

Estratégias do membro da família prestador de cuidados face às manifestações de confusão do seu familiar

Family member strategies to deal with confusional manifestations by the care recipient
Estrategias del miembro de la familia prestador de cuidados ante las manifestaciones de confusión de su familiar

Joana Sousa*; Abel Silva**; Paulo Marques***

Resumo

Estudo realizado com o objetivo de identificar as manifestações de Confusão Aguda (CA) que os doentes apresentam em casa, e as estratégias utilizadas pelo Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC) para lidar com essas manifestações. Face a essas intenções, utilizou-se uma estratégia metodológica em duas fases, uma primeira em ambiente hospitalar, recorrendo-se a uma abordagem quantitativa e uma segunda em casa, suportada na metodologia do estudo de caso. Para a identificação dos elementos da amostra, num primeiro momento foi aplicada a *Neecham Confusion Scale* (NCS) aos doentes internados numa instituição hospitalar, tendo-se averiguado, um mês após a alta, o destino dos que apresentaram Confusão Aguda (CA). Constatou-se, então, que apenas 17,3% dos doentes, regressaram a casa. Destes, após avaliação com a NCS, selecionaram-se aqueles que ainda mantinham confusão, para efetuar uma entrevista semiestruturada aos seus MFPC com o intuito de responder aos objetivos de estudo. Do discurso dos participantes emergiram três categorias relativas às manifestações de confusão: alterações psicomotoras; orientação e comportamento social inapropriado; e duas respeitantes às estratégias: estratégias não farmacológicas e estratégias farmacológicas. Além destas foi referenciada pelos MFPC, incapacidade de agir. São necessários outros estudos, em amostra maior, para uma melhor compreensão da problemática.

Palavras-chave: confusão; cuidadores.

Abstract

This study was conducted with the following goals: to identify manifestations of acute confusion (AC) that patients have at home and to identify the strategies used by Family Caregivers (MFPCs) to deal with these manifestations. Accordingly, the work was divided into two parts: a) the first took place in the hospital setting, using a quantitative approach, and b) the second took place at home, based on a qualitative case study methodology. For identification of the sample, at the first stage the NEECHAM Confusion Scale (NCS) was administered to in-patients in a hospital setting, and one month after discharge follow-up of those who had acute confusion (AC) was carried out. It was found that only 17.3% of patients returned home. Of these, after assessment with the NCS, only those who still had confusion were selected for semi-structured interview of their MFPC in order to achieve the study goals. In the interviews, participants revealed three categories related to manifestations of confusion: 1) psychomotor; 2) orientation and 3) inappropriate social behaviour, and two related to strategies: a) non-pharmacological strategies, and 2) pharmacological strategies. Inability to act was also revealed in the interviews. Further studies are needed with larger samples to better understand the problem.

Keywords: confusion, caregivers.

* Msc. em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda no ICS da Universidade Católica. RN. Hospital da Universidade de Coimbra [joanasousa@live.com].

** Ph.D - Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto

*** Msc. em Enfermagem. Professor - Adjunto na Escola Superior de Enfermagem no Porto

Resumen

Estudio realizado con el objetivo de identificar las manifestaciones de Confusión Aguda (CA) que los enfermos presentan en casa y las estrategias utilizadas por el Miembro de la Familia Prestador de Cuidados (MFPC) para lidiar con estas manifestaciones. Ante esas intenciones, se utilizó una estrategia metodológica en dos fases, la primera en ambiente hospitalario, recurriéndose a un enfoque cuantitativo y la segunda en casa, apoyada en la metodología del estudio de caso.

Para la identificación de los elementos de la muestra, en primer lugar fue aplicada la escala de *Neecham Confusion Scale* (NCS) a los enfermos internados en una institución hospitalaria, habiendo, tras un mes del alta, averiguado el destino de los que presentaron Confusión Aguda (CA). Se constató entonces que apenas 17,3% de los enfermos, regresaron a casa. De estos, tras evaluación con la NCS, se seleccionaron aquellos en los que aún persistía el estado de confusión para efectuar una entrevista semi-estructurada a sus MFPC con el intuito de responder a los objetivos del estudio. Del discurso de los participantes emergieron tres categorías relativas a las manifestaciones de confusión: alteraciones psicomotoras; orientación y comportamiento social inapropiado; y dos respectivas a las estrategias: estrategias no farmacológicas; estrategias farmacológicas. Además de estas fue referida por los MFPC, la incapacidad de actuar. Son necesarios otros estudios, en una muestra mayor, para una mejor comprensión de la problemática.

Palabras clave: confusión; cuidadores.

Recebido para publicação em: 14.05.10

Aceite para publicação em: 23.03.11

Introdução

Nos últimos anos têm-se verificado alterações demográficas substanciais, com o crescimento exponencial da população idosa, mais significativo nos países desenvolvidos, e também a nível das estruturas familiares, que evoluíram de numerosas para mono nucleares e mesmo desfragmentadas (Portugal, Direção Geral da Saúde, 2004). Essas modificações comportam enormes desafios para os sistemas prestadores de cuidados de saúde, exigindo uma modificação do paradigma atual dos cuidados, ainda muito centrado num modelo curativo, mas também para os profissionais que aí exercem a sua atividade e para a sociedade no seu todo (Portugal, Direção Geral da Saúde, 2004). Com o aumento da esperança média de vida, são cada vez mais as pessoas com idade acima dos 65 anos a recorrer aos serviços de saúde, com problemas como a confusão aguda (CA), de difícil diagnóstico e gestão para os profissionais de saúde (Nicholson e Henderson, 2009). A CA é definida como uma síndrome clínica caracterizado por um distúrbio da consciência, função cognitiva ou percepção, que tem um início agudo e um decurso flutuante (Sendelbach e Guthrie, 2009). O que leva a inúmeras consequências negativas, como elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, a nível hospitalar, institucionalização, reinternamento e aumento considerável dos custos (Nicholson e Henderson, 2009; Sendelbach e Guthrie, 2009). Silva (2007) alerta-nos para um desses problemas, ao perguntar quantas serão as pessoas readmitidas no hospital, pouco tempo após o internamento inicial, devido a problemas como a confusão, o que nos remete para uma eventual impreparação dos MFPC para tomar conta dos seus familiares confusos.

Essas dificuldades podem induzir stresse no MFPC, podendo mesmo levá-lo à exaustão, refletindo-se em alterações no seu bem-estar e saúde, na rede social a que pertence, bem como na sua própria dinâmica familiar, impedindo uma adequada Transição para o Papel de Prestador de Cuidados (Meleis, 2007). Aquele conceito pressupõe a passagem ou o movimento de um estado, condição ou lugar, para outro, envolvendo a aquisição de um novo papel, que decorre num determinado período de tempo, implicando uma mudança na vida dos indivíduos, assim como na sua organização familiar. Este processo é acompanhado por uma vasta gama de emoções, que

surgem a partir das dificuldades encontradas no seu decurso (Meleis, 2007). Ora, se as dificuldades não forem solucionadas convenientemente e no tempo certo, poder-se-á evoluir para resultados altamente negativos, quer para os próprios, mas também para a sociedade no seu todo, e a enfermagem tem aqui uma palavra a dizer (Pereira, 2009). Nessa medida, importa muito conhecer o problema no contexto do domicílio, bem como a(s) forma(s) utilizada(s) pelos familiares daqueles doentes, para gerir a situação com que se deparam de um momento para o outro, e também a sua origem, para melhor se poder intervir. O conhecimento básico deste fenómeno é essencial para o subsequente desenvolvimento de conhecimento aplicado (Meleis, 2007).

Quadro Teórico

A prestação de cuidados é uma tarefa inerente ao ser humano e à sua vida social. O ato de tomar conta surge quando alguém que nos é próximo precisa de ajuda na realização dos autocuidados, no domicílio, devido a uma situação de doença, aguda ou crónica, ou pela debilidade associada ao envelhecimento dos indivíduos (Pereira, 2009). O autocuidado inclui os cuidados oferecidos por outros a favor da pessoa (Meleis, 2007).

No contexto de uma hospitalização, uma pessoa pode tornar-se dependente ou sofrer um agravamento no seu grau de dependência, associado a uma CA (Sendelbach e Guthrie, 2009); necessitar de ajuda para a concretização dos cuidados que, normalmente, seria capaz de realizar por si próprio; necessitar de vigilância e controlo de um conjunto de sinais e sintomas. Sendelbach e Guthrie (2009) evidenciam que o fenómeno de CA está associado a um pior estado funcional e a uma maior necessidade de cuidados. Neste caso, quando este doente regressa a casa, a CA pode ter um grande impacto nas famílias (Aguirre, 2010). Uma das maiores preocupações com estes doentes está relacionada com os riscos em que incorrem, nomeadamente, de quedas, fuga, entre outros, sendo que a CA se manifesta por agitação, desorientação, perturbações do discurso, entre outras (Meagher, 2009). Muitos dos doentes que manifestam CA a nível hospitalar, não conseguem recuperar no curto espaço do internamento, ficando a sua família com o encargo de gerir da melhor forma o problema,

responsabilidade que cabe aos enfermeiros (Aguirre, 2010); designadamente idosos confusos (Cruz *et al.*, 2010). Em consequência, os membros de cada família têm que definir aquele que ficará responsável pela prestação de cuidados, sendo que habitualmente esta tarefa recai sobre os elementos do sexo feminino, preferencialmente cônjuges, mas também filhas ou noras (Honea *et al.*, 2008).

A prestação de cuidados vai desencadear respostas no MFPC, podendo resultar em deterioração da sua saúde física e psíquica, que se agrava com o tempo, designada na literatura como stress do prestador de cuidados (*caregiverstrain, caregiverburden*) (Honea *et al.*, 2008). Deste modo, o prestador de cuidados do doente com CA encontra-se vulnerável a riscos que podem influenciar e afetar a sua saúde e bem-estar, dificultando a transição que é uma passagem entre dois períodos estáveis (Meleis, 2007). Trata-se de um processo que se traduz em mudanças que culminam em períodos de desequilíbrios e de perturbações e, posteriormente, num novo equilíbrio. Ao longo deste *continuum* o indivíduo vivencia profundas alterações no ambiente que o envolve e na maneira como o percebe. Durante o decurso da transição é necessário desenvolver novas competências, relações e estratégias de *coping*, que seriam facilitadas por uma preparação adequada do regresso a casa (Petronilho, 2007). Preparação que dotasse o MFPC dos conhecimentos e habilidades para lidar com o familiar com CA, o que não parece existir, esperando-se que adote, por si próprio, estratégias para enfrentar as manifestações de confusão do seu familiar.

Metodologia

Este estudo de cariz descritivo e exploratório, foi estruturado em duas partes: no hospital e em casa, recorrendo-se a abordagens de natureza quantitativa e qualitativa (com recurso à metodologia do estudo de caso), respetivamente. Neste âmbito, definiram-se os seguintes objetivos de estudo: em contexto hospitalar pretendeu-se: 1) identificar os doentes com CA, através da aplicação da NCS (traduzida e validada para a população portuguesa por Neves, Silva e Marques (2011) num corte transversal no tempo; 2) identificar o destino dos doentes confusos após a alta hospitalar, recorrendo-se ao contacto telefónico um mês após a primeira aplicação da NCS; no domicílio: 3) identificar

as manifestações de CA que os doentes apresentam em casa; e 4) identificar as estratégias utilizadas pelo Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC) para lidar com esses sinais e sintomas do seu familiar.

Fase I – No hospital

Nesta parte do estudo foi aplicada a NCS a 530 doentes internados em 12 serviços de adultos de um hospital central universitário de Portugal, num período de dois meses e meio, entre outubro e dezembro de 2006, num qualquer momento do internamento e uma única vez. Consideravam-se como critérios de inclusão a presença de CA segundo a NCS e como critérios de exclusão: 1) residirem sozinhos; 2) recusa dos familiares em participar na segunda fase. A monitorização da CA com o recurso à NCS permitiu identificar doentes nos diferentes níveis determinados pelo *score* final: a) confusão ligeira; b) confusão moderada; c) alto risco de confusão; e d) não confusos.

A concretização desta fase foi precedida pelo pedido e obtenção de autorização do conselho de administração da instituição hospitalar de saúde onde se desenvolveu a pesquisa. No requerimento foi explicitado o tipo de estudo, objetivos e o método de recolha de dados, garantindo-se o respeito pelos princípios éticos inerentes à realização de investigação, nomeadamente, a confidencialidade e o anonimato dos elementos da amostra.

Após a aplicação dos critérios para a consideração da amostra foi solicitado o consentimento aos MFPC que aceitaram participar na segunda fase do estudo, designadamente para ser contactado um mês após a alta clínica do seu familiar.

Fase II – Em casa

A segunda parte decorreu nas casas onde se encontravam os doentes que mantinham a CA, anteriormente identificados em internamento hospitalar. Inicialmente, e um mês após a alta hospitalar, foi efetuado o contacto telefónico aos doentes que tinham tido como destino o domicílio. Aos MFPC destes clientes foi solicitada autorização para uma avaliação do *status* mental do seu familiar para averiguar se mantinha o estado de CA (critério

de elegibilidade) e uma entrevista ao próprio. Esta foi delineada como semiestruturada e foi efetuada a MFPC de clientes que conservavam manifestações de confusão, orientada para a descrição da dificuldade de prestação de cuidados a uma pessoa confusa. Utiliza-se uma metodologia baseada em estudos de caso, cujas questões em estudo são a) Como se manifesta o familiar confuso no domicílio; b) quais as estratégias que o MFPC utiliza para lidar com as manifestações de confusão; e c) como se relacionam as estratégias adotadas pelo MFPC com as manifestações de confusão do seu familiar? Todos os MFPC deram o seu consentimento para a gravação áudio das entrevistas, tendo-lhes sido assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato. Nesse sentido, procedeu-se ao seu registo e posterior transcrição, tendo-se iniciado de imediato a sua codificação aleatória para evitar qualquer associação ao seu autor. Foram submetidas a análise de conteúdo, seguindo a técnica de codificação aberta, axial e seletiva, proposta por Strauss e Corbin (1998). Este método pareceu o mais adequado para atingir os objetivos propostos, porque só através da análise das falas dos MFPC poderemos obter esse conhecimento. Inicialmente procedeu-se a uma codificação aberta, sem preocupações de organização conceptual, de seguida evoluiu-se para uma lógica de relação dos conceitos, denominada codificação axial e, finalmente, partiu-se para a codificação seletiva através da reagregação das categorias e subcategorias, que passaram a níveis de abstração superiores, conforme delineado por Strauss e Corbin (1998). Esses autores acrescentam, ainda, que “muitos investigadores utilizam estas técnicas para criar teorias, mas outros utilizam-na com o objetivo de realizarem descrições ou conceitos” (Strauss e Corbin, 1998, p. 8). Para a organização da análise de conteúdo, recorreu-se ao aplicativo informático NVivo7®.

Esta análise permitiu organizar o corpus de cada entrevista, com vista a obter as principais unidades de análise, evidenciando-se as relações entre as manifestações de confusão do familiar e as estratégias do MFPC para lidar com elas, o que na metodologia do estudo caso permite reter características holísticas e com significado de eventos do quotidiano, como é o exemplo de etapas do ciclo de vida e dos comportamentos de pequenas comunidades (Yin, 2009).

Resultados

Parte I – No hospital

A primeira fase deste estudo, que decorreu num hospital central, constou da aplicação da NCS a 530 indivíduos internados, sendo 58,9% do sexo masculino e 41,1% do sexo feminino, sendo que 113 encontravam-se confusos (68 com ‘confusão moderada a severa’ e 45 com ‘confusão ligeira’). Detetou-se, ainda, que 8,7% dos doentes tinham ‘alto risco de confusão’ e 70,0% encontravam-se ‘não confusos’.

Aos 113 doentes diagnosticados como confusos, foram aplicados os critérios de exclusão definidos, tendo sido retirados os que viviam sozinhos e aqueles cujos MFPC recusaram participar na segunda fase do estudo, pelo que a amostra ficou limitada a 98 clientes confusos.

Estes foram seguidos em regime de *follow-up*, desde o momento de aplicação da NCS até ao regresso a casa e constatou-se que 56 não tinham regressado a casa, o que sucedeu pelas seguintes razões: a) dez doentes permaneciam internados; b) cinco doentes foram institucionalizados; c) trinta e dois doentes faleceram no hospital; e d) nove doentes foram transferidos para o hospital da sua área de residência e, dos 42 doentes que tiveram alta para o domicílio; a) cinco acabaram por falecer no domicílio; b) seis foram readmitidos no hospital; c) catorze foram institucionalizados em lares; e c) dezassete permaneceram no domicílio após a alta, sendo estes os que ingressavam na pesquisa.

Parte II – Em casa

Após a visita a casa desses dezassete clientes e da avaliação da CA através da NCS, constatou-se que a maior parte (n=13) já não se encontrava confuso. Assim, os participantes - MFPC - nesta parte do estudo ficaram reduzidos a quatro. Todos os MFPC eram elementos do sexo feminino, sendo que duas eram filhas, uma nora e uma esposa.

Da análise dos estudos de caso verificámos que a “Sra. A” referiu que “a minha mãe, antes da última hospitalização, era independente nas atividades de vida diárias e agora está acamada. Tem diagnosticada uma demência e quando era independente articulava frases sem sentido e, por vezes, gritava frases

incoerentes no meio da povoação (...) Atualmente a minha mãe apresenta-se confusa e muito agitada. Não reconhece os familiares e, por vezes, tem vontade em bater neles. Fala muito durante a noite". Por seu lado, a "Sra. B" verbaliza que "a minha tia tem períodos de agitação ao longo do dia e, no meu entender, encontra-se perdida no tempo. Só sossega quando está a dormir ou a descansar." Nesta linha, a "Sra. C" indica que "não tenho tempo para realizar as tarefas diárias de casa. Estou sempre preocupada com o meu marido. Vou sempre atrás dele para verificar o que está a fazer."

Por estes excertos podemos formar a ideia de que a prestação de cuidados de um doente confuso não se trata de uma tarefa fácil, sobretudo para quem não está preparado, nem tem formação específica, o que leva a um estado de desespero, como se constata na entrevista da "Sra. D" "ralho com ele como forma de desabafo. Fico saturada. Nega fazer as coisas e se insistem ele ainda se revolta. Às vezes digo-lhe coisas que depois me arrependo de as ter dito, e digo-as em situações de desespero. Por mais que lhe fale ele não muda, mas ajuda-me a desabafar."

Do discurso dos participantes e relativamente às manifestações de confusão do seu familiar, emergiram oito unidades de análise, como podemos verificar: verborreia (a pessoa fala muito) "fala muito durante a noite." E1: agitação e agressividade (movimentos vigorosos, podendo mesmo bater em familiares ou em terceiros) "(...)períodos de agitação ao longo do dia(...)" E2: "houve uma temporada em que o meu pai me agredia." E4: não reconhecimento de familiares (não identifica pessoas conhecidas) "uma vez esteve cá a minha irmã e ele não a reconheceu, bem como o genro e o neto." E4: desorientação no espaço (não reconhece o ambiente físico): "nunca diz que está em minha casa e pergunta em que casa está." E4: alucinação (menciona ver pessoas ou objetos que não estão presentes) "em casa chama pelos vizinhos e por pessoas que eu não conheço(...)" E4: sair/fugir de casa (sai de casa sem o conhecimento e consentimento do MFPC) "(...) ele saltou e fugiu pela janela. Só regressou a casa às 4 horas da manhã." E4: comportamento socialmente inapropriado (comportamentos pouco adequados, como apresentar uma imagem descuidada, efetuar as necessidades fisiológicas em local impróprio e revirar móveis e seu conteúdo) "(...)não procura onde é a casa de banho e faz as necessidades fisiológicas

em qualquer lado." E4 "(...)ele tira as roupas dos armários, vira-os ao contrário e rebenta com as portas destes." E4 repetição de informação (repete várias vezes a mesma coisa, porque se esquece) "(...)ele telefona para as mesmas pessoas, duas e três vezes por dia, e fala com elas como se não falasse há muito tempo." E3

No que se reporta às estratégias para enfrentar as manifestações de CA, das falas dos MFPC surgiram seis unidades de análise: apelo à realidade passada (recordação de episódios antigos da vida do familiar) "eu vou para o pé dela e começo a falar com ela, calmamente, a contar histórias da infância ou sobre situações que acontecem no dia-a-dia, até ela sossegar." E2: orientação para a realidade (procura-se trazer o doente para a realidade) "(...)digo-lhe: - sou eu mãe: a sua filha." E1: realidade imaginada (valida-se o que o doente diz existir) "apercebo-me que a cabeça do meu pai está baralhada e não o contrário para não ser pior." E4: medicação (para acalmar o familiar que se encontra agitado) "à noite dou-lhe umas gotinhas para ela sossegar." E1: informar amigos (revela-se a condição clínica do familiar) "(...)ele telefona para as mesmas pessoas, duas e três vezes por dia, e fala com elas como se não o fizesse há muito tempo. O que me vale é que os nossos amigos estão a par da sua situação e compreendem-na..." E3: gerir o ambiente físico (adaptar o ambiente de forma a prevenir acidentes) "com medo que ela caia, coloquei umas traves de madeira ao longo da cama, a servir de grades." E2: e "tenho medo que o meu pai fuja de casa. Por isso tenho as portas trancadas." E4 A mesma estratégia pode ter efeitos positivos num momento e não resultar noutra (no mesmo doente) e, até, dar resposta a diferentes manifestações, estratégias que surgem por tentativa e erro, isto é, através da observação da sua eficácia, ou também, em menor número por adaptação de uma terapêutica medicamentosa.

Para além disso revelou-se como muito importante a ausência de estratégia, designada como Incapacidade em Agir. O MFPC sente-se incapaz e sem soluções para enfrentar algumas manifestações de confusão do seu familiar: "(...)não sei o que hei-de fazer à minha vida! Chega ao ponto de urinar nos cobertores. Depois tenho de os lavar e secar(...)" E4. Isto acontece nas situações de agitação e agressividade, comportamento social inapropriado e não reconhecimento de familiares.

À medida que os MFPC foram produzindo o discurso centrado nas manifestações de CA e nas suas estratégias, surgiram relações entre ambas como forma de responder às questões inicialmente colocadas (como se manifesta o familiar confuso no domicílio; e quais as estratégias que o MFPC utiliza para lidar com as manifestações de confusão). Como

exemplo evidenciamos a relação entre a agitação e a administração de medicação: “à noite dou-lhe umas gotinhas para ela sossegar” E1, ou entre o não reconhecimento dos familiares e a orientação para a realidade: “(...)tentamos corrigi-lo e ele depois aceita” E4, apresentadas na Figura 1.

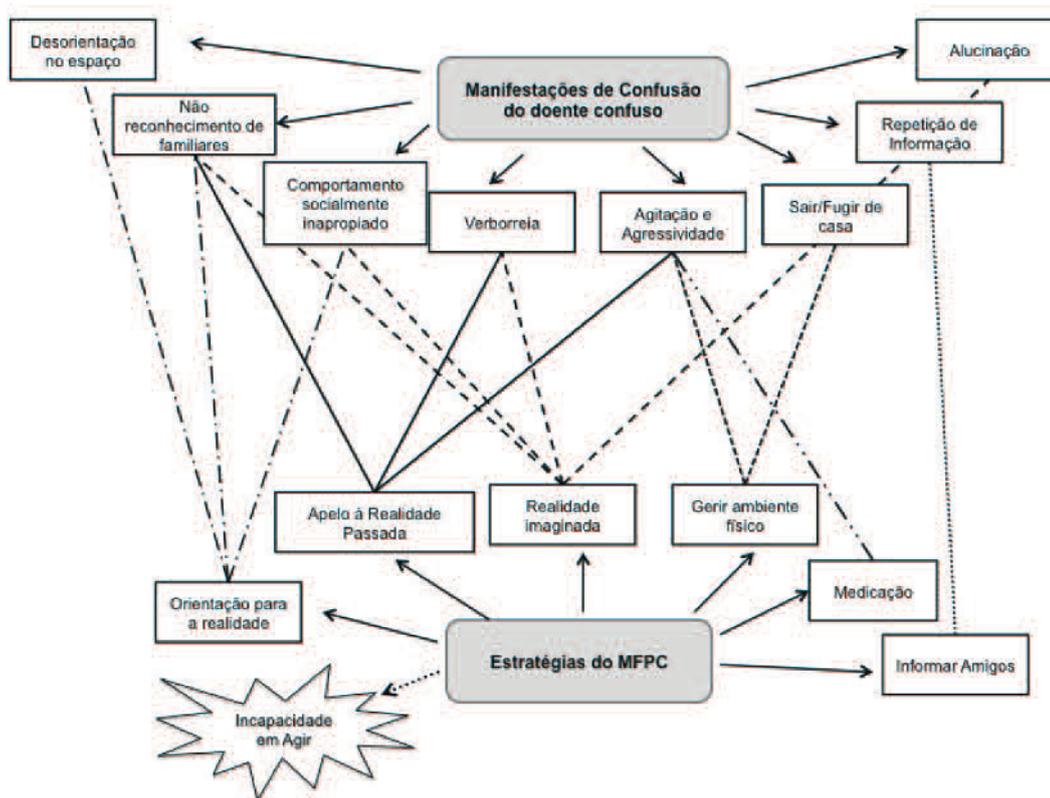


FIGURA 1 – Relação entre as estratégias que os MFPC utilizam relativamente às manifestações de confusão do seu familiar

A reflexão sobre as manifestações de confusão e as estratégias adotadas pelo MFPC, no fenómeno de prestação de cuidados de um familiar confuso fez, finalmente, emergir as categorias principais destes estudos de caso, de acordo com técnica de codificação aberta, axial e seletiva de Strauss e Corbin (1998): as

alterações psicomotoras (APM); a orientação (ORI) e o comportamento social inapropriado (CSI); e as estratégias farmacológicas (EF) e não farmacológicas (ENF), respetivamente, conforme se pode constatar na Figura 2. Designou-se a ausência de estratégia como incapacidade em agir (IA).

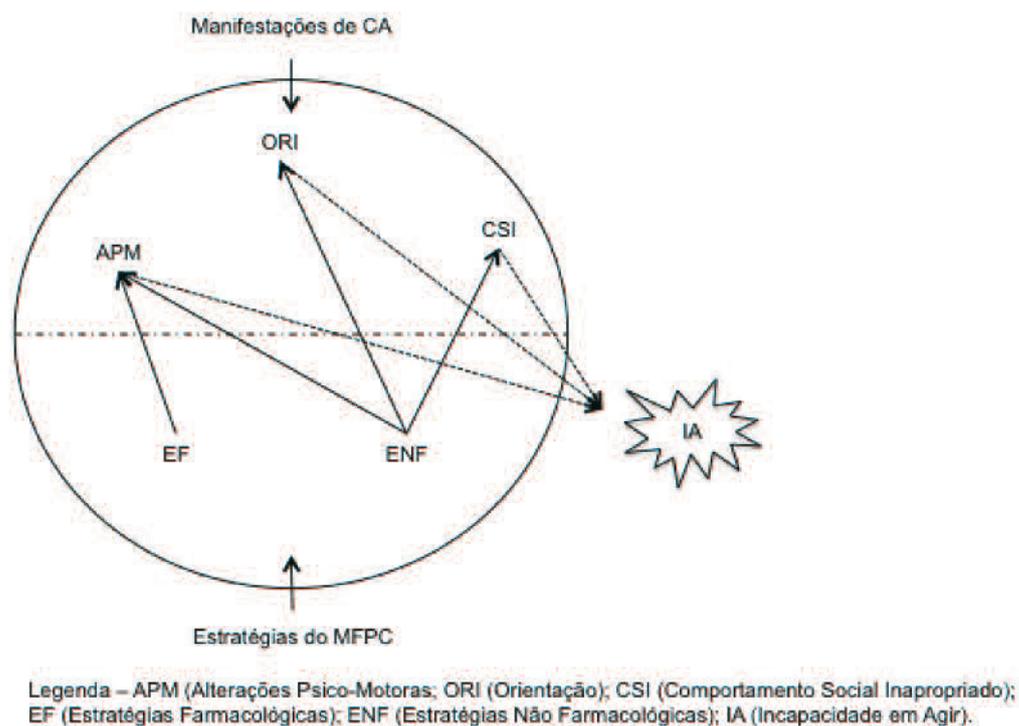


FIGURA 2 – Categorias principais das manifestações e estratégias para lidar com a CA

Discussão

À semelhança do exposto na literatura que desenvolve a questão da prestação de cuidados, são as mulheres que assumem esse papel. No estudo de Sands *et al.* (2003), um mês após a alta do hospital, verificou-se que, dos 98 doentes avaliados como confusos - através da NCS - no internamento, 32,7% faleceram no hospital, 5,1% faleceram no domicílio, 19,4% foram transferidos para instituições/lares e apenas 17,3% permaneceram no domicílio, o que demonstra a ideia das dificuldades criadas por estes doentes aos seus cuidadores, bem como das taxas de mortalidade e institucionalização, sendo difícil a obtenção de amostras com grande robustez, resultado que é sobreponível ao da presente pesquisa. Kakuma *et al.* (2003) analisaram a sobrevivência de indivíduos com CA no serviço de urgência e que tiveram alta hospitalar, tendo verificado que os indivíduos, cujos sintomas de confusão não foram detetados, tiveram o maior nível de mortalidade nos seis meses seguintes, seguidos pelos indivíduos identificados como confusos e, posteriormente, pelos não confusos. Isto revela a importância da deteção e tratamento da confusão

para a prevenção de consequências indesejáveis, o que pode estar na base dos achados deste estudo, já que, o subdiagnóstico da CA é uma realidade, também entre nós, o que decorre substancialmente da não utilização de instrumentos de avaliação da CA, como na instituição em apreço (Silva, Paiva e Silva e Marques, 2011). Este estudo, ao revelar que a maior parte das estratégias do MFPC surgiram de forma intuitiva ou por tentativa e erro, confirma a ausência de profissionalização (Pereira, 2009); bem como a reduzida evidência da aplicabilidade prática neste domínio (Briton e Russel, 2006). A gestão da confusão continua a ter por base a experiência pessoal de cada enfermeiro, dificultando, em consequência, qualquer sistematização com vista a dotar o MFPC de conhecimentos e habilidades para o exercício do seu papel, induzindo potencialmente ao *stress* (Briton e Russel, 2006). Destaca-se que, ao estarem sobretudo entregues a si próprios, à sua responsabilidade e capacidade para enfrentar as situações, por vezes os MFPC chegam a um limite, um ponto de tensão e, bem expressivamente, não sabem o que fazer, apelando clara e implicitamente para a necessidade de apoio, conforme destaca a literatura (Aguirre, 2010).

Os resultados deste estudo dão-nos conta de manifestações e estratégias para lidar com a confusão descritas pelos MFPC, sobreponíveis ao que é referido pelos autores que se dedicam a esta temática (Aguirre, 2010; Nicholson e Henderson, 2009; Sendelbach e Guthrie, 2009). Esta constatação vem confirmar a adequação entre as manifestações e as intervenções, por um lado, e por outro, que as estratégias principais encerram uma grande simplicidade, derivam do senso comum, mas nem por isso são menos importantes, nem lhes retira valor (Nicholson e Henderson, 2009). Uma mesma estratégia não se adequa apenas a uma única manifestação e que também, nem sempre no mesmo doente obtém o mesmo resultado, o que reforça as dificuldades da gestão do problema (Nicholson e Henderson, 2009). Dificuldades que estão muito relacionadas com a sua natureza multifatorial (Sendelbach e Guthrie, 2009). Não podemos induzir quais são as estratégias mais eficazes, já que, cada MFPC utiliza a que melhor atenua ou controla as manifestações de confusão, do seu familiar, na evidência destes estudos de caso.

Embora a investigação neste domínio, seja escassa e inconclusiva, alguns estudos indicam a orientação para a realidade como uma das intervenções mais eficazes para este problema (Aguirre, 2010; Potter e George, 2006). O familiar deve manter o contacto visual, o toque e repetir a informação relacionada com o local onde se encontram, o dia e a pessoa com quem está a falar (Ski e O'Connell, 2006). Estes autores consideram também como adequada a terapia de validação, aqui descrita como realidade imaginada. Nesta intervenção, deve-se ouvir o que o indivíduo confuso diz e 'confiar' nas suas histórias, mantendo uma interação apropriada à sua imaginação (Ski e O'Connell, 2006).

A ausência de estratégias para lidar com a situação, a manter-se, pode ser o *trigger* para o desencadear de uma situação insustentável, causadora de uma perturbação de tal forma grave que venha a conduzir ao stress do MFPC, eventual exaustão e institucionalização do seu familiar, sendo por isso fundamental dar maior proficiência, mestria e sistemática a áreas como o conhecimento e a aprendizagem de capacidades (Pereira, 2009).

Pela análise das entrevistas foi possível identificar duas categorias principais de estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, tipologia de classificação comum na literatura (Nicholson e Henderson, 2009). O que

reforça a validade destes dados, ao mesmo tempo que confirma o facto de algumas dessas intervenções, as mais importantes na gestão do problema CA, serem senso comum (Nicholson e Henderson, 2009). Posto o que, mesmo na ausência de preparação dos MFPC, elas tenham surgido espontaneamente, talvez não com a forma e o conteúdo mais adequado, mas nos seus espíritos, *grosso modo*. Por outro lado, também relativamente às manifestações de confusão, sobressaíram os aspectos principais para que aponta a literatura especializada. A orientação continua a ser a dimensão a que os enfermeiros estão mais atentos, mesmo não sendo a mais importante, nem o sinal exclusivo de CA. Aconselha-se, por isso, a utilização de instrumentos de medida da CA, como as alterações psicomotoras que, sobretudo, na sua tipologia hiperativa é mais facilmente detetada pelos enfermeiros e os comportamentos sociais impróprios de quem vive em sociedade, habitualmente englobados nas perturbações disruptivas (Meagher, 2009; Potter e George, 2006).

Conclusão

Este estudo apresenta como limitação o reduzido número de participantes, o que não lhe retira importância em face dos resultados obtidos que devem, contudo, ser lidos com alguma ponderação. Em primeiro lugar, além de serem escassos os doentes que se encontravam em casa um mês após a alta, apenas quatro mantinham confusão, que todavia representam 23,5% do total. Em segundo lugar, os sinais e sintomas de confusão, e as estratégias utilizadas para os controlar, refletem a melhor evidência disponível. Por último, os dados parecem apontar para uma lacuna na preparação do regresso a casa destes doentes, aspeto que consideramos *major*, devendo por via disso, ser uma dimensão a explorar em futuras pesquisas. Percebe-se, apesar de tudo, que é fundamental incluir no processo de preparação de regresso a casa dos doentes, a vertente da confusão, por forma a aumentar os conhecimentos e as capacidades dos familiares que vão assumir o papel de prestadores de cuidados, habilitando-os para um cuidar melhor e mais satisfatório.

Confirma-se que são as mulheres os principais MFPC, tendo que aliar à prestação de cuidados os afazeres do dia-a-dia, como o seu emprego, cuidar dos filhos

e dos trabalhos domésticos, o que são motivos suficientes para induzir perturbações no bem-estar, refletindo-se indiretamente nos familiares de quem tomam conta, devendo também fazer parte de estudo em futuras investigações. Também porque muitos dos doentes confusos têm associadas dependências nos autocuidados, o que não é despiciendo.

Propõe-se, em estudos futuros, a obtenção de uma amostra bastante mais alargada no hospital, com vista a obter-se um maior número de participantes, o que seria também benéfico para conhecer o nível de stresse ou sobrecarga, um mês após a alta hospitalar, nos MFPC de indivíduos que desenvolveram um episódio de confusão, com recurso a tratamento estatístico dos dados. Os aspetos relacionados com a qualidade de vida destes clientes, mas também os que se relacionam com a parte económica, altamente significativa, apontam para a necessidade de desenvolver outros estudos relacionados com o doente confuso, para termos um conhecimento mais preciso da realidade portuguesa e para podermos, progressivamente, profissionalizar esta dimensão dos cuidados de enfermagem.

Artigo baseado na Dissertação com o título “O Doente Confuso Hospitalizado – Destino após a alta e estratégias do membro da família prestador de cuidados para lidar com as manifestações da confusão”, defendida em junho de 2009, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Referências bibliográficas

AGUIRRE, Eric (2010) – Delirium and hospitalized older adults: a review of nonpharmacologic treatment. *Journal of Continuing Education in Nursing*. Vol. 41, nº 4, p. 151-152.

BRITON, Annette ; RUSSELL, Robert (2006) – Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Nº 1.

CRUZ, Dídia [et al.] (2010) – As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Referência*. III Série, nº 2, p. 127-136.

HONEA, Norissa [et al.] (2008) – Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 12, nº 3, p. 507-516.

KAKUMA, Ritsuko [et al.] (2003) – Delirium in older emergency department patients discharge home: effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 51, nº 4, p. 443-450.

MEAGHER, David (2009) – Motor subtypes of delirium: past, present and future. *International Review of Psychiatry*. Vol. 21, nº 1, p. 59-73.

MELEIS, Afaf (2007) – *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

NEVES, Hugo ; SILVA, Abel ; MARQUES, Paulo (2011) – Tradução e adaptação cultural da Escala de Confusão NEECHAM. *Referência*. III Série, nº 3, p. 105-112.

NICHOLSON, Timothy ; HENDERSON, Max (2009) – Management of delirium. *British Journal of Hospital Medicine*. Vol. 70, nº 4, p. 217-221.

PEREIRA, Filipe (2009) – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra : Formasau.

PETRONILHO, Fernando (2007) – *Preparação do regresso a casa*. Coimbra : Formasau.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2004) – *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* [Em linha]. [Consult. 17 Set. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

POTTER, Jonathan ; GEORGE, Jim (2006) – The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. *Clinical Medicine*. Vol. 6, nº 3, p. 303-308.

SANDS, Laura [et al.] (2003) – Cognitive screening predicts magnitude of functional recovery from admission to 3 months after discharge in hospitalized elders. *Journal of Gerontology*. Vol. 58A, nº 1, p. 37-45.

SENDELBACH, Sue ; GUTHRIE, Patty (2009) – Acute confusion/delirium - identification, assessment, treatment and prevention. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 35, nº 11, p. 11-18.

SILVA, Abel (2007) – “Enfermagem avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol. 55, nº 1-2, p. 11-20.

SILVA, Rosa ; PAIVA E SILVA, Abel ; MARQUES, Paulo (2011) – Análise dos registos produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 19, nº 1, p. 81-89.

SKI, Chantal ; O'CONNELL, Bev (2006) – Mismanagement of delirium places patients at risk. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol. 23, nº 3, p. 42-46.

STRAUSS, Anselm ; CORBIN, Juliet (1998) – *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. California : Sage Publications.

YIN, Robert (2009) – *Case study research: design and methods*. 4ª ed. California : Sage Publications.

