitantes, foram avaliados: doença aguda intercorrente, desidratação, pós-operatório, uso simultâneo de 3 ou mais medicamentos na internação, uso de substâncias psicoativas, desnutrição (diâmetro da panturrilha < 31 cm e/ou albumina sérica $\leq 2,5$ g/dL), imobilidade (contenção mecânica e cateterismo vesical), tempo de internação e admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Caso alguma dessas informações não estivesse registrada em prontuário, os pesquisadores perguntaram diretamente aos pacientes ou acompanhantes.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Variáveis de natureza categórica foram analisadas por meio de frequências e percentuais. As variáveis numéricas foram organizadas por meio de medidas de resumo de dados como média, mediana e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram associadas com a presença de delirium por meio do teste qui-quadrado ou Exato de Fisher. A verificação de normalidade das variáveis numéricas foi realizada com a utilização do teste Kolmogorov-Smirnov. Como a maioria das variáveis não apresentaram distribuição normal ($p < 0,05$) a comparação com a presença de

delirium foi realizada pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney. Associações e comparações foram consideradas significativas no caso de valor $p < 0,05$. Variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa na análise bivariada foram incluídas em um modelo de regressão logística binária para controle de fatores de confusão e identificação de preditores independentes de delirium. O modelo foi construído utilizando o método de entrada simultânea (enter), com apresentação das Odds Ratios ajustadas (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A significância dos coeficientes foi verificada pelo teste de Wald, considerando-se valores de $p \leq 0,05$. Os dados foram tabulados em planilha EXCEL e analisados no programa IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 29, licenciado pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

3.4 RISCOS

Os riscos associados à participação no estudo incluem desconforto emocional ao abordar questões relacionadas ao delirium, invasão de privacidade durante a revisão dos prontuários e a exposição de dados sigilosos. Para mitigar esses riscos, os pesquisadores agiram com sensibilidade diante do desconforto que as perguntas poderiam gerar, garantindo uma abordagem discreta e tomando todas as medidas necessárias para assegurar que outras pessoas no ambiente não escutassem as informações discutidas. Utilizou-se um tom de voz discreto e adotaram-se estratégias para preservar a privacidade e a confidencialidade das conversas. Nos casos de perguntas obrigatórias, o participante teve o direito de optar por não respondê-las, respeitando sua vontade e preservando sua privacidade durante todo o processo de coleta de dados. Além disso, em todas as etapas da pesquisa, houve comprometimento por parte dos pesquisadores em manter o sigilo dos dados dos pacientes entrevistados.

3.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da EMESCAM, sendo aprovado em 05 de dezembro de

2023, sob número de parecer 6.556.474 (ANEXO B). Foram utilizados dois TCLE na pesquisa, considerando a condição de cada participante. Um TCLE (APÊNDICE B) foi aplicado aos pacientes que estavam em estado consciente e aptos para assinar, garantindo sua autonomia e consentimento informado. Outro TCLE (APÊNDICE C) foi utilizado nos casos em que o paciente não estava em condições de assinar devido ao comprometimento de sua capacidade cognitiva. Nesses casos, o acompanhante legal ou responsável foi abordado para assinar o TCLE em nome do participante, assegurando sua participação no estudo e consentimento adequado.

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Foram incluídos no estudo um total de 132 pacientes, com média de idade de $82,1 \pm 6,6$ anos. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (57,6%). O tempo médio de internação foi de $12,3 \pm 9,0$ dias, com mediana de 10 dias (IQR: 8,0). Em relação ao nível de escolaridade, a maior proporção de participantes (52,3%) tinha ≤ 4 anos de estudo. A presença de delirium durante a internação foi observada em 57 pacientes, obtendo-se uma proporção de 43,2% na amostra (Tabela 1).

Entre os fatores predisponentes para delirium, 117 pacientes (88,6%) tinham idade ≥ 75 anos, 34 pacientes (25,8%) apresentaram história de delirium pregresso, 29 pacientes (22%) tinham diagnóstico de depressão, 29 pacientes (22%) possuíam demência e 10 pacientes (7,6%) apresentaram transtorno neurocognitivo leve. A presença de doença hepática foi identificada em 18 pacientes (13,6%) (Tabela 1). A presença de déficit sensorial (visual, auditivo e bissensorial) foi observada em 116 pacientes (87,9%), dentre os quais apenas 15 (12,9%) faziam uso de prótese para correção (óculos, lente ou prótese auditiva) (Tabela 2). A deficiência visual foi observada em 59 pacientes (44,7%), o déficit auditivo em 12 pacientes (9,1%) e o déficit bissensorial em 45 pacientes (34,1%). A uremia à admissão foi observada em 67 pacientes (50,8%), e o uso de álcool foi registrado em 12 pacientes (9,1%). A polifarmácia foi identificada em 85 pacientes (64,4%) (Tabela 1).

Quanto aos fatores precipitantes de delirium, 73 pacientes (55,3%) apresentaram desidratação e 13 pacientes (9,8%) passaram por procedimento cirúrgico durante a internação. Em relação à avaliação de imobilidade, 54 pacientes (40,9%) necessitaram de cateterismo vesical e 25 pacientes (18,9%) foram submetidos à contenção mecânica. A maioria dos pacientes (97,7%) fez uso simultâneo de três ou mais medicamentos, e 62,9% (83 pacientes) usaram substâncias psicoativas. No que diz respeito à necessidade de internação na UTI, 30 pacientes (22,7%) precisaram ser admitidos no ambiente intensivo durante a internação (Tabela 1).

Em relação à avaliação da desnutrição, a média do diâmetro da panturrilha foi de $29,6 \pm 4,5$ cm, sendo que 80 pacientes (60,6%) apresentaram diâmetro < 31 cm. Sobre a medida da albumina sérica, apenas 32 pacientes (24,2%) tiveram esse exame coletado durante a internação, com uma média do nível de albumina sérica de $3,0 \pm 0,8$ g/dL, e 8 pacientes (6,1%) apresentaram hipoalbuminemia (albumina $\leq 2,5$ g/dL) (Tabela 1).

Por fim, 98 pacientes (74,24%) apresentaram alguma doença aguda intercorrente, somando 161 ocorrências de diferentes doenças. As doenças encontradas e suas respectivas frequências foram: distúrbio hidroeletrólítico (35 ocorrências - 21,7%), infecção do trato urinário (ITU) (34 ocorrências - 21,1%), insuficiência renal aguda (IRA) (17 ocorrências - 10,6%), pneumonia (16 ocorrências - 9,9%), abdome agudo (11 ocorrências - 6,8%), infecção de pele e partes moles (11 ocorrências - 6,8%), sepse (9 ocorrências - 5,6%), infecções de vias aéreas superiores (IVAS) (6 ocorrências - 3,7%), hemorragia digestiva (6 ocorrências - 3,7%), edema agudo de pulmão (EAP) (3 ocorrências - 1,9%), intercorrências cardiovasculares (3 ocorrências - 1,9%), gastroenterite (2 ocorrências - 1,2%), infecções osteoarticulares (2 ocorrências - 1,2%), sangramento uterino anormal (SUA) (2 ocorrências - 1,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada (DPOC exacerbada) (2 ocorrências - 1,2%), fratura de coluna (1 ocorrência - 0,6%) e dengue (1 ocorrência - 0,6%) (Tabela 3).

4.2 ANÁLISE BIVARIADA

4.2.1 Delirium e perfil sociodemográfico

Não foi encontrada associação significativa entre a presença de delirium e o sexo dos pacientes ($p = 0,948$). A idade também não apresentou comparação significativa ($p = 0,074$), com mediana de 84 anos (IQR: 12) no grupo com delirium, contra 81 anos (IQR: 7) no grupo sem delirium. Do mesmo modo, o nível de escolaridade não mostrou significância estatística em relação ao delirium ($p = 0,765$) (Tabela 1).

4.2.2 Delirium e fatores predisponentes

Entre os fatores predisponentes, o histórico de delirium pregresso apresentou associação significativa com delirium ($p = 0,000$, OR: 7,024, IC: 2,857 - 17,269), com 45,6% dos pacientes no grupo com delirium relatando episódios prévios de delirium, em comparação com 10,7% no grupo sem delirium. A presença de déficit cognitivo (incluindo transtorno neurocognitivo leve ou demência) também se mostrou associada ao delirium ($p = 0,001$), 36,8% dos pacientes com delirium apresentavam demência e 8,8% transtorno neurocognitivo leve, comparados a 10,7% e 6,7%, respectivamente, no grupo sem delirium (Tabela 1).

Por outro lado, não houve associação significativa com outros fatores predisponentes, como idade ≥ 75 anos ($p = 0,772$), diagnóstico de depressão ($p = 0,824$), doença hepática ($p = 0,907$), déficit sensorial ($p = 0,928$), uso de prótese para correção ($p = 0,740$), uremia à admissão ($p = 0,281$), uso de álcool ($p = 0,085$) e polifarmácia ($p = 0,400$) (Tabela 1).

4.2.3 Delirium e fatores precipitantes

Entre os fatores precipitantes, a necessidade de cateterismo vesical foi significativamente associada ao delirium ($p = 0,017$, OR: 2,361, IC: 1,160 - 4,808), sendo necessária em 52,6% dos pacientes com delirium, em comparação com 32,0% no grupo sem delirium. A contenção mecânica também foi associada de forma significativa ($p = 0,000$, OR: 15,086, IC: 4,228 - 53,830), com 38,6% dos pacientes com delirium contidos mecanicamente, comparado a apenas 4,0% no grupo sem delirium. O uso de substâncias psicoativas mostrou associação estatística ($p = 0,000$, OR: 4,295, IC: 1,933 - 9,544), estando presente em 80,7% dos pacientes com delirium e em 49,3% dos pacientes sem delirium. A admissão na UTI foi outro fator significativo ($p = 0,034$, OR: 2,423, IC: 1,054 - 5,571), com 31,6% dos pacientes com delirium admitidos, em comparação com 16,0% no grupo sem delirium. O tempo de internação também apresentou relação significativa ($p = 0,008$), com mediana de 12 dias (IQR: 11) no grupo com delirium, contra 8 dias (IQR: 7) no grupo sem delirium. Da mesma forma, foi encontrada significância estatística entre delirium e análise quantitativa do diâmetro da panturrilha ($p = 0,028$), com

mediana de 29 cm (IQR: 6) no grupo com delirium, comparado a 30 cm (IQR: 4) no grupo sem delirium (Tabela 1).

Não foram encontradas associações estatísticas significativas entre delirium e os demais fatores precipitantes, como desidratação ($p = 0,114$), pós-operatório ($p = 0,820$), uso simultâneo de três ou mais medicamentos ($p = 1,000$), presença de doença aguda intercorrente ($p = 0,428$), nível de albumina sérica ($p = 0,419$) e desnutrição avaliada qualitativamente pelo diâmetro da panturrilha ($p = 0,061$) e pela hipoalbuminemia ($p = 0,703$) (Tabela 1).

4.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

Na análise multivariada, as seguintes variáveis com associação significativa na análise bivariada foram incluídas: histórico de delirium progresso, diagnóstico de déficit cognitivo (incluindo transtorno neurocognitivo leve e demência), necessidade de cateterismo vesical, contenção mecânica, uso de substância psicoativa durante a internação, admissão na UTI, tempo de internação e diâmetro da panturrilha.

Entre os fatores predisponentes, o histórico de delirium progresso manteve associação significativa com a presença de delirium ($p = 0,010$; OR: 4,093; IC: 1,366 - 12,267). A presença de déficit cognitivo também permaneceu como fator independente ($p = 0,039$). Contudo, ao considerar as variáveis de forma independente, apenas a demência permaneceu significativamente associada à presença de delirium ($p = 0,014$, OR = 4,078; IC: 1,324 - 12,555). Entre os fatores precipitantes, apenas a contenção mecânica apresentou a associação ($p = 0,004$; OR: 8,330; IC: 1,989 - 34,893). As variáveis admissão em UTI, uso de substâncias psicoativas, necessidade de cateterismo vesical e tempo de internação, que apresentaram significância na análise bivariada, não mantiveram associação independente na análise multivariada ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 1 - Características da amostra distribuídas conforme resultados da escala CAM.

Variáveis		Total (n = 132) n (%), Mediana (IQR)	Presença de delirium (n = 57) n (%), Mediana (IQR)	Ausência de delirium (n = 75) n (%), Mediana (IQR)	Valor p*
Variáveis demográficas					
Sexo	Feminino	76 (57,6%)	33 (57,9%)	43 (57,3%)	0,948
	Masculino	56 (42,4%)	24 (42,1%)	32 (42,7%)	
Idade		82 (9,0)	84 (12,0)	81 (7,0)	0,074 **
Nível de escolaridade	Analfabeto	31 (23,5%)	15 (26,3%)	16 (21,3%)	0,765
	≤ 4 anos	69 (52,3%)	28 (49,1%)	41 (54,7%)	
	> 4 anos	32 (24,2%)	14 (24,6%)	18 (24,0%)	
Variáveis de fatores predisponentes					
Idade ≥ 75 anos		117 (88,6%)	50 (87,7%)	67 (89,3%)	0,772
Delirium progressivo		34 (25,8%)	26 (45,6%)	8 (10,7%)	0,000
Depressão		29 (22,0%)	12 (21,1%)	17 (22,7%)	0,824
Déficit cognitivo	Demência	29 (22,0%)	21 (36,8%)	8 (10,7%)	0,001
	Transtorno neurocognitivo leve	10 (7,6%)	5 (8,8%)	5 (6,7%)	
Doença hepática		18 (13,6%)	8 (14,0%)	10 (13,3%)	0,907
Déficit sensorial	Visual	59 (44,7%)	25 (43,9%)	34 (45,3%)	0,928
	Auditivo	12 (9,1%)	5 (8,8%)	7 (9,3%)	
	Bissensorial	45 (34,1%)	21 (36,8%)	24 (32,0%)	
Uso de prótese para correção		15 (11,4%)	6 (11,8%)	9 (13,8%)	0,740
Uremia à admissão		67 (50,8%)	32 (56,1%)	35 (46,7%)	0,281
Uso de álcool		12 (9,1%)	8 (14,0%)	4 (5,3%)	0,085
Polifarmácia		85 (64,4%)	39 (68,4%)	46 (61,3%)	0,400
Variáveis de fatores precipitantes					
Desidratação		73 (55,3%)	36 (63,2%)	37 (49,3%)	0,114
Pós-operatório		13 (9,8%)	6 (10,5%)	7 (9,3%)	0,820
Cateterismo vesical		54 (40,9%)	30 (52,6%)	24 (32,0%)	0,017

Continua

				Conclusão	
Contenção mecânica	25 (18,9%)	22 (38,6%)	3 (4,0%)	0,000	
Uso de três ou mais medicamentos	129 (97,7%)	56 (98,2%)	73 (97,3%)	1,000 ***	
Uso de substância psicoativa	83 (62,9%)	46 (80,7%)	37 (49,3%)	0,000	
Desnutrição	Albumina sérica ≤ 2,5 g/dL	8 (6,1%)	4 (7,01%)	4 (5,33%)	0,703 ***
	Diâmetro da panturrilha <31 cm	80 (60,6%)	40 (70,1%)	40 (53,3%)	0,061
Albumina sérica (g/dL)	2,8 (0,7)	2,8 (0,7)	2,9 (0,7)	0,419 **	
Diâmetro da panturrilha (cm)	30 (5,0)	29 (6,0)	30 (4,0)	0,028 **	
Internação na UTI	30 (22,7%)	18 (31,6%)	12 (16,0%)	0,034	
Tempo de internação	10 (8,0)	12 (11,0)	8 (7,0)	0,008 **	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: IQR: Intervalo entre quartis; *: Teste Qui-quadrado de Pearson; **: Teste de Mann-Whitney, ***: Teste exato de Fisher.

Tabela 2 - Uso de prótese nos participantes com deficiência sensorial conforme resultados da escala CAM.

Amostra com deficiência sensorial (n= 116)				
Variáveis	Total de pacientes com deficiência sensorial (n = 116) n (%)	Presença de delirium nos pacientes com deficiência sensorial (n = 51) n (%)	Ausência de delirium nos pacientes com deficiência sensorial (n = 65) n (%)	Valor p*
Uso de prótese para correção	15 (12,9%)	6 (11,8%)	9 (13,8%)	0,740

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: *: Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3 - Doenças agudas intercorrentes conforme resultados da escala CAM.

Doenças agudas intercorrentes (DAI) (p = 0,428)*			
Variáveis	Total de ocorrências da DAI (n = 161)	Ocorrência de DAI com delirium (n = 81) n (%)	Ocorrência de DAI sem delirium (n = 80) n (%)
Distúrbio Hidroeletrólítico	35 (21,7%)	18 (22,2%)	17 (21,3%)
ITU	34 (21,1%)	19 (23,5%)	15 (18,8%)
IRA	17 (10,6%)	9 (11,1%)	8 (10,0%)
Pneumonia	16 (9,9%)	9 (11,1%)	7 (8,8%)
Abdome agudo	11 (6,8%)	5 (6,2%)	6 (7,5%)
Infecção de pele e partes moles	11 (6,8%)	3 (3,7%)	8 (10,0%)
Sepse	9 (5,6%)	6 (7,4%)	3 (3,8%)
Hemorragia digestiva	6 (3,7%)	1 (1,2%)	5 (6,3%)
IVAS	6 (3,7%)	1 (1,2%)	5 (6,3%)
EAP	3 (1,9%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)
Intercorrências cardiovasculares	3 (1,9%)	1 (1,2%)	2 (2,5%)
Infecções osteoarticulares	2 (1,2%)	1 (1,2%)	1 (1,3%)
SUA	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (2,5%)
DPOC Exacerbado	2 (1,2%)	1 (1,2%)	1 (1,3%)
Gastroenterite	2 (1,2%)	1 (1,2%)	1 (1,3%)
Fratura de coluna	1 (0,6%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)
Dengue	1 (0,6%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: DAI: Doenças agudas intercorrentes; ITU: Infecção do Trato Urinário; IRA: Insuficiência Renal Aguda; IVAS: Infecção das Vias Aéreas Superiores; EAP: Edema Agudo de Pulmão; SUA: Sangramento Uterino Anormal; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; *: Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4 - Fatores estatisticamente significantes para a presença de delirium e cálculo de OR.

Variáveis	Presença de delirium (n = 57) n (%) Mediana (IQR)	Ausência de delirium (n= 75) n (%) Mediana (IQR)	OR bruta [IC95%]	Valor p bruto	OR ajustada OR [IC95%]	Valor p ajustado
Delirium progressivo	26 (45,6%)	8 (10,7%)	7,024 [2,857 - 17,269]	0,000*	4,093 [1,366 - 12,267]	0,012
Déficit Cognitivo	26 (45,6%)	13 (17,4%)	-	0,001*	-	0,039
Demência	21 (36,8%)	8 (10,7%)	-	-	4,078 [1,324 - 12,555]	0,014
Transtorno Neurocognitivo Leve	5 (8,8%)	5 (6,7%)	-	-	2,393 [0,533 - 10,736]	0,255
Cateterismo vesical	30 (52,6%)	24 (32,0%)	2,361 [1,160 - 4,808]	0,017*	1,922 [0,758 - 4,871]	0,169
Contenção mecânica	22 (38,6%)	3 (4,0%)	15,086 [4,228 - 53,830]	0,000*	8,330 [1,989 - 34,893]	0,004
Uso de substância psicoativa	46 (80,7%)	37 (49,3%)	4,295 [1,933 - 9,544]	0,000*	1,851 [0,678 - 5,059]	0,230
Internação na UTI	18 (31,6%)	12 (16,0%)	2,423 [1,054 - 5,571]	0,034*	1,629 [0,545 - 4,865]	0,382
Tempo de internação	12 (11,0)	8 (7,0)	-	0,008**	1,051 [0,996 - 1,109]	0,073
Diâmetro da Panturrilha	29 (6,0)	30 (4,0)	-	0,028**	0,958 [0,863 - 1,063]	0,419

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: OR: Razão de chances; IC: Intervalo de confiança; OR bruto: OR da análise bivariada; OR ajustado: OR da análise multivariada; Valor p bruto: valor p da análise bivariada calculado pelo teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste de Mann-Whitney; Valor p ajustado: Valor p da análise multivariada calculado pela regressão logística; *:Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Teste de Mann-Whitney.

5 DISCUSSÃO

5.1 PROPORÇÃO DE DELIRIUM

Consoante à literatura, o delirium configura-se como a segunda síndrome psiquiátrica mais prevalente no ambiente hospitalar, atrás somente dos transtornos depressivos (Jorge-Samitier *et al.*, 2022). Na população idosa (65 anos ou mais), sua prevalência pode atingir até 50% dos pacientes (Inouye; Westendorp; Saczynski, 2014), embora esses valores ainda possam ser subestimados em regiões de baixa e média renda, como na América Latina (Siddiqi; House; Holmes, 2006). Em nosso estudo, o delirium esteve presente em 43,2% da amostra de idosos, um percentual semelhante à prevalência de 45,9% observada em uma pesquisa realizada em Sergipe, com a ressalva de que esta analisou o delirium presente no cenário de UTI (Pinheiro *et al.*, 2022). Nossos resultados são inferiores aos registrados em idosos colombianos, cuja prevalência foi de 51,03% (Peralta-Cuervo *et al.*, 2021), porém maiores que os encontrados em outros estudos, como 22,9% na Itália (Bellelli *et al.*, 2016) e 35,4% no Chile (Carrasco *et al.*, 2012). Esses dados revelam uma variação na prevalência de delirium na literatura, tendo em vista o perfil de cada amostra analisada, valendo-se de suas vulnerabilidades para a ocorrência do delirium.

5.2 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Em uma análise relativa ao sexo, as evidências não apresentam conformidade em relação ao perfil associado ao delirium. Um estudo realizado em Bogotá (Peralta-Cuervo *et al.*, 2021) encontrou associação significativa entre delirium e sexo feminino, ao passo que outras pesquisas (Jorge-Samitier *et al.*, 2022; Seiler *et al.*, 2019) determinaram associação com o sexo masculino. Em nosso estudo, houve um leve predomínio feminino (57,9%) entre os pacientes com delirium, porém sem associação significativa.

Outra variável a ser considerada no desenvolvimento do delirium diz respeito ao nível de escolaridade. O baixo nível educacional tem sido apontado como um fator de risco para declínio cognitivo precoce (Walsemann; Ailshire, 2020), com vulnerabilidade ao delirium devido a menor reserva cognitiva, que confere resiliência

ao transtorno (Arias *et al.*, 2021). No presente trabalho, apenas 24,6% dos pacientes com delirium tinham mais de 4 anos de estudo, enquanto 49,1% possuíam 4 anos ou menos e 26,3% eram analfabetos. Esses dados refletem uma população predominantemente com baixa reserva cognitiva e, portanto, mais vulnerável ao transtorno. Contudo, não foi encontrada associação significativa entre escolaridade e delirium, possivelmente devido à alta prevalência de baixa escolaridade em toda a amostra. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo português, onde 57,4% dos pacientes tinham entre 0 e 2 anos de estudo, e apenas 7,9% possuíam sete anos ou mais de escolaridade (Tavares; Nunes; Grácio, 2021).

5.3 FATORES PREDISPOONENTES

5.3.1 Idade avançada

Ao considerar a influência da idade, percebe-se que a predisposição ao delirium tende a aumentar conforme os indivíduos envelhecem, sendo os idosos hospitalizados mais suscetíveis ao desenvolvimento desse transtorno (Marcantonio, 2017). Enquanto alguns autores sugerem que o risco maior para delirium comece a partir dos 65 anos (Freitas; Py, 2022), outros indicam uma associação mais evidente em idades superiores a 75 anos, conforme apontado por uma pesquisa colombiana (Ramos; Omaira; Henao-Castaño, 2022) e por outra espanhola, na qual 91,2% dos pacientes que apresentavam delirium tinham mais de 75 anos (Jorge-Samitier *et al.*, 2022). No presente estudo, os pacientes com o transtorno apresentaram uma média de idade mais elevada ($83,4 \pm 7,3$ anos) em comparação a pacientes sem delirium ($81,2 \pm 6,0$ anos). Apesar disso, não houve associação estatisticamente significativa entre idade avançada e delirium, possivelmente por 88,6% dos pacientes da nossa amostra apresentarem idade ≥ 75 anos.

5.3.2 Delirium progresso

A presença de delirium prévio mostrou uma associação estatisticamente significativa com o delirium durante a internação, o que se encontra em concordância com a literatura, como demonstrado por um estudo multicêntrico espanhol (Òscar Miró *et al.*, 2023) e outro colombiano (Ramos; Omaira; Henao-Castaño, 2022). Nesse último

trabalho, identificou-se uma razão de chances (OR) de 6,3 para a ocorrência de delirium em pacientes com histórico prévio do transtorno (Ramos; Omaira; Henao-Castaño, 2022). Comparativamente, na presente pesquisa os pacientes com histórico de delirium tiveram uma chance 7,024 vezes maior de desenvolver delirium durante a internação em comparação com aqueles sem histórico prévio. Essa associação robusta persistiu na análise multivariada após o ajuste do valor OR (4,093), reforçando a importância do delirium prévio como um fator de risco significativo para novos episódios do transtorno.

5.3.3 Déficit cognitivo, déficit sensorial e uremia

Entre os fatores predisponentes, Inouye (1999) identificou comprometimento cognitivo prévio como fator de risco independente ao desenvolvimento de delirium em idosos, o que é confirmado em nosso estudo pela razão de chances ajustada de 4,078 para demência. Esses achados estão alinhados com outros trabalhos da literatura, dentre eles um estudo americano no qual 69% dos pacientes com demência desenvolveram delirium (Benedict *et al.*, 2009), e um estudo colombiano, no qual 78,8% dos pacientes com delirium tinham demência, contra 57,22% no grupo sem delirium (Peralta-Cuervo *et al.*, 2021). Sob outra ótica, outro estudo demonstrou uma relação bidirecional entre demência e delirium, evidenciando que não apenas a demência é um fator de risco significativo para o delirium, mas também que o delirium pode atuar como um fator de risco para o desenvolvimento posterior de demência (Fong *et al.*, 2015). Um modelo teórico para essa interação fisiopatológica sugere que o delirium pode favorecer o início ou a progressão da demência por vias diretas, como hipóxia, distúrbios metabólicos, eventos cerebrovasculares ou uso de certos medicamentos, levando à disfunção neuronal, ao desequilíbrio de neurotransmissores e à morte de neurônios. De forma indireta, o delirium também pode refletir uma maior fragilidade neurológica em indivíduos com demência já instalada, contribuindo para sua piora, sobretudo em situações de inflamação sistêmica ou diante de estressores intensos (Fong; Tulebaev; Inouye, 2009; Maclullich *et al.*, 2013).

Embora não tenha sido encontrada uma associação significativa, o presente estudo identificou déficit sensorial (visual, auditivo e bissensorial) em 89,5% dos pacientes com delirium, em comparação com 86,7% daqueles sem o transtorno. Esses resultados estão alinhados a um estudo sobre delirium em idosos, que também não demonstrou relação entre comprometimento sensorial e a presença de delirium, justificando o achado pela prática de ajustes de aparelhos auditivos e óculos durante a internação dos pacientes (Jorge-Samitier *et al.*, 2022). No entanto, essa explicação não se aplica ao nosso estudo, uma vez que apenas 12,9% dos pacientes com déficit sensorial utilizavam próteses corretivas durante o período de internação.

Em relação à presença de uremia à admissão como fator predisponente, embora nossa análise não tenha revelado associação estatisticamente significativa, Inouye (1999) demonstrou que a uremia é um fator independente para o desenvolvimento de delirium em idosos. A discrepância entre os resultados pode ser atribuída a fatores como diferenças nos critérios de inclusão, tamanho da amostra e estratégias de manejo clínico dos pacientes com disfunção renal.

5.3.4 Depressão

Sabe-se que a depressão é reconhecida na literatura como um fator de risco para o desenvolvimento de delirium (Freitas; Py, 2022; Kosar *et al.*, 2014; Leung *et al.*, 2005); possivelmente atribuída a mecanismos fisiopatológicos compartilhados entre ambos os transtornos, como alterações nos níveis de dopamina e serotonina (Maldonado, 2008; Nutt, 2008), além de processos inflamatórios comuns a ambas as condições (Cerejeira *et al.*, 2012; Miller; Maletic; Raison, 2009). Entretanto, nosso estudo não encontrou associação estatisticamente significativa entre essas condições, sendo encontrada uma proporção semelhante de depressão no grupo com delirium e sem delirium (21,1% contra 22,7%).

5.3.5 Uso de álcool e doença hepática

A relação entre o uso de álcool, doença hepática e delirium pode ser parcialmente explicada por mecanismos fisiopatológicos compartilhados, especialmente aqueles relacionados à atividade do ácido gama-aminobutírico (GABA), principal

neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central (Freitas; Py, 2022). Além disso, doenças hepáticas, como a cirrose, foram identificadas como fatores predisponentes para delirium, com um *odds ratio* significativo (Hildenbrand *et al.*, 2022). Esses estudos divergem com nossos achados, que não demonstraram associação estatisticamente significativa entre consumo de álcool ou doença hepática e a ocorrência de delirium.

5.3.6 Polifarmácia

O uso extensivo de polifarmácia em pacientes idosos tem se tornado cada vez mais frequente, como destacado por diversos estudos (Bhagavathula; Gebreyohannes; Fialova, 2021). Uma revisão sistemática e meta-análise conduzida na Etiópia relatou uma prevalência de 33% de polifarmácia na população idosa, indicando que pelo menos um em cada três idosos fazia uso dessa prática (Bhagavathula; Gebreyohannes; Fialova, 2021). Esses dados reforçam a preocupação com os impactos negativos da polifarmácia, considerando que ela está associada a uma série de desfechos adversos (Davies *et al.*, 2020), incluindo seu papel como fator predisponente para o delirium (Freitas; Py, 2022). Em nosso estudo, entretanto, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre polifarmácia e a ocorrência de delirium. Essa ausência de correlação pode refletir a complexidade da interação entre o número de medicamentos utilizados e o desenvolvimento de delirium, considerando que tanto os pacientes com delirium quanto aqueles sem delirium apresentaram alta frequência de polifarmácia (68,4% e 61,3%, respectivamente). Esses resultados refletem a dificuldade de identificar uma relação causal direta entre polifarmácia e delirium na população idosa.

5.4 FATORES PRECIPITANTES

5.4.1 Tempo de internação, admissão em UTI e pós-operatório

Nota-se que a estadia no ambiente hospitalar configura, por si só, um fator de risco importante para o desenvolvimento do delirium e para maior duração do transtorno (Peralta-Cuervo *et al.*, 2021), o que, por conseguinte, prolonga o tempo de internação (Seiler *et al.*, 2019). No nosso estudo, o tempo médio de internação foi

estatisticamente significativo quando comparado ao delirium, apresentando uma média de $10,4 \pm 6,9$ dias nos pacientes sem delirium e de $14,7 \pm 10,7$ dias naqueles com o transtorno. Tal achado ratifica a associação com delirium encontrada em literatura, conforme evidenciado por uma pesquisa portuguesa, na qual obteve-se uma média de hospitalização de $9,97 \pm 7,02$ dias (Tavares; Nunes; Grácio, 2021).

Dentro do meio hospitalar, uma das possíveis intercorrências refere-se à admissão em UTI, sendo sua correlação com o delirium amplamente documentada. No presente estudo, 22,7% dos pacientes foram admitidos em UTI, sendo que, destes, 60,0% desenvolveram delirium, sendo observada uma associação estatística significativa entre ambiente intensivo e delirium. De acordo com um estudo multicêntrico, a prevalência de delirium em UTI's na América do Sul, América do Norte e Europa chega a 32,3% (Salluh *et al.*, 2010), o que demonstra a importância do transtorno dentro desse meio de cuidados intensivos. Com isso, torna-se evidente o quanto o ambiente dentro de cuidados intensivos é propício ao desenvolvimento do delirium e de suas complicações. Discute-se a sedação como um dos principais gatilhos para o delirium dentro da UTI, posto que, em condições adequadas, ela é frequentemente usada para eliminar a resposta ao estresse dos pacientes; contudo, em uso inadequado, pode levar à ventilação mecânica prolongada, à perturbação do ciclo sono-vigília e até mesmo ao delirium (Chen *et al.*, 2023).

Ademais, outro possível agravo diz respeito à necessidade de cirurgias. Um estudo de revisão demonstrou que o delirium está presente em 15-53% dos pacientes idosos no período pós-operatório (Fong; Tulebaev; Inouye, 2009). Em alguns cenários, como no estudo realizado em idosos australianos, verifica-se correlação entre delirium e procedimentos cirúrgicos, em especial aqueles não eletivos (Tropea *et al.*, 2008). Tal associação, no entanto, não foi verificada em nosso estudo, o que pode ser justificado, a princípio, pela limitação estatística ao inferir associação com uma amostra pequena, de treze pacientes, que necessitaram de procedimento cirúrgico na internação.

5.4.2 Doença aguda intercorrente

Ao cursar com a hospitalização, algumas doenças intercorrentes podem afetar o paciente e serem associadas ao delirium. Esse tópico, no entanto, não segue um consenso nos relatos de literatura. De acordo com um estudo realizado em Bogotá, identificou-se correlação entre delirium e doenças infecciosas, sendo que 44,98% dos pacientes com delirium tinham diagnóstico de infecção na admissão em comparação a 30,87% nos pacientes sem delirium (Peralta-Cuervo *et al.*, 2021). Nossa pesquisa reitera tais achados, à medida que as doenças infecciosas (ITU, IVAS, pneumonia, infecções osteoarticulares, infecções de pele e partes moles) também representaram a maioria (40,7%) das doenças agudas intercorrentes na amostra com delirium, com destaque para ITU, que esteve presente em 23,5% dos pacientes com transtorno. Posteriormente, além dos quadros infecciosos, também observou-se predominância dos distúrbios hidroeletrólíticos, estando presente em 22,22% dos pacientes com delirium em comparação a 21,3% dos pacientes sem o transtorno, demonstrando um equilíbrio de distribuição. Tal dado pode ser comparado a um estudo realizado na Suíça, no qual não foram encontradas diferenças entre os grupos com e sem delirium para distúrbios hidroeletrólíticos (Seiler *et al.*, 2019), bem como a um estudo chinês, que não observou associação com acidose metabólica (Chen *et al.*, 2023). Não obstante, apenas 1,2% das ocorrências de doenças agudas no grupo com delirium foram atribuídas a causas cardiovasculares, o que contrasta com os resultados de um estudo realizado na Colômbia, que identificou as doenças do sistema circulatório como as principais associadas ao delirium, com uma prevalência de 73% entre os pacientes acometidos pelo transtorno (Ramos; Omaira; Henao-Castaño, 2022).

5.4.3 Imobilidade

Conforme apontado na literatura, práticas hospitalares que reforçam a baixa mobilidade e a permanência no leito, como uso de dispositivos vesicais e contenção direta ou indireta, estão associadas ao declínio funcional do paciente e, possivelmente, ao delirium (Covinsky; Pierluissi; Johnston, 2011; Menezes *et al.*, 2019; Palese *et al.*, 2016). Em nosso estudo, essa associação foi corroborada, tendo em vista a significância estatística entre o uso de cateterismo vesical e a presença

de delirium mediante uma razão de chances de 2,36 para o desenvolvimento do transtorno. Corroborando nossos achados, uma pesquisa multicêntrica demonstrou que a ausência de mobilização do paciente com sonda vesical de demora está associada ao desenvolvimento de delirium devido à limitação da mobilização (Béland *et al.*, 2021).

No que diz respeito à contenção mecânica, nosso estudo evidenciou associação estatística significativa com delirium e um valor de OR ajustado mais robusto para o desfecho de delirium (OR: 8,33) na análise multivariada. Tal achado é corroborado por uma pesquisa chinesa, que evidenciou associação entre contenção física e aumento de delirium, a saber que a contenção de longo prazo pode desencadear sentimentos de ansiedade e medo, com hiperatividade do sistema nervoso simpático, comprometimento cognitivo e perturbação do ciclo sono-vigília (Chen *et al.*, 2023). Da mesma forma, em outra pesquisa, identificou-se que aproximadamente 80% dos pacientes submetidos à contenção física apresentaram delirium (Pinheiro *et al.*, 2022).

5.4.4 Uso de substâncias psicoativas

Nota-se que a prescrição dentro do ambiente hospitalar também influencia nos fatores precipitantes para o delirium. Segundo dados de um estudo português, a maioria (75,2%) dos pacientes é polimedicada durante a internação (Tavares; Nunes; Grácio, 2021), o que condiz com nosso estudo, no qual 97,7% dos pacientes apresentavam prescrição hospitalar de três ou mais medicamentos de uso simultâneo. Sabe-se que determinadas classes de fármacos apresentam maior propensão a efeitos delirantes, como os medicamentos com propriedades anticolinérgicas, sedativas e hipnóticas (Burkhardt, 2016; Hipp; Ely, 2012). Em nossa pesquisa, 62,9% da amostra estava em uso de substâncias psicoativas, o que demonstrou 4,295 vezes mais chances de desenvolver delirium em relação aos pacientes que não faziam uso dessas medicações. Em um estudo chinês, houve correlação significativa entre o uso de medicamentos sedativos em pacientes com delirium (Chen *et al.*, 2023), o que é corroborado pelos resultados de um trabalho espanhol, concluindo-se que a prescrição de medicamentos hipnóticos deve ser limitada ao tempo mínimo necessário (Jorge-Samitier *et al.*, 2022).

5.4.5 Desnutrição e desidratação

No que tange à avaliação do estado nutricional, um estudo apontou relação entre desnutrição e desenvolvimento de delirium, mediante uma razão de chances de 2,77 (Peralta-Cuervo *et al.*, 2021). Esses dados são semelhante ao identificado no presente trabalho, no qual a desnutrição, quando avaliada quantitativamente pela circunferência da panturrilha, foi estatisticamente significativa para presença de delirium, evidenciando uma média de $28,8 \pm 4,9$ cm no grupo com delirium, comparado a $30,3 \pm 4,1$ cm no grupo sem delirium. Por outro lado, nosso estudo não encontrou associação com desnutrição, quando essa variável foi avaliada de forma qualitativa (diâmetro da panturrilha <31 cm e/ou nível de albumina sérica $\leq 2,5$ g/dL). Tal achado está em consonância com uma pesquisa realizada na Espanha, que não evidenciou relação entre estado nutricional e delirium (Jorge-Samitier *et al.*, 2022).

Outra variável estudada em nossa pesquisa foi o nível de desidratação, que apresentou resultado semelhante aos encontrados pelo estudo espanhol (Jorge-Samitier *et al.*, 2022), tendo em vista que ambos os trabalhos não encontraram associação entre delirium e estado de hidratação. Essa ausência pode ser explicada pela influência de variáveis não controladas, como o estado geral de saúde dos pacientes, intervenções hospitalares precoces para corrigir a desidratação ou comorbidades que podem ter mascarado a relação direta entre desidratação e delirium. Não obstante, um estudo realizado em Zurique descobriu que o delirium foi precipitado por certos fatores e, dentre eles, a desidratação, demonstrando uma associação positiva entre o transtorno e essa variável (Seiler *et al.*, 2019). Essa discrepância ressalta a importância de investigar contextos específicos e metodologias distintas para compreender melhor o impacto do estado de hidratação no delirium.

5.5 DESAFIOS E LIMITAÇÕES

Para realizar este estudo, foram enfrentadas limitações relacionadas ao seu caráter unicêntrico, tamanho reduzido da amostra e desenho transversal, o que compromete a generalização de resultados e a determinação de causalidades entre fatores de risco e o desfecho estudado. Além disso, a dependência de registros de prontuário

para a aplicação dos critérios da escala CAM pode ter levado à subestimativa da proporção de delirium, já que algumas informações importantes podem não ter sido devidamente registradas, apesar de esforços para padronizar avaliações e mitigar vieses.

6 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou uma alta proporção de delirium em idosos hospitalizados, associando-o a fatores predisponentes, como déficit cognitivo e delirium prévio, além de precipitantes, como contenção mecânica, cateter vesical, substâncias psicoativas, tempo de internação, admissão em UTI e diâmetro da panturrilha. Esses achados reforçam a importância de estratégias preventivas multidimensionais, incluindo a identificação de fatores de risco, intervenções não farmacológicas e capacitação das equipes de saúde. Dessa forma, urge a necessidade de implementação de um protocolo institucional para a prevenção e manejo do delirium no hospital de estudo.

REFERÊNCIAS

- AHMED, S.; LEURENT, B.; SAMPSON, E. L. **Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis.** *Age and Ageing*, 2014, v. 43, n. 3, p. 326–333.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V.** 5ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.
- ARIAS, F. *et al.* **A framework of social determinants of health for delirium tailored to older adults.** *Journal of the American Geriatrics Society*, 2021, v. 70, n. 1, p. 235–242.
- BHAGAVATHULA, A. S.; GEBREYOHANNES, E. A.; FIALOVA, D. **Prevalence of polypharmacy and risks of potentially inappropriate medication use in the older population in a developing country: a systematic review and meta-analysis.** *Gerontology*, 2021, v. 68, p. 1–10,
- BÉLAND, E. *et al.* **Predictors of delirium in older patients at the emergency department: a prospective multicentre derivation study.** *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 2021, v. 23, n. 3, p. 330–336.
- BELLELLI, G. *et al.* **“Delirium Day”: a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool.** *BMC Medicine*, 2016, v. 14, n. 1.
- BENEDICT, L. *et al.* **Prevention, detection and intervention with delirium in an acute care hospital: a feasibility study.** *International Journal of Older People Nursing*, 2009, v. 4, n. 3, p. 194–202.
- BENTO, M. S. P. M.; MARQUES, R. M. D., SOUSA, P. P. **Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado - una revisión bibliográfica.** *Enferm. glob.*, Murcia , 2018, v. 17, n. 52, p. 640-688.
- BORGES, J. *et al.* **Impacto do declínio cognitivo pós-operatório na qualidade de vida: estudo prospectivo.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2017, v. 67, n. 4, p. 362–369.
- BURKHARDT, H. **Pharmakotherapie und geriatrische Syndrome.** Springer eBooks, 2016, p. 241–278.
- BUSS, M. K. *et al.* **Associations between Caregiver-Perceived Delirium in Patients with Cancer and Generalized Anxiety in their Caregivers.** *Journal of Palliative Medicine*, 2007, v. 10, n. 5, p. 1083–1092.

CARNES, M. *et al.* **Physicians vary in approaches to the clinical management of delirium.** *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, v. 51, n. 2, p. 234–239.

CARRASCO, M. *et al.* **Impacto del delirium en pacientes de edad avanzada hospitalizados: un estudio prospectivo de cohortes.** *Revista médica de Chile*, 2012, v. 140, n. 7, p. 847–852.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nise da Silveira: vida e obra.** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/frases.php>. Acesso em: 29 abr. 2025.

CEREJEIRA, J. *et al.* **The Cholinergic System and Inflammation: Common Pathways in Delirium Pathophysiology.** *Journal of the American Geriatrics Society*, 2012, v. 60, n. 4, p. 669–675.

CHEN, T. *et al.* **Analysis of delirium risk factors in hospitalized patients transferred to general ward after emergency ICU.** *Minerva Surgery*, 2023, v. 79, n. 3.

COVINSKY, K. E.; PIERLUISSI, E.; JOHNSTON, C. B. **Hospitalization-associated disability.** *JAMA*, 2011, v. 306, n. 16.

DAVIES, L. E. *et al.* **Adverse outcomes of polypharmacy in older people: systematic review of reviews.** *Journal of the American Medical Directors Association*, 2020, v. 21, n. 2, p. 181–187.

FONG, T. G. *et al.* **The interface between delirium and dementia in elderly adults.** *The Lancet Neurology*, 2015, v. 14, n. 8, p. 823–832.

FONG, T. G.; TULEBAEV, S. R.; INOUYE, S. K. **Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment.** *Nature Reviews Neurology*, 2009, v. 5, n. 4, p. 210–220.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 5a. ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan, 2022.

HILDENBRAND, F. F. *et al.* **Predisposing and precipitating risk factors for delirium in gastroenterology and hepatology: Subgroup analysis of 718 patients from a hospital-wide prospective cohort study.** *Frontiers in Medicine*, 2022, v. 9.

HIPP, D. M.; ELY, E. W. **Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients.** *Neurotherapeutics*, 2012, v. 9, n. 1, p. 158–175.

HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCOR). **Protocolo de Delirium: prevenção, detecção e tratamento.** São Paulo, 2020.

INOUE, S. K. **Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients.** *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 1999, v. 10, n. 5, p. 393–400.

INOUE, S. K.; WESTENDORP, R. G.; SACZYNSKI, J. S. **Delirium in elderly people.** *The Lancet*, 2014, v. 383, n. 9920, p. 911–922.

JORGE-SAMITIER, P. *et al.* **Clinical and epidemiological approach to delirium in an acute care unit: a cross-sectional study.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, v. 19, n. 15, p. 9406.

KOSAR, C. M. *et al.* **Effect of preoperative pain and depressive symptoms on the risk of postoperative delirium: a prospective cohort study.** *The Lancet Psychiatry*, 2014, v. 1, n. 6, p. 431–436.

LAGO, M. S. *et al.* **Delirium e fatores associados em unidades de terapia intensiva: estudo piloto de coorte.** *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2020, v. 9, n. 1, p. 16–23.

LEUNG, J. M. *et al.* **Are preoperative depressive symptoms associated with postoperative delirium in geriatric surgical patients?** *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2005, v. 60, n. 12, p. 1563–1568.

MACLULLICH, A. M. J. *et al.* **New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium.** *Age and Ageing*, 2013, v. 42, n. 6, p. 667–674.

MALDONADO, J. R. **Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment.** *Critical Care Clinics*, 2008, v. 24, n. 4, p. 657–722.

MARCANTONIO, E. R. **Delirium in hospitalized older adults.** *New England Journal of Medicine*, 2017, v. 377, n. 15, p. 1456–1466.

MENEZES, K. V. R. S. *et al.* **Trajectories and predictors of functional capacity decline in older adults from a Brazilian Northeastern Hospital.** *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2019, v. 44, n. 2, p. 82–87.

MILLER, A. H.; MALETIC, V.; RAISON, C. L. **Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression.** *Biological Psychiatry*, 2009, v. 65, n. 9, p. 732–741.

NUTT, D. J. **Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder.** *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2008, v. 69 Suppl E1, n. 18494537, p. 4–7.

ÒSCAR MIRÓ *et al.* **Hyperactive delirium during emergency department stay: analysis of risk factors and association with short-term outcomes.** Internal and Emergency Medicine, 2023.

PALESE, A. *et al.* **Hospital-acquired functional decline in older patients cared for in acute medical wards and predictors: Findings from a multicentre longitudinal study.** Geriatric Nursing, 2016, v. 37, n. 3, p. 192–199.

PERALTA-CUERVO, A. F. *et al.* **Delirium prevalence in a Colombian Hospital, association with geriatric syndromes and complications during hospitalization.** Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2021, v. 56, n. 2, p. 69–74.

PINHEIRO, F. G. de M. S. *et al.* **Prevalência e fatores de risco associados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva.** Acta Paulista de Enfermagem, 2022, v. 35.

RAMOS, E. F.; OMAIRA, L.; HENAO-CASTAÑO, A. M. **Sospecha de delirium y posibles factores relacionados en el adulto mayor hospitalizado.** Avances en Enfermería, 2022, v. 40, n. 3.

SALLUH, J. I. *et al.* **Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study.** Critical Care, 2010, v. 14, n. 6, p. 210.

SEILER, A. *et al.* **Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients.** Palliative and Supportive Care, 2019, p. 1–10.

SIDDIQI, N.; HOUSE, A. O.; HOLMES, J. D. **Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review.** Age and Ageing, 2006, v. 35, n. 4, p. 350–364.

SILVA, L. O. J. *et al.* **Association between emergency department modifiable risk factors and subsequent delirium among hospitalized older adults.** The American Journal of Emergency Medicine, 2022, v. 53, p. 201–207.

TAVARES, J. P. de A.; NUNES, L. A. N. V.; GRÁCIO, J. C. G. **Hospitalized older adult: predictors of functional decline.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2021, v. 29.

TROPEA, J. *et al.* **Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia.** Australasian Journal on Ageing, 2008, v. 27, n. 3, p. 150–156.

TUGAS, M. G. *et al.* **Coste hospitalario asociado al delirium en pacientes mayores.** Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2012, v. 47, n. 1, p. 23–26.

VÁZQUEZ, F. J. *et al.* **Delirium en ancianos hospitalizados: Seguimiento de 18 meses.** Medicina (Buenos Aires), 2010, v. 70, n. 1, p. 8-14.

WALSEMANN, K. M.; AILSHIRE, J. A. **Early educational experiences and trajectories of cognitive functioning among mid-life and older U.S. adults.** American Journal of Epidemiology, 2020.

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO,
FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS COM DELIRIUM
NA ENFERMARIA DO HSCMV**

Figura 1 - página 1 do formulário

26/11/2024, 16:57 FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS...

FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS COM DELIRIUM NA ENFERMARIA DO HSCMV

Antes de preencher o formulário Google, os participantes/acompanhantes participaram de uma leitura detalhada dos termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que incluiu a explicação do objetivo da pesquisa, os riscos envolvidos e demais informações relevantes. Após essa leitura e discussão, eles concordaram e assinaram o TCLE para expressar seu consentimento em participar do estudo.

** Indica uma pergunta obrigatória*

PRESENÇA DE DELIRIUM

1. De acordo com a escala CAM:

Marcar apenas uma oval.

Delirium presente

Delirium ausente

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

2. Idade *

https://docs.google.com/forms/d/1rBnli8O8N3l_TMCs2ckGokBTpEaOoa405gY09F4QL04/edit 1/9

Fonte: elaborado pelos autores (2023)

Figura 1 - página 2 do formulário

26/11/2024, 16:57 FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS...

3. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

4. Nível de escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

Analfabeto

≤ 4 anos

> 4 anos

FATORES PREDISPOANTES

5. Possui idade \geq 75 anos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Tem história de delirium (delirium progressivo)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

https://docs.google.com/forms/d/1rBnli8O8N3l_TMCS2ckGokBTpEaOoa405gY09F4QL04/edit 2/9

Figura 1 - página 3 do formulário

26/11/2024, 16:57 FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPONENTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS...

7. Possui depressão? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Tem diagnóstico de déficit cognitivo? *

Marcar apenas uma oval.

Demência

Transtorno Neurocognitivo Leve

Nenhum

9. Possui doença hepática? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

DÉFICIT SENSORIAL

10. Possui algum déficit auditivo e/ou visual? *

Marque todas que se aplicam.

Auditivo

Visual

Nenhum

https://docs.google.com/forms/d/1rBnli8O8N3l_TMCs2ckGokBTpEaOoa405gY09F4QL04/edit 3/9

Figura 1 - página 4 do formulário

26/11/2024, 16:57 FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS...

11. Caso tenha, e possua alguma prótese prévia, está internado na enfermaria com essa prótese?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

UREMIA

12. Valor da ureia (mg/dl) à admissão hospitalar *

Marque todas que se aplicam.

Não coletado

Outro: _____

13. Apresenta uremia? *

(VR: MULHERES > 48 E HOMENS > 50 mg/dl)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. Faz uso de álcool? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

https://docs.google.com/forms/d/1rBni808N3l_TMCs2ckGokBTpEaOoa405gY09F4QL04/edit 4/9

Figura 1 - página 5 do formulário

26/11/2024, 16:57 FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS...

15. Fazia uso de polifarmácia (5 ou mais medicamentos)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

FATORES PRECIPITANTES

16. Teve alguma doença aguda intercorrente? *

Marque todas que se aplicam.

Pneumonia

ITU

Distúrbio Hidroeletrólítico

Outro: _____

17. Está desidratado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. A internação foi posterior a alguma cirurgia? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

19. Há quantos dias está internado?

https://docs.google.com/forms/d/1rBnli8O8N3l_TMcs2ckGokBTpEaOoa405gY09F4QL04/edit

5/9

Figura 1 - página 6 do formulário

26/11/2024, 16:57 FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS...

20. Houve admissão na UTI durante a internação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

IMOBILIDADE

21. Foi contido mecanicamente? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

22. Necessitou de cateterismo vesical? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A INTERNAÇÃO

23. Está fazendo uso simultâneo de três ou mais medicamentos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

https://docs.google.com/forms/d/1rBni8O8N3l_TMCs2ckGokBTpEaOoa405gY09F4QL04/edit 6/9

Figura 1 - página 7 do formulário

26/11/2024, 16:57 FORMULÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES NOS IDOSOS...

24. Dentre eles, alguma substância é psicoativa? *
(ansiolíticos, sedativos hipnóticos, antidepressivos, morfina, antipsicóticos, etc.)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

DESNUTRIÇÃO

25. Qual o nível de albumina sérica (g/dl) ? *
Marque todas que se aplicam.

Não coletado

Outro: _____

26. De acordo com o nível de albumina ($\leq 2,5$ g/dl), apresenta desnutrição ? *
Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Não coletado

27. Qual o diâmetro da panturrilha (cm) ? *

28. De acordo com o diâmetro da panturrilha (<31 cm), apresenta desnutrição ? *
Marcar apenas uma oval.


Sim

Não

https://docs.google.com/forms/d/1rBnl8O8N3l_TMCs2ckGokBTpEaOoa405gY09F4QL04/edit 7/9

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O PACIENTE

Figura 2 - página 1 do TCLE para o paciente



EMESCAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “PROPORÇÃO DO DELIRIUM E SUA CORRELAÇÃO COM OS FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES EM IDOSOS INTERNADOS NA ENFERMARIA DE GERIATRIA DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA”, sob a responsabilidade da Dr^a Mestre Caroline Tessinari Pupim.

JUSTIFICATIVA : O delirium possui alta prevalência em idosos hospitalizados, sendo decorrente da interação de fatores de risco que podem ser prevenidos. Por isso, a compreensão desse cenário é importante para melhorar sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Realizar essa pesquisa é fundamental para fornecer conhecimento aos profissionais de saúde, desenvolver abordagens eficazes e reduzir o impacto negativo do delirium na qualidade de vida dos pacientes e cuidadores.

OBJETIVO DA PESQUISA: Observar a proporção do delirium e sua correlação com os fatores predisponentes e precipitantes em idosos internados na enfermaria de geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

PROCEDIMENTOS: No estudo, você será convidado(a) a participar e fornecer seu consentimento. Caso concorde, os pesquisadores irão revisar seu prontuário médico para obter dados sobre seu histórico de saúde e sobre sua internação atual nessa enfermaria. Caso alguns desses dados não estejam presentes no prontuário, os pesquisadores farão perguntas diretamente a você no espaço da enfermaria. Todas as informações coletadas serão tratadas com sigilo e respeito à sua privacidade. Sua participação é voluntária, e você tem o direito de não responder a qualquer pergunta com a qual não se sinta confortável.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: Os procedimentos da pesquisa serão realizados na enfermaria de geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). A coleta de dados por meio do formulário e da revisão dos prontuários médicos pode levar aproximadamente 15 a 20 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS: Ao participar do estudo, é possível que você experimente desconforto emocional ao discutir questões relacionadas ao delirium, bem como possa sentir invasão de privacidade durante a revisão dos prontuários e exposição de dados confidenciais. Para minimizar esses riscos, os pesquisadores agirão com sensibilidade diante do desconforto que as perguntas possam gerar, garantindo uma abordagem discreta e tomando todas as medidas necessárias para assegurar que outras pessoas no ambiente não escutem as informações discutidas. Será utilizado um tom de voz discreto e serão adotadas estratégias para preservar a privacidade e a confidencialidade das conversas, mesmo em um ambiente com várias pessoas internadas no quarto de enfermaria. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores e a orientadora terão conhecimento dos dados. Lembre-se de que você tem o direito de não responder a perguntas obrigatórias, preservando assim sua privacidade durante a coleta de dados.

BENEFÍCIOS: Ao participar deste estudo, você poderá se beneficiar ao receber um tratamento mais personalizado e direcionado para o delirium, o que pode ajudar a diminuir os efeitos negativos na qualidade de vida tanto dos pacientes quanto dos cuidadores. Além disso, sua participação também contribuirá para avançar o conhecimento científico sobre o delirium, possibilitando o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na prevenção e no manejo dessa condição.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Durante o estudo, você terá acompanhamento e assistência necessários. Isso inclui o suporte dos pesquisadores para esclarecer suas dúvidas, fornecer orientações e garantir o cuidado adequado durante todo o processo. Caso ocorram danos decorrentes da pesquisa, você terá direito a assistência imediata e integral gratuita para o tratamento desses danos.

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

Figura 2 - página 2 do TCLE para o paciente

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: O sr. (sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa. A sua participação no estudo é voluntária e, por isso, não haverá pagamento por sua participação.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS : Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) CAROLINE TESSINARI PUPIM no telefone (27) 99231-5424, ou no endereço Rua Carlos Nicoletti Madeira, 120, Barro Vermelho, Vitória-ES, CEP 29057-520. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada e rubricada em todas as páginas, por mim e pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante.

Vitória, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “PROPORÇÃO DO DELIRIUM E SUA CORRELAÇÃO COM OS FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES EM IDOSOS INTERNADOS NA ENFERMARIA DE GERIATRIA DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA”, eu, CAROLINE TESSINARI PUPIM, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.


Pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O ACOMPANHANTE

Figura 3 - página 1 do TCLE para o acompanhante



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a), como acompanhante do idoso internado na enfermaria, a autorizar a participação dele(a) no estudo intitulado "PROPORÇÃO DO DELIRIUM E SUA CORRELAÇÃO COM OS FATORES PREDISPOSTOS E PRECIPITANTES EM IDOSOS INTERNADOS NA ENFERMARIA DE GERIATRIA DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA", sob a responsabilidade da Dr^a Mestre Caroline Tessinari Pupim.

JUSTIFICATIVA : O delirium possui alta prevalência em idosos hospitalizados, sendo decorrente da interação de fatores de risco que podem ser prevenidos. Por isso, a compreensão desse cenário é importante para melhorar sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Realizar essa pesquisa é fundamental para fornecer conhecimento aos profissionais de saúde, desenvolver abordagens eficazes e reduzir o impacto negativo do delirium na qualidade de vida dos pacientes e cuidadores.

OBJETIVO DA PESQUISA: Observar a proporção do delirium e sua correlação com os fatores predisponentes e precipitantes em idosos internados na enfermaria de geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

PROCEDIMENTOS: No estudo, você será convidado(a) a fornecer seu consentimento, como acompanhante do idoso, para que ele participe da pesquisa. Caso concorde, os pesquisadores revisarão o prontuário médico do idoso para obter dados sobre seu histórico de saúde e sobre a internação atual nesta enfermaria. Se algumas dessas informações não estiverem disponíveis no prontuário, os pesquisadores farão perguntas diretamente a você no espaço da enfermaria. Todas as informações coletadas serão tratadas com sigilo e respeito à privacidade do idoso e do acompanhante. Sua participação é voluntária, e você tem o direito de não responder a qualquer pergunta com a qual não se sinta confortável.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: Os procedimentos da pesquisa serão realizados na enfermaria de geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). A coleta de dados por meio do formulário e da revisão dos prontuários médicos pode levar aproximadamente 15 a 20 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS: Ao participar do estudo, é possível que você experimente desconforto emocional ao discutir questões relacionadas ao delirium, bem como possa sentir invasão de privacidade durante a revisão dos prontuários e exposição de dados confidenciais. Para minimizar esses riscos, os pesquisadores agirão com sensibilidade diante do desconforto que as perguntas possam gerar, garantindo uma abordagem discreta e tomando todas as medidas necessárias para assegurar que outras pessoas no ambiente não escutem as informações discutidas. Será utilizado um tom de voz discreto e serão adotadas estratégias para preservar a privacidade e a confidencialidade das conversas, mesmo em um ambiente com várias pessoas internadas no quarto de enfermaria. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores e a orientadora terão conhecimento dos dados. Lembre-se de que você tem o direito de não responder a perguntas obrigatórias, preservando assim sua privacidade durante a coleta de dados.

BENEFÍCIOS: Ao permitir a participação do idoso que você acompanha neste estudo, ele poderá se beneficiar ao receber um tratamento mais personalizado e direcionado para o delirium, o que pode ajudar a diminuir os efeitos negativos na qualidade de vida tanto do paciente quanto dos cuidadores. Além disso, a participação contribuirá para avançar o conhecimento científico sobre o delirium, possibilitando o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na prevenção e no manejo dessa condição.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Durante o estudo, você e o idoso terão o acompanhamento e a assistência necessários. Isso inclui o suporte dos pesquisadores para esclarecer suas dúvidas, fornecer orientações e garantir o cuidado adequado durante todo o processo. Caso ocorram danos decorrentes da pesquisa, o idoso terá direito a assistência imediata e integral gratuita para o tratamento desses danos.

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

Figura 3 - página 2 do TCLE para o acompanhante

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a permitir a participação do idoso que você acompanha neste estudo. A qualquer momento, você pode decidir não consentir ou retirar o consentimento, sem que o idoso ou você sejam penalizados ou sofram prejuízos decorrentes dessa decisão. Caso decida retirar o consentimento, você e o idoso não serão mais contatados pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade e a do idoso que você acompanha durante todas as fases da pesquisa, inclusive após sua finalização e publicação.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: O sr. (sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa. A sua participação no estudo é voluntária e, por isso, não haverá pagamento por sua participação.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido a você e ao idoso que você acompanha o direito de serem indenizados em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS : Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) CAROLINE TESSINARI PUPIM no telefone (27) 99231-5424, ou no endereço Rua Carlos Nicoletti Madeira, 120, Barro Vermelho, Vitória-ES, CEP 29057-520. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente forneço meu consentimento para que o idoso que acompanho participe deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada e rubricada em todas as páginas, por mim e pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante.

Vitória, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “PROPORÇÃO DO DELIRIUM E SUA CORRELAÇÃO COM OS FATORES PREDISPOANTES E PRECIPITANTES EM IDOSOS INTERNADOS NA ENFERMARIA DE GERIATRIA DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA”, eu, CAROLINE TESSINARI PUPIM, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

ANEXO A - CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Figura 4 - Confusion Assessment Method (CAM)

▶ CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)		AUSENTE	PRESENTE
1. Mudança aguda no estado mental OU curso flutuante durante o dia <i>Períodos de confusão, desorientação, alteração de comportamento, agitação ou sonolência representando <u>mudança</u> em relação ao estado habitual.</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		INTERROMPER SEM DELIRIUM	seguir adiante
2. Déficit de atenção <i>Não acompanha a conversa, alheio ao que se passa ou dificuldade no <u>teste de atenção</u> (descrito no verso).</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		INTERROMPER SEM DELIRIUM	seguir adiante
3. Alteração do nível de consciência (RASS ≠ 0) <input type="checkbox"/> (+1) Inquieto <input type="checkbox"/> (+2) Agitado <input type="checkbox"/> (+3) Muito Agitado <input type="checkbox"/> (+4) Combativo <input type="checkbox"/> (-1) Sonolento <input type="checkbox"/> (-2) Sedação leve <input type="checkbox"/> (-3) Sedação moderada <i>* Não aplicar o CAM se RASS -4 ou -5 (sedação intensa ou não desperta)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		seguir adiante	CONFIRMA DELIRIUM
4. Pensamento desorganizado <i>Apresenta ideias sem lógica, incoerentes, muda o tema da conversa de forma imprevisível ou comete erros nas <u>questões de avaliação</u> (descritas no verso).</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		EXCLUI DELIRIUM	CONFIRMA DELIRIUM
<i>* O CAM é positivo quando alterações nos itens 1 E 2 estão presentes em adição ao item 3 OU item 4.</i>			

Fonte: Hospital do Coração (acesso em 06 jun. 2023)

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Figura 5 - página 1 do parecer consubstanciado do CEP


<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>										
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: PROPORÇÃO DO DELIRIUM E SUA CORRELAÇÃO COM OS FATORES PREDISPOSTOS E PRECIPITANTES EM IDOSOS INTERNADOS NA ENFERMARIA DE GERIATRIA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO										
Pesquisador: Caroline Tessinari Pupim										
Área Temática:										
Versão: 2										
CAAE: 75807623.6.0000.5065										
Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 6.556.474										
Apresentação do Projeto:										
Trata-se de um estudo que será realizado de forma observacional e transversal, a partir de dados coletados no período de janeiro a junho de 2024. A amostra será selecionada por conveniência, tendo como critérios de inclusão: indivíduos 60 anos, admissão na Enfermaria de Geriatria do HSCMV durante o período de coleta de dados e tempo de internação 48 horas. Quanto aos critérios de exclusão, não serão selecionados aqueles que se recusarem a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Após a seleção da amostra, será aplicada a escala Confusion Assessment Method (CAM), para diagnóstico de delirium, e um formulário produzido pelos pesquisadores, preenchido a partir de dados dos prontuários e das informações fornecidas pelos pacientes ou acompanhantes, que permitirá identificar os possíveis fatores predisponentes e precipitantes para o delirium. Para analisar os dados da associação das variáveis com a presença de delirium, serão usados os testes qui-quadrado ou Exato de Fisher para as variáveis qualitativas, e o teste não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis quantitativas. Previsão de 240 participantes da pesquisa.										
Objetivo da Pesquisa:										
Objetivo Primário:										
Observar a proporção do delirium e sua correlação com os fatores predisponentes e precipitantes										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190</td> <td>CEP: 29.045-402</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Bairro Santa Luiza</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: ES</td> <td>Município: VITORIA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (27)3334-3586</td> <td>Fax: (27)3334-3586</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: comite.etica@emescam.br</td> </tr> </table>	Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190	CEP: 29.045-402	Bairro: Bairro Santa Luiza		UF: ES	Município: VITORIA	Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586		E-mail: comite.etica@emescam.br
Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190	CEP: 29.045-402									
Bairro: Bairro Santa Luiza										
UF: ES	Município: VITORIA									
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586									
	E-mail: comite.etica@emescam.br									
Página 01 de 04										

Figura 5 - página 2 do parecer consubstanciado do CEP



<p>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM</p> 										
<p>Continuação do Parecer: 6.556.474</p>										
<p>em idosos internados na enfermaria de geriatria do HSCMV.</p> <p>Objetivo Secundário:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Observar a proporção do delirium na enfermaria de geriatria do HSCMV, por meio da aplicação da escala Confusion Assessment Method (CAM), em idosos internados;b) Identificar o perfil sociodemográfico (idade, sexo e escolaridade) nos pacientes diagnosticados com delirium;c) Investigar se os fatores predisponentes possuem associação para o desenvolvimento de delirium nessa população;d) Avaliar se os fatores precipitantes possuem associação para o desenvolvimento de delirium nessa população. <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</p> <p>Segundo os pesquisadores os riscos esperados pela participação no estudo podem incluir desconforto emocional ao abordar questões relacionadas ao delirium, invasão de privacidade durante a revisão dos prontuários e a exposição de dados sigilosos. Para mitigar esses riscos, os pesquisadores irão agir com sensibilidade diante do desconforto que as perguntas possam gerar, garantindo uma abordagem discreta e tomando todas as medidas necessárias para assegurar que outras pessoas no ambiente não escutem as informações discutidas. Será utilizado um tom de voz discreto e serão adotadas estratégias para preservar a privacidade e a confidencialidade das conversas. Caso haja perguntas obrigatórias, o participante terá o direito de optar por não respondê-las, respeitando sua vontade e preservando sua privacidade durante todo o processo de coleta de dados.</p> <p>Benefícios:</p> <p>Os benefícios diretos esperados da participação no estudo incluem a possibilidade de receber uma abordagem mais individualizada e direcionada para o tratamento do delirium, o que pode reduzir o impacto adverso na qualidade de vida dos pacientes e cuidadores. Enquanto os benefícios indiretos podem incluir a contribuição para o avanço do conhecimento científico sobre o tema, bem como para o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de prevenção e manejo dessa condição.</p> <p>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</p> <p>Pesquisa relevante tendo em vista o crescente envelhecimento da população, tratando-se de um agravo prevalente nesse ciclo de vida</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190</td><td>CEP: 29.045-402</td></tr><tr><td>Bairro: Bairro Santa Luiza</td><td></td></tr><tr><td>UF: ES</td><td>Município: VITORIA</td></tr><tr><td>Telefone: (27)3334-3586</td><td>Fax: (27)3334-3586</td></tr><tr><td></td><td>E-mail: comite.etica@emescam.br</td></tr></table>	Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190	CEP: 29.045-402	Bairro: Bairro Santa Luiza		UF: ES	Município: VITORIA	Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586		E-mail: comite.etica@emescam.br
Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190	CEP: 29.045-402									
Bairro: Bairro Santa Luiza										
UF: ES	Município: VITORIA									
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586									
	E-mail: comite.etica@emescam.br									
<p>Página 02 de 04</p>										

Figura 5 - página 3 do parecer consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM			
---	--	---	--

Continuação do Parecer: 6.556.474

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
 Carta de anuência adequada assinada pelo coordenador do centro de pesquisas da SCMV
 Folha de rosto adequada assinada pelo diretor da SCMV
 TCLE adequado
 Os pesquisadores apresentaram orçamento e cronograma

Recomendações:
 Os pesquisadores acataram as orientações do CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
 Não há

Considerações Finais a critério do CEP:
 Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:
 - riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
 - ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
 - mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.


Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2230247.pdf	30/11/2023 14:41:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	30/11/2023 14:39:48	Caroline Tessinari Pupim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B.pdf	30/11/2023 14:38:31	Caroline Tessinari Pupim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A.pdf	30/11/2023 14:37:28	Caroline Tessinari Pupim	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/11/2023 15:54:59	Caroline Tessinari Pupim	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

Página 03 de 04

Figura 5 - página 4 do parecer consubstanciado do CEP

<p>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM</p> 																
Continuação do Parecer: 6.556.474																
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_assinada.pdf	31/10/2023 17:51:53	Caroline Tessinari Pupim	Aceito												
<p>Situação do Parecer: Aprovado</p> <p>Necessita Apreciação da CONEP: Não</p> <p style="text-align: center;">VITORIA, 05 de Dezembro de 2023</p> <hr style="width: 30%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">Assinado por: rubens josé loureiro (Coordenador(a))</p>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190</td> <td>CEP: 29.045-402</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Bairro Santa Luiza</td> <td colspan="2">Município: VITORIA</td> </tr> <tr> <td>UF: ES</td> <td>Telefone: (27)3334-3586</td> <td>Fax: (27)3334-3586</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">E-mail: comite.etica@emescam.br</td> </tr> </table>					Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190		CEP: 29.045-402	Bairro: Bairro Santa Luiza	Município: VITORIA		UF: ES	Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br		
Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190		CEP: 29.045-402														
Bairro: Bairro Santa Luiza	Município: VITORIA															
UF: ES	Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586														
E-mail: comite.etica@emescam.br																
Página 04 de 04																