

Fatores Precipitantes de Delirium em Pacientes Idosos Hospitalizados

Precipitating Factors of Delirium in Elderly Hospitalized Patients

Factores precipitantes del delirio en pacientes ancianos hospitalizados

Mateus de Carvalho Maciel¹, Luciana Mitsue Sakano Niwa², Suely Itsuko Ciosak³, Myrian Spinola Najas⁴

Como citar: Maciel MC, Niwa LMS, Ciosak SI, Najas MS. Fatores Precipitantes de Delirium em Pacientes Idosos Hospitalizados. REVISA. 2021; 10(1): 117-26. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p117a126>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0356-463X>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-9342-7454>

3. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5885-2524>

4. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5546-6970>

Recebido: 20/10/2020
Aprovado: 22/12/2020

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os fatores precipitantes e modificáveis de delirium em idosos internados acompanhados pela equipe móvel de Geriatria e Gerontologia. **Método:** estudo transversal, descritivo, exploratório e prospectivo realizado em um hospital de alta complexidade de São Paulo, com idosos hospitalizados. Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** foram avaliados 12 idosos, sendo 91,7% do sexo feminino, internados predominantemente em enfermarias cirúrgicas 83,3%. Os fatores precipitantes observados foram os ambientais presentes em 100% dos sujeitos do estudo, sendo possível realizar alguma intervenção em 83,3% dos casos, seguida pela categoria das doenças intercorrentes onde 45,4% dos casos foram passíveis de intervenção. **Conclusão:** no presente estudo, ao caracterizar os fatores precipitantes e modificáveis de delirium em idosos hospitalizados, espera-se evidenciar a possibilidade da implementação de prevenção e tratamento do quadro apontado, visando despertar os profissionais que atuam na prestação dos cuidados para a relevância do problema. **Descritores:** Delirium; Assistência Hospitalar; idoso; idoso hospitalizado; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

ObjectiveTo characterize the precipitating and modifiable factors of delirium in hospitalized elderly accompanied by the mobile team of Geriatrics and Gerontology. **Method:** cross-sectional, descriptive, exploratory and prospective study conducted in a highly complex hospital in São Paulo, with hospitalized elderly. The data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** 12 elderly people were assessed, 91.7% of whom were female, predominantly hospitalized in surgical wards 83.3%. The precipitating factors observed were the environmental factors present in 100% of the study subjects, and it is possible to perform some intervention in 83.3% of the cases, followed by the category of intercurrent diseases where 45.4% of the cases were subject to intervention. **Conclusion:** in the present study, by characterizing the precipitating and modifiable factors of delirium in hospitalized elderly people, it is expected to highlight the possibility of implementing prevention and treatment of the mentioned condition, aiming to awaken the professionals who work in the provision of care for the relevance of the problem.

Descriptors: Delirium; Hospital Assistance; elderly; hospitalized elderly; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los factores desencadenantes y modificables del delirio en ancianos hospitalizados acompañados del equipo móvil de Geriatria y Gerontología. **Método:** estudio transversal, descriptivo, exploratorio y prospectivo realizado en un hospital de alta complejidad en São Paulo, con ancianos hospitalizados. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** se evaluaron 12 ancianos, 91,7% de sexo femenino, predominantemente hospitalizados en quirófano 83,3%. Los factores precipitantes observados fueron los factores ambientales presentes en el 100% de los sujetos de estudio, siendo posible realizar alguna intervención en el 83,3% de los casos, seguido de la categoría de enfermedades intercorrentes donde el 45,4% de los casos fueron sometidos a intervención. **Conclusión:** en el presente estudio, al caracterizar los factores precipitantes y modificables del delirio en ancianos hospitalizados, se espera resaltar la posibilidad de implementar la prevención y el tratamiento de la condición mencionada, con el objetivo de despertar a los profesionales que laboran en la prestación de cuidados para la relevancia del problema.

Descriptores: Delirio; Asistencia hospitalaria; anciano; ancianos hospitalizados; Enfermería Geriátrica.

ORIGINAL

Introdução

O delirium é uma síndrome neuropsico-orgânica transitória e flutuante frequente em idosos hospitalizados e pode ser considerado como o sétimo sinal vital.¹ Segundo Inouye², é caracterizado com o início agudo; com curso flutuante; distúrbio de atenção; desorganização do pensamento; alteração do nível de consciência; déficits cognitivos; distúrbios de percepção e psicomotores. Podem ser: hiperativo, caracterizado pela agitação e vigília, hipoativo caracterizado por letargia, com diminuição do nível de atividade motora e misto; alteração do ciclo do sono; distúrbios emocionais, manifestado por sintomas intermitentes e instáveis de medo, paranoia, ansiedade, depressão, irritabilidade, apatia, raiva ou euforia.

O delirium é recorrente durante as internações hospitalares e sua prevalência na admissão encontra-se entre 14 a 24%. Já a incidência, durante o período de internação, mostra-se com uma grande variabilidade podendo ser de 7 a 52%.³ Apesar da alta frequência, o delirium nem sempre é percebido devido a variabilidade de sua apresentação, sendo que até 70% dos quadros são subdiagnosticados, levando a internações mais prolongadas.⁴

É considerado uma condição multifatorial, em alguns casos, pode ser desencadeado por um fator isolado, embora a inter-relação de fatores associados seja mais frequente. Sabe-se que a causa para ocorrência de delirium envolve uma complexa interação entre uma variável vulnerável (predisponente) e a exposição a fatores nocivos (precipitante).²⁻³

Os fatores predisponentes podem ser vinculados a fatores de risco presentes à admissão hospitalar, aumentando assim significativamente as chances de ocorrência de delirium. São considerados fatores predisponentes: ser do sexo masculino; ter déficit cognitivo; ter história de delirium prévio; a depressão; a imobilidade; o baixo nível de atividades físicas; ter histórico de quedas; a desidratação; a desnutrição; a polifarmácia; as múltiplas comorbidades; as doenças graves; a insuficiência renal; as hepatopatias; as doenças terminais, neurológicas, psiquiátricas e metabólicas; as fraturas ou traumas, as infecções por HIV e, com destaque a idade superior a 65 anos, a presença de demência, os déficits sensoriais e a dependência funcional.^{1,3-4}

Quanto aos fatores precipitantes, pode-se citar o uso de medicamentos, principalmente os com ação psicoativas, doença neurológica primária; intercorrências, com destaque para as infecções, febre, hipotermia, anemia, desidratação e desnutrição; cirurgias; e fatores ambientais como a restrição física, o uso de sondas vesicais e integrais, os múltiplos procedimentos, dor, constipação com formação de fecaloma, déficits sensoriais e privação de sono.⁵⁻⁶

Assim, torna-se fundamental a identificação dos fatores envolvidos para ocorrência de delirium, para que o profissional de saúde possa traçar intervenções direcionadas a sua prevenção e controle, uma vez que a ação sobre um ou mais desses fatores, é suficiente para minimizar a gravidade do quadro.⁷

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi identificar os fatores precipitantes e modificáveis de delirium em pacientes idosos acompanhados pela Equipe de Interconsulta da Disciplina de Geriatria e Gerontologia em um hospital de alta complexidade.

Método

Estudo transversal, descritivo, prospectivo e exploratório, realizado nas enfermarias clínicas, cirúrgicas e Unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário de alta complexidade e grande porte da cidade de São Paulo.

A população do estudo foi constituída por idosos, com idade maior ou igual a 60 anos, acompanhados pela Equipe de Interconsulta da Disciplina de Geriatria e Gerontologia, durante o mês de outubro de 2015, que foram atendidas, por solicitação, durante o período da internação.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas subdividido em: caracterização do paciente para traçar o perfil e identificação dos potenciais fatores precipitantes de delirium como uso de medicações, drogas, presença de doenças, cirurgias, fatores ambientais e intercorrências.

O questionário foi aplicado em até 24 horas após a avaliação do geriatra, em um único momento, os dados foram obtidos através de entrevista e avaliação física do paciente e consulta ao prontuário, quando necessário, o acompanhante do mesmo foi solicitado como informante.

Na análise dos resultados foi realizada estatística descritiva apresentados na forma de tabelas de frequência.

Para atender aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução CNS/MS 466 de 12 de dezembro de 2012, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de São Paulo, sob parecer nº 1.325.856/15. Os participantes foram orientados quanto ao procedimento do estudo, leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo, 12 idosos hospitalizados atendidos pela Equipe de Interconsulta de geriatria e gerontologia, no período proposto.

Entre os idosos internados, houve predomínio do sexo feminino (91,7%), na faixa etária de 80 anos ou mais (41,7%), viúvo (50%), vivendo com filhos ou netos (58,3%) e a maioria estava internada em enfermarias cirúrgicas (83,3%), conforme se observa na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes do estudo de acordo com sua caracterização. São Paulo - SP, 2015

Dados de Identificação	N	%
Faixa etária		
60 - 69 anos	3	25
70 - 79 anos	4	33,3
80 ou mais	5	41,7
Sexo		
Feminino	11	91,7
Masculino	1	8,3

Estado Civil		
Viúvo	6	50
Casado	5	41,7
Divorciado	1	8,3
Com quem vive		
Cônjuge	5	41,7
Filhos/Netos	7	58,3
Tipo de enfermagem		
Clínica	1	8,3
Cirúrgica	10	83,3
UTI	1	8,3

Os diagnósticos prévios mais frequentes entre os idosos foram doenças do aparelho circulatório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, que estavam presentes em 91,7%. Nos diagnósticos atuais a categoria de Transtornos mentais e comportamentais foi a mais prevalente com 41,7%.

Quanto às categorias de fatores precipitantes, observamos que os ambientais estiveram presentes em todos os sujeitos do estudo, sendo possível realizar alguma intervenção em 83,3% dos casos, seguida pela categoria das doenças intercorrentes onde dos 91,7% dos casos, 45,4% foram passíveis de intervenção (Tabela 2). Em contrapartida as doenças neurológicas primárias e as cirurgias são fatores não modificáveis.

Tabela 2. Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as categorias dos fatores precipitantes de delirium e possibilidade de serem modificados. São Paulo - SP, 2015

Categorias	Frequência		Modificável	
	n	%	n	%
Fatores Ambientais	12	100	10	83,3
Intercorrências	11	91,7	5	45,4
Medicação/Drogas	11	91,7	2	18,2
Cirurgias	6	50	0	0
Doença Neurológica Primária	2	16,7	0	0

Dentre os fatores ambientais, a dor apresenta-se como sendo o fator precipitante mais frequente (83,3%) e passível de algum tipo de intervenção para ser modificada (80%), seguida pela privação de sono (50%), onde a modificação do quadro, também, apresentou alta ocorrência (83,3%) (Tabela 3).

Quanto às medicações, a polifarmácia foi o fator mais frequente identificado (75%), porém, com baixa porcentagem de intervenção (11,1%) (Tabela 3). Pode-se observar que constipação/fecaloma (25%), retenção urinária (16,7%) e febre (8,3%) são os mais passíveis de modificação dentre as doenças intercorrentes (Tabela 3).

As cirurgias ortopédicas (41,7%) foram as mais frequentes, porém não são passíveis de modificações, bem como as doenças neurológicas primárias (16,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os fatores precipitantes de delirium e possibilidade de serem modificados. São Paulo - SP, 2015

Categoria	Frequência		Modificável	
	n	%	n	%
Fatores Ambientais				
Dor	10	83,3	8	80
Privação de Sono	6	50	5	83,3
Imobilização Prolongada	5	41,7	0	0
Sonda Enteral	4	33,3	0	0
Diminuição da Acuidade Visual	4	33,3	1	25
Sonda Vesical de Demora	3	25	0	0
Múltiplos Procedimentos	3	25	0	0
Diminuição da Acuidade Auditiva	2	16,7	0	0
Restrição Física	1	8,3	0	0
Medicação/Drogas				
Polifarmácia	9	75	1	11,1
Narcóticos	5	41,7	1	20
Hipnóticos	1	8,3	0	0
Anticolinérgicos	1	8,3	0	0
Doenças Intercorrentes				
Doença Aguda Grave	7	58,3	1	14,3
Anemia	7	58,3	0	0
Desnutrição	7	58,3	0	0
Infecções	3	25	0	0
Constipação/fecaloma	3	25	3	100
Retenção Urinária	2	16,7	2	100
Desidratação	2	16,7	1	50
Febre	1	8,3	1	100
Cirurgias				
Ortopédicas	5	41,7	0	0
Outras cirurgias (não cardíacas)	3	25	0	0
Doença Neurológica Primária				
Doença neurológica primária (acidente vascular encefálico, hemorragia intracraniana, meningite, encefalite)	2	16,7	0	0

Discussão

Buscando identificar os fatores precipitantes e modificáveis de delirium em pacientes idosos observou-se que quanto mais longo maior a chance para desenvolver delirium.⁸⁻⁹

Observa-se a predominância do sexo feminino, corroborando com o estudo realizado no Rio de Janeiro, onde dos 767 idosos avaliados, 60,5% (n=464) eram do sexo feminino.¹⁰ De acordo com o DSM-IV,¹¹ a proporção de mulheres para homens aumenta com o avanço da idade. As altas taxas de mortalidade do sexo masculino relacionadas à violência e acidentes de trânsito, somados a maior procura do sexo feminino aos serviços de saúde, podem ajudar a justificar essa diferença,¹²⁻¹³ porém, cabe ressaltar que, ao se tratar de delirium, o sexo masculino é considerado como fator predisponente, ainda que em nosso estudo não foi possível constata-lo, pelo reduzido número da amostra.

No presente estudo, observou-se que metade dos idosos eram viúvos, porém, nenhum dos avaliados vivia sozinho, sendo que 41,7% (n=5) residia com o cônjuge e 58,3% (n=7), com outros familiares.

O fato de no Brasil o idoso ter o direito de permanecer acompanhado durante o período internado,¹⁴ o acompanhante pode exercer uma função tranquilizadora, e ser um importante aliado durante a internação, devendo ser encorajado a estimular o idoso, mantendo-o orientado quanto ao tempo e espaço, sendo esse, um fator colaborativo para a prevenção do quadro de delirium.

Com relação aos diagnósticos, o delirium e a fratura de fêmur foram os mais recorrentes, estando presentes em 33,3% (n=4) dos casos. Uma revisão¹⁵ apontou que a mortalidade intra-hospitalar em decorrência das fraturas de fêmur proximal em idosos, é de 5,52% em um mês, podendo chegar a 24,94% em dois anos.

Aos analisarmos as categorias dos fatores precipitantes, observamos que os fatores ambientais estiveram presentes em todos idosos avaliados, sendo importante salientar que destes, 83,3% eram passíveis de alguma intervenção, demonstrando a importância de os profissionais de saúde estarem aptos para identificá-los e propor algum tipo de intervenção.

A dor foi o fator ambiental mais frequente e modificável. Uma revisão¹⁶ acerca da mensuração da dor no idoso, concluiu que existe uma tendência dos profissionais desprezarem ou desvalorizarem o relato de dor e que, além disso, ainda existem interferências de valores culturais onde os pacientes demonstram não quererem trazer preocupações, assumindo que a dor é parte normal da idade avançada. O profissional deve se mostrar aberto para escuta do paciente, atentando-se ao não verbal do mesmo, pois através de expressões faciais e mudanças no comportamento, podem-se levantar possíveis queixas álgicas não expressas espontaneamente.

Outro aspecto que deve ser levantado, é que no âmbito hospitalar, cabe a equipe de enfermagem a decisão de quando administrar as medicações previamente prescritas pelo médico em caso de “se necessário”,¹⁷ assim, os profissionais, devem se atentar aos momentos que exijam maior manipulação do idoso, como a realização do banho, exames em outros setores, curativos e troca de fraldas, bem como nas sessões de fisioterapia, onde as queixas álgicas são comumente intensificadas e podem ser minimizadas com a administração prévia da analgesia.

A privação de sono dos idosos no ambiente hospitalar é outro fator apontado no estudo. Os fatores ambientais associados ao estresse da hospitalização devem ser constantemente avaliados, pois contribuem para os problemas de sono na velhice.¹⁸ A equipe de saúde deve propiciar ao paciente um ambiente calmo, reduzindo ruídos, adotando estratégias como a adequação dos horários de medicações noturnas e da realização de procedimentos nesse período, além disso, deve-se estimular que o idoso permaneça acordado durante o dia e evitar a ingestão de cafeína para dormir à noite.^{1,18-19}

A imobilidade prolongada durante a internação é outro fator que deve ser evitado. Dispositivos como cateteres e sondas contribuem com a limitação de movimentos, bem como a contenção física no leito, que além de aumentar a ocorrência de delirium, piora a agitação e é causa potencial de trauma. Em situações onde o repouso é prescrito, ou o paciente não consegue se mover, a equipe deve-se preocupar para o correto posicionamento do mesmo no leito, visando, a prevenção de lesão por pressão e o conforto do paciente.²⁰ A realização de fisioterapia e mobilização passiva precoce, também, são fatores que devem ser implementados.^{1,19}

Os déficits sensoriais merecem atenção por parte dos profissionais de saúde devido ao seu impacto na vida do idoso. No presente estudo, um terço dos pacientes apresentavam diminuição da acuidade visual além de diminuição da acuidade auditiva, resultado semelhante ao estudo²¹ realizado em Belo Horizonte, demonstrando a frequência a esses déficits nessa população. Existem intervenções potenciais que podem ser implementadas para minimizar esses déficits, e conseqüentemente, minimizar as chances de delirium, como o uso de iluminação adequada, adaptação de utensílios, utilizar letras maiores, estimular o uso de óculos, quando já em uso prévio, para minimizar os déficits visuais, e para os déficits auditivos os profissionais devem falar claramente, mantendo contato visual com o paciente e estimular o uso de aparelho auditivo, quando indicado.^{1,5} Vale ressaltar que muitas vezes os familiares se esquecem dos dispositivos de correção de déficits sensoriais em casa, cabendo a equipe orientar quanto à importância dos mesmos e solicitar que sejam utilizados pelo paciente durante o período de internação hospitalar.

Com relação às medicações, sabe-se que seu manejo torna-se ainda mais difícil na população idosa, várias medicações estão associadas ao desenvolvimento do delirium, podemos citar os analgésicos opioides, os sedativos da classe dos benzodiazepínicos, os anticolinérgicos, antidepressivos inibidores de recaptção de serotonina e os tricíclicos, dentre outras.¹ É importante ressaltar que nenhuma dessas medicações é totalmente contraindicada, pois existem situações onde os benefícios para o paciente são maiores que os riscos que as mesmas oferecem, porém, elas devem ser utilizadas com cautela, evitando ou reduzindo seu uso sempre que possível.

Quanto às doenças intercorrentes, os profissionais de saúde devem traçar estratégias para seu controle, sempre que possível. Em nosso estudo, apesar de pouco frequente, a constipação/fecaloma, retenção urinária e febre foram condições totalmente modificáveis. O profissional deve estar atento ao realizar o exame físico e sempre questionar quanto às eliminações do paciente, pois, muitas vezes, o mesmo não valoriza as alterações de seu hábito intestinal e urinário, sendo necessário algum tipo de intervenção, como o uso de laxantes, supositório, lavagem intestinal ou sondagem vesical de alívio para melhorar o quadro. Embora nem todas as doenças intercorrentes possam ser cessadas de

imediatamente, é importante que sua detecção seja feita o mais precoce possível. A prevenção e o correto tratamento das doenças intercorrentes, se configuram como um fator preventivo para o quadro de delirium.

Existem também outros aspectos que, embora se constituam como fatores precipitantes, não são passíveis de intervenções diretas, como as cirurgias e doenças neurológicas primárias, porém, é importante que o profissional esteja ciente sobre essa relação, considerando que as cirurgias ortopédicas, apresentam uma incidência que pode chegar a 50%,²² devendo os profissionais, estarem atentos a todos os aspectos já discutidos, principalmente quanto à mobilização e dor, para a prevenção de delirium.

Conclusão

Como vimos o delirium é uma desordem clínica recorrente durante as internações da população idosa, porém, muitas vezes subdiagnosticada, e conseqüentemente subtratada.

Para seu manejo e prevenção evidenciou-se no presente estudo que os fatores ambientais tiveram alta prevalência, sendo a dor e a privação de sono os passíveis de intervenção em curto espaço de tempo. As doenças intercorrentes como constipação/fecaloma, retenção urinária, febre e desidratação, embora pouco prevalentes, também são fatores com alta possibilidade de modificação, e merecendo especial atenção quando se trata da população idosa hospitalizada, portanto, os profissionais de saúde devem ser preparados para identificar os fatores precipitantes de delirium, que favorecem o seu desenvolvimento.

A atuação multiprofissional é de extrema importância para o manejo do paciente idoso no hospital, visto que as ações e tratamentos não farmacológicos se constituem um importante fator preventivo de delirium.

Agradecimentos

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Prayce R, Quaresma F, Neto IG. Delirium: The 7th Vital Sign? Acta Med Port. 2018; 31(1): 51-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.9670>.
2. Inouye SK. Delirium in older person. N Engl J Med [periódico eletrônico] 2006 [citado em 2015 Jul24];354(11):1157-65. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra052321>
3. Chagas NMS, Borges DGS, Chagas MHN. Delirium como fator de risco para demência em idosos: uma atualização. J. bras. Psiquiatr. 2016; 65 (1): 94-8.
4. Silva MHO, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Franco A, Pereira SRM. Delirium na terapia intensiva: fatores predisponentes e prevenção de eventos adversos. Rev baiana enferm. 2018; 32: 1-12.
5. Junior RFM, Costa AN, Maneschy RB, Pontes CDN, Silva YJA, Holanda LS, et al. Principais fatores de risco para delirium encontrados nos pacientes idosos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital da Amazônia. REAS. 2019;(17): e272.
6. Freitas EV, Py L, Gorzoni ML, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed.

Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2016.

7. Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med* [periódico eletrônico] 1998 [citado em 2015 Jul24];13(3):204-12. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496920/pdf/jgi_47.pdf
8. Xavier SO, Ferretti-Rebustini REL, Santos ES, Lucchesi PAO, Hohl KG.(2015). Insuficiência cardíaca como preditor de dependência funcional em idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP* [periódico eletrônico] 2015 [citado em 2015 Dez20];49(5):790-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0790.pdf
9. Pelegrini P, Venites JP, Bilton TL. Perfil das condutas alimentares de idosos com delirium durante a internação hospitalar. *Disturb Comum* [periódico eletrônico] 2007 [citado em 2015 Dez20];19(1), 63-71. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/inde\x.php/dic/article/view/11846/8567>
10. Oliveira FMRL, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Barbosa KTF, Fernandes MGM. Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev enferm UERJ*. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.15488>
11. Associação Americana de Psiquiatria. Manual de Estatística e Diagnóstica de Transtornos Mentais (DSM IV TM). 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
12. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Santos SC. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Rev Esc Enferm USP* [periódico eletrônico] 2010 [citado em 2015 Dez 20];44(4):962-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/15.pdf>
13. Nakata PT, Costa FM da, Bruzamol CD. Nursing care for the elderly in the family health strategy: integrative review. *J Nurs UFPE on line*. 2017; 11(Suppl. 1):393-402.
14. Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2003.
15. Sakaki MH, Oliveira AR, Coelho FF, Leme LEG, Suzuki I, Amatuzzi MM. Estudo da Mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. *Acta Ortop. Bras*[periódico eletrônico] 2004 [citado em 2015 Dez25];12(4):242-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v12n4/a08v12n4.pdf>
16. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev latinoam enferm* [periódico eletrônico] 2006 [citado em 2015 Dez 20];14(2):271-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a18.pdf>
17. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc Cuid Saude* [online] 2007 [citado em 2015 Dez 20];6(Suplem.2):481-7. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5361/3397>
18. Moreno, CRC et al. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Rev. bras. epidemiol*[online]. 2019, v. 21, n. Suppl 02 [Acessado 12 Julho 2020] , e180018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s2/1980-5497-rbepid-21-s2-e180018.pdf>
19. Inouye SK, Westendorp, RGJ, Saczynski, JS. Delirium in elderly people. *Lancet* [periódico eletrônico] 2014 [citado em 20 Dez 20];383(9920):911-22. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
20. Cazeiro APM, Peres PT. A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento

de complicações decorrentes da imobilização no leito. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar [periódico eletrônico] 2010 [citado em 2015 Dez 20];18(2):149-67. Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/351/282>

21. Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev. bras. Enferm [periódico eletrônico] 2010 [citado em 2015 Dez 25];63(5):817-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/20.pdf>

22. Praticò C, Quattrone D, Lucanto T, Amato A, Penna O, Roscitano C et al. Drugs of anesthesia acting on central cholinergic system may cause post-operative cognitive dysfunction and delirium. MedHypotheses [periódico eletrônico] 2005 [citado em 2016 Jan 25];65:972-82. Disponível em: [http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877\(05\)00296-3/pdf](http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877(05)00296-3/pdf)

Autor de Correspondência

Mateus de Carvalho Maciel
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419.
CEP: 05403-000. Cerqueira César. São
Paulo, São Paulo, Brasil.
mateusmaciel@usp.br