



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica
Relatório de Estágio**

**Prevenção e Controlo do *Delirium* da Pessoa com
Doença Oncológica em Situação Paliativa: Intervenção
Especializada de Enfermagem**

Ana Beatriz Gomes Dias

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Relatório de Estágio

**Prevenção e Controlo do *Delirium* da Pessoa com
Doença Oncológica em Situação Paliativa: Intervenção
Especializada de Enfermagem**

Ana Beatriz Gomes Dias

Orientador: Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

Fernando Pessoa. Livro do Desassossego

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora Patrícia Alves, pela sua disponibilidade e presença e por me desafiar sempre a ir mais longe.

Às Enfermeiras Ana Simões, Ana Guedes e Daniela Martins, por nos diversos contextos terem partilhado comigo os seus conhecimentos e sugestões.

À Doutora Madalena Feio, à Doutora Cristina Vale e à Enfermeira Marta Ribeiro pelos valiosos contributos.

A todos os profissionais, em especial aos meus colegas, que me ajudaram a concretizar este Projeto e contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Às pessoas com doença oncológica em situação paliativa e familiares com quem contactei durante os estágios, por me permitirem refletir sobre a prática e desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Às pessoas com doença oncológica com quem trabalho, aos que estão e aos que já partiram, por me fazerem procurar ser melhor enfermeira.

Às minhas amigas por me acompanharem e compreenderem a minha ausência.

À minha irmã, aos meus pais e ao Tiago pelo apoio incondicional e incentivo e por me fazerem acreditar sempre que sou capaz. Sem eles este percurso não teria sido possível.

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CAM- Confusion Assessment Method

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP- Cuidados Paliativos

DGS- Direção-Geral da Saúde

EIHSCP- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS- European Oncology Nursing Society

MEEM- Mini Exame do Estado Mental

OE- Ordem dos Enfermeiros

SGUPP- Serviço e Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia

UCCP- Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

RESUMO

Ao exercer funções num hospital de referência no tratamento do cancro, em que grande parte das pessoas internadas se encontram em situação paliativa e frequentemente desenvolvem *delirium*, a problemática do *delirium* nesta população torna-se premente. Acresce o facto da equipa de enfermagem necessitar de aprofundar o conhecimento no que se refere à intervenção nesta problemática. Surge assim a questão de partida do Projeto: “Qual a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?”. O percurso realizado teve como finalidade desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no domínio da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a esta população, promovendo a capacitação da equipa de enfermagem. O presente Relatório, que se insere no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem Oncológica, espelha o percurso feito durante a implementação e avaliação deste Projeto, em três locais de estágio (Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos e Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia). Neste percurso foi utilizada a metodologia de Projeto. As estratégias utilizadas foram: realização de questionários escritos para aplicar à equipa de enfermagem; consulta de documentos dos serviços; entrevista a enfermeiros dos serviços; pesquisa bibliográfica; elaboração de uma Revisão *Scoping*; observação da prática clínica; prestação de cuidados; consulta de registos de enfermagem; reflexão sobre a prática clínica adotada; realização de sessões de formação; elaboração de documentos de apoio à prática clínica; consulta de peritos. Com este percurso considero que atingi a finalidade a que me propus, encontrando-se explicito neste Relatório os resultados obtidos nesta área temática.

Palavras-chave: doente oncológico; cuidados paliativos; *delirium*; intervenção de enfermagem.

ABSTRACT

When working in a referral hospital in the treatment of cancer, where most of the people hospitalized are in a palliative situation and often develop *delirium*, the problem of *delirium* in this population becomes urgent. In addition, the nursing team needs to deepen its knowledge regarding intervention in this problem. Thus, the starting question of the Project arises: “What is the nurse’s intervention in the prevention and control of *delirium* in people with oncological disease in palliative situation?”. The course carried out aimed to develop skills of a specialist nurse in medical-surgical nursing in the field of prevention and control of delirium in people with oncological disease in a palliative situation and to contribute to improving the quality of nursing care for this population, promoting the training of nursing team. This Report, which is part of the 12th Master's Course in Nursing, in specialization in Medical-Surgical Nursing, in intervention in Oncology Nursing, reflects the path taken during the implementation and evaluation of this Project, in three locations internship (Intra-Hospital Palliative Care Support Team, Continuing and Palliative Care Unit and Gynecology, Urology, Plastics and Pulmonology Service). In this route, the Project methodology was used. The strategies used were completion of written questionnaires to apply to the nursing team; consultation of service documents; interview with service nurses; bibliographic research; elaboration of a *Scoping* Review; observation of clinical practice; provision of care; consultation of nursing records; reflection on the adopted clinical practice; holding training sessions; preparation of documents to support clinical practice; expert consultation. With this path, I consider that I have reached the goal I set out to achieve, and the results obtained in this thematic area are made explicit in this Report.

Keywords: cancer patient; palliative care; *delirium*; nursing intervention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	14
1.1 Metodologia	14
1.2 Estágio na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital A.....	15
1.3 Estágio na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital B	33
1.4 Estágio no Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia do Hospital A.....	46
2. AVALIAÇÃO	58
3. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES.....	
Apêndice I: 1º Questionário	
Apêndice II: Estrutura organizativa e funcional da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital A	
Apêndice III: Intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: uma revisão <i>scoping</i>	
Apêndice IV: Checklist sobre a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa	
Apêndice V: Aspetos a incluir nos registos de enfermagem acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa	
Apêndice VI: 1ª Reflexão Crítica	
Apêndice VII: Estrutura organizativa e funcional da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital B	
Apêndice VIII: Algoritmo para prevenção e controlo do <i>delirium</i> do cliente com doença oncológica em situação paliativa	
Apêndice IX: 2ª Reflexão Crítica	
Apêndice X: Análise das respostas ao 1º Questionário	
Apêndice XI: Plano da 1ª Sessão de Formação	
Apêndice XII: Plano da 2ª Sessão de Formação	
Apêndice XIII: Avaliação da Sessão de Formação	
Apêndice XIV: Prevenção e controlo do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: Guia Orientador de Boa Prática	

Apêndice XV: 2º Questionário

Apêndice XVI: Análise das respostas ao 2º Questionário

Apêndice XVII: Proposta de diagnósticos e intervenções de enfermagem relativos ao cliente com doença oncológica em situação paliativa para parametrização no SClínico Hospitalar

Apêndice XVIII: 3ª Reflexão Crítica

INTRODUÇÃO

O cancro constitui um dos grandes desafios da sociedade moderna, devido ao crescente número de casos diagnosticados por ano, a nível mundial. Segundo estimativas do Global Cancer Observatory, realizadas pela International Agency for Research on Cancer em 2020, terá havido cerca de 19,3 milhões de novos casos de cancro, o que representa mais de 10 milhões de mortes. Apesar dos inúmeros avanços que têm ocorrido na área da prevenção e do tratamento da doença oncológica, esta é uma doença crónica, pelo que a pessoa com doença oncológica no decurso da trajetória da sua doença, se não tiver resposta à terapêutica de intuito curativo e o prognóstico da mesma for reconhecidamente limitado, para além de passar pelas fases de diagnóstico e tratamento, passa pela fase paliativa, na qual a doença é assumida como incurável (Harrison, 2010). A Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Conselho Nacional de Oncologia (2004) referem que a pessoa com doença oncológica em situação paliativa é aquela que apresenta uma doença de progressão rápida, cuja expectativa de vida é limitada, por não existir perspetiva de tratamento curativo. Estas pessoas apresentam um sofrimento intenso, problemas e necessidades de difícil resolução, pelo que os cuidados prestados devem promover e relacionar-se com a qualidade de vida (Alves, 2010). Neste contexto, os cuidados paliativos (CP) surgem como resposta à necessidade de proporcionar cuidados adequados a estas pessoas.

A pessoa em situação paliativa apresenta frequentemente sintomas específicos, como o *delirium*, que os enfermeiros devem ser capazes de prevenir ou controlar. O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa e multifatorial que resulta de uma disfunção cerebral orgânica global (Delgado, Borges, Pimentel & Almeida, 2021). Esta manifesta-se por sinais e sintomas neurocognitivos ou neuropsiquiátricos, como a alteração da consciência e da atenção basal (Delgado et al., 2021). Segundo Gama & Barbosa (2010) o *delirium* gera alterações no comportamento e na comunicação da pessoa, e consequentemente elevados níveis de *distress* para a própria e para os seus cuidadores.

Ao exercer funções num Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia (SGUPP), de um hospital de referência no tratamento do cancro, em que grande parte das pessoas internadas se encontram em situação paliativa e frequentemente desenvolvem *delirium*, a problemática do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa torna-se premente. Acresce o facto da equipa

de enfermagem necessitar de aprofundar o conhecimento no que se refere à intervenção na problemática em questão. Em conversas informais com a equipa de enfermagem e com a Enfermeira Gestora do serviço foi reconhecido o impacto da síndrome e a lacuna no conhecimento da equipa relativamente à intervenção do enfermeiro nesta área. Igualmente, num questionário (Apêndice I) aplicado aos enfermeiros, com uma amostra significativa de 90%, a totalidade reconheceu a pertinência de aprofundar o conhecimento deste tema. Diversos autores afirmam que o *delirium* deve ser prevenido e controlado através de intervenções não farmacológicas e farmacológicas (Prayce, Quaresma & Neto, 2018; Delgado et al., 2021). Na literatura consta igualmente que os enfermeiros se encontram numa posição singular junto dos clientes para o fazer (Milsen, Lemiengre, Braes & Foreman, 2005). Porém, comparando a prática clínica no meu local de trabalho com a evidência científica, verifica-se uma lacuna na intervenção da equipa de enfermagem. Neste contexto, surgiu uma questão de partida “Qual a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?”. Assim, eleva-se a necessidade de construir um Projeto de Estágio, com a finalidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no âmbito da intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a esta população, promovendo a capacitação da equipa de enfermagem no mesmo âmbito.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define Enfermeiro Especialista como

aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2017, p. 1).

No início deste percurso, de acordo com o Modelo Dreyfus, de Benner (2001) era uma enfermeira “Competente” na área temática deste Projeto. Segundo esta autora a enfermeira

torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente. (...) Assim, para uma enfermeira competente, um plano estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstracta e analítica do problema (Benner, 2001, p.53).

O presente Relatório, que se insere no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área

de intervenção em Enfermagem Oncológica, espelha o percurso feito durante a implementação e avaliação do Projeto de Estágio. Este tem como objetivos: analisar criticamente as atividades realizadas em cada estágio, bem como os resultados obtidos; refletir sobre as competências desenvolvidas; e identificar as implicações do Projeto para prática de enfermagem.

A prática profissional requer uma abordagem sistemática centrada na pessoa, pelo que a teoria de enfermagem é uma ferramenta útil para o enfermeiro, pois auxilia-o no raciocínio, pensamento crítico e tomada de decisão, fornecendo-lhe uma perspetiva da pessoa (Tomey & Alligood, 2004). Considerando que o *delirium* é uma situação de cuidados de saúde provocadora de tensão, que gera na pessoa com doença oncológica em situação paliativa necessidades de cuidados, que são consideradas necessidades de conforto (físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais), a teoria de enfermagem que sustenta o Projeto é a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Esta tem como conceito central o conforto. Para Kolcaba (2003) o conforto é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental). O enfermeiro para melhorar o conforto da pessoa, que é o resultado imediato desejado, deve identificar as necessidades de conforto não satisfeitas e conceber medidas de conforto para as abordar (Tomey & Alligood, 2004). O conforto melhorado origina comportamentos de procura de saúde por parte da pessoa (internos, externos ou uma morte pacífica), existindo uma reciprocidade entre estes comportamentos e a melhoria do conforto (Tomey & Alligood, 2004). Os clientes que assumem ativamente comportamentos de procura de saúde estão satisfeitos com os cuidados de saúde que lhe são prestados, pelo que a integridade institucional também é melhorada (Tomey & Alligood, 2004).

O Projeto de Estágio foi desenvolvido em três contextos, para que pudesse ser atingida a finalidade do mesmo, já anteriormente enunciada. Serrano, Costa & Costa (2011) afirmam que os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências. Nesta ótica, realizei um primeiro estágio na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Hospital A, um segundo na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP) do Hospital B e um terceiro no SGUPP do Hospital A, onde exerço funções. A escolha dos dois primeiros locais de estágio prende-se com a possibilidade de contactar com a população sobre a qual incide o

Projeto e por ser expectável encontrar uma prática clínica no domínio da prevenção e do controlo do *delirium* baseada na evidência, já que estes estão certificados pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica como Centros Integrados de Oncologia e de CP. O terceiro estágio teria de ser realizado no serviço onde o problema foi identificado, para poder contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à população em causa, promovendo a capacitação da equipa de enfermagem no âmbito do Projeto.

No que concerne à estrutura deste documento, este encontra-se dividido em três capítulos: Execução das atividades previstas; Avaliação; Conclusão e perspectivas futuras. No primeiro capítulo será abordada a implementação das atividades previstas em cada um dos estágios realizados. No capítulo seguinte será realizada uma avaliação do percurso efetuado, identificando pontos fortes e fracos do mesmo, assim como contributos do Projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados, e analisando sucintamente o trabalho feito. Por fim, no último capítulo, será elaborada uma síntese do percurso realizado, dos seus principais resultados e uma reflexão sobre as perspectivas futuras.

O Relatório de Estágio será redigido de acordo com a versão do presente ano do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL e o modelo de referências bibliográficas da 6ª edição da American Psychological Association (2012).

1. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

O presente capítulo encontra-se organizado em quatro subcapítulos. O primeiro aborda a metodologia utilizada no percurso, e os restantes contemplam a descrição e análise crítica do trajeto realizado em cada local de estágio. Em cada um dos três últimos subcapítulos serão apresentadas as atividades realizadas para alcançar cada um dos objetivos. Estas serão analisadas criticamente, com base na evidência científica e na evidência da prática, em articulação com a teoria de enfermagem em que se âncora o Projeto, serão também apresentados e discutidos os resultados obtidos, e identificadas e justificadas as competências desenvolvidas.

1.1 Metodologia

Neste percurso foi utilizada a metodologia de Projeto. Define-se como um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade, que permite prever, orientar e preparar o caminho que o interveniente irá fazer durante a realização do Projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Este processo é dinâmico, visto que permite uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do tempo (Ferrito et al, 2010). A metodologia reflexiva está inerente ao trabalho de Projeto, pois este é baseado e sustentado na investigação de forma sistemática, controlada e participativa para a resolução de um problema através de ações práticas (Ferrito et al, 2010).

A metodologia de projeto é constituída por cinco etapas: elaboração do diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução do planeamento; avaliação e divulgação dos resultados (Guerra, 1994). O presente Relatório de Estágio diz respeito à fase de divulgação dos resultados. Para Ferrito et al. (2010, p. 31) esta fase é muito importante “na medida em que se dá a conhecer (...) a pertinência do projecto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema (...) ou suprimimento de uma necessidade”.

Na execução das atividades previstas no Projeto de Estágio utilizei diversas estratégias, de forma a atingir os objetivos definidos e a desenvolver as competências propostas. As estratégias foram as seguintes: realização de questionários escritos para aplicar à equipa de enfermagem; consulta de documentos dos serviços; entrevista a enfermeiros dos serviços; pesquisa bibliográfica; elaboração de uma Revisão *Scoping*; observação da prática clínica; prestação de cuidados; consulta de

registos de enfermagem; reflexão sobre a prática clínica adotada; realização de sessões de formação; elaboração de documentos de apoio à prática clínica; consulta de peritos.

1.2 Estágio na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital A

O estágio na EIHSCP foi realizado entre 11 de outubro e 19 de novembro, de 2021. A EIHSCP do Hospital A é uma equipa multidisciplinar específica de CP dotada de recursos próprios, que exerce a sua atividade prestando consultadoria aos serviços de internamento. Esta equipa contribui para a melhoria dos cuidados prestados às pessoas com doença oncológica/famílias, que se encontram em situação paliativa e promove a formação em CP dos diversos profissionais, assegurando a sua capacitação na prestação de uma abordagem paliativa de qualidade (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2017).

A EIHSCP funciona em dias úteis, das 8 às 15 horas e durante este período de tempo está disponível para contacto telefónico. Para que a equipa possa intervir prestando suporte e aconselhamento diferenciado é necessário que o médico assistente da pessoa faça um pedido escrito a solicitar a intervenção da mesma.

Esta equipa tem também uma consulta de CP, que é realizada por um médico especialista em palição e um enfermeiro, onde são acompanhadas pessoas que tiveram alta do internamento hospitalar. Contudo, por motivos do próprio Serviço, não foi possível observar e colaborar na prestação destes cuidados de enfermagem.

Atendendo a que a EIHSCP pertence ao Hospital A, tal como o SGUPP (onde foi identificado o problema que está na origem do Projeto de Estágio), e presta consultadoria a este serviço, contribuindo para a melhoria dos cuidados no domínio da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, foi uma mais valia realizar um estágio neste contexto. Desta forma, foi possível conhecer o funcionamento da equipa, observar a sua intervenção junto das equipas interdisciplinares dos serviços de internamento, das pessoas com doença oncológica e das suas famílias, bem como compreender como deve ser feita a articulação no serviço de internamento.

Neste estágio tinha como **objetivo geral desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no domínio da**

prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Para atingir este objetivo geral delineei quatro objetivos específicos: descrever a missão do serviço e a estrutura organizativa e funcional da equipa multidisciplinar da EIHSCP; identificar a intervenção de enfermagem (apreciação, intervenção e avaliação) na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa; identificar o registo de enfermagem realizado acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, relativamente ao *delirium*; analisar a prática de cuidados adotada com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Objetivo específico: descrever a missão do serviço e a estrutura organizativa e funcional da equipa multidisciplinar da EIHSCP.

Na primeira semana de estágio consultei alguns documentos que a equipa tinha elaborado no passado, que me permitiram compreender que a EIHSCP é multidisciplinar, constituída por elementos com formação em CP. Esta tem como missão promover a qualidade de vida a pessoas com doença incurável e avançada e apoiar os seus familiares e/ou cuidadores informais, assim como prestar consultadoria e orientação aos profissionais de saúde (EIHSCP, 2011). Deste modo, os cuidados prestados pela EIHSCP assumem-se como diferenciados numa perspetiva holística do indivíduo e têm como finalidade o controlo dos sintomas físicos, psicológicos, emocionais e espirituais da pessoa com doença oncológica avançada (EIHSCP, 2011).

Em conversas informais com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Gestora coloquei algumas questões, que me permitiram compreender a estrutura organizativa e funcional da equipa (Apêndice II). Também me fui apropriando da dinâmica funcional desta, através da observação das interações dos vários elementos da equipa, das questões que lhes colocava acerca das funções que desempenhavam e da sua prática diária, e da consulta de documentos. Sempre que uma pessoa é referenciada pelo seu médico assistente e cumpre o critério de admissão - “ter doença avançada e progressiva”, o médico, o enfermeiro e posteriormente, se necessário, o psicólogo, o assistente social e o capelão procedem a uma avaliação da pessoa nas suas várias vertentes (física, psicológica, social e espiritual). É elaborado um plano de cuidados integrado e cada um dos profissionais efetua os registos correspondentes. São propostas ou efetivadas as alterações de terapêutica de acordo com as necessidades

identificadas. É contactada a equipa que tem a cargo a pessoa para explicar as propostas ou alterações feitas. Esta passa a ser observada diariamente para aferir a sua evolução e corrigir orientações. Em colaboração com a equipa prestadora é ainda pensada a melhor orientação futura para a mesma, se é uma pessoa que tem condições para ter alta são acionados os apoios necessários, se tiver critérios para ser referenciada para uma Unidade de Cuidados Paliativos é efetuada a sua referência, se é uma pessoa que deve ser transferida para o Hospital da sua área de residência é estabelecido o respetivo contacto, se puder ser acompanhado em regime de ambulatório é acompanhada na consulta externa de CP. Neste processo a família/cuidadores são contactados, apoiados e implicados nas decisões. Quando a pessoa tem alta é elaborada uma informação médica e de enfermagem por parte da EIHSCP e, caso se justifique, é agendada uma consulta externa. Semanalmente, às quintas-feiras, a EIHSCP reúne-se e são discutidos os planos de cuidados das pessoas internadas, tendo em conta a evolução presente, e aferidas as orientações nos vários âmbitos.

A EIHSCP tem um protocolo de atuação relativo ao *delirium*, que consultei. Ao ler o documento constatei que este contemplava alguns aspetos relacionados com a intervenção de enfermagem no controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, mas que não abordava a prevenção do *delirium*.

No Protocolo está descrito que o tratamento do *delirium* deverá sempre basear-se na sua etiologia, isto é, deverá haver uma pesquisa das causas subjacentes e correção dos fatores predisponentes, procurando o fator desencadeante de modo a eliminá-lo (EIHSCP, 2008). Assim, a intervenção terapêutica assenta em três dimensões essenciais: intervenção dirigida às causas, intervenção sintomática e medidas não farmacológicas. Também Gama & Barbosa (2010) fazem referência a esta informação, mencionando que se o fator etiológico do *delirium* for corrigido ou autolimitado, a recuperação pode ser completa e mais rápida.

No que concerne à intervenção dirigida às causas, o enfermeiro realiza uma apreciação da pessoa com vista a identificar fatores predisponentes e intervém, de modo interdependente, na correção dos mesmos (EIHSCP, 2008). Por exemplo, no caso desta apresentar hipercalcémia procede à hidratação e administração de bifosfonatos.

Relativamente à intervenção sintomática, o objetivo é a pessoa ficar mais tranquila durante o dia, evitando a sonolência, mas ter um sono sossegado durante a

noite (EIHSCP, 2008). Isto é, o enfermeiro promover um ciclo sono-vigília fisiológico, com sono de qualidade. Para tal, este administra os neurolépticos e as benzodiazepinas prescritas, de forma gradual e escalada até que a pessoa atinja um estado de calma. Kolcaba (2003) define esse estado como um tipo de conforto ao nível do alívio.

Quanto às medidas não farmacológicas, estas podem ser implementadas pelo enfermeiro de forma autónoma. No Protocolo é feita menção a medidas que dizem respeito à pessoa, ao ambiente e à família. Gama & Barbosa (2010) e Caraceni & Grassi (2011) também fazem referência a esta abordagem.

Após a análise do protocolo de atuação elaborei uma síntese dos principais aspetos relacionados com a intervenção de enfermagem, enunciados em cima, que me permitiu ter uma visão global do tema, que foi útil para colaborar na consultadoria prestada aos serviços de internamento.

Com o propósito de dar a conhecer o Projeto de Estágio à equipa de enfermagem, e de a envolver no mesmo, elaborei um documento em PowerPoint sobre o assunto, que apresentei numa sessão destinada para o efeito. Nesta esteve presente 75% da equipa de enfermagem, um valor superior ao que esperava, quando planeei este indicador de resultado. A sessão de apresentação do Projeto foi importante para a minha aprendizagem, na medida em que os colegas teceram comentários, em que sublinharam a pertinência do tema, tendo em conta a população em questão, e o seu interesse pessoal em aprofundar o conhecimento na área e fizeram sugestões. Estes propuseram que, durante o estágio no local onde exerço funções, elaborasse um folheto sobre a prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa para entregar à família e que, no final do mesmo, realizasse uma sessão de formação sobre o tema para os profissionais de saúde do hospital. A partilha de informação escrita com a família/cuidadores, sob a forma de folheto, no caso da pessoa apresentar risco de *delirium* ou *delirium* presente é referida na literatura, dado que estes experienciam menores níveis de *distress* se for expectável para eles que o seu familiar irá desenvolver um quadro de *delirium* e estiverem informados de que se trata, como devem intervir e que estratégias não farmacológicas devem implementar (Bush, Tierney & Lawlor, 2017; Bush et al., 2018). Simultaneamente, ao partilhar conhecimento com os elementos da equipa de enfermagem, atuei como dinamizadora da incorporação de novo conhecimento no seu contexto de prática de cuidados. Para Alves (2008) estes momentos têm um “potencial

formativo, pois estas intervenções promovem a interação e discussão dos profissionais sobre o caso, levando a uma reflexão individual e em grupo e, consequentemente, à construção de conhecimento” (p.27).

Com as atividades realizadas desenvolvi várias competências. A consulta de documentos acerca da missão e da estrutura organizativa da EIHSCP, bem como do protocolo relativo ao *delirium* e a entrevista à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Gestora sobre a estrutura funcional permitiram-me desenvolver competências de mestre (Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de Agosto), de acordo com os descritores de Dublin (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016), mais precisamente a capacidade para integrar conhecimentos e desenvolver ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta. A apresentação do Projeto à equipa de enfermagem possibilitou-me desenvolver outra competência de mestre, a capacidade comunicar conclusões, de uma forma clara e inequívoca. Desta mesma forma, também desenvolvi competências de comunicação preconizadas pela EONS, tomando a decisão de adotar várias metodologias (expositiva, participativa e reflexiva), em momentos distintos da sessão e utilizar como recurso o PowerPoint (EONS, 2018). Desenvolvi ainda competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, visto que facilitei a aprendizagem no contexto de trabalho da EIHSCP, ao intervir como formadora e ao favorecer que os elementos da equipa realizassem aprendizagens sobre a prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, e desenvolvessem competências para intervir nesse âmbito (OE, 2019).

Objetivo específico: identificar a intervenção de enfermagem (apreciação, intervenção e avaliação) na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

O conhecimento provém de diferentes tipos de evidência disponíveis na prática clínica, designadamente da investigação, da experiência clínica, dos clientes e do contexto (Rycroft-Malone et al., 2004). Deste modo, para identificar a intervenção de enfermagem (apreciação, intervenção e avaliação) na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa realizei várias atividades, que me possibilitaram aceder a estes tipos de evidência. Estas atividades foram: pesquisa bibliográfica acerca do tema; observação da intervenção de enfermagem da EIHSCP e também das equipas dos serviços de internamento (onde

se encontravam pessoas com doença oncológica em situação paliativa); colaboração na consultadoria prestada pela equipa intra-hospitalar a estes serviços. A primeira atividade permitiu-me aceder à evidência científica mais atual e pertinente. Já a segunda e a terceira atividade permitiram-me aceder à evidência da prática e aprender de forma experiencial.

A pesquisa bibliográfica sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa foi realizada continuamente ao longo de estágio. No entanto, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre o tema e identificar áreas de investigação futuras neste âmbito realizei uma Revisão *Scoping* intitulada “Intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: uma revisão *scoping*” (Apêndice III). Do resultado da pesquisa realizada, emergiu que os autores são unânimes ao mencionarem que: (1) a apreciação da pessoa com doença oncológica em situação paliativa com vista à deteção do *delirium* e à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implica uma avaliação compreensiva da pessoa, podendo ser utilizados instrumentos de avaliação; (2) as intervenções de enfermagem relacionadas com o *delirium* podem ter como foco a prevenção e/ou controlo; (3) a eficácia da intervenção do enfermeiro depende da partilha e da discussão em equipa sobre a situação de saúde da pessoa; (4) os enfermeiros encontram-se na posição ideal para prevenir, detetar e controlar o *delirium*, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a redução da sua morbimortalidade. A escassez de literatura no âmbito da intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* direcionada à pessoa com doença oncológica em situação paliativa permitiu concluir que é necessário realizar mais estudos, de cariz quantitativo e qualitativo, acerca da eficácia das intervenções não farmacológicas. Contudo, os aspetos éticos e de operacionalização prática subjacentes à realização de estudos com esta população, que apresenta um tempo de vida limitado e está numa situação de vulnerabilidade acrescida, devem ser devidamente acautelados. Importa sublinhar que o resultado da pesquisa realizada foi essencial para a elaboração da introdução deste Relatório e de vários indicadores de resultado dos diversos estágios.

Com o propósito de sistematizar linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e de orientar a minha prestação de cuidados nos estágios

seguintes elaborei uma Checklist (Apêndice IV) sobre a mesma. Esta começou por ser elaborada a partir dos resultados da pesquisa bibliográfica efetuada, pois tal como refere Rycroft-Malone et al. (2004) “a evidência científica em relação às outras fontes de evidência é considerada prioritária para a prestação de cuidados de saúde. Além de que, a evidência científica tende a ser percebida como aquela que fornece respostas inequívocas para as questões colocadas” (trad. p.83). Contudo, estes mesmos autores alertam que a evidência científica raramente atinge um nível de certeza absoluta e pode sofrer alterações à medida que surgem novas pesquisas. Assim, durante este estágio e os seguintes fui completando a Checklist com aspetos provenientes da observação da prática clínica da equipa de enfermagem, de forma a incorporar também o conhecimento proveniente da experiência da prática. Esses aspetos estão devidamente assinalados na Checklist.

Esta Checklist foi elaborada de acordo com a metodologia do processo de enfermagem. Para Alfaro-LeFevre (2014) o processo de enfermagem proporciona uma forma organizada e sistemática de pensar no cuidado ao cliente; é um modelo de pensamento crítico essencial para promover um nível competente de cuidado, englobar todas as ações importantes feitas por enfermeiros e compor a base da tomada de decisões. Assim, a Checklist contempla as etapas referentes à apreciação, intervenção e avaliação. De acordo com os resultados da Revisão *Scoping*, a apreciação de enfermagem com vista ao reconhecimento do *delirium* na pessoa com doença oncológica em situação paliativa implica uma avaliação compreensiva da mesma que deve incluir: a avaliação do estado físico, do estado mental e do ambiente em que esta está inserida; a consulta de exames auxiliares de diagnóstico relevantes; a elaboração da história psicossocial; a entrevista à pessoa e/ou família de forma a caracterizar a sintomatologia existente; e consequentemente a identificação de fatores de risco predisponentes e precipitantes de um episódio de *delirium*. Nesta o enfermeiro pode recorrer a instrumentos de avaliação cognitiva e a escalas de rastreio e diagnóstico do *delirium*, de forma a melhorar a sua deteção. As intervenções de enfermagem podem ter como objetivo a prevenção do *delirium* e/ou seu controlo, caso o quadro esteja instalado ou não. As primeiras consistem em intervenções não farmacológicas que se firmam essencialmente na orientação da pessoa, na otimização do padrão de sono-vigília, em assegurar uma alimentação e hidratação adequadas, na estimulação da mobilização, na promoção de um funcionamento urinário e intestinal adequado, em assegurar a presença de óculos, aparelhos

auditivos e próteses dentárias se o cliente apresentar défices sensoriais, e no desenvolvimento de uma comunicação terapêutica. As segundas podem ser orientadas para as causas, para os sintomas (através de medidas farmacológicas, inclusive da sedação paliativa intermitente ou contínua) ou constituírem medidas de suporte. Estas últimas dizem respeito a intervenções não farmacológicas que podem ser dirigidas à pessoa, ao ambiente ou à família. As intervenções dirigidas à pessoa são semelhantes às intervenções profiláticas. As intervenções dirigidas ao ambiente assentam em: proporcionar um ambiente seguro, confortável e estável à pessoa; minimizar os estímulos ruidosos e luminosos a que está sujeita; e evitar que fique privada sensorialmente ou restringida fisicamente. As intervenções dirigidas à família têm como foco o fornecimento de suporte educacional e emocional à mesma para minimizar o seu *distress*. A avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem implica a reavaliação do estado mental da pessoa e dos sintomas que apresentava. Podem também ser aplicados à pessoa instrumentos de avaliação da gravidade do *delirium* e, caso tenha sido implementada a sedação paliativa, um instrumento para avaliação do nível de sedação.

A observação da intervenção da equipa de enfermagem da EIHSCP permitiu-me identificar outros aspetos pertinentes relativos à prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, que incluí na Checklist e que indicarei de seguida. Relativamente à apreciação de enfermagem, observei que a “Single Question in Delirium”, para além de poder ser aplicada à família e aos profissionais de saúde que cuidam da pessoa, como consta na literatura, também pode ser aplicada à própria pessoa com doença oncológica em situação paliativa, com igual nível de sensibilidade e especificidade na deteção do *delirium*. No que diz respeito às intervenções não farmacológicas, constatei que a equipa procedia de igual forma, quer para prevenir, quer para controlar o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Minimizava estímulos ruidosos proveniente das televisões, dos telefones e dos equipamentos médicos, e evitava a privação sensorial (visual, auditiva ou tátil). Prayce et al. (2018) validam esta intervenção ao referirem que a estimulação sensorial potencia as funções cognitivas e o processo de perceção do meio envolvente. A realização de atividades de estimulação cognitiva do agrado da pessoa (como por exemplo sopas de letras, palavras cruzadas, sudoku, escrever o nome, ler algo que goste, escrever sobre temas do seu interesse) e de exercícios de estimulação da memória retrógrada (como por exemplo atividades de

reminiscência) tanto era efetuada com o objetivo de prevenir como de controlar o *delirium*. Quanto às intervenções não farmacológicas para a prevenção do *delirium*, observei ainda que a pessoa apenas era incentivada a mobilizar-se, se tal não compromettesse o seu conforto.

Esta Checklist perspetiva a promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, pois o pensamento crítico e o raciocínio clínico subjacentes à elaboração deste documento têm por base a Teoria do Conforto de Kolcaba. Por esta razão, os tópicos referentes à apreciação de enfermagem com vista ao reconhecimento do *delirium* permitem identificar na pessoa com doença oncológica em situação paliativa necessidades de conforto físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. Por conseguinte, as intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo do *delirium* contempladas permitem abordar essas necessidades. Isto é, estas intervenções de enfermagem pretendem melhorar o conforto da pessoa, o resultado imediato desejado referido por Kolcaba. A avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem permite a reapreciação dos níveis de conforto, comparados com a anterior linha de base.

Durante o estágio na EIHSCP também colaborei na consultadoria prestada aos serviços de internamento, onde se encontravam pessoas com doença oncológica em situação paliativa. Neste agi sempre de forma a respeitar os deveres do enfermeiro que constam na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), pelo que me apresentava aos clientes e famílias, fazendo referência ao propósito da minha intervenção, solicitava o seu consentimento informado para as intervenções a realizar e agia respeitando os valores humanos e os princípios éticos da beneficência, não maleficência, respeito pela autonomia, justiça e vulnerabilidade. Na interação com estas pessoas fui-me apercebendo da complexidade da intervenção de enfermagem, nomeadamente no reconhecimento do *delirium*. Tal como alega Lawlor & Bush (2015), o facto dos sinais e sintomas de *delirium* serem flutuantes ao longo dia e se sobreporem aos das síndromes depressiva e demencial dificulta a sua deteção. Tornou-se evidente a importância da partilha do conhecimento obtido acerca da pessoa para realizar uma apreciação de enfermagem adequada, dado que a EIHSCP tinha como função prestar consultadoria, isto é, não estava presente durante todo o dia e, por norma, apenas contactava com a família em momentos formais, como as conferências familiares. Hosie, Agar, Lobb, Davidson & Phillips (2014) especificam como estratégia eficaz para a apreciação da pessoa com vista à deteção do *delirium*

o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde. Hosie et al. (2015) esclarecem que tal envolve reportar a sintomatologia do cliente a outro profissional de saúde indicado e documentar a apreciação realizada.

No decorrer da interação com as pessoas com doença oncológica em situação paliativa compreendi que era essencial identificar se faria sentido prevenir o *delirium* na totalidade da população. Após uma pesquisa e análise da evidência científica conclui que sim. De acordo com a literatura, o *delirium* deve ser prevenido em todas as pessoas com doença oncológica em situação paliativa, visto que estas nesta fase apresentam fatores de risco predisponentes ou precipitantes para o desenvolvimento desta síndrome, diretamente relacionados com a doença oncológica ou não (Carceni & Grassi, 2011; Lawlor & Bush, 2015; Bush et al., 2018). Assim, deve ser realizada uma apreciação dirigida ao *delirium* a todas as pessoas internadas (Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Contudo, o enfermeiro deve individualizar a intervenção, isto é implementar medidas profiláticas adaptadas às necessidades e circunstâncias da pessoa.

Durante a consultadoria prestada a alguns serviços de internamento identifiquei que as equipas de enfermagem tinham uma lacuna no conhecimento acerca da gestão da terapêutica farmacológica para o controlo do *delirium*, pois muitas vezes administravam benzodiazepinas, como terapêutica de primeira linha, a clientes que apresentavam *delirium*. Ora, na literatura consta que os neurolépticos são a terapêutica de eleição quer para a pessoa com *delirium* hiperativo, quer para a pessoa com *delirium* hipoativo ou misto (Gama & Barbosa, 2010; Bush et al., 2018). As benzodiazepinas não devem ser utilizadas como terapêutica de primeira linha em situações de *delirium* (exceto se a causa do *delirium* for a abstinência de álcool ou de benzodiazepinas), pois estão associadas à possibilidade de agravamento da confusão e de maior sedação, podendo aumentar o risco de queda em pessoas com menor mobilidade (Bush et al., 2018). Se a pessoa for idosa, as benzodiazepinas podem provocar uma agitação paradoxal (desinibição e agravamento das perturbações do comportamento) (Bernardo, 2003). Assim, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas e consequentemente de contribuir para que fossem supridas as suas necessidades de conforto físicas, promovi a capacitação da equipa de enfermagem dos serviços de internamento partilhando este conhecimento científico. Vários autores abordam a falta de conhecimento que os enfermeiros têm acerca do *delirium* e a importância de educar e formar os mesmos para

implementarem estratégias de intervenção adequadas (Brajtman, Higuchi & McPherson, 2006; Prayce et al., 2018; Sinchak & DeGuzman, 2021).

Tive também oportunidade de colaborar numa conferência familiar com o objetivo de preparar a alta de uma pessoa com *delirium* parcialmente resolvido, para o domicílio. Nesta tive o cuidado de identificar as necessidades educacionais dos cuidadores e, tendo em conta o conhecimento que tinha da pessoa, individualizei a minha intervenção. Deste modo, esclareci alguns aspetos fundamentais: os sintomas e os comportamentos que o seu familiar apresentava, as causas do *delirium*, as atitudes terapêuticas que estavam a ser tomadas pela equipa, os resultados alcançados e a importância da equipa de saúde e da família intervirem em conjunto para promover o conforto da pessoa. Acerca deste último ponto, reforcei a importância de garantirem a segurança desta, ou seja, de promoverem a sua autonomia na realização das atividades de vida diárias, mas desta estar acompanhada, de intervirem de forma a reorientarem-na temporo-espacialmente, evitando confrontações e de assegurarem a adesão ao regime medicamentoso. Sublinhei ainda a importância de monitorizarem sinais de agravamento e de contactarem a equipa de saúde nesse caso. Por fim, demonstrei a disponibilidade da equipa para apoiar nas várias necessidades que pudessem ter e ofereci suporte emocional, identificando e validando os sentimentos expressos. Na literatura, é consensual que o apoio à família é parte integrante da intervenção de enfermagem no controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, isto é, ajudar a família a lidar com os seus problemas oferecendo suporte educacional e psicológico (Bernardo, 2003; Gama & Barbosa, 2010; Prayce et al., 2018). Segundo Finucane, Lugton, Kennedy & Spiller (2016) os familiares/cuidadores podem desempenhar um papel importante na monitorização do comportamento da pessoa e da sua resposta ao tratamento. Prayce et al. (2018) alertam que os familiares/cuidadores devem ser apoiados e considerados como parceiros nos cuidados, porque o elevado nível de *distress* que podem apresentar, pode comprometer os cuidados prestados e o conforto do cliente (Prayce et al, 2018). Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi (2008) salientam a importância do enfermeiro individualizar a sua intervenção ao afirmarem que “as experiências de saúde e doença são pessoais (...) pelo que as intervenções de enfermagem também devem ser individualizadas” (trad. p.844). A individualização da intervenção concorre para um cuidado centrado na pessoa, que é requisito para a prática de uma

enfermagem avançada, compatível com o perfil de competências do enfermeiro especialista.

Em suma, a pesquisa bibliográfica, a elaboração da Revisão *Scoping* e da Checklist permitiram-me desenvolver competências preconizadas pela EONS (2018), no âmbito da utilização da evidência científica nos cuidados em oncologia, mais especificamente em: suportar a intervenção de enfermagem em evidência científica recente; aceder a literatura baseada em evidência científica relevante para os cuidados de enfermagem em oncologia, formulando uma questão de pesquisa e utilizando uma estratégia de pesquisa; aplicar, de forma apropriada, as recomendações baseadas na evidência, no contexto clínico, tendo em conta os pontos fortes e as limitações da pesquisa. A elaboração da Revisão *Scoping* e da Checklist possibilitaram-me também desenvolver competências de mestre: a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas; competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei nº115/2013 de 7 de Agosto). A colaboração na consultadoria prestada aos serviços de internamento permitiu-me desenvolver várias competências preconizadas pela OE e pela EONS. No que se refere às competências comuns de enfermeiro especialista desenvolvi competências nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, da melhoria da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No domínio da responsabilidade profissional ética e legal desenvolvi uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garanti práticas de cuidados que respeitavam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019). No domínio da melhoria da qualidade dos cuidados garanti um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019). No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais baseei a minha praxis clínica especializada em evidência científica, pois diagnostiquei necessidades formativas, atuei como formadora, em contexto de trabalho, favoreci a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências nos enfermeiros e contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada. Relativamente às competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-

cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, desenvolvi especificamente competências em: cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, identificando as suas necessidades, promovendo intervenções baseadas na evidência e envolvendo a família para otimizar resultados na satisfação das necessidades; estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e seus cuidadores/familiares proporcionado suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas decorrentes da doença oncológica e da situação de *delirium* (OE, 2018). Quanto às competências preconizadas pela EONS, desenvolvi competências em: avaliar de forma holística as necessidades, preocupações e sintomas mais comumente experienciados pela pessoa com doença oncológica em situação paliativa; utilizar modos de comunicação verbal para fornecer informação, ensinar e apoiar de forma empática, clara, perceptível e cuidadosa; intervir respeitando os princípios éticos, legais e profissionais, de modo a prestar cuidados seguros, eficazes, atempados e com uma relação custo-efetividade positiva para a pessoa com doença oncológica (EONS, 2018).

Objetivo específico: identificar o registo de enfermagem realizado acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, relativamente ao *delirium*.

O exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica deve ser sustentado nos instrumentos reguladores do exercício profissional e nos referenciais teóricos de enfermagem. Por conseguinte, estes devem dar visibilidade aos contributos desta área de especialidade, nomeadamente para os ganhos em saúde, através dos registos efetuados, nos sistemas de informação.

Em consonância com o referido, defini como objetivo identificar o registo de enfermagem realizado acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, relativamente ao *delirium*. Para tal, procedi à elaboração de um documento com os aspetos a incluir nos registos de enfermagem acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, relativamente ao *delirium*, com base na evidência científica, bem como à consulta de registos de enfermagem de pessoas com doença oncológica em situação paliativa, com a vista a completar o documento com outros aspetos pertinentes.

De acordo com a OE (2003) os registos de enfermagem são

o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros

profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados (OE, 2003, p. 1).

Face ao exposto e tendo em conta os resultados da pesquisa bibliográfica realizada, elaborei um documento intitulado “Aspetos a incluir nos registos de enfermagem acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa” (Apêndice V) que segue a estrutura do processo de enfermagem, tal como a Checklist sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Este encontra-se dividido em três partes: apreciação, intervenção e avaliação de enfermagem. Os aspetos referentes à apreciação e avaliação dizem respeito às informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados elaborado pelo enfermeiro. Já os aspetos relativos à intervenção de enfermagem refletem o processo de tomada de decisão deste e a execução das intervenções planeadas ou prescritas.

Relativamente à apreciação de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa, o enfermeiro deve registar: a avaliação do estado físico e do ambiente em que esta está inserida, nomeadamente aspetos relacionados com fatores predisponentes e/ou precipitantes de um episódio de *delirium*; a avaliação do seu estado mental; a presença de sintomas prodrómicos; a utilização de instrumentos de avaliação do estado mental, de rastreio ou de diagnóstico de *delirium* (dia em que foram aplicados e principais conclusões retiradas), caso tenha ocorrido. Se a pessoa já apresentar *delirium*, o enfermeiro deve também registar os sintomas que esta manifesta.

Quanto às intervenções executadas, importa que o enfermeiro registe: as estratégias não farmacológicas implementadas com vista a prevenir o *delirium*; as intervenções farmacológicas e não farmacológicas concretizadas para corrigir o(s) fator(e)s precipitantes; as intervenções não farmacológicas efetivadas para controlar o *delirium*, direcionadas à pessoa, ao ambiente ou à família; a terapêutica farmacológica administrada para controlo sintomático. Se a equipa de saúde, em conjunto com a família e o cliente (se aplicável), tiverem decidido implementar a sedação paliativa, o enfermeiro deve também registar o motivo, a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido por parte dos mesmos, os fármacos administrados e o suporte educacional e emocional oferecido à família e ao cliente.

No que se refere à avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem implementadas à pessoa com doença oncológica em situação paliativa, o enfermeiro deve registar: a avaliação do seu estado mental e dos sintomas que esta

apresenta; a utilização de instrumentos de avaliação da gravidade do *delirium* (dia em que foram aplicados e principais conclusões retiradas), se tiverem sido aplicados. No caso de se ter procedido à sedação paliativa, e o enfermeiro tiver aplicado um instrumento para avaliação do nível de sedação da pessoa, este deve registar o instrumento que utilizou, o dia em que o aplicou e as conclusões que retirou.

Ao consultar os registos de enfermagem da EIHSCP constatei que quando eram reconhecidas na pessoa características de *delirium* ou fatores de risco para o seu desenvolvimento era documentada a apreciação realizada, bem como as intervenções implementadas quer tivessem como objetivo a prevenção ou o controlo da síndrome. Posteriormente, a equipa registava os resultados obtidos com as intervenções implementadas, documentando o estado atual do cliente.

A equipa de enfermagem dos serviços onde as pessoas se encontravam internadas, ocasionalmente documentava a avaliação do estado mental, de forma pouco pormenorizada, os sintomas que apresentavam, as intervenções farmacológicas realizadas e a eficácia das mesmas no controlo sintomático. Em relação a intervenções não farmacológicas para prevenção e controlo do *delirium* nada documentavam.

Por conseguinte, no documento que elaborei sobre os aspetos a incluir nos registos de enfermagem acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa não inclui nenhum aspeto proveniente da consulta dos registos de enfermagem, visto que, para além dos que já constavam da evidencia científica, não identifiquei outros que fossem pertinentes.

O facto dos enfermeiros não reconhecerem as características do *delirium* e realizarem uma escassa ou inadequada avaliação da síndrome justifica que a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa, relativamente ao *delirium* não se encontre registada (Lawlor & Bush, 2015). Por outro lado, os enfermeiros, por vezes, realizam uma apreciação dirigida ao *delirium* e intervenções para o prevenir ou controlar que não documentam, o que suscita dúvidas quanto à sua concretização. Vários estudos comprovam que o executado é superior ao registado. Seria interessante realizar estudos de cariz qualitativo acerca dos fatores que comprometem a documentação da intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica, relativamente ao *delirium*. Seria igualmente interessante comparar estes resultados com os registos efetuados pelos enfermeiros especialistas

em enfermagem médico-cirúrgica acerca das pessoas com doença oncológica em situação paliativa.

As atividades realizadas permitiram-me desenvolver diversas competências. A elaboração do documento com os aspetos a incluir nos registos de enfermagem acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa relativamente ao *delirium*, com base na evidência científica, possibilitou-me desenvolver competências no âmbito da utilização da evidência científica nos cuidados em oncologia (EONS, 2018). Por outro lado, a consulta de registos de enfermagem de clientes com doença oncológica em situação paliativa, com o intuito de completar o documento já feito permitiu-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, uma vez que identifiquei lacunas do conhecimento proveniente da prática clínica, oportunidades relevantes de investigação e interpretei resultados provenientes deste tipo de evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2019).

Objetivo específico: analisar a prática de cuidados adotada com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Os contextos clínicos são locais onde os futuros enfermeiros especialistas têm a possibilidade de interligar os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos práticos reais, devido à imprevisibilidade que os caracteriza e às necessidades que surgem de reflexão para a tomada de decisão (Peixoto & Peixoto, 2016). Tal, confere-lhes a responsabilidade de aproximar a teoria e a prática de enfermagem e expandir o corpo de conhecimento da disciplina (Peixoto & Peixoto, 2016).

De acordo com Boud, Keogh, & Walker, a prática reflexiva corresponde “às atividades, intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão” (Peixoto & Peixoto, 2016, p.122). Esta é considerada uma habilidade importante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, uma vez que permite que estes se tornem autoconscientes e prestem melhores cuidados, pois ao refletirem sobre a prática podem vir a transformá-la (Dolphin, 2013). Segundo o documento “Os Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem” redigido pela OE (2001) a qualidade exige reflexão sobre a prática.

Com o objetivo de analisar a prática de cuidados adotada com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa, estabeleci como atividade a reflexão sobre a minha prática durante o estágio. No decurso do mesmo, em determinados momentos, refleti sobre a minha prática enquanto estava a realizar a ação (reflexão na ação), isto é, adotei uma atitude introspetiva e refleti sobre a experiência que estava a vivenciar e a decisão que ponderava tomar, tendo em conta o conhecimento teórico e prático que tinha, de modo a prestar cuidados de qualidade. Por vezes, enquanto efetuava a apreciação das pessoas relativamente ao *delirium*, surgiam-me dúvidas se estas apresentavam determinadas características condicentes com a síndrome e que perguntas fazer ou o que observar para as identificar. O confronto com o pouco desenvolvimento de algumas competências no âmbito da intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, permitiu-me compreender que a enfermeira que eu era não era a enfermeira que eu queria ser no final do estágio. O conflito que inevitavelmente surgiu fez com que eu procurasse meios para resolver essa contradição e encaminhou-me para a ação, a procura de evidência científica que me auxiliasse na forma de pensar. Em outros momentos significativos, refleti à posteriori sobre a ação que tinha realizado (reflexão sobre a ação). Estes momentos de reflexão sobre a ação tanto foram efetuados, oralmente, com a Enfermeira Orientadora, como por escrito através da realização de uma Reflexão Crítica segundo o ciclo reflexivo de Gibbs. Estes permitiram-me: otimizar o meu autoconhecimento e identificar fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e/ou equipa multidisciplinar; mobilizar conhecimento sobre o tema em análise; compreender como deveria individualizar a minha intervenção, tendo como objetivo último a promoção do conforto.

A Reflexão escrita que elaborei foi sobre a situação vivenciada com o Sr. P. (Apêndice VI). Note-se que os nomes utilizados ao longo deste Relatório são fictícios, de forma a manter o anonimato das pessoas, tal como previsto no artigo nº 106 da Deontologia Profissional do Enfermeiro que refere que o enfermeiro assume o dever de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino” (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro de 2015, p. 8079). A reflexão escrita sobre a situação vivenciada permitiu-me aprender pela experiência determinados aspetos que a literatura evidencia, nomeadamente:

- diagnosticar precocemente o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa é essencial, dado que permitirá controlar mais

precocemente a síndrome, fornecer suporte psicossocial e de educação ao cliente e família, e consequentemente obter melhores resultados em saúde (Bush & Bruera, 2009);

- a definição dos objetivos terapêuticos requer uma abordagem individualizada e uma comunicação eficaz entre a equipa de saúde e a família, visto que a capacidade de tomada de decisão do cliente está comprometida (Lawlor & Bush, 2015; Bush, Tierney & Lawlor, 2017);
- na definição dos objetivos terapêuticos deve ser tido em conta o estado clínico do cliente, a fase da trajetória da doença em que se encontra, os fatores precipitantes do *delirium* (possíveis ou conhecidos), o estado geral do cliente anteriormente ao episódio de *delirium*, a vontade prévia deste e o *distress* a que vai ser sujeito para a investigação das causas do *delirium* e para o seu tratamento (Bush, Tierney & Lawlor, 2017);
- o recurso a exames de diagnóstico para investigar a etiologia do *delirium* deve ser levado a cabo se tal for congruente com o estado clínico do cliente e se tiver benefício para o mesmo, visto que os critérios éticos que orientam a tomada de decisão em situações de fim de vida consagram que os cuidados se devem centrar em medidas exclusivamente de conforto (Gama & Barbosa, 2010; Breitbart & Alici, 2012);
- a colaboração entre todos os elementos da equipa de saúde, no sentido de alcançar os objetivos terapêuticos definidos, é fundamental para a eficácia do plano de intervenção (Agar et al., 2012; Hosie et al., 2014; BC Centre for Palliative Care, 2019);
- os enfermeiros que exercem funções em contexto de CP devem ter um papel ativo no seio da equipa interdisciplinar e promover a mudança da prática clínica, se esta não estiver em consonância com a evidencia científica (Hosie et al, 2015).

A reflexão sobre a prática de cuidados adotada durante o estágio permitiu-me desenvolver competências ao nível do autoconhecimento e da assertividade, uma vez que tomei consciência da influência pessoal nas relações profissionais, otimizei o meu autoconhecimento (tendo sido capaz de reconhecer fatores que podem influenciar o estabelecimento de relações pessoais e multiprofissionais e de identificar os meus recursos e limites pessoais e profissionais), e fui capaz de gerir sentimentos e emoções, de modo a responder eficazmente às situações (OE, 2019). Os momentos

de reflexão oral com o Enfermeiro Orientador e a elaboração da reflexão escrita possibilitaram-me desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas que resultem dessas soluções (Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto).

1.3 Estágio na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital B

O estágio na UCCP foi realizado entre 22 de novembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022. A UCCP do Hospital B é uma unidade de internamento destinada à prestação de CP e cuidados continuados, que para responder às necessidades das pessoas que procuram o Hospital também recebe clientes de especialidades médico-cirúrgicas que necessitam de ficar internados e não têm vaga noutro serviço. Esta é considerada um serviço específico de internamento de CP, que tem um espaço físico independente e recursos próprios, nomeadamente médicos e enfermeiros a tempo inteiro. Na unidade são acompanhadas pessoas com doença oncológica (maioritariamente) e não oncológica, em fase terminal ou não, com necessidades paliativas mais complexas, como por exemplo, situações de descompensação clínica.

A UCCP dispõe de 32 quartos individuais, mas tem capacidade para internar no máximo 48 pessoas, convertendo alguns quartos individuais em quartos duplos. A proveniência das pessoas que ficam internadas no serviço pode ser variada. Estas podem vir: diretamente do seu domicílio (se tiverem solicitado previamente o internamento); da Consulta Externa (Oncologia Médica, CP ou outra); do Hospital de Dia Médico; do Atendimento Não Programado; de um Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico do grupo hospitalar (por beneficiarem de um acompanhamento por uma equipa especializada em CP).

A unidade dispõe de um serviço de atendimento telefónico, disponível 24 horas, para o esclarecimento de dúvidas e receios de pessoas que tenham estado internadas na unidade e/ou dos seus familiares/cuidadores, que pode auxiliar no controlo de sintomas e na avaliação da necessidade de internamento. Este serviço fica a cargo da equipa de enfermagem, que se encontra em permanente articulação com a equipa médica. Na UCCP existe a possibilidade das pessoas serem admitidas a qualquer hora do dia.

Neste estágio tinha o mesmo **objetivo geral** que no estágio anterior: **desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no domínio da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa**. Como tal, defini cinco objetivos específicos semelhantes: descrever a missão do serviço e a estrutura organizativa e funcional da equipa multidisciplinar da UCCP; identificar a intervenção de enfermagem (apreciação, intervenção e avaliação) na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa; aplicar os conhecimentos adquiridos no âmbito da intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa; identificar o registo de enfermagem realizado acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, relativamente ao *delirium*; analisar a prática de cuidados adotada com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Objetivo específico: descrever a missão do serviço e a estrutura organizativa e funcional da equipa multidisciplinar da UCCP.

Este objetivo foi conseguido através da leitura de documentos relativos ao serviço, das conversas com o Enfermeiro Gestor e com a restante equipa de enfermagem e da apresentação do Projeto de Estágio à equipa interdisciplinar.

Nos primeiros dias de estágio tive oportunidade de consultar a página da internet do hospital e a intranet. A informação disponível permitiu-me compreender que a UCCP tem como missão promover o conforto, a dignidade e a qualidade de vida dos clientes e das suas famílias, centrando-se nas suas necessidades físicas, psicossociais e espirituais (HLL) (para. 2a.); e destina-se a pessoas que apresentem uma diminuição da autonomia e necessidade de reabilitação ou que se encontrem em situações complexas de sofrimento associadas a uma doença incurável e progressiva (HLL) (para. 1b.).

Na primeira semana de estágio foi-me proporcionada uma entrevista com o Enfermeiro Gestor, onde tive oportunidade de colocar algumas questões que me permitiram compreender a estrutura organizativa e funcional da equipa interdisciplinar (Apêndice VII). Ao longo das restantes semanas fui observando a dinâmica funcional da equipa e fui colocando algumas questões aos enfermeiros quanto à estrutura funcional da equipa interdisciplinar. As suas respostas permitiram-me concluir que quando uma pessoa é admitida na UCCP é avaliada nas suas várias vertentes (física,

psicológica, social e espiritual), primeiramente pelo médico e enfermeiro e posteriormente, se necessário, pelo psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e padre. A equipa interdisciplinar elabora um plano individual de cuidados paliativos, sendo que cada elemento da equipa presta cuidados especializados de forma a cumprir o plano estabelecido. Os diversos membros da equipa desempenham as suas funções com a autonomia correspondente à sua área de competência. Ao longo do internamento a família/gestor de caso é contactada, apoiada e implicada nas decisões. Quando a pessoa tem alta, caso se justifique, é agendada uma consulta externa de CP.

A UCCP não possui protocolos de atuação relativos ao *delirium*. Isto é, a intervenção de enfermagem na prevenção e no controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa não se encontra descrita em nenhum documento da unidade. A observação da dinâmica funcional da equipa permitiu-me constatar que esta comunica eficazmente, partilhando o conhecimento obtido acerca da pessoa e revendo o plano terapêutica sempre que se verificam alterações na sua situação clínica, o que pode justificar a não existência de um protocolo de atuação relativo ao *delirium*.

Por motivos do próprio serviço, somente na quarta semana de estágio tive oportunidade de apresentar o Projeto de Estágio à equipa interdisciplinar. Este momento foi deveras importante, porque me permitiu desenvolver competências comunicacionais, de partilha de informação com a equipa interdisciplinar (EONS, 2018). A apresentação ocorreu numa sessão formativa, onde foram também discutidos outros temas relevantes para a prática clínica. Segundo a equipa de enfermagem, estas sessões formativas com a equipa interdisciplinar ocorrem com alguma regularidade. Este ambiente facilita a aprendizagem dos colaboradores e faz do serviço uma organização aprendente (Santos, 2010). De acordo com Garvin (1993), uma organização aprendente é aquela que tem a capacidade de criar, adquirir e transferir o seu conhecimento e assim modificar o seu comportamento. Nesta sessão apresentei o Projeto de Estágio, em formato PowerPoint, a 40% da equipa de enfermagem, a 75% da equipa médica e ao psicólogo e ao farmacêutico da equipa. Apesar de não ter sido possível dar a conhecer o Projeto a 60% da equipa de enfermagem, como inicialmente tinha planeado, foi uma mais-valia os restantes grupos profissionais terem tido conhecimento do trabalho que pretendia desenvolver. A partilha de informação e a disposição para aprender com os outros visível na sessão

formativa trata-se de uma manifestação de trabalho em equipa, um dos pilares em que assenta a prestação de CP (Paiva, Castro Caldas & Capelas, 2012). Durante a apresentação atuei como dinamizadora e gestora da incorporação de novo conhecimento (OE, 2019), uma competência do domínio das aprendizagens profissionais do enfermeiro especialista, visto que abordei também os principais resultados da Revisão *Scoping* que tinha elaborado. Este feito permitiu-me igualmente desenvolver uma competência inerente ao 2º ciclo de estudos, a capacidade de comunicar conclusões a especialistas de uma forma clara e não ambígua (Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto). No final da sessão, diversos elementos da equipa de saúde reforçaram a importância de concretizar um Projeto em torno de uma problemática que é subvalorizada, apesar do *distress* que gera nas pessoas, famílias e profissionais de saúde, e de utilizar como estratégia para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a educação e formação dos enfermeiros.

Objetivo específico: identificar a intervenção de enfermagem (apreciação, intervenção e avaliação) na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Neste segundo estágio verificou-se aquilo que Benner (2001) denomina condição prévia para a perceção das situações, isto é, eu já tinha um conhecimento prévio formado a partir da teoria, dos princípios e das experiências anteriores do primeiro local de estágio.

Na tentativa de obter respostas para as dúvidas ou dificuldades sentidas na prática clínica, continuei a efetuar pesquisa bibliográfica sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Paralelamente, com o mesmo propósito de identificar a intervenção de enfermagem neste âmbito, no local de estágio ia colaborando na prestação de cuidados e observando a intervenção de enfermagem da equipa. Estas duas atividades permitiram-me retirar algumas conclusões, que enunciarei nos próximos dois parágrafos.

No domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Gestor intervinha de forma a prevenir e controlar o *delirium* desta população de diversas formas: ao promover a continuidade de cuidados, ou seja, ao atribuir a pessoa com *delirium* subclínico (que apresentava sintomas prodrómicos) ou com *delirium* presente sempre aos mesmos enfermeiros e auxiliares; ao instalá-las sempre em quartos individuais; e ao evitar

transferi-las de quarto. Na literatura vários autores fazem referência a estes aspetos. Bernardo (2003), Caraceni & Grassi (2011) e Prayce et al. (2018) alegam que se devem manter constantes os elementos da equipa responsáveis pelo acompanhamento destas pessoas, para reduzir a sensação de estranheza, evitar maior desorientação e reforçar as relações interpessoais. Gama & Barbosa (2010) e Rebelo, Oliveira & Rocha (2021) mencionam que estas pessoas não devem estar no mesmo quarto que outras com a mesma problemática. Prayce et al. (2018) e Rebelo, Oliveira & Rocha (2021) especificam que se deve evitar que estas mudem frequentemente de enfermaria ou sejam transferidas de cama.

No que diz respeito à prática clínica, a equipa de enfermagem na apreciação da pessoa com doença oncológica em situação paliativa que apresentava alterações recentes ou flutuações no estado físico, mental, emocional ou no comportamento utilizava um instrumento que permitia identificar o risco de desenvolvimento de *delirium*, a Escala da Confusão de Neecham. Este instrumento permitia à equipa de enfermagem planear as suas intervenções em função da existência ou não de risco de *delirium*, bem como monitorizar os progressos ou retrocessos do estado confusional da pessoa. Na literatura é consensual a necessidade de utilizar instrumentos de avaliação que, através da aplicação de critérios, permitam uma avaliação rigorosa e sistematizada que conduza a níveis de deteção do *delirium* mais eficazes (Neves, Silva & Marques, 2011). Sampaio (2012) confirma que a Escala da Confusão de Neecham apenas permite produzir o juízo clínico “risco de”, visto que esta tem como objetivo avaliar a confusão aguda e não o *delirium*. A equipa de enfermagem geria de forma eficaz o ambiente em que a pessoa com *delirium* ou com *delirium* subclínico estava inserida, de modo a controlar os sintomas que apresentava e a promover o seu conforto. Esta controlava a luminosidade do quarto da pessoa, de modo a estimulá-la sensitivamente ou não, bem como a temperatura, para assegurar o seu conforto físico. A equipa de enfermagem punha ainda música clássica ou outra ao gosto da pessoa para a tranquilizar e confortar a nível psico-espiritual. Seki & Galheigo (2010) defendem que a música pode proporcionar conforto emocional e espiritual, estímulo à memória afetiva e tranquilidade. A referida equipa também intervinha eficazmente na gestão da terapêutica farmacológica da pessoa com *delirium*, sobretudo quando esta começava a apresentar um comportamento desorganizado ou inquietação, pois comunicava à equipa médica a apreciação que tinha efetuado da pessoa, mais precisamente as alterações clínicas detetadas, para

que esta revesse a medicação prescrita. Apesar da evidência científica ser escassa, pensa-se que o uso adequado dos fármacos pode reduzir a incidência, gravidade e duração do episódio de *delirium* (Inouye, Westendorp, Sczynski, 2014; Siddiqui et al., 2016). No caso da pessoa apresentar *delirium* refratário à terapêutica neuroléptica a equipa de saúde ponderava implementar a sedação paliativa (salvaguardando sempre os aspetos éticos relacionados com a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido da pessoa, quando lúcida, ou da família). Em virtude da avaliação que a equipa de enfermagem fazia da pessoa, após a administração dos fármacos com efeito sedativo, era possível proceder à sua sedação de forma proporcionada. Essa avaliação era também imprescindível para selecionar as pessoas que podiam beneficiar da sedação paliativa intermitente. A evidência científica confirma a boa prática da equipa, pois o principal objetivo da sedação paliativa é a diminuição do nível de consciência, o alívio da sintomatologia refratária da pessoa, de modo que esta permaneça confortável até ao final da sua vida, sem antecipar a morte (Abreu, 2016). A sedação paliativa deve ser realizada com a menor dose de fármaco com que seja possível proporcionar o alívio de sintomas, diminuindo ao máximo a depressão do nível de consciência da pessoa (Dean et al., 2012). A sedação paliativa intermitente pode ser útil em alguns casos, uma vez que permite além do alívio sintomático, períodos de vigília passíveis de interação social, e pode ser efetuada repetidamente (de Graeff & Dean, 2007).

Quer a utilização da Escala da Confusão de Neecham, quer a realização da sedação paliativa de forma proporcionada conjugando fatores como a duração (intermitente ou contínua) e a intensidade (superficial, moderada e profunda) foram aspetos pertinentes que eu identifiquei aquando da observação da intervenção da equipa de enfermagem e que decidi incluir na Checklist.

A colaboração na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa permitiu-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional ética e legal e no domínio da melhoria contínua da qualidade, mais especificamente em garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019). Esta atividade também me possibilitou desenvolver a capacidade de cuidar da pessoa com doença incurável, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2018), assim como de fornecer suporte à pessoa com doença oncológica avançada (EONS, 2018).

Quando planeei o Projeto perspetivei, no final deste estágio, solicitar a dois peritos na área do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa a validação da Checklist. No entanto, no decurso da colaboração na prestação de cuidados tomei consciência que embora a Checklist elaborada cumprisse o seu propósito de sistematizar linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, continha muita informação. Assim, com o auxílio da Docente Orientadora cheguei à conclusão que seria mais útil para orientar a minha prestação de cuidados elaborar um Algoritmo de apoio à tomada de decisão clínica (Apêndice VIII). Atendendo a que o foco deste é o mesmo que o da Checklist, a prevenção e o controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, este também foi concebido segundo a mesma metodologia, a do processo de enfermagem. Deste modo, o Algoritmo contempla: a apreciação de enfermagem; os diagnósticos possíveis de elaborar a partir da mesma; as intervenções de prevenção e controlo do *delirium* a implementar conforme os diagnósticos; os resultados possíveis de alcançar com as intervenções implementadas; e por fim, a apreciação e as intervenções que podem ser realizadas mediante o resultado alcançado. Para facilitar a distinção das etapas do processo de enfermagem no Algoritmo está: a apreciação a creme, os diagnósticos a verde, as intervenções a azul e os resultados a laranja. Este instrumento foi elaborado de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Importa referir que a elaboração do Algoritmo foi iniciada neste estágio, mas só foi concluída após o término do último estágio, depois do instrumento ter sido aferido pela equipa de enfermagem do SGUPP e validado por peritos.

A elaboração do Algoritmo permitiu-me desenvolver uma competência que diz respeito ao 2º ciclo de estudos: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de aplicações originais, em contexto de investigação (Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto).

Objetivo específico: aplicar os conhecimentos adquiridos no âmbito da intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Com o intuito de aplicar os conhecimentos adquiridos no âmbito da intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa realizei duas atividades: colaboração na prestação de

cuidados de enfermagem a esta população e concomitantemente aplicação da Checklist com o intuito de a aferir. Assim, na interação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e família aplicava os conhecimentos adquiridos sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium*, explanados na Checklist. Após cada interação registava na Checklist o que tinha sido aplicado. Deste modo, preenchi a Checklist em todas as situações de cuidados a pessoas com doença oncológica em situação paliativa em que foi possível intervir na prevenção e controlo do *delirium*. Tal permitiu-me compreender quais as ações de enfermagem mais ou menos implementadas e eficazes na prática clínica e refletir acerca disso. Nos parágrafos seguintes abordarei as principais conclusões retiradas.

Para efetuar uma apreciação da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, consultava de forma sistemática a sua história clínica e o seu histórico de medicação prescrita com o intuito de a conhecer e de poder identificar fatores de risco predisponentes e/ou precipitantes de um episódio de *delirium*. Com o mesmo propósito, efetuava uma observação física da pessoa, estando particularmente atenta a aspetos como a aparência geral, a higiene e o vestuário, por serem reveladores da organização do comportamento da pessoa. Na interação com esta, estava atenta à sua comunicação verbal e não verbal, de modo a avaliar o seu estado mental, nomeadamente o nível de consciência, a atenção, a orientação, a memória recente, o pensamento (incluindo a presença de delírio), a linguagem, a sensopercepção (presença de ilusões ou alucinações), o humor e o comportamento psicomotor (inquietação, agitação e lentificação dos movimentos). Se ainda não tivesse obtido informação acerca de funções psicofisiológicas como o sono e o apetite alimentar, questionava a pessoa ou um elemento da equipa de saúde acerca disso. Para avaliar a capacidade cognitiva e a memória recente recorria a instrumentos de avaliação cognitiva como o MOTYB, que consiste em solicitar à pessoa para dizer os meses do ano pela ordem inversa, ou pedia à pessoa para soletrar as palavras “mundo” ou “porta” começando pela última letra. Na rotina diária de cuidados não foi oportuno aplicar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar o estado mental da pessoa, contudo este foi avaliado de outras formas (como explicitado anteriormente).

Um dos aspetos que constava na Checklist, porque se encontra referido no Guia para a prática, publicado quer pela Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (2010) quer pela BC Centre for Palliative Care (2019), é a utilização do acrónimo OPQRSTUV para orientar a entrevista à pessoa com doença oncológica

e/ou família. Contudo, nunca o apliquei na prática clínica, pois o estado mental das pessoas de quem cuidei não os permitia responder a este tipo de perguntas e os seus familiares nem sempre estavam presentes pelo contexto pandémico. Não obstante disto, um dos tópicos deste acrónimo dizia respeito à avaliação da existência de outros sintomas que podem acompanhar os que são sugestivos de *delirium*, sugerindo a utilização de um instrumento validado para avaliação de sintomas, como por exemplo o “Edmonton Symptom Assessment System”. Este aspeto foi amplamente implementado, dado que vai ao encontro da natureza holística da enfermagem que considera a pessoa como um todo, relacionando a vertente física, com a parte mental e espiritual (McEvoy & Duffy, 2008). Compreender o que está na origem da inquietação manifestada pela pessoa com *delirium* hiperativo ou misto e consequentemente do seu desconforto físico, como consta na Teoria do Conforto de Kolcaba, é crucial para o planeamento de intervenções eficazes, cujo resultado desejado passará por esta ficar mais tranquila, alcançando um estado de conforto.

A apreciação que realizava à pessoa com doença oncológica em situação paliativa permitia-me identificar alterações recentes ou flutuações no seu estado físico, mental, emocional ou no seu comportamento sugestivas de *delirium* (Bush et al, 2018). Posteriormente, recorria à aplicação da “Confusion Assessment Method” (CAM) para efetuar o diagnóstico de *delirium*, pois só esta escala operacionaliza os critérios de diagnóstico da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Bush et al, 2018). O diagnóstico de *delirium*, de acordo com este instrumento, requer que estejam presentes as suas quatro manifestações cardinais: (1) início agudo e curso flutuante; (2) desatenção; (3) pensamento desorganizado; (4) nível de consciência alterado (Sampaio, 2012; Bush et al, 2018).

Grande parte das vezes em que intervinha prevenindo o *delirium* fazia-o proporcionando um ambiente seguro e confortável, otimizando o padrão de sono-vigília (aumentando a exposição à luz durante o dia e reduzindo a luz e o ruído à noite, ficando apenas uma luz de presença, para auxiliar na orientação espacial e para prevenir o desenvolvimento de alucinações), incentivando a hidratação e a mobilização, monitorizando o funcionamento vesical e intestinal (com o propósito de evitar a retenção urinária e a obstipação) e estimulando a presença de pessoas significativas. Pude constatar que a maioria destas pessoas não desenvolviam *delirium* e tinham as suas necessidades de conforto satisfeitas. Ainda que exista uma escassez de estudos acerca da eficácia das intervenções não farmacológicas, nos

artigos “Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life” e “Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer” está descrito que as intervenções não farmacológicas demonstraram reduzir a incidência de *delirium*, permitiram o alívio mais rápido dos sintomas, a melhoria da função cognitiva e da qualidade de vida e não tiveram efeito sobre a mortalidade (Lynch, Dahlin & Bakitas, 2012; Kang, Shin & Bruera, 2013). No caso particular do Sr. P., que apresentava risco de *delirium* por ter metástases cerebrais e caquexia e manifestava alguma sonolência, preveni a síndrome desenvolvendo uma relação terapêutica com o mesmo, alterando a posição da cama para junto da janela para que este pudesse receber os estímulos visuais, permitindo a presença dos filhos para além do horário das visitas e incentivando a esposa a intervir como parceira de cuidados, alimentando-o pela gastrostomia percutânea endoscópica. Informei ainda a esposa do Sr. P. em relação ao *delirium* fazendo referência ao risco que este tinha e à sua importância na prevenção da síndrome e na monitorização do seu comportamento e/ou estado confusional. Apesar de ter tido poucas oportunidades para implementar esta intervenção, quando o fiz esta demonstrou ser eficaz para clientes e familiares, uma vez que os últimos foram capazes de reportar sintomas sugestivos de *delirium* e manifestaram uma sensação de maior controlo sobre a situação que estavam a experienciar. Estes resultados estão descritos na literatura por Finucane et al. (2016) e Bush, Tierney & Lawlor (2017). De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), ao nível da família o resultado que se pretende alcançar é a sua satisfação com os cuidados prestados.

Nas situações de cuidados à pessoa com *delirium* atuava no sentido de controlar a síndrome, tendo em conta o objetivo terapêutico definido. Por vezes, investigando e corrigindo possíveis fatores precipitantes do episódio de *delirium*. Por exemplo, avaliando a saturação de oxigénio periférica a uma pessoa com dispneia ou administrando corticoides a uma pessoa com *delirium* originado por metástases cerebrais. Simultaneamente, implementava medidas não farmacológicas dirigidas à pessoa, ao ambiente e à família com o propósito de controlar a sintomatologia manifestada pela pessoa. Entre as principais abordagens não farmacológicas implementadas destaco: a reorientação temporo-espacial da pessoa; proporcionar um ambiente calmo, seguro e iluminado de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo de sono-vigília, complementado com objetos pessoais e familiares; minimizar estímulos, evitando a utilização de equipamentos médicos; a otimização da

comunicação, evitando conversas simultâneas/cruzadas e falando das atividades diárias e factos quotidianos, de uma forma clara e concisa, sempre que a situação cognitiva da pessoa o permitia; o ensino à família acerca do *delirium*, nomeadamente sobre como intervir junto da pessoa. De acordo com a evidência científica, o controlo sintomático deve ser proporcionado a todas as pessoas, o mais precocemente possível, em conjunto com a avaliação diagnóstica da etiologia do *delirium*, para minimizar o *distress* da pessoa, da família e da equipa de saúde (Breibart & Alici, 2012; Lawlor & Bush, 2015; Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Por vezes, para controlar os sintomas da pessoa era necessário intervir farmacologicamente. Prayce et al. (2018) confirmam ao referirem que a terapêutica farmacológica deverá ser instituída de forma a obter o controlo sintomático para que possam ser otimizadas as medidas não farmacológicas. Por exemplo, o Sr. N. que tinha *delirium* misto, que apresentava períodos de agitação mais exacerbados à noite teve de ser medicado com terapêutica neuroléptica, que foi eficaz. Ainda assim no período noturno, por vezes, encontrava-se inquieto no leito, mas na maioria das vezes após ser posicionado ficava confortável e dormia tranquilamente.

A concretização deste objetivo permitiu-me desenvolver múltiplas competências que serão essenciais no futuro enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Em relação às competências comuns de enfermeiro especialista, desenvolvi competências dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria contínua da qualidade, ao adotar uma prática de forma segura, profissional e ética, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e ao gerir o ambiente em que está inserida a pessoa, garantindo a efetividade terapêutica, a sua segurança e bem-estar (OE, 2019). Ao nível das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, desenvolvi competências no âmbito da identificação das necessidades da pessoa, da promoção de intervenções baseadas na evidência, do envolvimento da família no sentido de otimizar resultados e no estabelecimento de uma relação terapêutica com estes (OE, 2018). Também desenvolvi competências preconizadas pela EONS (2018) no que se refere à: avaliação da pessoa com doença oncológica avançada de forma holística, tendo em conta as suas necessidades, preocupações e sintomas; comunicação eficaz, centrada na pessoa; prestação de cuidados seguros, eficazes e atempados e

com uma relação custo-efetividade positiva; aplicação da evidência científica na prática clínica.

Objetivo específico: identificar o registo de enfermagem realizado acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, relativamente ao *delirium*

Para alcançar o objetivo enunciado procedi à consulta dos registos de enfermagem de pessoas com doença oncológica em situação paliativa internadas no serviço, com vista a completar o documento intitulado “Aspetos a incluir nos registos de enfermagem acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa” (Apêndice V). Esta atividade permitiu-me identificar que a equipa de enfermagem aplicava a Escala da Confusão de Neecham. Ao efetuar uma pesquisa bibliográfica mais aprofundada acerca deste instrumento psicométrico compreendi a sua utilidade na prática clínica, pelo que passei a utilizá-lo. A consulta dos registos de enfermagem permitiu-me ainda constatar que nestes nem sempre são incluídos dados descritivos, objetivos e subjetivos pertinentes que descrevam o progresso no sentido do conforto, ainda que seja feita referência à intervenção implementada no sentido da prevenção e controlo do *delirium*. A elaboração dos registos deve acompanhar o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da disciplina, assim como deve ser reflexo de uma determinada filosofia de cuidados (Horta, 1979; Hesbeen, 2001).

Esta atividade possibilitou-me desenvolver competências no âmbito da interpretação de resultados provenientes da prática clínica que contribuem para o desenvolvimento da enfermagem (OE, 2019). Porém, não me permitiu identificar outros aspetos a incluir nos registos de enfermagem relativamente ao *delirium*, para além dos identificados no estágio anterior, que remetem para o processo de enfermagem. Como Alfaro-LeFevre (2014) afirma, essa é a metodologia que a documentação deve seguir.

Objetivo específico: analisar a prática de cuidados adotada com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Na apropriação contínua do que é a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, emerge a necessidade de revisitar o agir para pensar e refletir o cuidado de enfermagem. Nesta perspetiva, para atingir este objetivo específico, em parceria com

a Enfermeira Orientadora desenvolvi uma atitude de reflexão, avaliando os meus resultados no contexto da experiência, de modo a desenvolver a minha competência profissional e o meu autoconhecimento. Elaborei também uma reflexão escrita sobre um momento significativo ocorrido durante o Estágio, utilizando o ciclo reflexivo de *Gibbs* (Apêndice IX) que me permitiu preparar preditivamente para novas situações, identificando as minhas limitações e desenvolvendo uma estrutura teórica e conceptual que sustentará a minha tomada de decisão.

A compreensão da vivência da situação com o Sr. R. e a Sra. D^a. F. sustentada no conhecimento científico existente permitiu-me fazer algumas aprendizagens:

- a medicação sedativa ao reduzir o nível de consciência da pessoa pode fazer com que esta não seja capaz de comunicar com a família, como anteriormente (Gama & Barbosa, 2010);
- o facto da comunicação entre a pessoa e a família ficar comprometida, dificulta a relação entre estes e aumenta o *distress* de ambos. Na literatura consta que os familiares das pessoas com doença oncológica avançada com *delirium* experienciam elevados níveis de *distress*. Segundo Agar et al. (2012) o *distress* dos familiares está relacionado com o facto de estes não saberem o que está a acontecer com o seu familiar e deste estar diferente do habitual;
- é fundamental que o enfermeiro intervenha junto da família de modo a minimizar o seu *distress*. Para isso, o enfermeiro deve identificar e validar os sentimentos expressos pela família e os seus significados, responder às necessidades desta, promover uma comunicação aberta com a mesma, envolvê-la no plano terapêutico e educá-la para intervir corretamente junto do familiar (Prayce et al., 2017). O enfermeiro também deve ajudar a família a relacionar-se com o cliente;
- envolver a família no processo de tomada de decisão terapêutica e na prestação de cuidados ao cliente é benéfico para ambas as partes (Finucane et al., 2017). A família aceita melhor a situação de saúde inevitável do seu familiar, aumenta o controlo que perdeu da situação e obtém uma sensação de bem-estar, porque sente que está a cuidar da melhor forma do seu familiar (Gama & Barbosa, 2010; Finucane et al., 2017). A pessoa beneficia a nível psicológico da presença e da intervenção da família (Finucane et al., 2017).

Sumariamente, a reflexão sobre a prática de cuidados adotada viabilizou o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista “Desenvolve o

autoconhecimento e a assertividade” e “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2019).

1.4 Estágio no Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia do Hospital A

O último estágio decorreu entre 17 de janeiro e 25 de fevereiro de 2022, no serviço onde exerço funções. O SGUPP do Hospital A é um serviço de internamento de um hospital público de referência nacional no tratamento da doença oncológica, que se destina a pessoas com doença oncológica seguidas nas especialidades cirúrgicas de Ginecologia, Urologia e Cirurgia Plástica e Reconstructiva ou na especialidade médica de Pneumologia. A proveniência das pessoas internadas é variada. Estas podem vir do serviço de atendimento não programado, da consulta externa, da unidade de técnicas de pneumologia e do domicílio. Deste último, para realizar cirurgia eletiva ou tratamento de quimioterapia/imunoterapia. Atendendo à trajetória da doença oncológica, muitas das pessoas internadas no serviço encontram-se em situação paliativa. Por esta razão, neste é prestada uma abordagem paliativa pela equipa multidisciplinar, com o intuito de resolver os problemas/necessidades inerentes a estas pessoas que apresentam uma doença incurável, em fase avançada e progressiva (CNCP, 2017). Quando estas apresentam necessidades de maior complexidade clínica é solicitado apoio da EIHSCP, que intervém enquanto consultora num modelo colaborativo e integrado de CP.

O caminho percorrido nos estágios anteriores permitiu-me desenvolver competências que foram determinantes para atingir o **objetivo geral** deste estágio: **contribuir para a melhoria da qualidade da prática de cuidados em enfermagem no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.** Para alcançar este objetivo no Projeto de Estágio perspetivei os seguintes objetivos específicos: envolver os enfermeiros no Projeto de Estágio; promover a capacitação da equipa de enfermagem relativamente à intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa; aplicar os conhecimentos adquiridos no âmbito da intervenção de enfermagem, prestando cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa; analisar a prática de cuidados adotada com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Objetivo específico: envolver os enfermeiros no Projeto de Estágio

Para Ferrito et al. (2010) “para que se criem respostas de qualidade que satisfaçam as necessidades da população é fundamental mobilizar os recursos humanos que são o elemento fulcral para a mudança” (p. 10). De acordo com esta lógica de ideias envolvi a equipa de enfermagem no Projeto de Estágio desde o diagnóstico da situação, com aplicação de um questionário escrito, que elaborei, sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, onde constava a avaliação da pertinência da temática. Este foi validado pela Enfermeira Gestora do Serviço e partilhado com a equipa através da aplicação WhatsApp. Entre 22 de abril e 3 de maio de 2021, 90% desta respondeu, o que permitiu alcançar o indicador de resultado definido. Da análise das respostas ao questionário (Apêndice X) foi possível retirar algumas conclusões. A totalidade dos enfermeiros que responderam ao questionário considera pertinente aprofundar o conhecimento sobre a problemática. Destes, 65,8% consideram que reconhecem o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, 36,8% que intervém de forma a preveni-lo e 68,4% que intervém de modo a controlá-lo. Os que referem não reconhecer, prevenir e controlar o *delirium* na referida população apontam sempre como motivo a falta de conhecimento teórico-prático, que se comprova comparando a prática clínica evidenciada nas suas respostas com a evidência científica acerca do tema. Desta forma, este questionário permitiu também validar a causa do problema e identificar genericamente os conhecimentos da equipa, o que foi útil para a definição dos conteúdos a abordar nas sessões de formação. Os resultados do questionário foram revelados à equipa de enfermagem na primeira formação, onde também foi apresentado o Projeto de Estágio. Esta foi presencial e por zoom, de forma a aumentar a adesão dos enfermeiros. Contudo, por motivos pessoais e de gestão do serviço só 40% conseguiram estar presentes. Não tendo sido possível apresentar estes conteúdos a pelo menos 60% da equipa como tinha perspectivado. Durante a sessão, os enfermeiros manifestaram interesse em conhecer os resultados. Assim, para que os restantes pudessem ter acesso a esta informação gravei a sessão e disponibilizei-a por email.

Desde a fase de planeamento do Projeto que fui promovendo conversas informais com os enfermeiros sobre a importância da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, procurando que estas

partissem de situações vivenciadas por si, para que fosse mais fácil compreenderem a importância de intervirem adequadamente, pois “a aprendizagem, integrada nas situações de trabalho de cada profissional de saúde, contribui para o desenvolvimento de competências individuais e coletivas” (Bártolo, 2017, p. 19).

Com o intuito de envolver também no Projeto a Enfermeira responsável pelos sistemas de informação no Hospital, falei com a Enfermeira Gestora sobre a necessidade de discutir com esta a parametrização de diagnósticos e intervenções de enfermagem relativos à pessoa com doença oncológica em situação paliativa, no que diz respeito ao *delirium*, tendo ficado agendada uma reunião.

Para prestar cuidados de qualidade à pessoa com doença oncológica em situação paliativa com *delirium* ou com risco de desenvolver é necessário um trabalho coordenado de toda a equipa interdisciplinar (Agar et al, 2012; Hosie et al, 2014; Hosie et al, 2015). Por este motivo, considerei que seria uma mais-valia para o Projeto envolver profissionais de saúde de outras áreas disciplinares. Assim, oportunamente, fui explicando de forma breve o Projeto à equipa médica e à psicóloga. Dado que, em caso de *delirium* refratário, deve ser consultada a equipa de CP (Bush et al, 2018; Bush, Tierney & Lawlor, 2017) envolvi também a EIHS CP do hospital, convidando os seus elementos a estarem presentes na segunda sessão de formação, onde foi discutido um caso clínico de elevada complexidade.

As atividades efetuadas permitiram-me desenvolver competências de liderança, isto é, de influenciar e apoiar os profissionais de saúde para que trabalhem com entusiasmo na obtenção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Nesta ótica, desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista no que concerne a: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento de projetos na área da qualidade e na disseminação necessária até à sua apropriação; e a gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019). Concomitantemente, desenvolvi a competência específica de enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação paliativa de intervir numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio (OE, 2018).

Objetivo específico: promover a capacitação da equipa de enfermagem relativamente à intervenção na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Na literatura é ratificada a importância de promover a capacitação dos enfermeiros relativamente à prevenção, identificação precoce do *delirium* e implementação de estratégias adequadas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e os resultados em saúde. Para isso é necessário formar as equipas e desenvolver protocolos de atuação sobre o tema (Law, 2008; Prayce et al., 2018). Nesta ótica, realizei sessões de formação à equipa de enfermagem e elaborei documentos de apoio à prática clínica, nomeadamente um póster com o Algoritmo que construí e um Guia Orientador de Boa Prática.

Atendendo ao tempo limitado que tive para implementar o Projeto no Serviço só foi possível realizar duas sessões de formação. Deste modo, planeei as sessões para que fossem abrangentes e sequenciais. Fundamentalmente na primeira partilhei conhecimentos que permitem aos enfermeiros reconhecer um quadro de *delirium* (a inter-relação entre os sintomas isolados e o diagnóstico) (Apêndice XI). Já na segunda promovi a discussão de um caso clínico complexo de uma pessoa que esteve internada no serviço, analisando linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* baseadas na evidencia científica, e identifiquei aspetos a registar no processo clínico desta população relativamente ao *delirium* (Apêndice XII). Quer Bush et al. (2018), quer Agar et al. (2012) abordam a importância de incluir nas sessões atividades práticas, como a que fiz, para que os profissionais de saúde adquiram mais conhecimentos e confiança no modo como intervém. Estes autores juntamente com Voyer et al. (2008) também fazem referência à importância de partilhar conhecimento que contextualize as manifestações clínicas do *delirium*, pois sem conhecer o que o define não é possível intervir adequadamente.

Como referi no objetivo anterior, na primeira sessão de formação só 40% da equipa esteve presente. Já na segunda esteve 47,5%. Contudo, em nenhuma esteve presente 60% como tinha perspetivado no Projeto. Devido a muitos enfermeiros terem verbalizado não terem conseguido assistir, mas quererem fazê-lo, e à falta de tempo útil para repetir as sessões, gravei-as e disponibilizei-as. Para mim foi muito gratificante poder partilhar com os meus colegas o conhecimento adquirido ao longo deste percurso, e promover a articulação entre o SGUPP e a EIHSCP. Os contributos dos elementos da EIHSCP na análise do caso clínico foram muito relevantes, no que

se refere à integração dos CP na enfermagem oncológica para a promoção do conforto, pelo que a sua participação foi benéfica para a equipa de enfermagem do SGUPP. Consequentemente, os elementos presentes compreenderam a importância de consultar a EIHSCP em situações de maior complexidade. De uma maneira geral a equipa demonstrou entusiasmo pelas formações realizadas e motivação para adquirir mais conhecimento para melhorar a sua prática. No final de cada formação solicitei a cada um dos presentes que avaliasse a sessão, de forma anónima (Apêndice XIII). O feedback foi positivo. Todos concordaram que as sessões se encontravam bem estruturadas, que demonstrei domínio do tema, fui capaz de partilhar o conhecimento e dinamizar as mesmas e que estas foram úteis para a sua prática clínica. Alguns elementos fizeram referência à necessidade de aumentar a duração das sessões para explorar melhor alguns conteúdos, particularmente mais casos clínicos.

Com o intuito de auxiliar os enfermeiros no processo de tomada de decisão relativo à prevenção e controlo do *delirium* na pessoa com doença oncológica em situação paliativa e uniformizar práticas, afixei o Algoritmo que construí em cada uma das salas de trabalho. Adicionalmente, aferi-o auscultando a opinião dos enfermeiros, que por sua vez, validaram a sua utilidade para a prática clínica. Posto isto, já após terminar o estágio, solicitei a 6 peritos (3 enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 1 enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental, 1 oncologista com competência em medicina paliativa e 1 psiquiatra) que validassem o Algoritmo, com base no seu conhecimento clínico. Na escolha dos peritos tive em consideração o conhecimento que tinham do meu Projeto (todos eles trabalham nos locais onde fiz estágio) e procurei garantir a multidisciplinaridade (para a obtenção de um consenso com maior validade).

Elaborei também um Guia Orientador de Boa Prática (Apêndice XIV) para sistematizar linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem baseadas na evidência científica. Este contempla a principal informação relativa à prevenção e ao controlo do *delirium* na população em causa, nomeadamente instrumentos para avaliação cognitiva e do nível de sedação e escalas de rastreio, diagnóstico e monitorização da gravidade do *delirium*. A inclusão na prática clínica destes instrumentos de medida fiáveis contribui para a diminuição dos casos que passam despercebidos (Oliveira Marques, Cruz & Morais Marques, 2013). Desta forma, este Guia serve de complemento ao póster afixado no apoio à tomada de decisão clínica.

O documento ficou disponível no Serviço em suporte papel e em suporte digital na pasta partilhada. Muitos dos enfermeiros que o leram transmitiram-me que era uma mais-valia para a equipa, dado que compila muita informação útil que pode ser consultada quando surgem dúvidas na prestação de cuidados.

Com o propósito de rentabilizar as oportunidades para promover a capacitação da equipa de enfermagem no tema em questão, utilizei os registos de enfermagem e os momentos de passagem de turno como veículos formativos. Através destes, partilhei conhecimento relativo à aplicação do processo de enfermagem na minha prática diária, destacando o conforto como resultado sensível aos cuidados.

Na sequência da sugestão realizada pela EIHS CP no primeiro estágio e do que a evidência científica refere, no decurso da implementação do Projeto fui questionando os enfermeiros quanto à pertinência e utilidade que um folheto sobre o *delirium* para entregar aos familiares/cuidadores teria na sua prática diária. Grande parte referiu que este apenas se aplicaria a uma minoria das famílias, pela pouca literacia em saúde que a maioria tem. Todavia, eu considero que a entrega do folheto seria benéfica para a melhoria da qualidade dos cuidados se a equipa estiver capacitada para fornecer suporte educacional às famílias. Atendendo a que esta se encontra na fase inicial de um processo de desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, protelei a elaboração do folheto para uma fase posterior.

A avaliação do impacto do Projeto na prática de cuidados dos enfermeiros do SGUPP foi realizada através de um questionário escrito (Apêndice XV), que foi partilhado através da aplicação WhatsApp 6 semanas após o término do estágio. Esta avaliação tinha como intuito perceber se o Projeto contribuiu para que estes melhorassem a qualidade dos cuidados prestados no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. O questionário era muito semelhante ao aplicado para avaliar a pertinência do tema, com a diferença que só tinha perguntas de resposta curta e um espaço para observações para facilitar a adesão da equipa, que foi conseguida. Entre 4 e 24 de abril de 2022 89,7% respondeu, superando o resultado perspetivado. Da análise das respostas ao questionário (Apêndice XVI) conclui-se que a totalidade dos enfermeiros que responderam concorda que o Projeto melhorou a forma como avaliam o risco de *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Destes 97,3% concordam que o Projeto melhorou a forma como reconhecem a síndrome nesta

população, 88,6% como intervém na mesma e 68,6% que as intervenções que realizam têm sido eficazes. No entanto, em relação a estes aspetos há uma pequena percentagem que não concorda nem discorda que o Projeto tenha melhorado a sua prática e outra que discorda especificamente da eficácia das intervenções que realiza. Ainda assim, a totalidade dos enfermeiros que responderam ao questionário avalia em mais de 3 (numa escala de 1 a 5) o impacto geral das sessões de formação realizadas e dos documentos disponibilizados na sua prática clínica. Deste modo, este instrumento permitiu questionar-me acerca dos fatores que podem ter influenciado estes resultados e das estratégias que posso utilizar para os melhorar. Todavia, foi muito gratificante ter recebido o feedback de colegas a referirem já ter mobilizado alguns dos conhecimentos adquiridos, e que estes os ajudaram no seu processo de tomada de decisão.

As atividades que realizei permitiram-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade na conceção, operacionalização e liderança de projetos nesta área; no domínio da gestão dos cuidados na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão melhorando a informação; e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais na assunção da responsabilidade de ser facilitadora dos processos de aprendizagem (OE, 2019). Desenvolvi igualmente competências comunicacionais preconizadas pela EONS (2018), designadamente na seleção de estratégias e estilos de comunicação de forma a promover a partilha de informação. No mesmo âmbito desenvolvi também a capacidade comunicar conhecimentos de forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto).

Objetivo específico: aplicar os conhecimentos adquiridos no âmbito da intervenção de enfermagem, prestando cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa

À semelhança do estágio anterior apliquei os conhecimentos adquiridos acerca da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa prestando cuidados a esta população- aplicando a Checklist em todas as situações de cuidados e orientando a tomada de decisão pelo Algoritmo que construí. Desta vez com maior autonomia. De seguida, divulgarei os resultados de algumas situações de cuidados mais complexas que exigiram a mobilização de competências especializadas.

No decorrer deste estágio tive oportunidade de cuidar de uma pessoa que tinha experienciado um episódio de *delirium*, a Sra. D^a. M. Na apreciação que fiz identifiquei que esta se recordava de ter estado confusa e de ter tido um comportamento desadequado e que se sentia envergonhada por isso. Assim, tomei a decisão de realizar um “debriefing” com a cliente, isto é, de lhe explicar o que tinha acontecido e o que era expectável que pudesse a vir a acontecer (flutuação dos sintomas ou o seu reaparecimento). Com a minha intervenção consegui tranquilizá-la, minimizar o seu *distress* e a ajudá-la a entender os seus comportamentos, contribuindo para que alcançasse um estado de alívio a um nível psico-espiritual, como refere Kolcaba. Esta intervenção e os seus resultados encontram-se descritos na literatura por vários autores como Caraceni & Grassin (2011); Partridge, Martin, Harari & Dhesi (2013); Bush, Tierney, Lawlor (2017); Bush et al., (2018). Intervim ainda junto da cliente prevenindo a ocorrência de um novo episódio de *delirium*, promovendo a realização de atividades de estimulação cognitiva do seu agrado e mantendo uma apreciação dirigida à síndrome (Partridge et al., 2013). Numa outra situação de cuidados a um cliente em fim de vida, ao qual foi diagnosticado *delirium* hiperativo, foi possível concluir que apesar de terem sido identificados os fatores precipitantes (pneumonia e hiponatremia) pela falência multiorgânica que apresentava, característica da fase em que se encontrava, não era possível a sua correção e a reversibilidade do quadro (Gama & Barbosa, 2010; Caraceni & Grassi, 2011). Assim, conclui que em contexto de CP, perante o prognóstico limitado de um cliente, o principal objetivo da intervenção de enfermagem no controlo do *delirium* é o conforto (Bramati & Buera, 2021). Neste caso alcançável através da promoção de uma morte digna, conforme preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (2005). O cliente confortado tem uma morte mais pacífica, que é considerada por Kolcaba um comportamento de procura de saúde, que contribui para melhorar a integridade institucional.

Na prestação de cuidados constatei que a presença de *delirium* dificulta a avaliação de outros sintomas, como a dor ou a dispneia pela perturbação que causa na comunicação com o cliente (Gagnon, Allard, Mâsse & DeSerres, 2000; Bernardo, 2003). Consequentemente, identifiquei que os enfermeiros, por vezes, faziam uma apreciação incorreta e administravam opioides em situações que não tinham essa indicação. Atendendo a que os opioides constituem um dos fatores etiológicos mais comuns do *delirium* (Tanaka et al., 2016), esta prática pode agravar a situação dos clientes, pelo que adverti a equipa no sentido de prevenir complicações. Procedi da

mesma forma e com igual propósito numa outra situação que tinha que ver com a contenção terapêutica, pois identifiquei que a equipa recorria à mesma antes de esgotar medidas alternativas. Efetivamente o *delirium* tem implicações na segurança dos clientes, levando a quedas ou outros incidentes que os colocam em risco a si e a terceiros, nomeadamente aos profissionais de saúde, o que contribui para o aumento do seu *distress*. No entanto, o recurso a medidas de contenção é um tema controverso do ponto de vista ético pelo impacto que tem na liberdade, autodeterminação e dignidade da pessoa e por poder piorar o seu estado confusional, pelo que deve ser considerada pelas equipas de saúde o último recurso (DGS, 2011; Agar et al., 2012;). Em ambas as situações a equipa de enfermagem teve em conta o conhecimento partilhado, tendo começado a consultar-me para tomar outras decisões e a considerar-me um elemento de referência nesta área.

Para alcançar este objetivo, também propus à Enfermeira responsável pelos sistemas de informação, neste caso o SClinico Hospitalar, diagnósticos e intervenções de enfermagem relativos ao cliente com doença oncológica em situação paliativa, relacionados com o *delirium*, em linguagem CIPE, para parametrização (Apêndice XVII). Para elaborar esta proposta procedi à análise da informação presente no sistema tendo concluído que: não é possível levantar os diagnósticos “*delirium*” e “risco de *delirium*”; nem a intervenção “sedação paliativa”; e não estão disponíveis instrumentos de avaliação como o MEEM (o teste cognitivo mais difundido no âmbito da avaliação do estado mental e consequentemente no que a equipa de enfermagem tem mais treino), a CAM e o “Richmond Agitation-Sedation Scale- Palliative Version” (um instrumento que permite avaliar o nível de sedação). No entanto, é possível levantar outros diagnósticos relacionados com o *delirium*, como confusão ou agitação, mas que têm significados distintos. Todavia, o diagnóstico de *delirium* está contemplado no Catálogo CIPE- “Cuidados paliativos para uma morte digna” (OE, 2010) e a sua integração no SClinico contribuirá para melhorar a identificação do *delirium* (Bernardo, 2003). Assim, a proposta elaborada tem como principal objetivo colmatar os aspetos identificados e contribuir para a “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p. 18). Tal concorre para o cumprimento do artigo 83º- “Do direito ao cuidado” do Código Deontológico do Enfermeiro que destaca o dever do enfermeiro realizar

registros fiéis face às intervenções (OE, 2005) e do documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que sublinha que o enfermeiro deverá contribuir para a eficácia da organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

A Enfermeira responsável pelo SClínico referiu compreender os contributos da proposta para a melhoria da qualidade dos cuidados, tendo acrescentado que a EIHS CP também já tinha identificado esta necessidade, mas que a sua implementação dependia dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, a quem oportunamente transmitiria esta informação.

Com as atividades executadas desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista de todos os domínios, nomeadamente: “demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”; “lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade”; “gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”; “garante um ambiente terapêutico e seguro”; “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada decisão”; “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019). Desenvolvi também as seguintes competências na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação paliativa: “identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares”; “promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências”; “negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico”; “reconhece efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz” (OE, 2018). Por fim, desenvolvi competências preconizadas pela EONS: avalia de forma holística as necessidades, preocupações e sintomas mais comumente experienciados pela pessoa com doença oncológica em situação paliativa e/ou fim de vida”; seleciona de forma apropriada estratégias de comunicação, de forma a promover uma partilha de informação clara e inequívoca com os restantes profissionais de saúde; intervém respeitando os princípios éticos, legais e profissionais, de modo a prestar cuidados seguros, eficazes, atempados e com uma relação custo-efetividade positiva à pessoa com doença oncológica; aplica de forma

apropriada as recomendações baseadas na evidência científica, no contexto clínico, tendo em conta os seus pontos fortes e as suas limitações (EONS, 2018).

Objetivo específico: analisar a prática de cuidados adotada com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa

A prática reflexiva foi essencial para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista autónoma e crítica, pois permitiu que desenvolvesse o autoconhecimento e prestasse melhores cuidados com atitudes reflexivas pré, pós e na ação. Ao longo do estágio criei momentos de reflexão conjunta com a Enfermeira Orientadora, onde analisei a minha prática de cuidados, aferindo o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Por conseguinte, cheguei à conclusão de que enquanto futura enfermeira especialista com formação avançada em oncologia me encontrava na posição ideal para: (1) realizar uma apreciação dirigida ao *delirium*, bem como o seu rastreio, e fornecer suporte educacional e emocional aos clientes e famílias; (2) promover a integração dos CP nos cuidados oncológicos para melhorar a qualidade de vida de clientes e famílias, tendo em conta as suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais; (3) atuar como gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, facilitando a aprendizagem em contexto de trabalho para otimizar as respostas de enfermagem; (4) disponibilizar assessoria aos enfermeiros e à equipa de saúde no âmbito do tema deste Projeto.

Dado tratar-se do último estágio, optei por elaborar uma Reflexão (Apêndice XVIII) sobre uma situação que vivenciei com o Sr. J. e um colega que estava responsável por lhe prestar cuidados, visto que esta me permitiu refletir sobre a intervenção do enfermeiro especialista na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, tendo em conta o seu perfil de competências. Este exercício reflexivo permitirá que o saber experienciado e contruído sustente a minha prática profissional futura. No caso de um cliente com *delirium*, que está sob sedação paliativa, ser mantido contido mecanicamente, sem manifestar comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos advogarei em sua defesa, agindo de acordo com as competências definidas pela OE e a EONS. Primeiramente, reavaliarei a necessidade de manter a medida de contenção, avaliando o seu nível de sedação. Posteriormente, adotarei um estilo de comunicação assertivo com o colega, fazendo referência ao conhecimento

que tenho do cliente, partilhando a apreciação efetuada e fundamentando com conhecimento científico a decisão de retirar a medida de contenção aplicada, aumentar a vigilância e de articular com a equipa médica para que este seja reavaliado clinicamente, bem como a dose dos fármacos. Deste modo, cuidarei da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2018); garantindo um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019); agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e respeitando os direitos humanos (OE, 2019), de modo a prestar cuidados seguros, eficazes, atempados e com uma relação custo-efetividade positiva para a pessoa com doença oncológica (EONS, 2018); baseando a *praxis* clínica especializada em evidência científica e facilitando o processo de aprendizagem da equipa (OE, 2019).

As atividades realizadas possibilitaram-me desenvolver as competências “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2019), bem como a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas que resultem dessas soluções (Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto).

2. AVALIAÇÃO

Olhando em retrospectiva para o percurso desenvolvido e a par da análise do mesmo previamente exposta, surge a consciência dos seus pontos fortes e fracos. Considero que a minha motivação pessoal para a implementação de um Projeto, que tem como finalidade contribuir para solucionar um problema identificado no serviço onde exerço funções e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes, foi o principal gatilho para o início de um processo de transformação individual. Um processo que se relaciona com o “Saber-Transformar” que envolve a dimensão do “Saber” (conhecimentos), do “Saber- Fazer” (capacidades), do “Saber-Ser” (atitudes e comportamentos) e do “Saber- Aprender” (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação ao que estas exigem) (Dias, 2004). Constituíram pontos fortes deste percurso de aprendizagem, o interesse das Enfermeiras Orientadoras em partilhar o seu “Saber” e “Saber-Fazer” no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, assim como a diversidade de experiências que tive nos vários contextos de estágio, que me possibilitaram crescer no “Saber-Aprender”. Todavia, foi um ponto fraco o tempo reduzido para a implementação do Projeto. Particularmente no último estágio, que impossibilitou a repetição das sessões de formação e a realização de outras sobre outros temas, bem como a afixação do Algoritmo validado pelos peritos. Relativamente ao último estágio, identifico também como ponto fraco a falta de trabalho em equipa (interdisciplinar), que dificultou a obtenção de resultados. Por outro lado, considero que foram pontos fortes a equipa de enfermagem reconhecer a falta de conhecimento teórico-prático na área e estar motivada para a formação e a Enfermeira Gestora apoiar a implementação do Projeto.

Este Projeto contribui de duas formas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. A primeira é através da promoção da capacitação da equipa de enfermagem relativamente à intervenção nesta área. A segunda é por meio da implementação de intervenções com esse objetivo. Estas ações, desenvolvidas de forma a respeitar a natureza holística da enfermagem e a singularidade de cada cliente, sustentadas na evidência científica e da prática, em articulação com a Teoria do Conforto de Kolcaba e norteadas pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, são promotoras do conforto do cliente e contribuem para reduzir o seu tempo de internamento e morbimortalidade, bem como o seu *distress* e

o de familiares e profissionais de saúde. Estes benefícios foram comprovados na prática clínica.

O trajeto efetuado permitiu-me desenvolver diversas competências no âmbito da problemática identificada: competências comuns de enfermeiro especialista (OE, 2019); competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação paliativa (OE, 2018); competências presentes no European Oncology Nursing Society (EONS) Cancer Nursing Education Framework (EONS, 2018); competências de mestre (Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto). As competências surgem da aplicação congruente e adaptada do conhecimento a situações concretas (Alves, 2011). Benner (2001) tem como premissa que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, nos contextos de trabalho, de uma forma gradual. Não obstante, de acordo com o Modelo Dreyfus, de Benner (2001), atualmente, considero que me situo no nível de proficiência de perito, pois segundo a autora, a enfermeira perita

não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado (...) tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva sem se perder num leque de soluções e de diagnósticos estéreis (Benner, 2001, p.58).

No serviço passei ser reconhecida como uma profissional de referência no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. As sessões de formação que realizei e os documentos de apoio à prática clínica que disponibilizei tiveram um impacto positivo na prática clínica dos enfermeiros junto da pessoa com risco de *delirium* ou *delirium* presente. Estes começaram a nomear a expressão “*delirium*” e a executar ações de enfermagem no sentido da prevenção e do controlo da síndrome, que até à implementação do Projeto eram do seu desconhecimento ou eram menos utilizadas de forma sistemática. Esta prática perdurou, mesmo após o fim do estágio, o que revela uma tomada de consciência da necessidade de modificação do agir no caminho da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A concretização deste Projeto, que culminou na elaboração do presente Relatório, permitiu-me realizar múltiplas aprendizagens, que me possibilitaram desenvolver enquanto pessoa e profissional- enfermeira. As competências desenvolvidas e o Projeto implementado são reflexo do meu contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Uma problemática com um impacto importante nos clientes, familiares, profissionais e serviços de saúde, tantas vezes subvalorizada pelas equipas de saúde e em que é preciso investir na formação dos profissionais.

A reflexão acerca do conhecimento proveniente da investigação científica e da experiência da prática permitiu-me transportar as melhores práticas clínicas para a minha própria praxis profissional e contexto de trabalho. Este Relatório espelha não só o meu percurso de desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, como os resultados obtidos nesta área, nos estágios realizados. Considerando que a questão de investigação era “Qual a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?”, pôde-se verificar que esta passa pela realização de uma apreciação dirigida ao *delirium* que englobe a avaliação do estado físico, mental e do ambiente e a consulta de exames complementares de diagnóstico e a história psicossocial, e por intervenções não farmacológicas e farmacológicas. O enfermeiro deve prevenir o desenvolvimento de *delirium* em todas as pessoas com doença oncológica em situação paliativa, pelo risco que estas apresentam inerente à fase em que se encontram, através de intervenções não farmacológicas. Estas devem ser dirigidas ao cliente, ao ambiente e à família. As primeiras focam-se essencialmente na orientação da pessoa, no desenvolvimento de uma comunicação terapêutica, em estimular a presença de familiares/cuidadores e na otimização do padrão de sono-vigília. As segundas na evicção da restrição física e na modificação do ambiente para que este seja seguro, confortável, estável e com os estímulos adequados à situação. As últimas assentam no fornecimento de suporte educacional e emocional. Simultaneamente, se o enfermeiro identificar alterações recentes ou flutuações no estado físico, mental, emocional, ou no comportamento da pessoa sugestivas de *delirium* deve aplicar um instrumento para efetuar o diagnóstico de *delirium*. Se este se confirmar, deve comunicar à equipa de saúde, para juntamente

com esta, com o cliente (se lúcido) e com a família definirem um objetivo terapêutico e um plano de intervenção, concordante com o mesmo. Este pode ou não englobar a identificação e o tratamento de possíveis fatores precipitantes, mas incluirá sempre o controlo sintomático. Primeiramente, através de intervenções não farmacológicas, semelhantes às instituídas profilaticamente. Caso estas não sejam suficientes para obtenção do controlo sintomático, o enfermeiro recorrerá, de forma interdependente, a intervenções farmacológicas, até que este seja alcançado e possam ser otimizadas as medidas não farmacológicas. Posteriormente, de acordo com o resultado alcançado, o enfermeiro pode ter necessidade de reajustar as intervenções anteriormente implementadas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, com formação avançada em oncologia, pelas competências que desenvolveu, ocupa uma posição privilegiada para realizar uma apreciação dirigida ao *delirium*, bem como o seu rastreio, e fornecer suporte educacional e emocional aos clientes e famílias. Esta visão integrada dos cuidados oncológicos e paliativos contribui para a melhoria do conforto dos clientes e famílias. Este é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, que traduz a filosofia de cuidados em que este Projeto se âncora. Na abordagem desta problemática, o enfermeiro ao utilizar instrumentos de medida fiáveis e validados que o auxiliem na apreciação contribui para a diminuição dos casos de *delirium* que não são detetados. Para a eficácia do plano de intervenção e para a obtenção de ganhos em saúde (redução da morbimortalidade, dos tempos de internamento, do *distress* de clientes e cuidadores e dos custos globais em saúde) é essencial que o enfermeiro estabeleça uma parceria de cuidados com a família, partilhe o conhecimento obtido acerca do cliente com os restantes profissionais de saúde e promova o trabalho em equipa.

Neste Relatório, para além de terem sido analisadas as implicações do Projeto para a prática clínica também foram para a gestão dos cuidados, investigação e ensino. Na gestão dos cuidados de enfermagem devem ser tidos em conta aspetos relativos à gestão das vagas, organização do espaço físico e ambiental das enfermarias, distribuição de clientes por enfermeiro e gestão das visitas. No domínio da investigação científica é premente a realização de mais estudos, de cariz quantitativo e qualitativo, acerca da eficácia das intervenções não farmacológicas na prevenção e controlo do *delirium* da população oncológica paliativa. Os enfermeiros para reconhecerem um quadro de *delirium* num cliente, prevenirem-no ou

controlarem-no necessitam de ter conhecimentos acerca das manifestações clínicas e das intervenções a realizar e de ter treino na utilização de instrumentos de medida, pelo que é fundamental investir na sua formação nesta área.

Assim, com vista a otimizar os resultados alcançados com a implementação deste Projeto pretendo dar-lhe continuidade das seguintes formas:

- contribuindo para a divulgação do conhecimento no âmbito da intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa- afixando o Algoritmo validado por peritos nas salas de trabalho de enfermagem do serviço; publicando a Revisão *Scoping* e o Algoritmo; partilhando os resultados obtidos nos grupos de trabalho em que participo e numa sessão destinada aos profissionais de saúde do hospital onde exerço funções; e elaborando um folheto para entregar aos familiares/cuidadores dos clientes com esta síndrome;
- colaborando na formação da equipa de enfermagem acerca deste tema, repetindo as sessões já feitas e realizando outras, em que apresentarei o Algoritmo validado e analisarei casos clínicos de clientes internados no serviço, refletindo sobre os resultados alcançados com as intervenções implementadas e sobre as mudanças ocorridas na prática clínica;
- contribuindo para a formação dos restantes profissionais da equipa de saúde acerca da problemática em questão, realizando formação conjuntamente com um elemento de cada área profissional;
- persistindo no sentido da atualização do sistema de informação de acordo com a proposta elaborada.

O caminho percorrido permitiu-me concluir que o enfermeiro especialista se distingue pelas competências que desenvolve, ou seja, pelos conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes comportamentais que possui. Mais precisamente pela capacidade de reflexão que apresenta; pelos níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão que tem, que o conduzem à realização de uma intervenção específica junto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e família, com resultados efetivos; e pela atitude de procura e divulgação do conhecimento novo que adota. Deste modo, este usa a sua autonomia profissional para enfatizar a sua atuação ao nível de uma enfermagem avançada, dando visibilidade à profissão e à figura do enfermeiro especialista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J.P.B.S. (2016). Sedação Paliativa Contínua e Intermitente: a propósito de um caso clínico (Trabalho Final de Mestrado). Disponível em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27528/1/JoaoPSAbreu.pdf>.
- Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliative Medicine*, 26(7), 887-896.
- Alfaro-LeFevre, R. (2014). *Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico*. (8ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Alves, A.P.C. (2011). Saber Transformar: O meu Percurso de Competências Especializadas (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9579>.
- Alves, M.L.S.D. (2010). Sofrimento do Doente Oncológico com Necessidade de Cuidados Paliativos e Sobrecarga do Cuidador Informal (Dissertação de mestrado). Disponível em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2752/1/605762_Tese.pdf.
- Alves, P. V. (2008). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho – o caso de um serviço hospitalar. *Sísifo: Revista de Ciências da Educação*, 5, 19-32.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- BC Centre for Palliative Care. (2019). *B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines*. St. New Westminster: BC Centre for Palliative Care.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bernardo, A. (2003). O delírio em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 45-53.
- Brajtman, S., Higuchi, K. & McPherson, C. (2006). Caring for patients with terminal delirium: Palliative care unit and home care nurse's experiences. *Journal of Palliative Nursing*. 12(4). 150-156.
- Bramati, P. & Bruera, E. (2021). Delirium in Palliative Care. *Cancers*. 13 (23), 1-11.

- Breitbart, W. & Alici, Y. (2012). Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (11), 1206-1214.
- Bush, S.H et al., (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 143-165.
- Bush, S.H. & Bruera, E. (2009). The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. *The Oncologist*, 14, 1039-1049.
- Bush, S. H., Tierney, S. & Lawlor, P. G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*, 77 (15), 1623-1643.
- Caraceni, A. & Grassi, L. (2011). *Delirium: Acute Confusional States in Palliative Medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2017). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Dean, M.M. et al. (2012). Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), 870-879.
- Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto (2013). Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior em desenvolvimento. Ministério da Educação e Ciência. *Diário da República*, I Série (Nº 151 de 07-08-2013), 4749-4772.
- De Graeff, A.& Dean, M. (2007). Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standarts. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), 67-85.
- Delgado, A., Borges, J., Pimentel, A. & Almeida, S. (2021). *Delirium em Doentes com Cancro em Contexto de Cuidados Paliativos*. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*. 7(1), 22-31.
- DGS & Conselho Nacional de Oncologia. (13 de Julho de 2004). Circular Normativa nº 14/DGCG.
- DGS. (06 de Junho de 2011). Orientação da DGS nº 021/2011.
- Dias, J. Perspetivas das Competências. *Nursing*, 188, 18-22.

- Dolphin, S. (2013). How nursing students can be empowered by reflective practice. *Mental Health Practice*, 16(9), 20-23.
- European Oncology Nursing . (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Acedido em 20-03-2022. Disponível em: <https://z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>.
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2008). *Protocolo de actuação: Delirium*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2011). *Regulamento da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.
- European Consortium for Accreditation (2016), Joint Quality Initiative – the origin of the Dublin Descriptors - short history. Acedido em 24-03-2022. Disponível em <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>.
- European Oncology Nursing . (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Acedido em 24-03-2022. Disponível em: <https://z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>.
- Ferrito, C., Nunes, I. & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15 (1), 3-37.
- Finucane, Lugton, Kennedy & Spiller. (2017). The experience of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in Palliative care settings: na integrative literature review. *Psycho-Oncology*, 26, 291-300.
- Gagnon, P., Allard, P., Massê, B. & DeSerres, M. (2000). Delirium in Terminal Cancer: A Prospective Study Using Daily Screening, Early Diagnosis, and Continuous Monitoring. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19 (6), 412-426.
- Gama, G. & Barbosa, A. (2010). Delirium. In Barbosa, A. & Neto, I.G (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp 367- 285). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Garvin, D. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, 71, 78-91.
- Global Cancer Observatory (2020). Cancer Today. Acedido em 20-03-2022. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie>.
- Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projeto*. Lisboa: ISCTE-CET.
- Harrison, J. (2010). Reducing the unmet supportive care needs of people with colorectal cancer (Tese de doutoramento). Disponível em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yyUZA8g5wYkJ:https://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/7158+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspetiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Horta, W. (1979). *Processo de Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e universitária Ltda.
- Hosie et al. (2015). Nurse perceptions of the Nursing Delirium Screening Scale in two palliative care inpatient units: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3276-3285.
- Hosie, A., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P. M. & Phillips, J. (2014). Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1353- 1365.
- Hospital da Luz Lisboa (HLL) a). Acedido em [28-12-2021]. <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/areas-dedicadas/cuidados-continuados-e-paliativos#tabp-0>.
- Hospital da Luz Lisboa (HLL) b). Acedido em [28-12-2021]. <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/especialidades/cuidados-paliativos#tabp-0>.
- Inouye, S.K., Westendorp, R. G. J. & Sczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383, 911-922.
- Kang, J.H., Shin, S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 39, 105-112.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Law, E. (2008). Delirium and dementia in acute hospitals: assessing the impact of RMN input. *Nursing Older People*, 20 (9), 35-39;
- Lawlor, P.G. & Bush, S.H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12, 77-92.
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I Série, N.º 181 (16/09/2015) 8059-8105.
- Lynch, M., Dahlin, C. & Bakitas, M. (2012). Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 391-398.
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice: A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. 8. 412- 419.
- Milsen, K., Lemiengre, J., Braes, T. & Foreman, M. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (1), 79-90.
- Neves, H., Silva, A. & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Referência*, III (3), 105-112.
- Oliveira Marques, P.A., Cruz, S.S.S.M.S & Morais Marques, M.L.M. (2013). Conceito de *delirium* versus confusão aguda. *Referência*. III (10), 161-169.
- Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSMC.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna- Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: Edição OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: OE.

- Paiva, C., Castro Caldas, A. & Capelas, M.L. (2012). Caracterização do Trabalho em Equipa nas Unidades de Cuidados Paliativos. *Cadernos de Saúde*, 5 (1 e 2), 47-63.
- Parecer do Conselho Jurisdicional nº 67/2003 (2003). Problemática da assinatura dos alunos de enfermagem, nos impressos de registo clínico de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. 1-2.
- Parecer da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica nº 10/2017 (2017). Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Ordem dos Enfermeiros. 1-4.
- Partridge, J., Martin, F., Harari, D. & Dhesi, J. (2013). The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this?. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 28, 804-8012.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Referência*, IV (11), 121-132.
- Prayce, R. Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). Delirium: O 7º parâmetro vital ?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(1), 51-58.
- Rebello, C.C., Oliveira, H. & Rocha, M.D.C. (2021). Abordagem do *Delirium* na Comunidade. *Gazeta Médica*, 4(8), 263-273.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº 135 de 16-07-2018), 19359-19370.
- Rycroft-Malone, J et al. (2004). *What counts as evidence in evidence-based practice?*. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 81-90.

- Sampaio, F. M. (2012). Confusion assessment method (CAM): tradução e validação para a população portuguesa (Dissertação de Mestrado). Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9355/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20%28Confusion%20Assessment%20Method%20-%20Franc.pdf>.
- Santos, A.F.B. (2010). A Aprendizagem Organizacional e o Desempenho (Dissertação de Mestrado). Disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3597/1/Tese%20de%20Mestrado%20%20A%20Aprendizagem%20Organizacional%20e%20o%20Desempe.pdf>.
- Seki, N.H. & Galheigo, S.M. (2010). The use of music in palliative care and facilitating the farewell. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 14(3), 273-284.
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C. & Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23.
- Siddiqi, N., Harrison, J.K., Clegg, A., Teale, E.A., Young, J., Taylor, J., Simpkins, S.A. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalized non- ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1465- 1858.
- Sinchak, C. & DeGuzman, P. B. (2021). Delirium Education in Hospice Care: A Quality Improvement Project. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 23(3), 207-213.
- Suhonen, R, Välimäki, M, & Leino-Kilpi, H (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 843-860.
- Tanaka et al. (2016). Incidence of Delirium Among Patients Having Cancer Injected With Different Opioids for the First Time. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(6), 572-576.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). (5 th ed.). Loures: Lusociência.
- Voyer, P et al. (2008). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, 7 (4), 1-14.

APÊNDICES

APÊNDICE I

1º QUESTIONÁRIO

Caro (a) Enfermeiro (a)

Sou estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem Oncológica, e estou a iniciar um projeto que pressupõe o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de mestre, e que visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no Serviço onde desempenhamos a nossa atividade.

A partir da reflexão sobre a prática emerge o tema sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica, em situação paliativa. Com o objetivo de conhecer a sua opinião sobre a pertinência do tema para a sua atividade profissional, solicito que responda a este questionário que é anónimo e confidencial.

Grata pela sua colaboração,

Ana Beatriz Dias

1º QUESTIONÁRIO

“Prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa”

Anos de profissão de enfermagem _____ Anos de profissão no Serviço _____

1. Considera importante aprofundar o tema sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?

S___ N___

Porquê? _____

2. Considera que reconhece o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?

S___ N___

Porquê? _____

3. Considera que intervém de forma a prevenir o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?

S___ N___

Porquê? _____

4. Considera que intervém de forma a controlar/tratar o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?

S___ N___

Porquê? _____

APÊNDICE II

ESTRUTURA ORGANIZATIVA E FUNCIONAL DA EQUIPA INTRA- HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL A

ESTRUTURA ORGANIZATIVA E FUNCIONAL DA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL A

A Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) é constituída por três médicos, seis enfermeiros, um psicólogo, um assistente social, um capelão, um assistente administrativo e um auxiliar de ação médica. Todos os seus membros pertencem a outros serviços (Unidade de Assistência Domiciliária, Clínica da Dor, Serviço Social e Unidade de Psicologia), pelo que desempenham funções a tempo parcial. A equipa é coordenada por um médico.

Cada elemento da equipa tem autonomia técnica e funcional dentro da sua área de competência. O médico avalia a situação clínica do doente visando fundamentalmente o controlo sintomático; estabelece objetivos terapêuticos e verifica sistematicamente o seu cumprimento; informa o doente/família/cuidador sobre as diferentes modalidades de tratamento e os seus efeitos adversos a curto e longo prazo e articula-se com a equipa prestadora, no sentido de encontrar soluções adequadas à situação clínica do doente (EIHSCP, 2011). O enfermeiro identifica as necessidades globais do doente e familiar/cuidador, e o respetivo fenómeno de enfermagem, valorizando as múltiplas dimensões do sofrimento; planeia e orienta as ações de enfermagem de acordo com o plano global de cuidados, tendo em conta as prioridades estabelecidas pelo doente e o seu familiar/cuidador; apoia a equipa de enfermagem dos diferentes serviços no planeamento e prestação dos cuidados necessários ao doente e/ou familiar/cuidador e colabora na avaliação dos resultados dos cuidados prestados e dos tratamentos implementados, incentivando a utilização dos instrumentos de avaliação e de registo vigentes na instituição (EIHSCP, 2011). O psicólogo orienta, aconselha e intervém psicologicamente com os doentes referenciados e seus familiares/cuidadores; participa em conferências familiares; avalia a morbilidade psiquiátrica para referência ao doente à Psiquiatria e participa em iniciativas que visem a prevenção do *burnout* (EIHSCP, 2011). O assistente social colabora na avaliação das necessidades psicossociais do doente e família/cuidador com a assistente social da equipa prestadora de cuidados; articula com a assistente social da equipa prestadora de cuidados o apoio a prestar ao doente/família/cuidador ao nível de recursos, serviços e desenvolvimento de competências; colabora na formação em cuidados paliativos dos profissionais das equipas prestadoras de cuidados, em especial à equipa de serviço social e colabora na avaliação dos

resultados, propondo alterações que conduzam a uma maior eficácia no apoio psicossocial aos doentes e famílias/cuidadores (EIHSCP, 2011). O capelão intervém no apoio espiritual aos doentes referenciados, tendo em consideração o credo religioso ou outras convicções que o doente e/ou familiares/cuidadores sintam como seu direito (EIHSCP, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2011). *Regulamento da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

APÊNDICE III

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLO
DO *DELIRIUM* DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM
SITUAÇÃO PALIATIVA: UMA REVISÃO *SCOPING***

Intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: uma revisão *scoping*

Ana Beatriz Gomes Dias

Discente do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Resumo

Introdução: O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa e multifatorial que resulta de uma disfunção cerebral orgânica global (Delgado, Borges, Pimentel & Almeida, 2021). Este é frequente na pessoa com doença oncológica avançada e tem um elevado impacto no doente, família, profissionais e serviços de saúde (Bernardo, 2003; Hosie et al., 2015; Prayce, Quaresma & Neto, 2018). Os enfermeiros ocupam a posição ideal junto dos clientes para prevenir, detetar precocemente e controlar o *delirium*. **Objetivos:** Mapear a evidência científica sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e identificar áreas de investigação futuras no mesmo âmbito. **Método de revisão:** A revisão *scoping* foi realizado segundo a metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi efetuada em bases de dados e na literatura cinzenta. Na revisão foram considerados todos os documentos que incluíam adultos com doença oncológica em situação paliativa e que abordavam a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium*. Foram excluídos todos os documentos que incluíam doentes cirúrgicos e que não faziam referência à intervenção de enfermagem. **Apresentação e Discussão dos resultados:** Foram incluídos 16 estudos na revisão. Da análise dos dados emergiram três temáticas essenciais no que diz respeito à intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa para a prevenção e controlo do *delirium*: apreciação da pessoa com vista à deteção do *delirium* e à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem; intervenções de enfermagem à pessoa para a prevenção e o controlo do *delirium*; partilha e discussão em equipa sobre a situação de saúde da pessoa. **Conclusão:** A apreciação da pessoa com doença oncológica em situação paliativa com vista à deteção do *delirium* e à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implica uma avaliação compreensiva da pessoa, podendo ser utilizados instrumentos de avaliação. As intervenções de enfermagem relacionadas com o *delirium* podem ter como foco a prevenção ou o controlo. A eficácia da intervenção do enfermeiro depende da partilha e da discussão em equipa sobre a situação de saúde da pessoa.

Palavras-chave: Doente Oncológico; Cuidados Paliativos; *Delirium*; Intervenção de enfermagem; Metodologia *Joanna Briggs Institute*.

Abstract

Introduction: *Delirium* is a complex and multifactorial neuropsychiatric syndrome that results from a global organic dysfunction (Delgado, Borges, Pimentel & Almeida, 2021). This is frequent in people with advanced cancer and has a high impact on the patient, family, professionals, and health services (Bernardo, 2003; Hosie et al., 2015; Prayce, Quaresma & Neto, 2018). Nurses are in an ideal position with clients to prevent, detect early and control *delirium*. **Objectives:** To map the scientific evidence on nursing intervention in the prevention and control of *delirium* in people with oncological disease in a palliative situation and to identify areas for future investigation in the same scope. **Review method:** This *Scoping Review* was performed according to the methodology proposed by the *Joanna Briggs Institute*. The search was carried out in databases and gray literature. In the review, all documents that include adults with oncological disease in a palliative situation and that addressed the nursing intervention in the prevention and control of delirium were considered. All documents that included surgical patients and that did not refer to the nursing intervention were excluded. **Presentation and Discussion of Results:** 16 studies were included in the review. From the data analysis, three essential themes emerged with regard to nursing intervention for people with oncological disease in a palliative situation for the prevention and control of delirium: assessment of the person with a view to detecting delirium and evaluating the results of the interventions of nursing; nursing interventions to the person for the prevention and control of delirium and sharing and team discussion about the person's health situation. **Conclusion:** Assessment of the situation of the person with oncological assessment in a palliative situation with assessment of the detection of delirium and the assessment of the results of comprehensive nursing interventions of the person, an implication of the view, and assessment instruments can be used. Nursing interventions related to delirium may focus on prevention or control. The intervention of the nurse's intervention depends on sharing and team discussion about the person's health situation.

Keywords: Cancer patient; Palliative Care; *Delirium*; Nursing Intervention; Joanna Briggs Institute Methodology.

O cancro constitui um dos grandes desafios da sociedade moderna devido ao crescente número de casos diagnosticados por ano a nível mundial. Apesar dos inúmeros avanços que têm ocorrido na área da prevenção e do tratamento da doença oncológica, esta é considerada uma doença crónica, pelo que o doente oncológico no decurso da trajetória da sua doença para além de passar pelas fases de diagnóstico e tratamento, pode passar pela fase paliativa, na qual a doença é assumida como incurável (Harrison, 2010). Deste modo, a pessoa com doença oncológica passa a estar numa situação paliativa. A Direção-Geral da Saúde e o Conselho Nacional de Oncologia (2004) referem que o doente oncológico em situação paliativa é aquele que apresenta uma doença de progressão rápida, cuja expectativa de vida é limitada, por não existir perspetiva de tratamento curativo. Estes doentes apresentam um sofrimento intenso, problemas e necessidades de difícil resolução, pelo que os cuidados prestados devem promover e relacionar-se com a qualidade de vida (Alves, 2010). Neste contexto, os cuidados paliativos surgem como resposta à necessidade de proporcionar cuidados adequados a estes doentes.

A pessoa em situação paliativa apresenta frequentemente sintomas específicos que os enfermeiros devem ser capazes de prevenir ou controlar, sendo um deles o *delirium*. O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa e multifatorial que resulta de uma disfunção cerebral orgânica global (Delgado, Borges, Pimentel & Almeida, 2021). Este é frequente na pessoa com doença oncológica avançada e, dependendo dos autores, a sua prevalência varia de 28% a 85% (Bernardo, 2003).

O *delirium* tem um elevado impacto no doente, família, profissionais e serviços de saúde, pois está associado a um aumento do tempo de internamento, das admissões em lares de idosos, do risco de queda, do declínio cognitivo, da morbimortalidade, do *distress* do doente, da família e dos profissionais de saúde e dos custos em cuidados de saúde (Hosie et al., 2015; Prayce, Quaresma & Neto, 2018).

A etiologia do *delirium* é habitualmente multifatorial, dependendo da interação entre características do doente, da situação clínica e das características do meio (Prayce et al., 2018). Os fatores de risco para a ocorrência desta síndrome podem ser classificados como predisponentes ou precipitantes (Bush et al., 2018). O *delirium* é o resultado da ação sobre um estado neurobiológico prévio (fatores predisponentes) de um ou múltiplos fatores etiopatogénicos (fatores precipitantes) (Gama & Barbosa, 2010). O doente oncológico pode apresentar fatores de risco diretos, como ter um tumor primário ou secundário no sistema nervoso central, uma síndrome paraneoplásica neurológica ou efeitos da toxicidade desenvolvida a um tratamento oncológico; ou fatores de risco indiretos relacionados com comorbilidades metabólicas, endócrinas, infecciosas, hematológicas e nutricionais, medicação que toma, idade avançada, compromisso cognitivo prévio, história de *delirium*, diminuição da acuidade visual e auditiva, obstipação, retenção urinária/algáliação, abuso ou privação de substâncias e disfunção/falência de órgãos (Bush et al., 2018). Na literatura é também feita referência a fatores facilitadores do *delirium*, tais como: o stress, o estado emocional, a ansiedade, as alterações do sono, o isolamento social, a mudança de ambiente e o ambiente sentido como estranho (Meagher, 2001).

A disfunção cerebral global associada ao *delirium* manifesta-se por sinais e sintomas neurocognitivos ou neuropsiquiátricos, sendo a perturbação da atenção a principal característica desta síndrome (Delgado et al., 2021). Deste modo, o *delirium* caracteriza-se por:

uma alteração da consciência e da atenção basal, que se desenvolve em dias ou horas, com flutuações de intensidade no próprio dia, podendo ainda ocorrer outras alterações na cognição, distúrbios do ciclo do sono-vigília, delírios, disgrafia, labilidade emocional e atividade psicomotora anormal (hipo ou hiperatividade) (Delgado et al., 2021).

As alterações do sono, a irritabilidade, a ansiedade e a inquietação psicomotora são considerados sintomas prodrômicos (Delgado et al., 2021). Na literatura é feita referência a três subtipos de *delirium* relativamente à atividade psicomotora e nível de vigília: hiperativo (doentes agitados e hiperalerta), hipoativo (doentes letárgicos e hipoalerta) e misto (características flutuantes entre os dois anteriores) (LeGrand, 2012). Em contexto de cuidados paliativos os últimos dois subtipos são os mais frequentes, mas também os mais difíceis de reconhecer e que estão associados a um pior prognóstico (Watt et al, 2019).

O termo *delirium* surge diversas vezes na literatura internacional e nacional como estado de confusão mental, síndrome orgânico cerebral agudo, demência reversível ou delírio (Moreira, 2012; Lawlor & Bush, 2015). A variabilidade na terminologia utilizada contribui para a confusão existente em torno do diagnóstico de *delirium* e para que este seja feito de forma incorreta (Lawlor & Bush, 2015).

O *delirium* é uma síndrome pouco reconhecida e subdiagnosticada pelos profissionais de saúde e quando é detetado, muitas vezes, não é documentado (Steis & Fick, 2008; de la Cruz, Fan, Yennu, Tanco, Shin, Wu, Liu & Bruera, 2015; Lawlor & Bush, 2015). De acordo com Lawlor & Bush (2015) tal deve-se ao não reconhecimento das características do *delirium*, à sobreposição de sinais e sintomas com as síndromes depressiva e demencial, ao padrão flutuante dos sintomas com períodos de lucidez e à escassa ou inadequada avaliação da síndrome.

Os enfermeiros ocupam a posição ideal junto dos clientes para prevenir e detetar precocemente sintomas flutuantes de *delirium*, assim como, para implementar estratégias de intervenção adequadas (Milsen, Lemiengre, Braes & Foreman, 2005; Agar et al., 2012). Para garantir a eficácia da sua intervenção, torna-se premente a comunicação e a colaboração entre todos os elementos da equipa de saúde (Agar et al., 2012).

A informação descrita e a minha experiência como enfermeira a cuidar de pessoas com doença oncológica em situação paliativa com *delirium* levaram-me a questionar o conhecimento científico sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* desta população. Uma pesquisa preliminar na *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, Cochrane Library, MEDLINE e CINHALL revelou que não existe nenhuma revisão *scoping* publicada sobre esta temática, pelo que se torna pertinente a realização desta revisão. Esta será elaborada de acordo com a metodologia definida pela *Joanna Briggs Institute* (JBI). Os objetivos definidos para a

mesma são: mapear a evidência científica disponível sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e identificar áreas de investigação futuras neste âmbito. Mais especificamente, esta revisão pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?”.

Método de revisão

CrITÉRIOS de Inclusão e de Exclusão:

Para a definição dos critérios de inclusão e exclusão foi utilizada a mnemónica “PCC”, que se refere à população, conceito e contexto, tal como recomenda a JBI para as revisões *scoping* (Aromataris & Munn, 2017).

CrITÉRIOS para Seleção	CrITÉRIOS de Inclusão
Tipos de fontes	Estudos do tipo quantitativo, qualitativo e misto, primários e secundários, que respondam à questão de investigação. Teses/Dissertações, livros, artigos de opinião e orientações de peritos também serão consideradas.
Datas de publicação	Compreendidas entre 2006 e 2021.
Idiomas	Português e Inglês ¹ .
População	Pessoas com 19 ou mais anos ² com qualquer tipo de cancro e em qualquer estágio, que se encontrem em situação paliativa.
Conceito	Intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do <i>delirium</i> .
Contexto	Situação de <i>delirium</i> .

1. A escolha dos idiomas encontra-se relacionada com a capacidade da autora para a compreensão dos documentos.
2. Nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE são definidos como “todos os adultos” pessoas com idade superior ou igual a 19 anos.

Tabela 1. CrITÉRIOS de Seleção e de Inclusão.

CrITÉRIOS para Seleção	CrITÉRIOS de Exclusão
Tipos de fontes	Documentos que não seja possível aceder ao texto integral.
Datas de publicação	Datas prévias a 2006.
Idiomas	Todos aqueles para os quais a autora apresente limitações na compreensão.
População	Pessoas com idade inferior a 19 anos; Pessoas com doença não oncológica; Pessoas que não se encontrem em situação paliativa; Doentes cirúrgicos.
Conceito	O documento não mencionar a intervenção de enfermagem, mesmo que aborde a prevenção e o controlo do <i>delirium</i> .
Contexto	O documento não fazer referência à situação de <i>delirium</i> .

Tabela 2. CrITÉRIOS de Seleção e de Exclusão.

Estratégia de Pesquisa:

A estratégia de pesquisa foi abrangente, de forma a identificar estudos publicados e não publicados. Neste sentido, a pesquisa foi realizada em três etapas. Na primeira etapa foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINHAL e MEDLINE, via *EBSCOhost Integrated Search*, dos termos em linguagem natural, referentes à população, conceito e contexto, mais frequentes nos títulos e resumos, de forma identificar os termos de indexação respetivos (Tabela 3).

Na segunda etapa foi adotada uma estratégia de pesquisa completa com os termos em linguagem natural e os termos indexados nas bases de dados eletrónicas CINHAL e MEDLINE (Tabela 4). Foram igualmente selecionadas as opções de "Datas de publicação" entre 2006 e 2021, "Idioma" português e inglês, e "idade" todos os adultos (com mais de 19 anos).

Na terceira etapa foi realizada uma pesquisa na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no Repositório científico de acesso aberto de Portugal, no Google Académico e em outros sítios da *internet* sobre a temática em estudo utilizando os termos de indexação identificados nas bases de dados iniciais e os termos em linguagem natural. Por fim, foram analisadas as referências bibliográficas de todos os estudos selecionados para avaliação crítica, com vista a identificar estudos adicionais.

Termos em linguagem natural		Termos de indexação	
		CINHAL Títulos CINHAL	Medline MeSH 2020
P- População	• Cancer Patient • Oncology Patient • Palliative Patient • Palliative Care	• Cancer Patients • Hospice Patients • Palliative Care	• Palliative Care
C- Conceito	• Nursing intervention	• Nursing Process • Nursing Assessment • Nursing Interventions	• Nursing Process • Nursing Assessment
C- Contexto	• Delirium	• Delirium • Confusion • Acute Confusion	• Delirium • Confusion

Tabela 3. Termos de pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINHAL e MEDLINE (via *EBSCOhost Integrated Search*).

Expressão de pesquisa na CINHALL
(AB MM "Cancer Patients" OR AB MM "Hospice Patients" OR AB MM "Palliative Care") AND (TX MM "Nursing Process" OR TX MM "Nursing Assessment" OR TX MM "Nursing Interventions") AND (AB MM "Delirium" OR AB MM "Confusion" OR AB MM "Acute Confusion")
Expressão de pesquisa na MEDLINE
(AB Cancer Patient OR AB Oncology Patient OR Palliative Patient OR AB MM "Palliative Care") AND (TX MM "Nursing Process" OR TX MM "Nursing Assessment") AND (AB MM "Delirium" OR AB MM "Confusion")

Tabela 4. Expressão de pesquisa nas bases de dados eletrônicas CINHALL e MEDLINE (via EBSCOhost *Integrated Search*).

Seleção dos estudos:

Os estudos encontrados foram exportados para o *software Rayyan*. Neste foram eliminados os documentos duplicados e selecionados os restantes, por dois revisores independentes, que procederam à leitura dos títulos e resumos, com o intuito de eliminar aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão e exclusão.

De seguida, foi recuperado o texto integral dos estudos selecionados e efetuada a sua leitura completa, para verificar a sua adequação de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

As duas etapas foram realizadas de modo independente pelos dois revisores. Na ausência de consenso, os estudos foram discutidos entre os dois, não tendo sido necessário um terceiro revisor independente.

Extração dos dados:

Os dados foram extraídos para uma tabela construída pela autora (Tabela 5), que permite responder à questão de investigação e está ajustada às necessidades dos revisores.

Apresentação dos resultados

Tal como apresentado na figura 1, na pesquisa obtiveram-se 58 documentos potencialmente relevantes. Destes, 4 foram excluídos por se encontrarem em duplicado. Dos restantes 54 documentos, foram excluídos 30 após avaliação do título e resumo e 8 depois da leitura do texto integral, por não cumprirem os critérios de inclusão. Assim, foram incluídos na revisão 16 documentos.

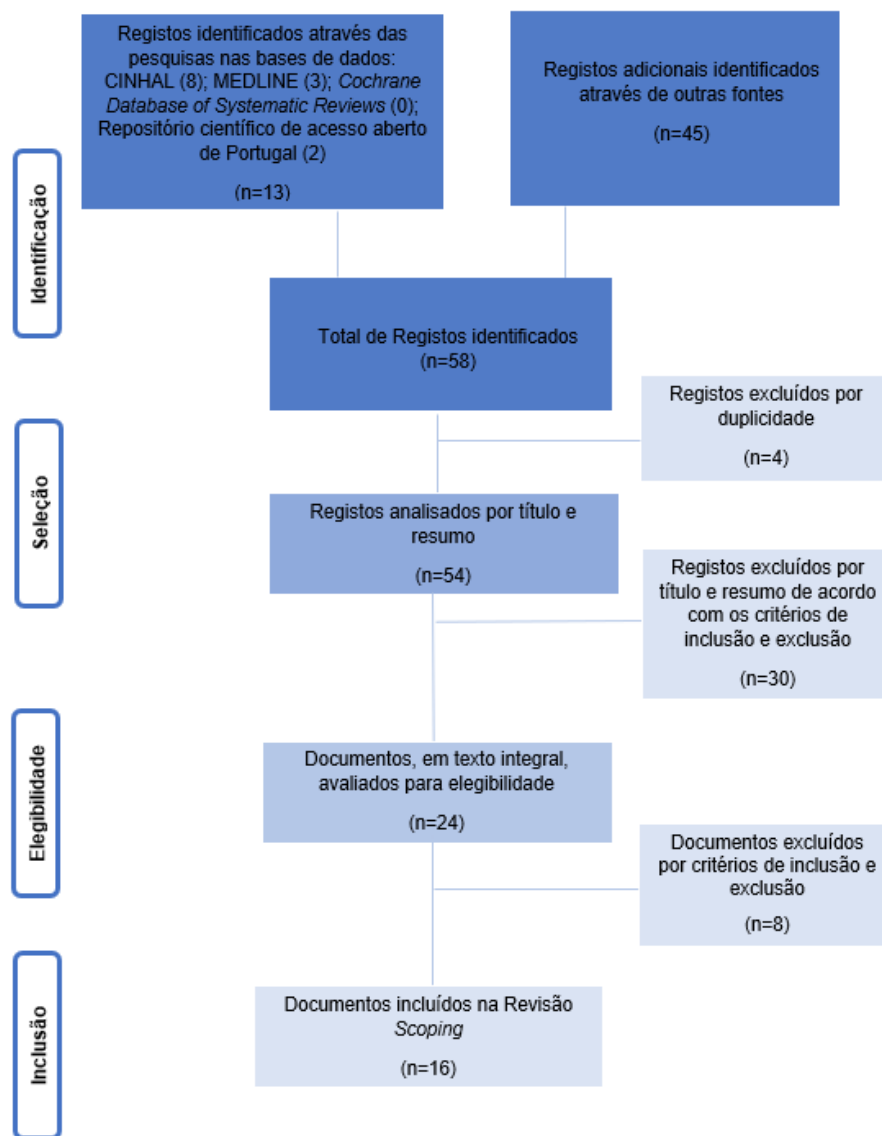


Figura 1.

Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos documentos.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
“Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines” (Bush et al., 2018)	• <i>Guideline</i>; • A literatura relevante foi selecionada por especialistas. Foram atribuídos níveis de evidência e as declarações sem classificação foram consideradas prática clínica padrão justificada pelos especialistas e pelo corpo docente da ESMO. Posteriormente o documento foi submetido a um processo de revisão por pares anónimos; • Adultos com cancro (inclusive em situação paliativa) em risco de desenvolvimento de <i>delirium</i> ou diagnosticados com <i>delirium</i>.	Auxiliar os profissionais de saúde, que trabalham na área de oncologia, no processo de tomada de decisão e na prestação de cuidados.	• Uma avaliação combinada entre médicos e enfermeiros é mais eficaz na deteção do <i>delirium</i>. • Avaliação clínica, diagnóstico e rastreio: - Uso de instrumentos de diagnóstico e realização de uma avaliação sistemática para a deteção e monitorização da gravidade do <i>delirium</i>; - O diagnóstico de <i>delirium</i> deve ser feito por um profissional de saúde treinado e competente, que deve fazer uma avaliação clínica baseada nos critérios da DSM ou da CDI; - Perante as alterações no estado do doente sugestivas de <i>delirium</i>, como alteração do estado cognitivo, do estado emocional ou da atividade psicomotora, um profissional de saúde com experiência na área deve realizar uma avaliação clínica para confirmar o diagnóstico de <i>delirium</i>; - A evidência é insuficiente para recomendar como prática clínica a utilização de instrumentos de rastreio para fazer um diagnóstico de <i>delirium</i> em doentes oncológicos. A “<i>Confusion Assessment Method</i>” (CAM) baseia-	• O reconhecimento, a avaliação e o controlo do <i>delirium</i> dependem da vigilância efetuada e do envolvimento da equipa de saúde. • Apesar da reversibilidade do <i>delirium</i> nem sempre ser possível ou desejável, o controlo sintomático deve ser disponibilizado a todos os doentes, através de intervenções não farmacológicas e se necessário com intervenções farmacológicas.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			se nos critérios da DSM e é dos instrumentos de auxílio ao diagnóstico mais utilizados. Como parte da avaliação a equipa de saúde deve realizar um breve teste para avaliar a cognição, como o “<i>Short Orientation Memory Concentration Test</i>” (SOMCT), e a atenção (por exemplo, pedir ao doente para dizer os meses do ano na ordem inversa-MOTYB); - A evidência é insuficiente para recomendar ou não como prática clínica a utilização de instrumentos para avaliar a gravidade do <i>delirium</i>. Contudo, a “<i>Memorial Delirium Assessment Scale</i>” (MDAS) e “<i>Delirium Rating Scale</i>” (DRS) são instrumentos validados para avaliar a gravidade do <i>delirium</i> em doentes oncológicos. • Gestão das causas potencialmente reversíveis do episódio de <i>delirium</i>: - Dever ser realizada uma avaliação inicial abrangente ao doente para identificar os fatores predisponentes e precipitantes de <i>delirium</i> (história clínica do doente solicitando a colaboração da família ou da equipa	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			de saúde, revisão da medicação, exame físico e neurológico, análises laboratoriais e exames de imagem) tendo em conta os objetivos terapêuticos definidos para o doente; - A investigação e a gestão dos fatores precipitantes de <i>delirium</i> depende das causas, do prognóstico da doença oncológica e dos objetivos terapêuticos definidos com o doente. • Intervenções não farmacológicas para a prevenção e o tratamento do <i>delirium</i>: - Não existe evidência científica que suporte a recomendação da maioria das intervenções não farmacológicas para a prevenção ou o tratamento do <i>delirium</i> do doente oncológico; - Na prevenção do <i>delirium</i> a hidratação não é mais eficaz que um placebo. • Intervenções farmacológicas para a prevenção e o tratamento do <i>delirium</i>: - Dada a ausência de estudos relativos à avaliação das intervenções farmacológicas para a prevenção e tratamento do <i>delirium</i> do doente	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			oncológico não é proposta nenhuma recomendação. • Suporte e educação: - A família deve ser informada preventivamente em relação ao <i>delirium</i> e de forma repetida. Esta pode colaborar nas intervenções não farmacológicas; - No caso de desenvolvimento de <i>delirium</i> deve ser fornecida informação por escrito à família, bem como apoio educacional e psicológico. • Tratamento do <i>delirium</i> refratário na pessoa em fim de vida: - A sedação paliativa está indicada no <i>delirium</i> refratário (frequente nas últimas horas, dias ou semanas de vida).	
“Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting”. (Bush, Tierney & Lawlor, 2017)	• Revisão Narrativa da Literatura; • A pesquisa foi realizada nas bases de dados Cochrane, Ovid MEDLINE, EMBASE e SCOPUS de 2006 a 3 de janeiro de 2017. Foram incluídos todos os ensaios clínicos com humanos, revisões sistemáticas, meta-análises e <i>guidelines</i>. Foram excluídos	Fornecer um guia para o controlo do <i>delirium</i> em doentes adultos, em contexto de cuidados paliativos.	• As estratégias não farmacológicas para o controlo do <i>delirium</i> devem ser integradas na prestação de cuidados. Contudo, ainda é necessária evidência que suporte a eficácia das mesmas. • Rastreio de <i>delirium</i>: - Equipa de enfermagem utilizar na prática clínica instrumentos de	• As estratégias não farmacológicas para o controlo do <i>delirium</i> são fundamentais e devem ser otimizadas através de um esforço coletivo de toda a equipa multiprofissional;

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
	todos os estudos de caso e editoriais, assim como todos os artigos que abordavam o <i>delirium</i> por abstinência de álcool (<i>delirium tremens</i>) e a população pediátrica; Doentes adultos em situação paliativa (inclusive doentes oncológicos).		rastreio observacional e instrumentos de rastreio cognitivo ou testes breves de atenção, como recitar os meses do anos na ordem inversa. A escolha dos instrumentos pode ser determinada pela experiência da equipa na área, facilidade de utilização e o potencial nível de <i>distress</i> do doente, família e equipa; - Efetuar a história clínica do doente, tendo em conta a informação fornecida pelos cuidadores relativamente às alterações súbitas do estado de consciência. Colocar à família a “<i>Single Question in Delirium</i>” (SQiD)- “Considera que (o nome do doente) tem estado mais confuso ultimamente?” - A CAM é um instrumento de rastreio frequentemente utilizado, que está validado para a população paliativa. É necessário treino na sua utilização para garantir fiabilidade. Esta foi planeada para ser utilizada juntamente com um instrumento de avaliação cognitiva como o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) ou o SOMCT, pois o declínio cognitivo	Diferentes estratégias de tratamento do <i>delirium</i> são provavelmente necessárias dependendo dos fatores precipitantes, mecanismos fisiopatológicos, subtipos e diferenças fenomenológicas nos doentes em situação paliativa em oposição aos que se encontram em fim de vida.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			também é um critério diagnóstico de <i>delirium</i>; - Existem outros instrumentos de rastreio do <i>delirium</i> validados para a população paliativa que podem ser utilizados pela equipa de enfermagem para além da CAM, como a “<i>Nursing Delirium Screening Scale</i>” (Nu-DESC) ou a “<i>Delirium Observation Screening</i>” (DOSS). • Diagnóstico de <i>delirium</i>: - Realização da entrevista clínica para obter uma história colateral e fazer uma avaliação do estado cognitivo do doente, de forma a operacionalizar o diagnóstico de <i>delirium</i> com base nos critérios da DSM-5. Na prática clínica a CAM é utilizada como um instrumento de diagnóstico, pois praticamente operacionaliza os critérios de diagnóstico da DSM-5. • Intervenções não farmacológicas para prevenção do <i>delirium</i>: - Otimizar o padrão de sono-vigília. Durante o dia aumentando a exposição à luz do dia e à noite reduzindo a luz e o ruído. A roupa para dormir deve ser familiar.	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Orientar o doente. Reorientar a pessoa <i>explicando onde é que está, quem é, quem você é e sua função</i>. Utilizar um quadro branco de orientação completa. Colocar o relógio visível. Evitar mudanças frequentes de quarto. - Potenciar a comunicação. Colocar ao doente os óculos, o aparelho auditivo e prótese dentária, se aplicável. - Incentivar a mobilização. Mobilizar o doente de acordo com o que o seu estado permite, Sentá-lo fora da cama para as refeições. Evitar a contenção física. Minimizar o uso de sondas vesicais e imobilizadores. - Monitorizar a hidratação e a nutrição. Incentivar o doente a beber, se for capaz de engolir com segurança. Auxiliar o doente durante a refeição. - Monitorizar o funcionamento vesical e intestinal. Avaliar a existência de retenção urinária ou obstipação. Evitar a algaliação. - Fornecer suporte e educação. Tranquilizar o doente, utilizando um	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			tom de voz calmo. Fornecer um folheto informativo sobre o <i>delirium</i>. • Gestão dos fatores precipitantes de <i>delirium</i> potencialmente reversíveis: A tomada de decisão relativamente à gestão do <i>delirium</i> depende do prognóstico estimado para o doente, dos fatores potencialmente precipitantes, do estado funcional do doente anterior ao episódio e dos objetivos terapêuticos definidos para o mesmo. Independentemente da investigação da natureza dos fatores precipitantes ou das intervenções terapêuticas realizadas para alcançar a reversibilidade dos mesmos, a necessidade de garantir o controlo sintomático do <i>delirium</i> exige uma avaliação cuidadosa. • Tratamento do <i>delirium</i> refratário na pessoa em fim de vida: - Pode exigir o uso criterioso de medicação sedativa para minimizar o sofrimento do doente e da família. • Educação e Suporte: - Informar a família acerca da problemática do <i>delirium</i> e aconselhá-	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			la sobre como responder ao doente com <i>delirium</i> e que estratégias não farmacológicas pode implementar. Fornecer informação à família de modo verbal e escrito, sob a forma de folheto; - Fazer um “<i>debriefing</i>” com os doentes que recuperaram de um episódio de <i>delirium</i>.	
“Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life” (Lynch, Dahlin & Bakitas, 2012)	• Estudo de Caso; • Mulher de raça caucasiana com um cancro estágio III diagnosticado há 4 anos.	Demonstrar a integração dos cuidados paliativos nos cuidados oncológicos, de modo a garantir um plano de cuidados individualizado.	• Apreciação: - Inclui o reconhecimento das manifestações clínicas de <i>delirium</i> e a identificação de fatores precipitantes. Existem muitos instrumentos disponíveis para a triagem e monitorização como a CAM, a MDAS, o MMSE ou o Nu-DESC; - Deve ser realizada uma revisão da história clínica tendo em conta a medicação e exames de diagnóstico recentes, bem como um exame físico. O objetivo terapêutico definido para o doente determinará a quantidade e o tipo de exames de diagnóstico a realizar para identificar as causas potencialmente reversíveis; • Intervenções não farmacológicas para o controlo do <i>delirium</i>:	• Os enfermeiros especialistas em oncologia ocupam uma posição ideal para efetuar o rastreio e a avaliação do <i>delirium</i> e para identificar as preocupações do doente e da família relativamente ao seu estado clínico e opções terapêuticas.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Proporcionar um ambiente tranquilo, diminuindo estímulos externos (garantir uma iluminação suave evitando que sejam geradas sombras, colocar uma música relaxante, evitar o ruído de fundo da televisão ou da rádio); - Permitir a presença de uma pessoa significativa pode auxiliar na reorientação e ser tranquilizador; - Reorientar o doente através de relógios, calendários, lembretes verbais sobre o dia da semana e a hora do dia e objetos familiares; - Garantir o uso de óculos ou aparelhos auditivos para melhorar a acuidade sensorial; - No caso de delírio ou alucinações redirecionar o doente, sem o confrontar pode ser eficaz. Evitar validar o conteúdo do delírio ou da alucinação, mas reconhecer o que o doente está a experienciar; - Fornecer avisos e explicações simples sobre os procedimentos a realizar; - Evitar o uso de imobilizadores, mas usar outros meios para garantir a segurança;	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Fornecer suporte educacional ao doente e à família; - Transmitir segurança ao doente e contribuir para a manutenção de um ambiente calmo. • A implementação de intervenções não farmacológicas demonstrou reduzir a incidência de <i>delirium</i>, permitir o alívio mais rápido dos sintomas e a melhoria da função cognitiva e da qualidade de vida, não tendo efeito sobre a mortalidade.	
“An integrative literature review exploring the clinical management of delirium in patients with advanced cancer”. (Lawley & Hewison, 2017)	• Revisão Integrativa da Literatura; • Foram extraídos resultados de 7 estudos prospetivos, avaliados criticamente e revistos utilizando uma abordagem narrativa; • Pessoas com doença oncológica em fase avançada.	Apresentar os resultados de uma revisão integrativa da literatura sobre a evidência acerca do controlo do <i>delirium</i> em pessoas com doença oncológica avançada.	• Relativamente a intervenções farmacológicas a utilização de antipsicóticos e a rotação opioides, em doentes com <i>delirium</i> induzido pela toma de morfina, demonstraram reduzir a pontuação na MDAS e a utilização de metilfenidato demonstrou ser eficaz em doentes com <i>delirium</i> hipoativo; • Quanto à intervenção não farmacológica a dose dos antipsicóticos pode ser reduzida em doentes que participaram em terapia por exercício;	• Apesar das intervenções parecerem terem algum impacto na redução da gravidade e da duração do <i>delirium</i> os resultados dos estudos selecionados não fornecem evidências conclusivas para o tratamento do <i>delirium</i>.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			Os resultados da revisão são inconclusivos no sentido de identificar um único tratamento seguro e eficaz no tratamento do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica avançada.	
“Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology”. (Agar et al., 2012)	- Estudo qualitativo; - Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para explorar o ponto de vista dos enfermeiros acerca de áreas específicas relacionadas com a apreciação e o controlo do <i>delirium</i>; 40 enfermeiros a exercer funções em serviços de internamento públicos australianos de cuidados paliativos, geriatria, psiquiatria geriátrica ou oncologia.	Analisar a apreciação e o controlo do <i>delirium</i> realizado pelos enfermeiros que cuidam de pessoas internadas com doença oncológica, idosas ou que necessitam de cuidados psiquiátricos.	- São identificadas duas abordagens para efetuar a apreciação de enfermagem: investigativa (realizando uma avaliação do doente, nomeadamente história clínica com base na informação fornecida pela família e revendo os diários clínicos) ou baseada na resolução de problemas (tendo em conta os problemas mais frequentes que podem comprometer a segurança do doente). Alguns participantes referem não efetuar nenhuma apreciação. - O controlo do <i>delirium</i> envolve tomar decisões relacionadas com a manutenção da segurança, a gestão do <i>distress</i>, a intervenção na etiologia do episódio de <i>delirium</i>, quando solicitar a intervenção da equipa médica e o planeamento dos cuidados ao doente. Alguns participantes sugeriram não intervir se o doente estivesse confortável.	- A identificação do conceito de vulnerabilidade basal do doente (como por exemplo compromisso sensorial, compromisso cognitivo prévio, desidratação) essencial para a prevenção do <i>delirium</i> não foi levantado; - As intervenções não farmacológicas foram muito valorizadas por todas as especialidades. - Os enfermeiros referiram que a implementação das medidas não farmacológicas contribui para a sua satisfação profissional.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			• A intervenção farmacológica não permite o controlo de todos os sintomas. Vários participantes referiram preferir aumentar a vigilância e apenas administrar medicação no caso de angústia, agitação psicomotora, agressividade ou insónia. • A atitude e a forma como é estabelecida a interação com o doente pode agravar as manifestações do quadro de <i>delirium</i>. • Foram referidas como intervenções não farmacológicas ao nível do ambiente: garantir um ambiente calmo, com objetos familiares, reorientar o doente regularmente de modo verbal para o espaço, reduzir estímulos e assegurar uma rotina diária. • A presença de familiares é benéfica, já a mudança de quarto não. • A contenção mecânica é um tema controverso. Alguns participantes consideram não ser ético, poder pôr em causa a dignidade do doente e aumentar o quadro confusional, outros consideram ser o último	• Embora os enfermeiros reconheçam um doente confuso e que evidencia <i>distress</i>, não reconhecem a síndrome se não tiverem conhecimento ou uma estrutura que contextualize as suas manifestações clínicas.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			recurso para garantir a segurança do doente. As grades da cama por vezes ajudam, mas também podem ser perigosas se os doentes as saltarem.	
"The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients". (Bush & Bruera, 2009)	• Revisão Narrativa da Literatura; • Adultos com doença oncológica avançada.	Delinear as causas do <i>delirium</i> na pessoa com doença oncológica avançada, especialmente o induzido por fármacos, assim como o diagnóstico e tratamento da neurotoxicidade induzida por opioides.	• Instrumentos que podem ser utilizados na apreciação: - MMSE para avaliação do estado cognitivo; - CAM para o rastreio e diagnóstico de <i>delirium</i>; - MDAS, Nu-DESC para efetuar uma monitorização do estado do doente e avaliar a gravidade do <i>delirium</i>. A MDAS também pode ser utilizada para efetuar o diagnóstico. • A apreciação engloba investigar todos os potenciais fatores precipitantes do episódio de <i>delirium</i> (para identificar causas reversíveis) e os fatores predisponentes que aumentam a suscetibilidade basal do doente. Deve ser também realizada uma avaliação de sintomas, usando um instrumento validado como o "<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>" para identificar e quantificar outros sintomas que podem ter impacto no episódio de <i>delirium</i>.	• Deve ser feito um rastreio regular do <i>delirium</i>, utilizando instrumentos validados, de forma a efetuar um diagnóstico precoce; • O diagnóstico precoce do <i>delirium</i> é importante pois permite mais precocemente tratar e fornecer suporte psicossocial e de educação ao doente e à família.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			• O controlo multimodal do <i>delirium</i> engloba a identificação e o tratamento das causas subjacentes quando apropriado e o tratamento não farmacológico e farmacológico das manifestações clínicas do <i>delirium</i>. • Intervenções não farmacológicas ao nível do ambiente: garantir a segurança do doente e dos restantes profissionais de saúde; reduzir o ruído, bem como a luminosidade e a escuridão excessiva; tornar o espaço do doente menos desorganizado; colocar a campainha no campo de visão do doente e ao seu alcance; adotar uma comunicação simples, clara e concisa, assegurando que o doente tem os óculos, próteses auditivas e próteses dentária, quando necessita; explicar cada intervenção antes de a realizar; reorientar o doente frequentemente, permitindo que visualize um relógio ou um calendário, o nome do enfermeiro e que tenha consigo objetos pessoais; envolver a família no processo de reorientação do doente.	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			• Intervenções não farmacológicas ao nível da educação: esclarecer a família quanto à natureza, ao prognóstico do <i>delirium</i> e ao modo como deve intervir para minimizar a estimulação do doente. • Intervenções não farmacológicas ao nível do aconselhamento: 75% dos doentes recorda-se dos sintomas que apresentou após a resolução do episódio de <i>delirium</i>, pelo que lhe deve ser transmitida segurança no sentido de minimizar o <i>distress</i> associado. Os familiares que presenciam o episódio de <i>delirium</i> apresentam <i>distress</i> pelo que é necessário esclarecê-los e fornecer apoio psicossocial. A terapia de suporte expressiva é frequentemente útil na diminuição do <i>distress</i> da família. • No caso de <i>delirium</i> refratário, frequentemente é necessário recorrer à sedação paliativa para garantir o conforto do doente e o controlo sintomático.	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
“Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer”. (Kang, Shin & Bruera, 2013)	• Revisão Narrativa da Literatura; • Adultos com doença oncológica avançada.	Discutir as mais recentes atualizações na literatura acerca do controlo do <i>delirium</i> em pessoas com doença oncológica avançada.	• Apreciação e diagnóstico de <i>delirium</i>: - Deve ser realizada uma apreciação dirigida ao <i>delirium</i> a todos os doentes internados para tratamento oncológico. Uma vez diagnosticado <i>delirium</i> os médicos e enfermeiros devem identificar e tratar fatores precipitantes reversíveis. - Com o intuito de avaliar o estado mental basal do doente e identificar alterações recentes no seu estado mental deve ser colocada a seguinte questão à família: “Considera que o (nome do doente) ultimamente tem estado mais confuso?”. - Para avaliar o estado cognitivo os instrumentos mais frequentes são o MMSE e “<i>Montreal Cognitive Assessment</i>” (MoCA). O MoCA tem vantagens sobre o MMSE por ser um instrumento com maior sensibilidade e gratuito. - O diagnóstico de <i>delirium</i> é realizado tendo em conta os critérios definidos na DSM-V e na ICD-10. Para determinar se os doentes apresentam esses critérios estes devem ser avaliados através da realização de	• A apreciação é fundamental para o controlo do <i>delirium</i>, pois permite realizar o seu diagnóstico e determinar a sua gravidade; • O <i>delirium</i> do doente oncológico pode ser reduzido em 50% se forem corrigidos os fatores precipitantes e utilizadas intervenções adequadas; • A sedação paliativa deve ser considerada, em caso de <i>delirium</i> refratário e em doentes em fim de vida, após estes serem observados por um especialista em Cuidados Paliativos ou Psiquiatria.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			uma entrevista ou utilizando um instrumento de apreciação (CAM, MDAS, Nu-DESC, DRS, “<i>Delirium Rating Scale Revised</i>”- DRS-R-98). A CAM baseia-se nos critérios da DSM-III-R, a MDAS nos critérios da DMS-V e a DRS nos critérios da DSM-III). Apenas a CAM, a MDAS e a DRS estão validadas para a população oncológica. Embora nenhum dos instrumentos tenha sido estabelecido como padrão para realizar a apreciação do <i>delirium</i> em pessoas com doença oncológica avançada a MDAS tem a vantagem dos itens poderem ser avaliados antecipadamente facilitando a sua utilização em doentes que têm dificuldade em responder naquele momento, por exemplo por dispneia ou fadiga. • Controlo do <i>delirium</i>: - O tratamento do <i>delirium</i> inclui a correção dos fatores precipitantes do <i>delirium</i> e, se possível, simultaneamente, o controlo dos seus sintomas.	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Deve ser maximizada a implementação de intervenções não farmacológicas antes de se iniciar a implementação de medidas farmacológicas. - A segurança do doente deve ser garantida, uma vez que as alterações de comportamento decorrentes do <i>delirium</i> podem pôr em causa a segurança do próprio e dos profissionais de saúde; - A família deve ser esclarecida quanto à etiologia do <i>delirium</i> e ao seu prognóstico. Deve igualmente ser minimizado o seu <i>distress</i>. - As intervenções não farmacológicas são recomendadas para todos os doentes com <i>delirium</i>. Estudos têm demonstrado que estas podem contribuir para diminuir a gravidade do <i>delirium</i> e retardar o declínio da função cognitiva. - Intervenções não farmacológicas ao nível do ambiente: criar um ambiente relaxante; evitar a iluminação desadequada, que pode causar ilusões ou alucinações; reduzir o ruído; colocar um relógio ou um calendário no quarto de forma a	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			contribuir para reorientação; reduzir estímulos como cateteres urinários e bombas perfusoras; evitar perturbar o ciclo de sono-vigília, como por exemplo acordar o doente durante a noite para administrar medicação ou avaliar os sinais vitais. - A sedação paliativa pode ser indicada em doentes que apresentem <i>delirium</i> refratário e que tenham uma expectativa de sobrevida de horas ou dias.	
“Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management”. (Lawlor & Bush, 2015).	• Revisão Narrativa da Literatura; • Pessoas com doença oncológica em estágio avançado.	Discutir a evidência científica acerca da avaliação, do impacto, dos mecanismos e do controlo do <i>delirium</i> em doentes oncológicos.	• Instrumentos para o Rastreio e o Diagnóstico de <i>delirium</i>: - O tipo ideal de instrumento de rastreio depende dos objetivos terapêuticos definidos, do contexto em que é feita a avaliação, do treino do profissional de saúde (médico ou enfermeiro) e se este se encontra validado. - Os instrumentos de rastreio cognitivo permitem a identificação do declínio cognitivo, mas não permitem realizar o diagnóstico de <i>delirium</i>. - O MMSE e o SOMCT são instrumentos de rastreio cognitivo que podem não ser indicados para utilizar de forma sistemática e frequente, mas	• Os enfermeiros encontram-se na posição ideal para realizar o rastreio do <i>delirium</i> dado elevado contacto que estabelecem com os doentes; • As intervenções no sentido de investigar e tratar as causas do <i>delirium</i> devem ser avaliadas tendo em conta o prognóstico o doente, a presença de fatores precipitantes

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			é aceitável que sejam utilizados em situações pontuais, no decurso da trajetória da doença, como num Serviço de Urgência ou num Serviço de Internamento, aquando da admissão. Por outro lado, a Nu-DESC ou a “<i>Delirium Observational Screening Scale</i>” (DOSS) podem ser apropriadas para utilizar de forma sistemática num Serviço de Internamento e não num Serviço de Ambulatório. - “<i>The Single Question in Delirium</i>” (SQiD) é um instrumento de rastreio que pode ser utilizado com qualquer familiar ou pessoa significativa- “Considera que o (nome do doente) tem estado mais confuso ultimamente?”. - O instrumento de rastreio mais utilizado é a CAM. Esta foi planeada para ser utilizada juntamente com outros testes, como o SOMCT, solicitar ao doente para contar até 20 de forma invertida ou repetir os meses do ano ao contrário. Embora a CAM tenha sido validada como instrumento de rastreio, estudos demonstram que quando utilizada por profissionais sem	reversíveis ou tratáveis e os objetivos terapêuticos definidos para o mesmo.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			treino tem uma sensibilidade moderada. - A Nu-DESC está validada para ser utilizada em serviços de internamento de oncologia e a <i>Delirium Observation Screening Scale</i> (DOSS) em contextos de cuidados paliativos. Os autores utilizaram a Nu-DESC com doentes internados para uma observação 24h e perante um rastreio positivo utilizaram a CAM para auxiliar o diagnóstico clínico. - O MDAS foi validado como instrumento para medir a gravidade dos sintomas dos doentes com <i>delirium</i>. - Embora não esteja disponível nenhum instrumento para efetuar o diagnóstico de <i>delirium</i>, para além de operacionalizar os critérios da DSM ou da ICD sob a forma de uma entrevista semiestruturada, a CAM e a “<i>Delirium Rating Scale Revised</i>” (DRS-R-98) têm potencial para auxiliar no diagnóstico. • Instrumentos para monitorizar a gravidade do <i>delirium</i>:	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- A monitorização da gravidade era provavelmente melhor conseguida utilizando instrumentos baseados na observação como a DOSS, a <i>Delirium-O-Meter</i> (DOM) ou a Nu-DESC, no entanto estes instrumentos ainda não se encontram validados para a população oncológica ou paliativa. - A <i>Richmond Agitation Sedation Scale</i> (RASS-PAL) pode ser utilizada para monitorizar o estado de sedação ou agitação, enquanto manifestações clínicas do <i>delirium</i>. • Controlo do <i>delirium</i>: - É recomendada uma abordagem preventiva, implementando estratégias profiláticas precocemente, como a identificação de doentes com alto risco de desenvolvimento de <i>delirium</i>, a redução da utilização de medicamentos psicotrópicos e a manutenção da hidratação. - De acordo com os objetivos terapêuticos, a abordagem terapêutica a um episódio de <i>delirium</i> passa por identificar e tratar as causas reversíveis e controlar sintomas (deve	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			ser considerada em todos os doentes). A educação e o suporte à família e cuidadores também deve ser considerada. - Ainda que a eficácia das intervenções não farmacológicas direcionadas ao controlo sintomático do <i>delirium</i> necessite de ser demonstrada as diretrizes atuais recomendam claramente a sua implementação. É feita referência a aumentar a vigilância, implementar esforços para a reorientação do doente e monitorizar o risco de queda. - Quanto à educação e ao suporte à família e cuidadores deve ser explicada a natureza do <i>delirium</i>, os resultados esperados e clarificar os objetivos terapêuticos. - Em caso de <i>delirium</i> refratário ou irreversível deve ser considerada a sedação paliativa.	
“Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer”. (Breitbart & Alici, 2012)	• Revisão Narrativa da Literatura; • Revisão dos resultados de estudos acerca de intervenções farmacológicas e não farmacológicas na prevenção e tratamento do <i>delirium</i>;	Analisar a evidência científica sobre o controlo farmacológico e não farmacológico do <i>delirium</i> em doentes oncológicos.	• A abordagem preconizada no controlo do <i>delirium</i> em doentes oncológicos, mesmo naqueles com uma situação de doença avançada, inclui a investigação dos fatores causais, a sua correção e o controlo	• A apreciação, o diagnóstico e o controlo do <i>delirium</i> de forma apropriada é essencial para melhorar a qualidade de vida e

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
	Adultos com doença oncológica (inclusive em situação paliativa).		de sintomas (utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas). - Os fatores de risco predisponentes modificáveis devem ser tratados e corrigidos de forma diligente. O controlo dos sintomas do <i>delirium</i> deve ser iniciado antes ou em conjunto com avaliação diagnóstica da etiologia para minimizar o sofrimento do doente, família e equipa de saúde. - O resultado desejado para o doente é na maioria das vezes que este esteja calmo, desperto, confortável, cognitivamente bem, sem alterações do pensamento e com um discurso coerente para com a família e a equipa de saúde. - No doente em fim de vida que desenvolve <i>delirium</i> terminal a abordagem para o controlo do <i>delirium</i> deve ser individualizada e pode levantar vários dilemas, sendo que o resultado desejado pode vir a ser alterado pelo processo de fim de vida. Em doentes em fim de vida o objetivo terapêutico é assegurar o	minimizar a morbilidade dos doentes oncológicos; - Intervenções não farmacológicas e de suporte desempenham um papel fundamental na prevenção e no tratamento do <i>delirium</i> dos doentes oncológicos; - Embora o uso de intervenções não farmacológicas em doentes oncológicos possa não ser eficaz no controlo dos sintomas do <i>delirium</i> este é recomendado sempre que possível.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			conforto (utilizando de forma criteriosa sedativos, mesmo que tal comprometa o seu estado de consciência). • Num estudo de aplicabilidade de uma intervenção multimodal de prevenção do <i>delirium</i> (que englobava a notificação dos fatores de risco, a identificação da medicação que deve ser alterada, a reorientação do doente no tempo e espaço e o esclarecimento da família acerca dos sintomas prodrômicos do <i>delirium</i>) a incidência de <i>delirium</i> no grupo de intervenção foi de 49,1% enquanto no grupo de controlo foi de 43,9%. • As intervenções implementadas em ensaios sobre a prevenção e o controlo do <i>delirium</i> foram: - Controlar a dor; - Promover uma correta higiene do sono; - Monitorizar sinais de desidratação; - Vigiar o estado nutricional; - Evitar a imobilidade e promover a mobilização precoce (minimização da utilização de cateteres, linhas arteriais e imobilizadores, pois o uso destes	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			últimos constitui um fator de risco para a persistência do <i>delirium</i>); - Monitorizar a função intestinal e urinária; - Reorientar frequentemente o doente; - Colocar um quadro, um relógio ou objetos pessoais no quarto do doente para facilitar a sua orientação; - Encorajar a realização de atividades que estimulem a função cognitiva. • É fortemente recomendado a implementação de intervenções não farmacológicas na prática de cuidados diária em doentes com risco de desenvolvimento de <i>delirium</i> ou com <i>delirium</i>, de acordo com a evidência demonstrada em contextos não oncológicos. Não há riscos conhecidos associados ao uso de intervenções não farmacológicas. A relação custo-eficácia destas medidas ainda necessita de ser estudada.	
"Nurse perceptions of the Nursing Delirium Screening Scale in two palliative care inpatient units: a focus group study".	• Estudo qualitativo; • Foram conduzidos 4 grupos focais semiestruturados com 21 enfermeiras que trabalhavam em 2 Unidades de Cuidados Paliativos Australianas. Os	Explorar a percepção dos enfermeiros sobre a viabilidade da "<i>Nursing Delirium Screening Scale</i>" ser integrada na prática	• A Nu-DESC é um instrumento conciso e fácil de utilizar. A maioria dos participantes considerou que era viável utilizar diariamente este instrumento no seu local de trabalho, tal como é feita uma avaliação diária	• Assegurar o reconhecimento do <i>delirium</i> e o acompanhamento ideal dos doentes deve ser uma prioridade em

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
(Hosie et al, 2015)	grupos focais foram gravados em formato digital e transcritos na íntegra. Os dados foram analisados por análise de conteúdo; 21 enfermeiras a exercer funções em duas Unidades de Cuidados Paliativos de Sydney (a maioria dos doentes internados tinha mais de 65 anos e doença oncológica).	clínica com doentes internados em contexto de Cuidados Paliativos.	de outros sintomas ou dos sinais vitais. - Os participantes referiram que a Nu-DESC os ajudava a reconhecer alterações no estado de saúde do doente, a intervir com segurança e a documentar os sintomas observados. - Apesar de ser um instrumento viável os participantes referiram que para se sentirem confiantes na sua utilização e efetuarem uma avaliação consistente necessitam de ter de acesso a estratégias e orientações práticas que lhes permitam comunicar com os médicos assistentes. As orientações solicitadas estavam maioritariamente relacionadas com a incerteza dos enfermeiros em pontuar o item “lentificação psicomotora”, por exemplo quando os doentes não respondiam, estavam sob o efeito de um fármaco ou se encontravam em fim de vida. - Os enfermeiros não estavam certos de que os médicos compreendessem as pontuações da Nu-DESC ou o que deveriam fazer perante uma pontuação positiva e consideravam	contexto de Cuidados Paliativos; - A eficácia no rastreio do <i>delirium</i> não depende só da utilização de um instrumento validado e viável, mas também da formação da equipa de enfermagem, da adaptação do instrumento ao contexto e das orientações para a aplicação do mesmo; - Os enfermeiros que exercem funções em contexto de Cuidados Paliativos devem adotar um papel ativo no seio da equipa multidisciplinar para que haja uma mudança da prática.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			necessário garantir o envolvimento da equipa médica.	
“Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale”. (Sands, Dantoc, Hartshorn, Ryan & Lujic, 2010)	- Estudo quantitativo; - Era colocada a SQiD ao familiar/cuidador do doente. Posteriormente os investigadores aplicavam a CAM, a MDAS e o MMSE ao doente. Por último, o doente era avaliado por um Psiquiatra e de acordo com os critérios da DSM-V era ou não confirmado o diagnóstico de <i>delirium</i>. O padrão de referência era o diagnóstico realizado pelo psiquiatra, a partir do qual era avaliada a eficácia dos outros instrumentos; 21 doentes com mais de 18 anos, fluentes em inglês, internados no serviço de oncologia, que não se encontravam em coma e que não tinham nenhum compromisso visual ou auditivo.	Demonstrar a eficácia da SQiD na deteção do <i>delirium</i> comparativamente com a entrevista realizada pelo psiquiatra, a CAM, a MDAS e o MMSE.	- A SQiD tem uma sensibilidade e especificidade de 80% na deteção do <i>delirium</i> comparativamente com a entrevista psiquiátrica que tem 71%. - A CAM revelou um valor preditivo positivo de 67% e a SQiD de 50%. - A SQiD ($p = 0.023$) demonstrou ter uma melhor correlação com a entrevista psiquiátrica do que a CAM ($p = 0.050$). - A CAM demonstrou ter uma sensibilidade de 94% e uma especificidade de 89% quando utilizada por profissionais com treino. Caso não seja tem uma especificidade de apenas 40%. - Como não foi diagnosticado nenhum caso de <i>delirium</i> na amostra em que foi aplicada o MDAS não foi possível avaliar a sensibilidade e a especificidade da MDAS comparativamente com a SQiD e a entrevista psiquiátrica.	- A SQiD tem potencial de utilidade clínica por se tratar de uma questão simples que pode ser incluída por exemplo na admissão, num Serviço de Internamento; - Uma resposta positiva à SQiD pode conduzir a uma avaliação mais detalhada de forma a detetar o <i>delirium</i>; - A utilização de instrumentos para a deteção do <i>delirium</i> implica treino; - A SQiD não se destina a substituir instrumentos como a CAM, mas pode ser útil em contextos onde é realizada uma colheita de dados.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
“Palliative care nurses’ recognition and assessment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique”. (Hosie, Agar, Lobb, Davidson & Phillips, 2014).	• Estudo qualitativo; • As entrevistas semiestruturadas foram orientadas pela técnica do incidente crítico. Antes da entrevista os participantes recebiam uma vinheta de um doente internado em cuidados paliativos com <i>delirium</i> hipoativo, para invocar a sua memória e posteriormente o relato de um incidente crítico semelhante. Os incidentes recordados de forma clara foram analisadas através de análise de conteúdo; • 30 enfermeiros de 9 serviços de internamento australianos especializados em cuidados paliativos.	Explorar as experiências, os pontos de vista e as práticas dos enfermeiros, que exercem funções em internamentos de cuidados paliativos, acerca da apreciação e do reconhecimento do <i>delirium</i>.	• A abrangência da apreciação efetuada variou de ausente a ampla, sendo mais sensível e holística quando incluía o doente, a família e outros elementos da equipa, assim como a investigação da etiologia do episódio de <i>delirium</i>. • Os enfermeiros que consideravam que os doentes apresentavam “agitação terminal” eram menos suscetíveis a efetuar uma avaliação mais abrangente. • Em alguns casos antes de contactar o médico foi feita uma avaliação do estado físico do doente. • Os enfermeiros de prática avançada tinham tendência a descrever uma apreciação abrangente que inclui as considerações da família, a fase da doença em que o doente se encontra, os objetivos terapêuticos, a evolução temporal dos sintomas e causas possíveis relacionadas com a medicação. • Um pequeno número de participantes fez referência à utilização de instrumentos para avaliar o estado mental e efetuar uma apreciação	• É necessário realizar o rastreio do <i>delirium</i> na admissão ao internamento e durante o mesmo, particularmente quando são realizadas intervenções potencialmente indutoras de episódios de <i>delirium</i>; • Cuidados paliativos eficazes requerem comunicação e colaboração entre os elementos da equipa, ou seja, a utilização de estratégias de comunicação interdisciplinar.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			dirigida ao <i>delirium</i>, como o MMSE e a CAM, mas nenhum referiu tê-los utilizado. Existiram 2 participantes que referiram que a política do serviço era investigar as causas para o episódio de <i>delirium</i>. Os restantes não descreveram realizar uma apreciação dirigida ao <i>delirium</i> estruturada e sistemática. • A estratégia mais frequentemente descrita e percebida como eficaz na apreciação e no reconhecimento do doente com <i>delirium</i> foi o desenvolvimento da comunicação entre enfermeiros, médicos, doentes e familiares. A comunicação entre equipa envolve reportar a sintomatologia do doente ao médico ou a outro profissional, documentar a situação clínica do doente e discutir em equipa possíveis causas e intervenções. A comunicação colaborativa com os médicos auxiliou na identificação atempada das causas do episódio de <i>delirium</i>. • O estabelecimento de <i>rapport</i> e a partilha de valores entre médicos e enfermeiros também é importante.	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			• O conhecimento prévio do doente, por meio da relação ou do que está documentado foi descrito como um fator importante no reconhecimento dos sintomas de <i>delirium</i>. • Estabelecer uma comunicação proativa com as famílias de modo a obter mais informação. Para uma comunicação eficaz é necessário estar preparado para ter conversas sensíveis e profundas com os doentes sobre a sua experiência de <i>delirium</i>.	
“Practical Assessment of Delirium in Palliative Care”. Leonard et al. (2014).	• Revisão Integrativa da Literatura; • Foi realizada uma pesquisa na Pubmed de estudos publicados entre 1990 e 2012, selecionadas referências bibliográficas relevantes e consideradas as contribuições dadas por diversos investigadores num encontro internacional da área; • Doentes com <i>delirium</i> em contexto de cuidados paliativos (incluindo com doença oncológica).	• Fornecer uma visão geral dos instrumentos de avaliação do <i>delirium</i> mais utilizados em cuidados paliativos; • Recomendar instrumentos e métodos de avaliação para a investigação e para a prática clínica no contexto dos cuidados paliativos.	• CAM cujos critérios de operacionalização derivam da DSM-III-Revised. Tem um papel fundamental na apreciação do <i>delirium</i>, quer na investigação, quer na prática clínica sendo recomendada para efetuar o diagnóstico de <i>delirium</i>. Deve ser utilizada no rastreio do <i>delirium</i> e não na avaliação da sua gravidade. A sua sensibilidade é fraca se for utilizada inadequadamente, mas quando bem utilizada pode ter uma fiabilidade de 95%. A utilização da CAM requer a realização de uma avaliação formal do estado cognitivo	• Os instrumentos de avaliação permitem uma abordagem uniformizada e sistematizada, bem como a adoção de uma terminologia comum entre os elementos da equipa; • Provavelmente nenhum instrumento detetará na globalidade a complexidade do <i>delirium</i> do doente em situação paliativa. Há

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			do doente, por exemplo utilizando o “<i>Blessed Orientation Memory Concentration</i>”, o SOMCT ou o MMSE. Os instrumentos de rastreio cognitivo são utilizados em contexto de cuidados paliativos porque o défice cognitivo é um critério no diagnóstico de <i>delirium</i>. O MMSE e o SOMCT são dois dos instrumentos de rastreio cognitivos mais utilizados neste contexto. O MMSE avalia orientação, memória, atenção, concentração e linguagem, mas não inclui distúrbios psicomotores. Verifica-se uma falta de sensibilidade e especificidade para o <i>delirium</i> e pode ser difícil de utilizar com doentes em situação paliativa porque exige capacidades motoras. O SOMCT é cada vez mais utilizado como teste cognitivo em complementaridade com a CAM. Este permite distinguir défices cognitivos leves, moderados ou graves. A desatenção pode ser avaliada pela distração ou incapacidade de manter o foco durante a interação. Outros testes de atenção incluem dizer os	instrumentos mais abrangentes e outros mais fáceis de aplicar; - Dado que apenas a CAM e a MDAS foram validadas para a população paliativa são necessários estudos acerca da Nu-DESC, da SQiD e da DRS-R-98; - Na prática diária de cuidados podem ser utilizados instrumentos de rastreio como a Nu-DESC, a SQiD e a CAM. Estes combinados com instrumentos simples como testes para avaliação da atenção e com a interação enfermeiro/cliente constituem o primeiro passo para o reconhecimento do <i>delirium</i> em doentes em situação paliativa;

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			meses do ano ao contrário, contar de 1 a 20 ao contrário ou soletrar a palavra “mundo” começando pela última letra. • A SQiD é um instrumento de rastreio simples cuja resposta positiva indica necessidade de realizar uma apreciação mais detalhada. • A Nu-DESC permite um rastreio contínuo, a monitorização de sintomas e avaliação da gravidade do <i>delirium</i>. Em comparação com a “<i>Confusion Rating Scale</i>” permite detetar o <i>delirium</i> hipoativo e hiperativo. Até à data não está validada para a população paliativa. • A DOS tem potencial enquanto um instrumento de rastreio baseado na observação dos enfermeiros, pois permite aos mesmos durante a rotina de cuidados detetar os primeiros sintomas de <i>delirium</i> e demora menos de 5 minutos a aplicar. Não está validada para a população paliativa. • Muitos instrumentos de avaliação da gravidade do <i>delirium</i>, como a DRS-R-98 e a MDAS medem o défice cognitivo e as alterações de	• Atualmente, de entre os instrumentos disponíveis, a DRS-R-98 e a MDAS são as melhores opções para monitorizar a gravidade do <i>delirium</i>.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			comportamento e por isso têm um potencial de rastreio. A Nu-DESC, foi planeada para ser aplicada em pouco tempo e para detetar alterações no comportamento com base na observação. Apesar de originalmente ter sido concebida para ser um instrumento de classificação da gravidade do <i>delirium</i> está validada como um instrumento de rastreio. • A DRS-R-98 é o instrumento disponível com maior detalhe. É útil como instrumento de avaliação e de diagnóstico e pode ser utilizada repetidas vezes para avaliar alterações ao longo do tempo. Pode ser utilizada por enfermeiros com treino na área. Está disponível um manual para orientar a classificação dos itens. Tem uma elevada fiabilidade, assim como validade, sensibilidade e especificidade para distinguir o <i>delirium</i> de outras perturbações, sendo que tem sido usada em doentes em situação paliativa com <i>delirium</i>. • A MDAS é uma escala que foi pensada para avaliar a gravidade do	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			<i>delirium</i>. É abrangente e permite detetar o <i>delirium</i> hipoativo e hiperativo. É relativamente breve, demora cerca de 10 minutos a ser aplicada, excluindo o tempo necessário para estabelecer <i>rapport</i>, rever o caso e obter a história colateral. Para avaliar alterações ou o impacto de intervenções deve ser aplicada repetidas vezes ao longo do dia. Também pode ser utilizada como um instrumento de rastreio. Está validada para a população paliativa e oncológica. Não permite detetar a hipervigilância pelo que está a ser considerada a sua adaptação. Opostamente à DRS-R-98, a MDAS não inclui itens como a evolução temporal ou a flutuação de sintomas, necessários para o diagnóstico diferencial de <i>delirium</i>. • “<i>The Cognitive Test for Delirium</i>” (CTD) permite a avaliação do desempenho neuropsicológico e é muito utilizado para efetuar uma apreciação dirigida ao <i>delirium</i> em doentes em situação paliativa, pois permite detetar uma vasta gama de	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			distúrbios neuropsicológicos. É considerado um instrumento especializado e reservado para fins de investigação. • Apenas a CAM e a MDAS passaram por estudos de validação para a população paliativa. • A RASS-PAL é um instrumento que tem potencial para ser utilizado por enfermeiros na monitorização do nível de sedação. Devem ser realizados mais estudos para validar a utilização deste instrumento, nomeadamente que efetuem a sua comparação com outros que permitam a monitorização do nível de sedação.	
“B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines” (BC Centre for Palliative Care, 2019)	• Guia para a Prática; • Adultos com doença oncológica avançada.	Auxiliar os profissionais de saúde na gestão do <i>delirium</i>.	Orientações para a prática: • Definir objetivos terapêuticos-equipa interdisciplinar reunir com o doente e família para determinar os objetivos terapêuticos. Os objetivos terapêuticos ao longo do tempo podem ser alterados e devem ser revistos sempre que há uma transição (por exemplo progressão de doença ou transferência para outro contexto de cuidados). • Apreciação:	• A intervenção do enfermeiro na pessoa com doença oncológica avançada implica a definição de objetivos terapêuticos com o doente e a apreciação no sentido da deteção do <i>delirium</i>. No caso de se confirmar o diagnóstico de <i>delirium</i>, o enfermeiro deve

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			1. Identificar os fatores predisponentes que aumentam a vulnerabilidade e o risco de <i>delirium</i>. O rastreio dos doentes com risco elevado deve ser feito por rotina; 2. Apreciação dirigida ao <i>delirium</i> utilizando a mnemónica Onste, Provoking/Palliating, Quality, Severity, Treatment, Understanding, Values. As perguntas devem ser dirigidas ao doente e sempre que este não for capaz de colaborar ou comunicar eficazmente deve ser questionada a família. 3. Determinar as possíveis causas para o episódio de <i>delirium</i> e corrigir as que são reversíveis, tendo em conta os objetivos terapêuticos. 4. Intervir com medidas não farmacológicas, com medidas farmacológicas, educando o doente e a família e ensinando a família a utilizar medidas não farmacológicas. • Intervenções Não Farmacológicas: - Em situações de <i>delirium</i> de gravidade moderada preferencialmente devem ser implementadas medidas não	identificar as possíveis causas do episódio de <i>delirium</i> e intervir, conjuntamente com a restante equipa, na correção das reversíveis (de acordo com o objetivo terapêutico). Este deve ainda implementar intervenções não farmacológicas para o controlo dos sintomas do <i>delirium</i> , potenciando o papel da família enquanto parceira nos cuidados, utilizar medidas farmacológicas e intervir na educação do doente e da família.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			farmacológicas. Estas têm benefício para o doente e não têm riscos associados (elevado nível de evidência empírica); - Utilizar estratégias multimodais, tal como no <i>Hospital Elder Life Program</i> (HELP), pois reduzem o risco de <i>delirium</i>: reorientação frequente, envolvimento em atividades de estimulação cognitiva, mobilização, utilização de próteses auditivas e oculares, hidratação e higiene do sono (elevado nível de evidência empírica); - Aumentar a vigilância do doente para garantir a sua segurança, evitar que tenha medos e reorientá-lo (elevado nível de evidência empírica); - Prevenir a estimulação excessiva. Facilitar as visitas e evitar a rotatividade de profissionais de saúde (baixo nível de evidência empírica); - Promover a massagem, o relaxamento, o exercício físico e a reabilitação psicomotora (baixo nível de evidência empírica);	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Evitar a imobilidade pela presença de cateteres, linhas arteriais ou equipamentos médicos (baixo nível de evidência empírica); - Considerar a hidratação endovenosa por tempo limitado, se for benéfico para o doente de acordo com os seus objetivos terapêuticos. Suspende se causar efeitos secundários ou não tiver benefício (evidência insuficiente, requer mais estudos); - Evitar a contenção física, pois aumenta o risco de <i>delirium</i> (elevado nível de evidência). • Educação ao doente e família: - Fornecer antecipadamente indicações sobre o que pode acontecer. Normalmente reduz o <i>distress</i> (baixo nível de evidência empírica); - Fornecer orientações de como interagir com doente (garantir a segurança, não contra-argumentar, assegurar a presença e usar um tom de voz calmo) (baixo nível de evidência empírica);	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Por vezes as atitudes negativas do doente provocam <i>distress</i> na família. Explicar-lhes que os sintomas do <i>delirium</i> estão relacionados com a doença, são frequentes e de carácter flutuante (baixo nível de evidência empírica); - Explicar que é mais difícil de reverter o quadro de <i>delirium</i> à medida que se aproxima o fim de vida (baixo nível de evidência empírica); - Alguns doentes podem relatar experiências paranormais, que podem não ser alucinações, mas estarem associadas a crenças espirituais ou culturais que podem trazer conforto ao próprio e à família (baixo nível de evidência empírica). • Ensinar a família a implementar medidas não farmacológicas: - Proporcionar um ambiente calmo, com objetos que facilitem a reorientação do doente como relógios, calendários ou objetos familiares (baixo nível de evidência empírica); - Garantir que utiliza os óculos ou as próteses auditivas, se aplicável (baixo nível de evidência empírica);	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Oferecer frequentemente pequenas quantidades de líquidos e alimentos (baixo nível de evidência empírica); - Facilitar o sono: antes de deitar pôr uma música relaxante, oferecer uma bebida quente, fazer uma massagem, acender luz presença à noite e evitar a acordar o doente quando está a dormir (baixo nível de evidência empírica); - Reorientar o doente quando chega um familiar ou outra pessoa (baixo nível de evidência empírica); - Ensinar a família a observar se o estado confusional se agrava a partir do final da tarde. Esse é primeiro sinal de <i>delirium</i> (baixo nível de evidência empírica); - Contactar um profissional de saúde se o doente evidenciar <i>distress</i> ou alguma preocupação (baixo nível de evidência empírica).	
"Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium". (Ontario Cancer Symptom	• Guia para a Prática; • O Guia foi desenvolvido pelo grupo multidisciplinar de gestão de sintomas que incluiu representantes regionais de toda a província. Foi usada a	Produzir um Guia para a gestão de sintomas relacionados com o cancro.	• Apreciação: - Entrevista (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia);	• A apreciação realizada irá determinar a identificação da causa do <i>delirium</i>, a eficácia do tratamento e a

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
Management Collaborative, 2010)	abordagem ADAPTE para a adaptação de orientações que inclui a identificação das orientações existentes, a avaliação da sua qualidade, a seleção das recomendações para inclusão e a obtenção de <i>feedback</i> de especialistas; • Adultos com necessidade de controlo sintomático. Em qualquer estágio da doença.		- Avaliação física (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia); - Revisão da medicação (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia); - Revisão da história médica e cirúrgica (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia); - Revisão de aspetos psicossociais (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia); - Revisão dos aspetos referentes ao ambiente físico (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia); - Realizar os diagnósticos apropriados (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia); - O acrónimo OPRSTUV (<i>Onste, Provoking/Palliating, Region/Radiation Quality, Severity, Treatment, Understanding, Values</i>) sugere algumas questões para orientar a apreciação, que devem ser	qualidade de vida do doente e da sua família.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			adaptadas a cada doente. Se o doente não conseguir responder deve ser solicitada informação ao cuidador ou profissional de saúde que o acompanha (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia); - O MMSE pode ser utilizado como instrumento de rastreio para identificar o declínio cognitivo (Evidência extraída de diretrizes); - Podem ser utilizados outros instrumentos para a apreciação e identificação do <i>delirium</i>: DRS, NDSS ou MDAS (Evidência extraída de diretrizes). • Diagnóstico: - O diagnóstico de <i>delirium</i> é efetuado de acordo com os critérios da DSM-V (Evidência extraída de diretrizes); - O acrónimo DELIRIUM (<i>Drugs/Desidratation/Depression, Electrolyte/Endocrine Disfunction/ETOH or drug use, abuse or withdrawal, Live failure, Infection, Respiratory problems/Retention of urine or stool, Increased intracranial pressure, Uremia/Under treated pain,</i>	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			<i>Metabolic disease/Metastasis of brain/Medication error sor omisions/Malnutricion</i>) auxilia na rápida identificação ou revisão dos diversos fatores que podem estar na origem ou contribuir para o <i>delirium</i> (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia). • Intervenções Não Farmacológicas (Evidência extraída de diretrizes e modificada para melhor refletir o contexto deste Guia): - Tranquilizar a família e explicar-lhe que os sintomas do <i>delirium</i> são flutuantes, são causados pela doença, o doente não tem controlo sobre eles e não está “louco”; - Envolver a família na tomada de decisão, enfatizando os objetivos terapêuticos; - Identificar a existência de alucinações; - Encorajar a família a estar presente de uma forma tranquila; - Explicar à família que deve transmitir segurança ao doente e evitar discutir com ele;	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Observar o efeito do “pôr do sol” (confusão noturna). Pode ser o primeiro sintoma de <i>delirium</i>; - Proporcionar um ambiente tranquilo, silencioso, ajudar o doente a reorientar-se no tempo, lugar e pessoa (relógio, calendário e objetos pessoais visíveis); - Permitir a presença de uma pessoa significativa; - Assegurar que o espaço está bem iluminado e silencioso (acender uma luz noturna); - Para evitar a estimulação excessiva reduzir o número de visitas, a rotatividade de profissionais e as mudanças de quarto; - Corrigir fatores causais reversíveis (desidratação, má nutrição, diminuição da acuidade visual ou auditiva e privação de sono); - Evitar o uso de imobilizadores ou de outros impedimentos à deambulação. Evitar a algaliação exceto se o doente apresentar retenção urinária; - Encorajar a mobilização se o doente tiver capacidade física; - Se o doente estiver inquieto manter a vigilância e aplicar técnicas de	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			relaxamento (massagem, banho, música calma), se aplicável.	
“Delirium” (Gama & Barbosa, 2010)	• Capítulo 21 do livro “Manual de Cuidados Paliativos”; • Doentes em situação paliativa (inclusive oncológicos).	Apresentar evidência científica acerca do <i>delirium</i> em contexto de Cuidados Paliativos.	• O diagnóstico de <i>delirium</i> é sempre clínico. • Dentro dos vários instrumentos para a avaliação da função cognitiva e do nível de consciência pode-se utilizar: - DSR permite a quantificação do <i>delirium</i>; - CAM permite o diagnóstico baseado nos critérios da DSM. Para o diagnóstico se confirmar é necessário que a primeira e a segunda pergunta sejam afirmativas e também de forma indistinta a terceira ou a quarta; - MDAS permite o rastreio; - MMSE permite o rastreio, sendo que as alterações neste teste não são sinónimos de <i>delirium</i> expresso, são somente uma alteração cognitiva de certa envergadura que pode ou não cumprir os critérios de <i>delirium</i>. • A avaliação do doente com <i>delirium</i> compreende três aspetos fundamentais: - Estado físico (história, observação física e neurológica, revisão dos sinais vitais e da história médica, revisão	• A deteção precoce do <i>delirium</i>, para a qual contribui a utilização de instrumentos (MMSE, MDAS) e a realização história clínica, assim como o tratamento da causa subjacente é essencial; • A equipa de saúde e a família devem intervir conjuntamente e proporcionar um ambiente seguro e tranquilo ao doente.

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			minuciosa dos medicamentos e a sua correlação com as mudanças comportamentais); - Estado mental (entrevista e testes cognitivos); - Exames complementares de diagnóstico (deverão ser realizados sempre que o estado geral do doente e os recursos disponíveis o permitam, dentro dos critérios éticos que orientam a tomada de decisão diagnóstica e terapêutica em situações de final de vida). • Podem ser consideradas três dimensões essenciais na intervenção terapêutica: dirigida às causas, sintomática e de suporte. • Intervenção dirigida às causas- Investigar as causas subjacentes e corrigir os fatores predisponentes, procurando encontrar o fator desencadeante mais facilmente identificável e para o tentar eliminar. • Intervenção sintomática- O objetivo é tranquilizar o doente, durante o dia, evitando a sonolência, e permitir um sono sossegado à noite. Quando o <i>delirium</i> terminal não responde às	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			intervenções neurolépticas habituais (10-20%) e os sintomas só podem ser controlados com sedações que comprometerão o grau de consciência dever-se-á antes de iniciar a administração de benzodiazepinas e anestésicos: - Contactar com a família (e com o doente se houver momentos lúcidos com capacidade) para ventilar as suas preocupações e desejos de propiciar o controlo sintomático e conforto durante o processo de morrer; - Informar a família que a finalidade da sedação é propiciar conforto e controlo sintomático e não acelerar a morte; - Lembrar à família que a sedação pode provocar um sentimento de perda prematura e que o doente pode ficar num estado de limbo (ainda não morto, mas já não vivo no sentido vital); - Explicar que a confusão e sofrimento que a família poderá experienciar poderá ser aliviado, incluindo a família no processo de decisão, e enfatizar finalidades partilhadas de cuidados.	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			• Intervenção de suporte (não farmacológica) - o planeamento dos cuidados ao doente com <i>delirium</i> pressupõe a abordagem em 3 vertentes: o doente, o ambiente e a família. • Relativamente ao doente: - Saber identificar os sintomas prodrómicos do <i>delirium</i> como a agitação, ansiedade, irritabilidade, desorientação, falta de atenção ou perturbação do sono; - Manter uma conduta de respeito pela dignidade do doente mesmo perante atitudes irracionais, agressivas ou comportamentos inadequados, uma vez que o doente sob várias dificuldades de perceção e cognição tem grande dificuldade de comunicação; - Evitar confrontações diretas com valores; - Evitar restrições físicas; - Transmitir confiança e segurança; - Favorecer o contacto com a realidade: ○ Facilitar a reconstituição do tempo, espaço e pessoa; ○ Tratar o doente pelo seu nome;	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			○ Informá-lo do momento do dia (manhã, tarde, noite) e do nome do enfermeiro responsável; ○ Estruturar a rotina diária com horas regulares para cuidados de higiene, refeições, exercício. Fazer o mínimo de alterações no quarto. - Promover a maior autonomia nas atividades de vida diárias: ○ Estimular a realização de pequenas tarefas (pentear-se, comer...) evitando ser muito exigente, pois a sua instabilidade emocional reduz a capacidade de tolerância à frustração; ○ Incentivar a memória retrógrada de modo a restabelecer a confiança e a orientação do doente (se este não se recordar de algo não se deve insistir); ○ Realizar as atividades mais cedo e reduzir os estímulos no final do dia; ○ Se o doente tem défices sensoriais, deve providenciar-se a presença dos óculos, aparelhos auditivos e próteses dentárias. - Favorecer a comunicação: ○ Estar atento aos medos, angústias e eventuais alucinações, com o objetivo de ajudar a corrigir ou superá-los;	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			○ Evitar conversas simultâneas/cruzadas; ○ Sempre que a situação cognitiva o permita falar das atividades diárias e factos quotidianos de uma forma clara e concisa; ○ Ter atenção à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais, posição e movimentos do corpo, timbre da voz) que pode criar um clima emocional benéfico ou prejudicial, que pode ser percebido pelo doente. - Estimular a presença de membros da família e permitir a expressão de pensamentos, dúvidas e emoções; - Facilitar o descanso noturno, através de técnicas de relaxamento, como massagens. • Relativamente ao ambiente: - Proporcionar um ambiente seguro e confortável, diminuindo os estímulos, mas evitando a privação sensorial (temperatura, luzes, ruído- televisão, telefone, alarme de relógios; - Procurar um ambiente estável e seguro; evitar transferências de cama e de unidade, uma vez que a estabilidade reduz as fontes de <i>stress</i>;	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Colocar num lugar bem visível um relógio e um calendário e colocar/manter objetos familiares/pessoais para preservar a orientação temporo-espacial. Estabelecer contacto físico e utilizar tons de voz suaves; - Não permitir muitas pessoas no quarto e evitar várias doentes com <i>delirium</i> no mesmo quarto; - Ventilar o quarto e garantir uma luz ténue e constante durante a noite; - Evitar grades na cama e uso de meios de contenção, mas podem ser uma ajuda quando não é possível uma presença contínua junto do doente. • Relativamente à família explicar: - Os sintomas, os comportamentos, o que está a acontecer e as suas causas, nomeadamente cada atitude terapêutica tomada, para que possam detetar os primeiros sintomas e saibam reagir adequadamente a situações posteriores; - Que o <i>delirium</i> é uma situação inesperada, mas muito frequente em situações de doença avançada;	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Que o doente apresenta alternância de períodos de lucidez e confusão e advertir acerca da flutuação do prognóstico; - Que a agitação e confusão são expressões do mau funcionamento do cérebro e não de loucura, dor/sofrimento e que nem sempre a morte está iminente nessas situações; - Que alguns delírios leves no final da vida levam o doente a dizer e a fazer algo que não é razoável, mas que a maior parte dos doentes normalizam pouco ou nada se recordam dos sintomas; - Que se deve aceitar a desorientação e o que o doente diz nesse contexto sem o tentar corrigir, contraria ou desafiar; - A necessidade de internamento e o objetivo da sedação (caso seja necessária); - Que nem todos os membros da família aceitam de igual modo a impossibilidade, por vezes total, de comunicar com o doente, mas que é importante restaurar a harmonia da família;	

Título, autores e ano de publicação	Tipo de Estudo/Metodologia/População em estudo	Objetivos do Estudo	Resultados	Implicações para a Enfermagem
			- Como pode contribuir para os cuidados do doente.	

Tabela 5. Tabela de extração de dados referente aos resultados dos estudos incluídos na revisão *scoping*.

Discussão dos resultados

Da análise dos resultados da pesquisa realizada acerca do tema, apesar das limitações desta revisão, percebe-se que a literatura sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* dirigida à população com doença oncológica em situação paliativa é escassa, particularmente a que evidencia a eficácia da implementação de intervenções não farmacológicas.

Dos 16 documentos revistos, 4 são estudos de investigação primária (em que 3 seguem uma abordagem qualitativa e 1 segue uma abordagem quantitativa), 5 são revisões narrativas da literatura, 2 são revisões integrativas da literatura, 1 é um estudo de caso, 1 é uma *guideline*, 2 são guias para a prática e 1 é um capítulo de um livro.

Da análise dos dados emergem três temas essenciais no que diz respeito à intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: a apreciação da pessoa com vista à deteção do *delirium* e à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem, as intervenções de enfermagem à pessoa para a prevenção e o controlo do *delirium* e a partilha e discussão em equipa sobre a situação de saúde da pessoa. Do segundo tema surgem outros tópicos que seguidamente serão abordados.

- 1) Apreciação da pessoa com doença oncológica em situação paliativa com vista à deteção do *delirium* e à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem

Em “*Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer*”, Kang, Shin & Bruera (2013) discutem as mais recentes atualizações na literatura acerca do controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica avançada e adiantam que deve ser realizada uma apreciação dirigida ao *delirium* a todos os doentes oncológicos internados. Na *guideline* sobre o *delirium* do adulto com doença oncológica publicada pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica consta que perante alterações no estado clínico da pessoa sugestivas de *delirium*, como alterações no estado mental ou emocional e atividade psicomotora anormal, deve ser realizada uma avaliação clínica do doente, com o intuito de efetuar o diagnóstico de *delirium* (Bush et al, 2018). Para Gama & Barbosa (2010) a avaliação clínica do doente com *delirium* compreende três aspetos fundamentais: estado físico (história clínica, observação física e neurológica, revisão dos sinais vitais e da história médica, revisão minuciosa dos medicamentos e a sua relação com as alterações de comportamento); estado mental (entrevista e testes cognitivos) e exames complementares de diagnóstico (deverão ser realizados sempre que o estado geral do doente e os recursos disponíveis o permitam, respeitando os critérios éticos que orientam a tomada de decisão diagnóstica e terapêutica em situações de final de vida). Nesta ótica, uma avaliação combinada entre enfermeiros e médicos é mais eficaz na deteção do *delirium* (Bush et al, 2018). A abrangência na apreciação realizada pode ser variável, sendo mais sensível e holística quando inclui, para além do doente, a família e os profissionais de saúde que cuidam do mesmo (Hosie, Agar, Lobb, Davidson & Phillips, 2014). O Guia para a prática publicado quer pela Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (2010), quer pela BC Centre for Palliative Care (2019) confirmam os aspetos

referidos por Gama & Barbosa (2010) e acrescentam a revisão da história cirúrgica, dos aspetos psicossociais, do ambiente físico em que está inserido o doente e a utilização do acrónimo OPQRSTUV (*Onset, Provoking/Palliating, Quality Region/Radiation, Severity, Treatment, Understanding, Values*) para orientar a entrevista. A utilização deste acrónimo pressupõe que sejam formuladas questões adaptadas a cada doente, relativas ao seu episódio de *delirium* (início, fatores de alívio ou de agravamento, o que o doente está a sentir, estado de orientação do mesmo, intensidade dos sintomas, intervenções terapêuticas realizadas, impacto no doente/família e resultado que pretende alcançar com as medidas terapêuticas) (Ontario Cancer Symptom Management Collaborative, 2010; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Da apreciação de enfermagem faz parte a investigação dos potenciais fatores precipitantes do episódio de *delirium* (para identificar causas reversíveis) e dos fatores predisponentes (que aumentam a suscetibilidade basal do doente para o desenvolvimento desta síndrome) (Bush & Bruera, 2009). Aos doentes com elevado risco de desenvolvimento de *delirium* deve ser realizado por rotina o rastreio desta síndrome (BC Centre for Palliative Care, 2019). Devem ser também identificados e quantificados outros sintomas que o doente apresente, que possam ter impacto no episódio de *delirium*, utilizando um instrumento validado como o “*Edmonton Symptom Assessment System*” (ESAS) (Bush & Bruera, 2009). Segundo Agar et al. (2012) na apreciação de enfermagem podem existir duas abordagens distintas: a investigativa (em que é realizada uma avaliação do doente e efetuada a sua história clínica tendo em conta a informação fornecida pelo doente e família e os registos clínicos anteriores) ou a baseada na resolução de problemas (em que são identificados os problemas que comprometem a segurança do doente). Tal vai ao encontro do que defende Lynch, Dahlin & Bakitas (2012), o objetivo terapêutico definido para cada doente determinará a quantidade e o tipo de exames diagnósticos a realizar para identificar as causas potencialmente reversíveis, ou seja, a opção por uma abordagem investigativa na apreciação do doente.

Nos documentos analisados é feita referência à utilização de instrumentos de rastreio, diagnóstico e monitorização da gravidade do *delirium* na apreciação da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Apesar de na *guideline* sobre o *delirium* da pessoa adulta com doença oncológica, publicada pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica, constar que a evidência científica é insuficiente para recomendar como prática clínica a utilização destes instrumentos, em todos os documentos analisados acerca da apreciação de enfermagem é feita referência à sua utilização. De acordo com Bush, Tierney & Lawlor, (2017), a escolha do instrumento a utilizar pode ser determinada pela experiência da equipa de enfermagem na sua aplicação, facilidade de uso e o potencial nível de *distress* do doente, da família e da equipa. Lawlor & Bush (2015) mencionam que esta pode ser igualmente condicionada pelo objetivo terapêutico definido com o doente/família, o contexto em que é feita a avaliação e a validade do instrumento.

Em vários estudos é feita referência à utilização de instrumentos para a avaliação do estado mental do doente, antes mesmo da utilização de instrumentos de rastreio do *delirium*, pois o declínio

cognitivo é um critério para o diagnóstico de *delirium* (Kang, Shin & Bruera, 2013). Kang, Shin & Bruera (2013) indicam que para avaliar o estado mental basal do doente e identificar alterações recentes no mesmo pode ser colocada a seguinte questão à família/pessoa significativa: “Considera que o (nome do doente) ultimamente tem estado mais confuso?”. Na literatura esta questão é denominada de “*Single Question in Delirium*” (SQiD). Leonard et al. (2014) consideram-na um instrumento simples de rastreio do *delirium*, cuja resposta afirmativa indica a necessidade de realização de uma apreciação mais detalhada. Num estudo quantitativo elaborado por Sands, Dantoc, Hartshorn, Ryan & Lujic (2010) para demonstrar a eficácia da SQiD na deteção do *delirium* comparativamente com a entrevista realizada pelo Psiquiatra ou outros instrumentos como a *Confusion Assessment Method* (CAM), a *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS) ou o *Mini Mental State Examination* (MMSE), a SQiD demonstrou ter uma sensibilidade e especificidade de 80% na deteção do *delirium*. Segundo Kang, Shin & Bruera (2013) a avaliação do estado cognitivo também pode ser feita através do MMSE e do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), sendo que o MoCA tem maior sensibilidade para a deteção de alterações cognitivas que o MMSE, o que constitui uma vantagem. Na *guideline* sobre o *delirium* da pessoa adulta com doença oncológica publicada pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica é feita referência à avaliação da cognição através do *Short Orientation Memory Concentration Test* (SOMCT) e à avaliação da memória, por exemplo pedindo ao doente para dizer os meses do ano na ordem inversa- MOTYB (Bush et al., 2018), para contar de 1 a 20 ao contrário ou para soletrar a palavra “mundo” começando na última letra (Leonard et al., 2014). Leonard et al. (2014) indicam que a função cognitiva pode ainda ser avaliada através de um instrumento chamado *Blessed Orientation Memory Concentration* e que o desempenho neuropsicológico pode ser avaliado aplicando o *The Cognitive Test for Delirium* (CTD). Os autores referem que este último instrumento especializado é mais utilizado para fins de investigação.

Quanto aos instrumentos utilizados no rastreio do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, Bush, Tierney & Lawlor (2017) reportam-se à CAM como um deles, uma vez que o diagnóstico de *delirium* é realizado de acordo com os critérios clínicos que constam na *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) ou na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CDI). Na mesma ótica, na *guideline* sobre o *delirium* do doente oncológico adulto publicada pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica, a CAM é indicada como um dos instrumentos de auxílio ao diagnóstico mais utilizados, uma vez que praticamente operacionaliza os critérios da DSM (Bush et al., 2018). É necessário treino na sua utilização para garantir a sua fiabilidade (Lawlor & Bush, 2014; Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Numa Revisão Narrativa sobre a avaliação, o impacto e os mecanismos de controlo do *delirium* na pessoa com doença oncológica, Lawlor & Bush (2015) referem-se à *Revised Delirium Rating Scale* (DRS-R-98) como uma escala que também tem potencial para auxiliar no diagnóstico. Numa outra Revisão Narrativa acerca do controlo do *delirium* em pessoas com doença oncológica avançada da autoria de Kang, Shin & Bruera (2013) é incluída a *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS) como instrumento de rastreio do *delirium*. Segundo estes autores apenas a CAM, a *Delirium Rating Scale* (DRS) e a MDAS estão validadas para a população oncológica e embora não exista uma recomendação formal sobre a escala a utilizar, a MDAS tem a

vantagem do doente não ter de responder às perguntas naquele momento, facilitando a aplicação a doentes com descontrolo sintomático. Bush, Tierney & Lawlor (2017) referem ainda que a equipa de enfermagem pode utilizar como instrumentos para o rastreio do *delirium* (validados para a população paliativa) a *Nursing Delirium Screening Scale* (Nu-DESC) e a *Delirium Observation Screening Scale* (DOSS).

Relativamente aos instrumentos utilizados para monitorizar a gravidade do *delirium* na pessoa com doença oncológica em situação paliativa, na *guideline* publicada pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica é feita referência a duas escalas validadas: a MDAS e a DRS (Bush et al, 2018). Lawlor & Bush (2015) afirmam que podem ser utilizadas outros instrumentos, que têm por base a observação realizada pela equipa de enfermagem, mas que não estão validados para a população oncológica e paliativa- a DOSS, a *Delirium-O-Meter* (DOM) e a Nu-DESC. Um estudo qualitativo elaborado por Hosie et al. (2015) com o objetivo de explorar a perceção dos enfermeiros sobre a viabilidade da Nu-DESC ser integrada na prática clínica com doentes internados em contexto de Cuidados Paliativos evidencia que esta é um instrumento conciso e fácil de utilizar diariamente, que auxilia os enfermeiros no reconhecimento de alterações no estado de saúde do doente e consequentemente a intervir com maior segurança e a documentar os sintomas observados. No caso da equipa de saúde ter procedido à sedação paliativa do doente, a equipa de enfermagem pode monitorizar o estado de sedação do mesmo aplicando a *Richmond Agitation-Sedation Scale- Palliative Version* (RASS-PAL) (Leonard et al., 2014; Lawlor & Bush, 2015). Breitbart & Alici (2012) na Revisão Narrativa que elaboraram acerca do controlo farmacológico e não farmacológico do *delirium* em pessoas com doença oncológica mencionam que após a implementação das intervenções o resultado desejado para o doente na maioria das vezes é que este permaneça calmo, desperto, confortável, cognitivamente bem, sem alterações do pensamento e capaz de comunicar de forma coerente com a família e a equipa de saúde.

2) Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa para a prevenção e o controlo do *delirium*:

2.1) Intervenções de enfermagem à pessoa para a prevenção do *delirium*

No que concerne às intervenções de enfermagem relacionadas com o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, na *guideline* sobre o *delirium* do doente oncológico adulto, publicada pela Sociedade Europeia da Oncologia Médica é recomendada uma abordagem preventiva, através da implementação precoce de medidas profiláticas (Bush et al, 2018). Em “*Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting*”, Bush, Tierney & Lawlor (2017) enumeram algumas medidas não farmacológicas que os enfermeiros podem implementar: otimizar o padrão de sono-vigília (durante o dia aumentando a exposição à luz e à noite reduzindo a luz, o ruído e permitindo que a roupa para dormir seja familiar); orientar a pessoa (reorientar a pessoa explicando onde é que está, quem é, quem você é e sua função; utilizar um quadro

branco de orientação completa; colocar o relógio visível; evitar mudanças frequentes de quarto); potenciar a comunicação (colocar à pessoa os óculos, o aparelho auditivo e as próteses dentárias, se aplicável); incentivar a mobilização (mobilizar a pessoa, de acordo com o que o seu estado permite, sentá-lo fora da cama para tomar as refeições, evitar a contenção física, minimizar o uso de sondas vesicais e imobilizadores); monitorizar a hidratação e a nutrição (incentivar a pessoa a beber, se for capaz de engolir com segurança, auxiliar a pessoa durante a refeição); monitorizar o funcionamento vesical e intestinal (avaliar a existência de retenção urinária ou obstipação; evitar a algaliação); fornecer suporte e educação (tranquilizar a pessoa, utilizando um tom de voz calmo; fornecer um folheto informativo sobre o *delirium*). Na *guideline* publicada pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica é também mencionado que a família deve ser informada preventivamente em relação ao *delirium* e de forma repetida e que esta deve ser incentivada a intervir como parceira de cuidados nas intervenções não farmacológicas. Nesta *guideline* é referido que não existe evidência científica suficiente que suporte a recomendação da maioria das intervenções não farmacológicas, quer para a prevenção, quer para o controlo do *delirium*. Porém, na maioria dos documentos analisados para elaboração desta Revisão estas são abordadas. Para além de que na Revisão Narrativa que Breitbart & Alici (2012) elaboraram e no Guia para a prática produzido pela BC Centre for Palliative Care (2019) é fortemente recomendada a implementação de medidas não farmacológicas na prática de cuidados quer aos doentes com risco de desenvolvimento de *delirium*, quer aos doentes com *delirium*, pois não são conhecidos riscos. Estas devem ser integradas na prestação de cuidados diária e a sua implementação deve ser maximizada antes de se iniciarem medidas farmacológicas (Kang, Shin & Bruera, 2013; Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Nos artigos “*Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life*” e “*Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer*” consta que as intervenções não farmacológicas demonstraram reduzir a incidência de *delirium*, permitiram o alívio mais rápido dos sintomas e a melhoria da função cognitiva e da qualidade de vida e não tiveram efeito sobre a mortalidade (Lynch, Dahlin & Bakitas, 2012; Kang, Shin & Bruera, 2013).

2.2) Intervenções de enfermagem à pessoa para o controlo do *delirium*

No caso da pessoa apresentar *delirium*, segundo Gama & Barbosa (2010) as intervenções terapêuticas podem ser dirigidas às causas, aos sintomas ou constituírem medidas de suporte.

Relativamente à intervenção dirigida às causas, da apreciação realizada à pessoa com doença oncológica em situação paliativa frequentemente emergem fatores precipitantes, mas a decisão de os corrigir depende da sua reversibilidade, do prognóstico da doença oncológica, do estado funcional da pessoa antes do episódio de *delirium* e dos objetivos terapêuticos definidos com a pessoa/família (Lawlor & Bush, 2015; Bush, Tierney & Lawlor, 2017; Bush et al., 2018).

Quanto ao controlo sintomático, este deve ser realizado em todos os doentes, o mais precocemente possível, em conjunto com a avaliação diagnóstica da etiologia do *delirium*, para minimizar o sofrimento do doente, da família e da equipa de saúde (Breitbart & Alici, 2012; Lawlor & Bush,

2015; Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Para Gama & Barbosa (2010) a intervenção sintomática tem como objetivo tranquilizar a pessoa, durante o dia, evitando a sonolência, e permitir um sono sossegado à noite. Neste sentido, uma das intervenções de enfermagem consiste na administração de terapêutica prescrita para o efeito (Gama & Barbosa, 2010; Agar et al., 2012; Lawley & Hewison, 2017; Bush et al., 2018). Quando a pessoa apresenta *delirium* refratário, ou seja, não responde à terapêutica neuroléptica habitual (10-20%) e os sintomas só podem ser controlado com sedações que comprometem o seu nível de consciência pode ser necessário sedá-la administrando benzodiazepinas ou anestésicos (Gama & Barbosa, 2010). A sedação paliativa para o controlo dos sintomas do *delirium* refratário do doente em fim de vida é abordada em diversos estudos analisados (Bush & Bruera, 2009; Lawlor & Bush, 2015; Bush et al., 2018). Gama & Barbosa (2010) referem que antes de se proceder à sedação paliativa da pessoa se deve: contactar com a família (ou falar com o doente se este apresentar momentos de lucidez) para ventilar as suas preocupações e desejos de propiciar conforto durante o processo de morrer; informar a família que a finalidade da sedação é propiciar conforto e controlo sintomático e não acelerar a morte; lembrar à família que a sedação pode provocar um sentimento de perda prematura e que a pessoa pode ficar num estado de limbo (ainda não está morta, mas já não vivo no sentido vital).

A intervenção de suporte diz respeito às intervenções não farmacológicas. Gama & Barbosa (2010) afirmam que cuidar de uma pessoa com *delirium* implica abordar três vertentes: a pessoa, o ambiente e a família.

Em relação à pessoa, os autores acima referidos elencam diversas medidas: saber identificar os sintomas prodrômicos do *delirium* como a agitação, a ansiedade, a irritabilidade, a desorientação, a falta de atenção ou a perturbação do sono; manter uma conduta de respeito pela dignidade da pessoa, mesmo perante atitudes irracionais, agressivas ou comportamentos inadequados, uma vez que esta tem dificuldade em comunicar devido às alterações que apresenta ao nível da percepção e da cognição; evitar confrontações diretas com valores; evitar restrições físicas; transmitir confiança e segurança; favorecer o contacto com a realidade (facilitar a reconstituição do tempo, espaço e pessoa; tratar a pessoa pelo seu nome; informá-la do momento do dia e do nome do enfermeiro responsável; estruturar a rotina diária com horas regulares para cuidados de higiene, refeições, exercício e evitar alterações no quarto); promover a maior autonomia nas atividades de vida diárias (estimular a realização de pequenas tarefas, evitando ser muito exigente, pois a sua instabilidade emocional reduz a capacidade de tolerância à frustração; incentivar a memória retrógrada de modo a restabelecer a confiança e a orientação da pessoa, se esta não se recordar de algo não se deve insistir; realizar as atividades mais cedo e reduzir os estímulos no final do dia; se a pessoa tem défices sensoriais, deve fornecer-lhe os óculos, o aparelho auditivos e as próteses dentárias); favorecer a comunicação (estar atento aos medos, angústias e eventuais alucinações, com o objetivo de ajudar a corrigir ou superá-los; evitar conversas simultâneas/cruzadas; sempre que a situação cognitiva o permita falar das atividades diárias e factos quotidianos, de uma forma clara e concisa; ter atenção à comunicação não verbal, como gestos, expressões faciais, posição e movimentos do corpo, timbre da voz, que pode ser percebida pela pessoa

e criar um clima emocional benéfico ou perigoso); estimular a presença de membros da família e permitir a expressão de pensamentos, dúvidas e emoções; facilitar o descanso noturno, através de técnicas de relaxamento, como massagens. Nos Guias para a prática produzidos pela Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (2010) e pela BC Centre for Palliative Care (2019) também é sugerido pôr uma música calma e oferecer uma bebida quente para facilitar o sono e reduzir a inquietação. Lynch, Dahlin & Bakitas (2012) afirmam que se a pessoa apresentar delírio ou alucinações pode ser eficaz redirecioná-la, sem a confrontar, reconhecer o que está a experienciar, evitando validar o conteúdo do delírio ou da alucinação. Estes autores referem ainda que o profissional de saúde deve avisar a pessoa antes de realizar um procedimento e explicar-lhe de forma simples o que irá fazer. Estes devem também encorajar a prática de exercício físico e a reabilitação psicomotora (Ontario Cancer Symptom Management Collaborative, 2010; BC Centre for Palliative Care, 2019). Em “An integrative literature review exploring the clinical management of delirium in patients with advanced cancer”, Lawley & Hewison (2017) referem que a terapia por exercício pode reduzir a dose de antipsicóticos necessária. A BC Centre for Palliative Care (2019) no seu Guia para a prática recomenda que as pessoas sejam envolvidos em atividades de estimulação cognitiva e desaconselha a rotatividade dos profissionais de saúde. Bush, Tierney & Lawlor (2017) na Revisão Narrativa que elaboraram acerca do controlo do *delirium* em doentes em situação paliativa acrescentaram que pode ser realizado um “*debriefing*” com os doentes que recuperaram do episódio de *delirium*. Bush & Bruera (2009) mencionaram que nessa situação deve ser transmitida segurança ao doente, no sentido de minimizar o *distress* associado.

Relativamente ao ambiente, o enfermeiro deve proporcionar um ambiente seguro e confortável, diminuindo os estímulos, mas evitando a privação sensorial (temperatura, luzes, ruído proveniente da televisão, do telefone e dos alarmes de equipamentos); proporcionar um ambiente estável e seguro, evitando transferências de cama e de unidade, uma vez que a estabilidade reduz as fontes de *stress*; colocar num lugar bem visível um relógio, um calendário e objetos familiares/pessoais para preservar a orientação temporo-espacial; estabelecer contacto físico e utilizar um tom de voz suave; não permitir muitas pessoas no quarto e evitar várias doentes com *delirium* no mesmo quarto; ventilar o quarto e garantir uma luz ténue e constante durante a noite; evitar grades na cama e uso de meios de contenção, embora possa ser uma estratégia quando não é possível uma presença contínua junto do doente (Gama & Barbosa, 2010). Agar et al. (2012), o estudo que fizeram, alertam que a contenção mecânica pode pôr em causa a dignidade da pessoa e, aumentar o seu quadro confusional, e que as grades da cama podem comprometer a segurança do doente se este as saltar. Kang, Shin & Bruera (2013) salientam que se deve: evitar a iluminação desadequada, porque pode causar ilusões ou alucinações, pelo que é preferível o quarto estar bem iluminado; reduzir estímulos, minimizando a utilização de equipamentos médicos (algalias, cateteres venosos, linhas arteriais e bombas perfusoras) e evitar perturbar o ciclo de sono-vigília, como por exemplo, acordar a pessoa durante a noite para administrar medicação ou avaliar os sinais vitais.

No que se refere à família, Gama & Barbosa (2010) recomendam que o enfermeiro explique os seguintes aspetos: as manifestações clínicas, a etiologia do episódio de *delirium* e cada atitude terapêutica tomada, para que a família possa detetar os primeiros sintomas e saiba reagir adequadamente a situações posteriores; que o *delirium* é uma situação inesperada, mas muito frequente em situações de doença avançada; que a pessoa apresenta alternância de períodos de lucidez e confusão, advertindo acerca da flutuação do prognóstico; que a agitação e confusão são expressões do mau funcionamento do cérebro e não de loucura, dor/sofrimento e que nem sempre a morte está iminente nessas situações; que alguns delírios leves no final da vida podem levar a pessoa a dizer e a fazer algo que não é razoável, mas que a maior parte das pessoas que normalizam pouco ou nada se recordam dos sintomas; que se deve aceitar a desorientação e o que a pessoa diz nesse contexto sem a tentar corrigir, contrariar ou desafiar; a necessidade de internamento e o objetivo da sedação paliativa (caso seja necessária); que nem todos os membros da família aceitam de igual modo a impossibilidade, por vezes total, de comunicar com a pessoa, mas que é importante restaurar a harmonia da família e incentivá-los a intervir como parceiros nos cuidados. Segundo Kang, Shin & Bruera (2013) o enfermeiro deve prestar apoio psicossocial à família, de modo a minimizar o seu *distress*. Na *guideline* publicada pela Sociedade Portuguesa de Oncologia Médica é feita referência à importância de ser disponibilizada informação por escrito à família (Bush et al., 2018). Bush, Tierney & Lawlor (2017) sugerem que a informação seja disponibilizada sob a forma de folheto.

3) Partilha e discussão em equipa sobre a situação de saúde da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Na *guideline* sobre o *delirium* da pessoa adulta com doença oncológica publicada pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica é referido que uma avaliação combinada entre enfermeiros e médicos é mais eficaz na deteção do *delirium* (Bush et al, 2018). Um estudo qualitativo, levado a cabo por Hosie, Agar, Lobb, Davidson & Phillips (2014), acerca das experiências, dos pontos de vista e da prática dos enfermeiros que exercem funções em internamentos de cuidados paliativos revela como estratégia eficaz para a apreciação da pessoa com vista à deteção do *delirium* o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre enfermeiros, doentes, familiares e restantes profissionais de saúde. A comunicação entre os elementos de uma equipa evolve reportar a sintomatologia do doente ao médico ou a outro profissional de saúde indicado, documentar a apreciação realizada, discutir em equipa possíveis causas do episódio de *delirium* e respetivo plano terapêutico (Hosie et al., 2015). Os autores do estudo apontam como fatores essenciais nesta estratégia: o estabelecimento de *rapport* e a partilha de valores entre elementos da equipa de saúde; o conhecimento da pessoa por meio da relação ou da consulta de informação; o desenvolvimento de uma comunicação proativa com a família de modo obter mais informação e a preparação para uma conversa sensível e profunda com a pessoa acerca da sua vivência aquando do episódio de *delirium*.

Limitações da revisão *scoping*:

Constituem-se como limitações desta revisão a utilização de documentos apenas em dois idiomas, português e inglês e a realização de uma pesquisa completa (com os termos em linguagem natural e os termos indexados) somente em duas bases de dados eletrónicas.

Conclusão

A apreciação da pessoa com doença oncológica em situação paliativa com vista à deteção do *delirium* e à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implica uma avaliação compreensiva da pessoa. Para tal poderão ser utilizados instrumentos para a avaliação do estado cognitivo e de rastreio, diagnóstico e monitorização da gravidade do *delirium*. As intervenções de enfermagem relacionadas com o *delirium* podem ter como foco a prevenção ou o controlo. As intervenções de enfermagem para a prevenção desta síndrome passam por medidas não farmacológicas. Já as intervenções de enfermagem para o controlo do *delirium* podem ser orientadas para as causas, para os sintomas ou constituírem medidas de suporte. Estas últimas referem-se a intervenções não farmacológicas que podem ser dirigidas à pessoa, ao ambiente ou à família. A eficácia da intervenção do enfermeiro depende da partilha do conhecimento obtido acerca do doente e família e da discussão em equipa sobre a situação de saúde da pessoa. A comunicação eficaz da equipa de saúde com o doente e família, com vista ao estabelecimento de uma parceria nos cuidados, também é fundamental no processo terapêutico.

Importa salientar que no caso da pessoa apresentar *delirium* a decisão de investigar a sua etiologia e corrigir os possíveis fatores precipitantes depende da sua reversibilidade, do prognóstico do doente e dos objetivos terapêuticos definidos com o mesmo e/ou família. Ainda que a reversibilidade do *delirium* nem sempre seja possível ou desejável, o controlo sintomático deve ser disponibilizado a todos os doentes, com intervenções não farmacológicas, complementadas com intervenções farmacológicas sempre que necessário.

Os enfermeiros por permanecerem muito tempo com os doentes encontram-se na posição ideal para prevenir, detetar e controlar o *delirium*. Deste modo, contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a redução da morbimortalidade.

Implicações para a prática clínica, gestão dos cuidados, investigação e ensino em enfermagem:

A presente revisão *scoping* permitiu a sistematização de linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Nesta foram elencados diversos aspetos que devem ser tidos em conta na gestão dos cuidados

de enfermagem, nomeadamente em relação à gestão de vagas, organização do espaço físico e ambiental das enfermarias, distribuição de doentes por enfermeiro e gestão das visitas.

Dada a escassez de literatura no âmbito da intervenção de enfermagem na prevenção e no controlo do *delirium* direcionada à pessoa com doença oncológica em situação paliativa, mais estudos, de cariz quantitativo e qualitativo, acerca da eficácia das intervenções não farmacológicas necessitam de ser realizados. Os aspetos éticos e de operacionalização prática subjacentes à realização de estudos com esta população, que apresenta um tempo de vida limitado e está numa situação de vulnerabilidade acrescida devem ser devidamente acautelados de forma a permitir realizar investigação.

Embora os enfermeiros sejam capazes de reconhecer quando um doente está confuso e evidencia *distress*, o reconhecimento de um quadro de *delirium* não ocorre se não existir conhecimento ou uma estrutura que contextualize as suas manifestações clínicas, como um instrumento de rastreio ou de diagnóstico. Também as intervenções a realizar necessitam de ser conhecidas pelos enfermeiros para serem implementadas. Assim, urge investir na formação e no treino dos enfermeiros relativamente à problemática do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Referências Bibliográficas

- Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliative Medicine*, 26(7), 887-896.
- Alves, M.L.S.D. (2010). Sofrimento do Doente Oncológico com Necessidade de Cuidados Paliativos e a Sobrecarga do Cuidador Informal (Dissertação de mestrado). Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bistream/10451/12752/1/605762_Tese.pdf.
- Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds.). (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Disponível em <https://reviewersmanual.ioannabriggs.org/>.
- BC Centre for Palliative Care. (2019). *B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines*. St New Westminster: BC Centre for Palliative Care.
- Bernardo, A. (2003). O delírio em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 45-53.
- Breitbart, W. & Alici, Y. (2012). Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1206-1214.
- Bush, S.H. et al, (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 143-165.
- Bush, S. H. & Bruera, E. (2009). The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. *The Oncologist*, 14, 1039-1049.
- Bush, S.H., Tierney, S. & Lawlor, P.G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*, 77(15), 1623-1643.
- de la Cruz, M., Fan, J., Yennu, S., Tanco, K., Shin, S., Wu, J., Liu, D. & Bruera, E. (2015). The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*, 23, 2427-2433.
- Delgado, A., Borges, J., Pimentel, A. & Almeida, S. (2021). *Delirium em Doentes com Cancro em Contexto de Cuidados Paliativos*. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*. 7(1), 22-31.
- Direção-Geral da Saúde & Conselho Nacional de Oncologia. (13 de Julho de 2004). Circular Normativa nº 14/DGCG.
- Gama, G. & Barbosa, A. (2010). Delirium. In Barbosa, A. & Neto, I. G (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp 367-385). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Harrison, J. (2010). Reducing the unmet supportive care needs of people with colorectal cancer (Tese de Doutoramento). Disponível em <file:///C:/Users/abeat/Downloads/JD%20Harrison-2011-PhD-thesis.pdf>.
- Hosie et al. (2015). Nurse perceptions of the Nursing Delirium Screening Scale in two palliative care inpatient units: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3276-3285.

- Hosie, A., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P. M. & Phillips, J. (2014). Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1353- 1365.
- Kang, J.H., Shin, S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 39, 105-112.
- Lawlor, P.G. & Bush, S.H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12, 77-92.
- Lawley, H. & Hewison, A. (2017). An integrative literature review exploring the clinical management of delirium in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4172-4183.
- LeGrand, S.B. (2012). Delirium in palliative medicine: a review. *Journal Pain Symptom Management*, 4, 583-594.
- Leonard, M. M. et al (2014). Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 176-190.
- Lynch, M., Dahlin, C. & Bakitas, M. (2012). Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 391-398.
- Meagher, D.J. (2001). Delirium: optimizing management. *Br. Med.J.* 322, 144-149.
- Milsen, K., Lemiengre, J., Braes, T. & Foreman, M. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 79-90.
- Moreira, C. (2012). *Delirium Dimensão do Problema num Serviço de Cuidados Paliativos* (Dissertação de mestrado). Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11406>.
- Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSMC.
- Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). Delirium: O 7º parâmetro vital?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(1), 51-58.
- Sands, M.B., Dantoc, B.P., Hartshorn, A., Ryan, C.J. & Lujic, S. (2010). Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliative Medicine*, 24(6), 561-565.
- Steis, M. R. & Fick, D. M. (2008). Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *J Gerontol Nurs*, 34, 40-48.
- Watt, C. L. et al. (2019). The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings. A systematic review. *Palliative Medicine*, 33, 365-87.

APÊNDICE IV

CHECKLIST SOBRE A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

CHECKLIST SOBRE A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

- **Apreciação de enfermagem com vista ao reconhecimento do *delirium***

Avalia o estado físico: ▪ Consulta a história clínica (aspetos médicos e cirúrgicos); ▪ Efetua a observação física (aparência geral, higiene e vestuário e observação céfalo-caudal); ▪ Consulta o registo dos sinais vitais; ▪ Consulta o histórico da medicação prescrita.	
Avalia o estado mental: ▪ Orienta a entrevista de modo a avaliar: - Funcionamento Global (aparência geral, apresentação, mimica e expressividade, comportamento psicomotor, postura e atitude face ao entrevistador e emoções); - Nível de consciência; - Orientação (tempo, espaço, autopsíquica e alopsíquica); - Atenção; - Memória (remota e recente); - Capacidade cognitiva; - Pensamento (forma, fluxo, conteúdo e presença de delírio); - Linguagem (quantidade, velocidade, qualidade e volume); - Sensoperceção (presença de ilusões ou alucinações); - Humor/Afeto; - Psicomotricidade (velocidade e intensidade da mobilidade, inquietação, agitação e lentificação dos movimentos); - Funções psicofisiológicas (sono e apetite alimentar). ▪ Aplica o Mini Exame do Estado Mental (MMSE); ▪ <u>Aplica o Mini-Cog³</u>; ▪ Aplica a “Single Question in Delirium” (SQiD) à família/profissionais de saúde que cuidam da pessoa- “Considera que o (nome da pessoa) ultimamente tem estado mais confuso?”; ▪ <u>Aplica a “Single Question in Delirium” (SQiD) à pessoa- “Considera que o (nome da pessoa) ultimamente tem estado mais confuso?”¹</u>.	

▪ Aplica o “<i>Montreal Cognitive Assessment</i>” (MoCA) para avaliar o estado cognitivo; ▪ Aplica o MOTYB para avaliar a memória- “Consegue dizer os meses do ano pela ordem inversa?” ▪ <i>Solicita à pessoa que conte de 1 a 20 pela ordem contrária;</i> ▪ <i>Solicita à pessoa que solete a palavra “mundo” começando na última letra;</i> ▪ <u><i>Solicita à pessoa que solete a palavra “porta” começando na última letra</i></u> ¹. ▪ <u><i>Aplica um instrumento que permite identificar o risco de desenvolvimento de delirium- NeeCham Confusion Scale</i></u> ².	
Consulta os exames auxiliares de diagnóstico relevantes.	
Efetua a história psicossocial.	
Avalia o ambiente físico: ▪ Temperatura; ▪ Luminosidade; ▪ Ruído- televisão, telefone, alarme de equipamentos médicos; ▪ Utilização de equipamentos médicos- algalias, cateteres venosos, linhas arteriais e bombas perfusoras; ▪ Utilização de meios de contenção; ▪ Presença de pessoas com <i>delirium</i> no mesmo quarto.	
Entrevista a pessoa e/ou família utilizando o acrónimo OPQRSTUV: ▪ Onset- Quando é que os sintomas começaram? Já alguma vez tinha ocorrido um episódio semelhante? ▪ Provoking/Palliating- Quais os fatores de alívio ou de agravamento? Tem dormido bem durante a noite? ▪ Quality- Que sintomas apresenta? Sente-se confuso? Ouve ou vê coisas que habitualmente não ouvia ou via? ▪ Region/Radiation- Sabe em que dia, mês e ano está? Sabe onde está? Sabe dizer o seu nome? ▪ Severity- Qual é a intensidade dos sintomas (numa escala de 0 a 10, sendo 0 nada e 10 o pior possível)? Neste momento? Ao longo do dia, qual é a intensidade mínima e máxima dos sintomas? Quão incomodado está com os sintomas? Existem outros sintomas que acompanham estes (utilizar um instrumento validado para a avaliação de sintomas como por exemplo o “<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>” (ESAS)? ▪ Treatment- Que medicamentos ou tratamentos está a fazer neste momento? Parece-lhe que estão a ser eficazes? Tem tido algum efeito secundário? Que medicamentos ou tratamentos fez no passado? ▪ Understanding/Impact on you- O que é que acha que desencadeou o aparecimento destes sintomas? Como é que estes sintomas o estão a afetar a si e à sua família?	

▪ Values- Que expectativa é que tem relativamente à resolução destes sintomas? Que nível de conforto é que pretende alcançar? Existe algum aspeto relacionado com estes sintomas que para si e para a sua família seja importante abordar?	
Identifica os fatores de risco predisponentes e precipitantes do episódio de <i>delirium</i> .	
Aplica um instrumento de rastreio do <i>delirium</i> - <i>Memorial Delirium Assessment Scale</i> (MDAS).	
Aplica um instrumento de diagnóstico do <i>delirium</i> - <i>Confusion Assessment Method</i> (CAM).	

• Intervenções de enfermagem

Prevenção do <i>delirium</i>	
Otimiza o padrão de sono-vigília: ▪ Durante o dia aumenta a exposição à luz e à noite reduz a luz e o ruído; ▪ Facilita a utilização de roupa para dormir própria, se for vontade da pessoa.	
<u>Proporciona um ambiente seguro e confortável:</u> ▪ <u>Diminui estímulos, mas evitando a privação sensorial (temperatura, luzes, ruído- televisão, telefone, alarme de equipamentos médicos) ¹.</u>	
Orienta a pessoa: ▪ Reorienta a pessoa explicando onde é que está, quem é, quem você é e sua função; ▪ Utiliza um quadro branco de orientação completa; ▪ Coloca o relógio num lugar visível; ▪ Evita mudanças frequentes de quarto.	
Potencia a comunicação: ▪ Coloca à pessoa os óculos, o aparelho auditivo e as próteses dentárias, se aplicável.	
Incentiva a mobilização, <u>se existir benefício para o doente</u> ¹: ▪ Mobiliza a pessoa, se o seu estado permitir; ▪ Senta a pessoa fora da cama para tomar as refeições, se o seu estado permitir; ▪ Evita a contenção física; ▪ Minimizar o uso de sondas vesicais e imobilizadores.	
Monitoriza a hidratação e a nutrição: ▪ Incentiva a pessoa a beber, se for capaz de engolir com segurança;	

▪ Auxilia a pessoa durante a refeição.	
Monitoriza o funcionamento vesical e intestinal: ▪ Avalia a existência de retenção urinária ▪ Avalia a existência de obstipação; ▪ Evita a algaliação.	
<u>Encoraja a realização de atividades de estimulação cognitiva (como por exemplo sopas de letras, palavras cruzadas, sudoku, escrever o nome, ler algo que goste, escrever sobre temas do seu interesse) ¹.</u>	
<u>Estimula a memória retrógrada (por exemplo com atividades de reminiscência) de modo a potenciar o estado de orientação da pessoa (se este não se recordar de algo não insistir) ¹.</u>	
Fornece suporte psicológico e educacional: ▪ Tranquiliza a pessoa, utilizando um tom de voz calmo; ▪ Fornece um folheto informativo sobre o <i>delirium</i>.	
Informa a família preventivamente em relação ao <i>delirium</i> e de forma repetida.	
Incentiva a família a intervir como parceira de cuidados, nomeadamente nas intervenções não farmacológicas enunciadas anteriormente.	

Controlo do <i>delirium</i>	
Intervém, corrigindo os fatores que precipitaram o episódio de <i>delirium</i>.	
Administra terapêutica farmacológica com o intuito de acalmar a pessoa, durante o dia, evitando a sonolência, e permitindo um sono sossegado à noite.	
Administra terapêutica farmacológica com o objetivo de proceder à sedação paliativa (<u>intermitente ou contínua quanto à duração ou superficial, moderada ou profundo, em relação á intensidade</u>) da pessoa se esta apresentar <i>delirium refratário à terapêutica neuroléptica</i> ².	
Antes de proceder à sedação paliativa da pessoa: ▪ Contacta com a família (e com a pessoa se houver momentos lúcidos com capacidade) para ventilar as suas preocupações e desejos de propiciar o controlo sintomático e conforto durante o processo de morrer; ▪ Informa a família que a finalidade da sedação é propiciar conforto e controlo sintomático e não acelerar a morte; ▪ Lembra a família que a sedação pode provocar um sentimento de perda prematura e que a pessoa pode ficar num estado de limbo (ainda não morto, mas já não vivo no sentido vital).	
Mantem uma conduta de respeito pela dignidade da pessoa mesmo perante atitudes irracionais, agressivas ou comportamentos inadequados.	

Evita confrontações diretas com valores.	
Evita restrições físicas.	
Transmite confiança e segurança.	
Favorece o contacto com a realidade: ▪ Facilita a reconstituição do tempo, espaço e pessoa; ▪ Trata a pessoa pelo seu nome; ▪ Informa a pessoa do momento do dia e ▪ Informa a pessoa do seu nome (do enfermeiro); ▪ Estrutura a rotina diária com horas regulares para cuidados de higiene, refeições, exercício etc. ▪ Evita fazer alterações no quarto.	
Promove a autonomia da pessoa nas atividades de vida diárias: ▪ Estimula a realização de pequenas tarefas, evitando ser muito exigente; ▪ Incentiva a memória retrógrada de modo a restabelecer a confiança e a orientação da pessoa (se este não se recordar de algo não insistir); ▪ Realiza as atividades mais cedo e reduz os estímulos no final do dia; ▪ Se a pessoa apresentar défices sensoriais, providencia a colocação dos óculos, aparelhos auditivos e próteses dentárias.	
Estabelece uma comunicação terapêutica com a pessoa: ▪ Está atento aos medos, angústias e eventuais alucinações, e ajuda a corrigi-los ou superá-los; ▪ Evita conversas simultâneas/cruzadas; ▪ Sempre que a situação cognitiva da pessoa o permita fala das atividades diárias e factos quotidianos, de uma forma clara e concisa; ▪ Adota uma comunicação não verbal (gestos, expressões faciais, posição e movimentos do corpo, timbre da voz) benéfica para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa; ▪ Estabelece contacto físico com a pessoa (se esta desejar) e utiliza um tom de voz suave.	
Estimula a presença de membros da família e permite a expressão de pensamentos, dúvidas e emoções	
Facilita o descanso noturno e diminui a inquietação, através do uso de técnicas de relaxamento, pelo que realiza uma massagem, põe uma música calma e oferece uma bebida quente.	
Evita perturbar o ciclo de sono-vigília, como por exemplo acordar a pessoa durante a noite para administrar medicação ou avaliar os sinais vitais.	
Antes de realizar um procedimento:	

▪ Avisa a pessoa antes; ▪ Explica à pessoa de modo simples o que irá fazer.	
Encoraja a prática de exercício físico, se existir benefício para a pessoa.	
Encoraja a realização de atividades de estimulação cognitiva (<u>como por exemplo sopas de letras, palavras cruzadas, sudoku, escrever o nome, ler algo que goste, escrever sobre temas do seu interesse</u>) ¹ .	
Minimiza a rotatividade dos profissionais de saúde.	
Se a pessoa apresentar delírios ou alucinações: ▪ Redireciona a pessoa, sem a confrontar; ▪ Reconhece o que a pessoa está a experienciar, evitando validar o conteúdo do delírio ou da alucinação.	
Se a pessoa recuperar do episódio de <i>delirium</i> , realiza um “ <i>debriefing</i> ” e transmite segurança à pessoa no sentido de minimizar o <i>distress</i> associado.	
Proporciona um ambiente seguro e confortável: ▪ Diminui estímulos, mas evitando a privação sensorial (temperatura, luzes, ruído- televisão, telefone, alarme de equipamentos médicos).	
Procura um ambiente estável e seguro: ▪ Evita transferências de cama e de unidade.	
Coloca num lugar bem visível um relógio, um calendário e objetos familiares/pessoais para potenciar a orientação temporo-espacial da pessoa.	
Não permite muitas pessoas no quarto e evita várias pessoas com <i>delirium</i> no mesmo quarto.	
Ventila o quarto e garante uma luz ténue e constante durante a noite;	
Evita colocar grades na cama e utilizar meios de contenção, exceto se tal for necessário por não ser possível uma presença contínua junto da pessoa.	
Evita a iluminação desadequada, sobretudo em pessoas com ilusões ou alucinações, preferindo ter o quarto bem iluminado.	
Reduz estímulos: ▪ Minimiza a utilização de equipamentos médicos (algalias, cateteres venosos, linhas arteriais e bombas perfusoras).	
Explica à família os seguintes aspetos: ▪ Manifestações clínicas e etiologia do episódio de <i>delirium</i> e atitudes terapêuticas tomadas; ▪ Que o <i>delirium</i> é uma situação inesperada, mas muito frequente em situações de doença avançada; ▪ Que a pessoa apresenta alternância de períodos de lucidez e confusão, adverte acerca da flutuação do prognóstico;	

▪ Que a agitação e confusão são expressões do mau funcionamento do cérebro e não de loucura, dor/sofrimento e que nem sempre a morte está iminente nessas situações; ▪ Que alguns delírios leves no final da vida podem levar a pessoa a dizer e a fazer algo que não é razoável, mas que a maior parte das pessoas quando normalizam pouco ou nada se recordam dos sintomas; ▪ Que se deve aceitar a desorientação e o que a pessoa diz nesse contexto sem a tentar corrigir, contrariar ou desafiar; ▪ A necessidade de internamento e o objetivo da sedação paliativa (caso seja necessária); ▪ Que nem todos os membros da família aceitam de igual modo a impossibilidade, por vezes total, de comunicar com a pessoa, <u>assim como de a alimentar</u>¹, mas que é importante restaurar a harmonia da família; ▪ Como a família pode contribuir para os cuidados à pessoa.	
Presta apoio psicossocial à família de modo a minimizar o seu <i>distress</i> .	
Fornece à família informação por escrita acerca do <i>delirium</i> , por exemplo sob a forma de um folheto.	

• **Avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem**

Avalia o estado mental: ▪ Orienta a entrevista de modo a avaliar: - Funcionamento Global (aparência geral, apresentação, mimica e expressividade, comportamento psicomotor, postura e atitude face ao entrevistador e emoções); - Nível de consciência; - Orientação (tempo, espaço, autopsíquica e alopsíquica); - Atenção; - Memória (remota e recente); - Capacidade cognitiva; - Pensamento (forma, fluxo, conteúdo e presença de delírio); - Linguagem (quantidade, velocidade, qualidade e volume); - Sensoperceção (presença de ilusões ou alucinações); - Humor/Afeto; - Psicomotricidade (velocidade e intensidade da mobilidade, inquietação, agitação e lentificação dos movimentos);	
--	--

- Funções psicofisiológicas (sono e apetite alimentar).	
Avalia os sintomas presentes, nomeadamente a sua intensidade e as alterações observadas.	
Aplica um instrumento de avaliação da gravidade do <i>delirium</i> - <i>Delirium Rating Scale</i> (DRS)/ <i>Memorial Delirium Assessment Scale</i> (MDAS).	
Caso tenha sido efetuada a sedação paliativa da pessoa- Aplica um instrumento para avaliação do nível de sedação- <i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i> (RASS-PAL).	

Observações:

Legenda:

N/A: Não aplicável.

1. Intervenção proveniente da observação da prática clínica na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital A.
2. Intervenção proveniente da observação da prática clínica na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital B.
3. Intervenção proveniente da prática clínica no Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia do Hospital A.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliative Medicine*, 26(7), 887-896.

Breitbart, W. & Alici, Y. (2012). Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (11), 1206-1214.

Bush, S.H et al. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 29(4), 143-165.

- Bush, S.H. & Bruera, E. (2009). The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. *The Oncologist*, 14, 1039-1049.
- Bush, S.H., Tierney, S. & Lawlor, P.G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*, 77(15), 1623-1643.
- BC Centre for Palliative Care. (2019). *B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines*. St. New Westminster: BC Centre for Palliative Care.
- Gama, G. & Barbosa, A. (2010). Delirium. In Barbosa, A. & Neto, I.G (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2^a ed., pp 367- 285). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Hosie et al. (2015). Nurse perceptions of the Nursing Delirium Screening Scale in two palliative care inpatient units: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3276-3285.
- Hosie, A., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P.M.& Phillips, J. (2014). Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1353-1365.
- Kang, J.H., Shin. S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 39, 105-112.
- Lawlor, P.G. & Bush, S.H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12, 77-92.
- Lawley, H. & Hewison, A. (2017). An integrative literature review exploring the clinical management of delirium in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4172- 4183.
- Leonard, M.M. et al (2014). Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 176-190.
- Lynch, M., Dahlin, C. & Bakitas, M. (2012). Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 391-398.
- Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSMC.

- Quaresma, F. A. (2019). *Delirium* numa enfermaria de Medicina Interna- impacto do seu reconhecimento para a sua prática clínica (Tese de Mestrado). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/39639/1/12137_Tese.pdf.
- Sands, M.B., Dantoc, B.P., Hartshorn, A., Ryan, C.J. & Lujic, S. (2010). Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliative Medicine*, 24(6), 561-565.

APÊNDICE V

ASPETOS A INCLUIR NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

ASPETOS A INCLUIR NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Apreciação	Avaliação do estado físico (registro de aspetos que possam estar relacionados com fatores predisponentes e/ou precipitantes de um episódio de <i>delirium</i>).
	Avaliação do estado mental: ▪ Funcionamento Global (aparência geral, apresentação, mimica e expressividade, comportamento psicomotor, postura e atitude face ao entrevistador e emoções); ▪ Nível de consciência; ▪ Orientação (tempo, espaço, autopsíquica e alopsíquica); ▪ Atenção; ▪ Memória (remota e recente); ▪ Capacidade cognitiva; ▪ Pensamento (forma, fluxo, conteúdo e presença de delírio); ▪ Linguagem (quantidade, velocidade, qualidade e volume); ▪ Sensopercepção (presença de ilusões ou alucinações); ▪ Humor/Afeto; ▪ Psicomotricidade (velocidade e intensidade da mobilidade, inquietação, agitação e lentificação dos movimentos); ▪ Funções psicofisiológicas (sono e apetite alimentar).
	Se aplicado um instrumento de avaliação do estado mental, registro do nome do instrumento, do dia em que foi aplicado e das conclusões retiradas.
	Avaliação do ambiente físico (registro de aspetos que possam estar relacionados com fatores predisponentes e/ou precipitantes de um episódio de <i>delirium</i>).
	Sintomas prodrómicos (alterações do sono, irritabilidade, ansiedade, inquietação psicomotora e desorientação).

	Se a pessoa apresentar <i>delirium</i> , registo dos sintomas que apresenta (início, fatores de alívio ou de agravamento, intensidade dos sintomas e impacto no doente e na família).
	Se aplicado um instrumento de rastreio ou diagnóstico do <i>delirium</i> , registo do nome do instrumento, do dia em que foi aplicado e das conclusões retiradas.
Intervenção	Intervenções não farmacológicas implementadas, com o objetivo de prevenir o <i>delirium</i> . Registo do suporte emocional e de educação oferecido ao doente e família, nomeadamente se foi fornecida informação escrita.
	Intervenções farmacológicas e não farmacológicas implementadas, com o objetivo de corrigir os fatores que precipitaram o episódio de <i>delirium</i> .
	Terapêutica farmacológica administrada para controlo sintomático.
	No caso de sedação paliativa: ▪ Decisão de proceder à sedação paliativa; ▪ Informação fornecida à pessoa/família/pessoas significativas acerca da sedação paliativa com o intuito de obter o seu consentimento informado livre e esclarecido; ▪ Quem consentiu a realização da sedação paliativa; ▪ Terapêutica farmacológica administrada para efetuar a sedação paliativa (nome do fármaco, dosagem, posologia e via de administração); ▪ Suporte emocional e de educação oferecido à família e ao doente, se aplicável.
	Se a pessoa apresentar <i>delirium</i> , registo das intervenções não farmacológicas implementadas, dirigidas ao doente, ambiente e família, com o objetivo de controlar o <i>delirium</i> . Registo do suporte emocional e de educação oferecido ao doente e família, nomeadamente se foi fornecida informação escrita.
	Avaliação do estado mental conforme descrito na apreciação.

Avaliação dos resultados obtidos	Avaliação dos sintomas presentes, nomeadamente a intensidade e as alterações observadas.
	Se aplicado um instrumento de avaliação da gravidade do <i>delirium</i> , registo do nome do instrumento, do dia em que foi aplicado e das conclusões retiradas.
	Caso tenha sido efetuada a sedação paliativa do doente e aplicado um instrumento para avaliação da sedação, registo do nome do instrumento, do dia em que foi aplicado e das conclusões retiradas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of a decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliative Medicine*, 26(7), 887-896.
- Breitbart, W. & Alici, Y. (2012). Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (11), 1206-1214.
- Bush, S.H et al. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 29(4), 143-165.
- Bush, S.H. & Bruera, E. (2009). The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. *The Oncologist*, 14, 1039-1049.
- Bush, S.H., Tierney, S. & Lawlor, P.G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*, 77(15), 1623-1643.
- BC Centre for Palliative Care. (2019). *B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines*. St. New Westminster: BC Centre for Palliative Care.
- Gama, G. & Barbosa, A. (2010). Delirium. In Barbosa, A. & Neto, I.G (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp 367- 285). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Hosie et al. (2015). Nurse perceptions of the Nursing Delirium Screening Scale in two palliative care inpatient units: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3276-3285.
- Hosie, A., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P.M.& Phillips, J. (2014). Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1353-1365.

- Kang, J.H., Shin, S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 39, 105-112.
- Lawlor, P.G. & Bush, S.H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12, 77-92.
- Lawley, H. & Hewison, A. (2017). An integrative literature review exploring the clinical management of delirium in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4172- 4183.
- Leonard, M.M. et al (2014). Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 176-190.
- Lynch, M., Dahlin, C. & Bakitas, M. (2012). Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 391-398.
- Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSMC.
- Sands, M.B., Dantoc, B.P., Hartshorn, A., Ryan, C.J. & Lujic, S. (2010). Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliative Medicine*, 24(6), 561-565.

APÊNDICE VI

1ª REFLEXÃO CRÍTICA

1ª REFLEXÃO CRÍTICA

Esta Reflexão Crítica foi elaborada de acordo com o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*.

1. Descrição

O Sr. P. tinha 62 anos, era casado e tinha um filho com 23 anos, já independente do ponto de vista económico. Tinha-lhe sido diagnosticado em agosto do presente ano um melanoma maligno do dorso em estágio III, sem metástases. O Sr. P. decidiu não informar a família da sua real situação de saúde. Este disse somente à esposa que, devido aos sinais que tinha na pele, estava a ser acompanhado na consulta de dermatologia do Hospital A. Segundo a esposa, esta tentou acompanhá-lo várias vezes às consultas, mas o Sr. P. recusava sempre, argumentando que não fazia sentido ir porque não podia entrar devido às restrições impostas pela COVID-19.

A 2 de novembro, o Sr. P. deslocou-se ao Hospital A, a uma consulta de Medicina e o seu médico assistente, por considerar que apresentava alterações do estado mental, sugeriu-lhe que fosse ao Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) para ser feita uma avaliação mais detalhada. No diário clínico do médico que o observou no SANP encontra-se descrito “doente confuso, inquieto (...) refere não saber bem o que se passa consigo, mas não estar louco” (sic.). Perante tal, a equipa médica decidiu internar o cliente no Serviço de Medicina. O Sr. P. avisou a família do sucedido.

No decurso do internamento, o cliente desenvolveu um quadro sugestivo de *delirium* misto, com períodos de agitação psicomotora, mais exacerbados no período noturno. Este foi medicado com haldol e midazolam, em SOS. A equipa de enfermagem, durante a noite, na tentativa de controlar a agitação, realizava múltiplos SOS, pelo que durante o dia o cliente estava sonolento e dificilmente despertável.

Neste contexto, a equipa médica avisou a família do agravamento do estado clínico do Sr. P. e referenciou-o para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). No próprio dia em que o cliente foi referenciado (3 de novembro) eu, a enfermeira e a médica da EIHSCP fomos observar o cliente. À observação este encontrava-se num estado de estupor, reativo à estimulação vigorosa, mas sem atenção captável, tendo sido impossível estabelecer um diálogo. A enfermeira responsável referiu à EIHSCP que se tratava de um quadro de *delirium*. Porém, nem a equipa de enfermagem, nem a equipa médica fizeram referência a esse

diagnóstico nos seus registos. A EIHS CP decidiu simplificar a terapêutica farmacológica prescrita, introduzir levomepromazina e ajustar a dosagem e o horário do antipsicótico e da benzodiazepina já prescritos.

No dia seguinte, eu, a enfermeira e a médica fomos novamente observar o Sr. P. e este mantinha o mesmo estado. Perguntei à enfermeira responsável como tinha passado noite e se o ajuste de medicação não tinha sido eficaz. Esta respondeu-me que não, que o cliente se tinha mantido agitado, com tentativas de levantar e verborreico, pelo que tinham sido administrados dois SOS de 5 mg de haldol endovenoso e três SOS de 2 mg de midazolam endovenoso. Mais tarde, a médica da EIHS CP telefonou ao médico assistente do Sr. P., com intuito de definirmos em conjunto os objetivos terapêuticos. Este informou-a que iria prescrever a realização de uma tomografia axial computadorizada crânio-encefálica e toracoabdominopélvica, bem como uma tomografia de emissão de positrões para investigar a etiologia do *delirium*, dado que o cliente não se encontrava em progressão de doença.

O Sr. P. na noite seguinte manteve a mesma sintomatologia e acabou por falecer.

2. Pensamentos e Sentimentos

O pensamento que tive quando conheci pela primeira vez o Sr. P. foi que seu o quadro de *delirium* podia ter sido detetado mais precocemente e que podia ter sido referenciado para a EIHS CP numa situação de menor gravidade. Naquele momento, senti-me desiludida com os profissionais de saúde, pela resposta limitada que dão a pessoas com esta problemática. Porém, quando ouvi a enfermeira responsável utilizar o termo *delirium* fiquei contente pela equipa de enfermagem ser capaz de reconhecer a síndrome. Perante a sua afirmação, pensei que o diagnóstico tivesse sido documentado. Fiquei surpreendida e novamente desiludida quando fui ler os diários clínicos e os registos de enfermagem e me apercebi que não.

No segundo dia em que estive com o Sr. P. senti-me frustrada por o ver no mesmo estado de estupor e pela enfermeira me ter dito que as medidas farmacológicas não tinham sido eficazes no controlo sintomático.

Quando tive conhecimento que a equipa médica iria submeter o Sr. P. a exames de diagnóstico para identificar a causa do *delirium* senti-me revoltada. Pensei de imediato que a equipa médica estava a optar por uma abordagem

investigativa, que não iria contribuir para o conforto do cliente e a esquecer-se que este se encontrava desconfortável e que, por isso, deveríamos intervir no seu controlo sintomático.

No momento em que soube que o Sr. P. tinha falecido senti-me revoltada comigo própria, porque podia ter feito algo mais para que este não morresse desconfortável.

3. Avaliação

Avaliando a experiência descrita anteriormente, tendo em conta a evidência científica, é possível identificar aspetos positivos e negativos.

No que concerne aos aspetos positivos, destaco o facto do médico assistente ter avaliado o estado mental do Sr. P., reconhecido alterações no mesmo e identificado a necessidade de realizar uma apreciação mais detalhada, pois permitiu que este fosse internado e cuidado. Tal vai ao encontro do que defendem Kang, Shin & Bruera (2013), que referem que deve ser realizada uma apreciação dirigida ao *delirium* a todas as pessoas com doença oncológica e também ao citado por Lawlor & Bush (2015), o subtratamento do *delirium* resulta num aumento do *distress* do cliente e da família. A equipa multidisciplinar do Serviço de Medicina ter decidido referenciar o Sr. P. para uma equipa especializada em Cuidados Paliativos (CP), perante o seu descontrolo sintomático, também foi bastante positivo. Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021), os casos complexos devem ser identificados e referenciados precocemente para obtenção de melhores resultados. A complexidade do cliente relaciona-se com a exigência que é colocada aos profissionais de saúde, pelo facto de cada pessoa/família ser única e com a formação em CP que estes possuem, que constitui a base para a garantia da prestação de cuidados de qualidade (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021). Outro aspeto a destacar positivamente foi a prioridade que eu e os restantes elementos da EIHSCP atribuímos ao caso do Sr. P., indo observá-lo no próprio dia em que o pedido de referenciação foi efetuado, pois o *delirium* é considerado uma emergência em CP, pelo que a intervenção deve ser imediata (Ontario Cancer Symptom Management Collaborative, 2010). A decisão da EIHSCP, na qual eu participei, também foi correta. De acordo com Gama & Barbosa (2010) o tratamento psicofarmacológico é indicado para reduzir a agitação e restabelecer os padrões de sono, permitindo uma melhoria das funções cognitivas. Prayce, Quaresma & Neto (2018) referem que a terapêutica farmacológica deve ser

instituída para obter o controlo sintomático, de modo que posteriormente possam ser otimizadas as medidas não farmacológicas. O facto de no dia seguinte termos ido novamente observar o Sr. P., eu ter questionado a enfermeira responsável sobre como este passou a noite e se a intervenção farmacológica tinha sido eficaz foi positivo, visto que permitiu avaliar o estado do cliente para determinar a adequação das intervenções e a necessidade de as alterar (Cruchinho, 2009). Neste seguimento, a médica da EIHSCP ter contactado o médico assistente do Sr. P. para que a equipa de Medicina e a de CP definissem em conjunto os objetivos terapêuticos foi positivo, visto estar de acordo com a evidência científica. Os objetivos terapêuticos para o cliente e o respetivo plano de intervenção devem ser discutidos no seio da equipa de saúde, pois a eficácia da intervenção depende da comunicação e colaboração entre todos os elementos da equipa (Agar et al., 2012; Hosie, Agar, Lobb, Davidson & Phillips, 2014; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Todavia, existiram alguns aspetos negativos nesta experiência. Relativamente ao último aspeto apresentado, a equipa médica do Serviço de Medicina para além de não ter incluído a EIHSCP na definição dos objetivos terapêuticos, como consta na literatura, também não incluiu a família na tomada de decisão. Segundo Bush, Tierney & Lawlor (2017) o processo de tomada de decisão relativo a este assunto requer uma abordagem individualizada e uma comunicação clara com a família, sobretudo porque o cliente não tem capacidade para decidir. O facto da equipa médica de Medicina ter optado por uma abordagem investigativa e a equipa de saúde não ter modificado as suas ações na tentativa de controlar os sintomas do Sr. P. foi negativo. O controlo sintomático deve ser efetuado a todos os clientes, mesmo em conjunto com a avaliação diagnóstica da etiologia do *delirium* (Lawlor & Bush, 2015; Breibart & Alici, 2012; Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Para além de que “os exames a realizar devem ser congruentes com o estado clínico do cliente e com o benefício que se espera na sua retaliação” (Gama & Barbosa, 2010, p.376). Por último, importa salientar, como aspeto negativo, o facto da equipa do Serviço de Medicina não ter documentado o diagnóstico de *delirium*, mesmo tendo detetado a síndrome. Este problema encontra-se descrito na literatura por diversos autores (de la Cruz, Fan, Yennu, Tanco, Shin, Wu, Liu & Bruera, 2015; Steis & Fick, 2008; Lawlor & Bush, 2015).

4. Análise

A análise desta experiência permitiu-me tomar consciência de diversos aspetos, que enunciarei em seguida.

Diagnosticar precocemente o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa é essencial, dado que permitirá controlar mais precocemente a síndrome, fornecer suporte psicossocial e de educação ao cliente e família, e consequentemente obter melhores resultados em saúde (Bush & Bruera, 2009).

Na definição dos objetivos terapêuticos deve ser tido em conta o estado clínico do cliente, a fase da trajetória da doença em que se encontra, os fatores precipitantes do *delirium* (possíveis ou conhecidos), o estado geral do cliente anteriormente ao episódio de *delirium*, a vontade prévia deste e o *distress* a que este vai ser sujeito para a investigação das causas do *delirium* e para o seu tratamento (Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Desta forma, este processo implica uma abordagem individualizada e a comunicação entre a equipa de saúde e a família, nomeadamente porque o cliente não tem capacidade para tomar decisões (Lawlor & Bush, 2015; Bush, Tierney & Lawlor, 2017). O recurso a exames de diagnóstico para investigar a etiologia do *delirium* deve ser levado a cabo se tal for congruente com o estado clínico do cliente e se tiver benefício para o mesmo, visto que existem critérios éticos que orientam a tomada de decisão em situações de fim de vida (Gama & Barbosa, 2010). Estes consagram que os cuidados ao cliente se devem centrar em medidas exclusivamente de conforto (Gama & Barbosa, 2010; Breitbart & Alici, 2012).

A comunicação e a colaboração entre todos os elementos da equipa de saúde, neste caso do Serviço de Medicina e CP, tendo em conta os objetivos terapêuticos definidos, é fundamental para eficácia do plano de intervenção (Agar et al., 2012; Hosie, Agar, Lobb, Davidson & Phillips, 2014; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Os enfermeiros que exercem funções em contexto de CP devem ter um papel ativo no seio da equipa interdisciplinar e promover a mudança da prática clínica, se esta não estiver em consonância com a evidencia científica (Hosie et al, 2015).

5. Conclusão

Na presente situação poderia ter intervindo melhor em alguns aspetos. Quando tomei conhecimento que o médico assistente do Sr. P. iria prescrever a realização de exames de diagnóstico para investigar a etiologia do *delirium* deveria ter intervindo de acordo com as competências comuns de enfermeiro especialista. Isto é, deveria ter

refletido com a Enfermeira Orientadora sobre a evidência científica recente face à decisão e os princípios éticos subjacentes, de forma a se equacionar propor ao médico assistente realizar uma conferência familiar para abordar a temática da sedação paliativa.

Nesta situação poderia ter feito sentido propor a sedação paliativa, porque o Sr. P. apresentava um *delirium* refratário e estava em fim de vida e a mesma permitiria reduzir o seu *distress* e o da família, bem como proporcionar uma morte mais pacífica (Bush, Tierney & Lawlor, 2017).

6. Planear a Ação

No futuro, numa situação semelhante em que tenha de cuidar de uma pessoa com doença oncológica em situação paliativa com *delirium* misto procurarei intervir de acordo com o conhecimento adquirido.

Assim, intervirei precocemente realizando uma apreciação sistemática e individualizada, que incluirá a avaliação de três aspetos fundamentais: estado físico (história clínica, observação física, revisão dos sinais vitais, revisão minuciosa dos medicamentos e a sua relação com as alterações de comportamento); estado mental (entrevista e testes cognitivos); exames complementares de diagnóstico (realizados até à data); história psicossocial e ambiente físico em que está inserido o cliente (Gama & Barbosa, 2010; quer pela Ontario Cancer Symptom Management Collaborative, 2010; BC Centre for Palliative Care, 2019). Tentarei que esta apreciação seja realizada em conjunto com os restantes elementos da equipa de saúde, para que seja mais eficaz (Bush et al, 2018). Seguidamente, procurarei que seja realizada uma conferência familiar para que, de acordo com a apreciação realizada, a equipa de saúde em parceria com a família defina os objetivos terapêuticos e o respetivo plano de intervenção.

Na conferência familiar irei intervir também na família, oferecendo-lhe suporte emocional e educacional, de modo a minimizar o seu *distress* (Bush & Bruera, 2009). No que concerne ao suporte emocional, procurarei que a família ventile as suas preocupações e desejos (Gama & Barbosa, 2010). Relativamente ao suporte educacional, explicarei à família o que está a acontecer com o cliente, salientando os seguintes aspetos: o *delirium* é uma situação inesperada, mas muito frequente em situações de doença avançada; a pessoa pode alternar períodos de confusão e de lucidez; a agitação e confusão são expressões do mau funcionamento do cérebro e

não de loucura, dor ou sofrimento; que se deve aceitar a desorientação e o que a pessoa diz nesse contexto sem a tentar corrigir, contrariar ou desafiar; a possibilidade de ser necessária a sedação paliativa, qual a sua finalidade e solicitar o seu consentimento informado, esclarecido e livre; que é importante restaurar a harmonia da família; e como esta pode contribuir para os cuidados à pessoa (Gama & Barbosa, 2010).

Simultaneamente, atuarei, em conjunto com a restante equipa de saúde, no controlo sintomático do cliente, visto que este deve ser sempre realizado (Lawlor & Bush, 2015; Breitbart & Alici, 2012; Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Primeiramente, através de medidas farmacológicas, para que posteriormente possam ser otimizadas as medidas não farmacológicas (Prayce, Quaresma & Neto, 2018).

Se não for possível controlar sintomaticamente o cliente com a medicação neuroléptica instituída, se tal só for possível com a sedação e se este se encontrar em fim de vida terei de abordar no seio da equipa de saúde o benefício de efetuar a sedação paliativa do cliente (Gama & Barbosa, 2010; Kang, Shin & Bruera, 2013). Nesse caso terei de assegurar que só será realizada a intervenção se a família tiver consentido (uma vez que o cliente não tem capacidade para decidir) e que tal fica registado (Gama & Barbosa, 2010; Kang, Shin & Bruera, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliative Medicine*, 26(7), 887-896.
- BC Centre for Palliative Care. (2019). B.C. *Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines*. St. New Westminster: BC Centre for Palliative Care.
- Breitbart, W. & Alici, Y. (2012). Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (11), 1206-1214.
- Bush, S.H et al. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 29(4), 143-165.
- Bush, S.H. & Bruera, E. (2009). The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. *The Oncologist*, 14, 1039-1049.

- Bush, S.H., Tierney, S. & Lawlor, P.G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Druggs*, 77(15), 1623-1643.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Cruchinho, P. (2009). Modelo das Dez Etapas- um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão. *Percursos*, 12, 13-29.
- de la Cruz, M., Fan, J., Yennu, S., Tanco, K., Shin, S., Wu, J., Liu, D. & Bruera, E. (2015). The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*, 23, 2427-2433.
- Gama, G. & Barbosa, A. (2010). Delirium. In Barbosa, A. & Neto, I.G (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp 367- 285). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Hosie, A., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P.M.& Phillips, J. (2014). Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1353-1365.
- Kang, J.H., Shin. S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 39, 105-112.
- Lawlor, P.G. & Bush, S.H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12, 77-92.
- Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSMC.
- Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). Delirium: O 7º parâmetro vital?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(1), 51-58.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Steis, M. R. & Fick, D. M. (2008). Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *J Gerontol Nurs*, 34, 40-48.

APÊNDICE VII

ESTRUTURA ORGANIZATIVA E FUNCIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS DO HOSPITAL B

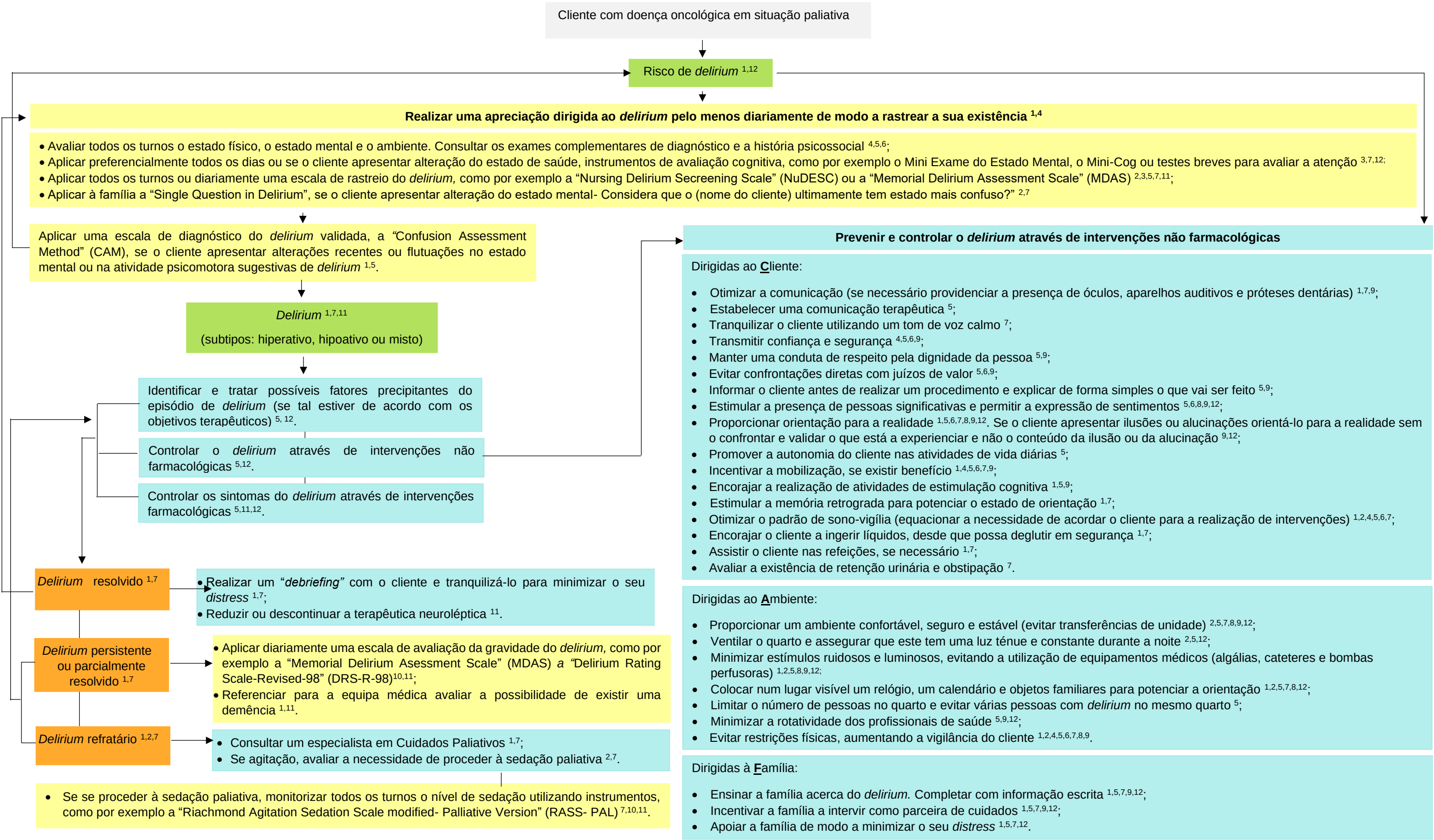
ESTRUTURA ORGANIZATIVA E FUNCIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS DO HOSPITAL B

A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP) possui uma equipa interdisciplinar preparada teórica e tecnicamente para prestar cuidados paliativos, constituída por médicos com competência em Medicina Paliativa, enfermeiros, psicólogo, assistente social, padre, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, auxiliares de ação médica, assistentes administrativos, auxiliares da copa e auxiliares de limpeza. Todos os elementos da equipa desempenham funções a tempo inteiro na unidade, com exceção do nutricionista e dos auxiliares de limpeza que pertence também a outros serviços do hospital, pelo que desempenham funções a tempo parcial. Para além do acompanhamento dos doentes na unidade, os médicos também dão consultas de Cuidados Paliativos e o psicólogo dá consultas de psicologia e de apoio ao luto. Estes profissionais de saúde e o padre da unidade prestam igualmente consultadoria a outros serviços do hospital nesta área de cuidados. A UCCP dispõe de médicos e enfermeiros durante todo o dia, inclusive aos fins-de-semana e feriados (no período noturno fica um médico de chamada). A direção técnica da unidade está a cargo de um médico.

APÊNDICE VIII

ALGORITMO PARA PREVENÇÃO E CONTROLO DO *DELIRIUM* DO CLIENTE COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Algoritmo para prevenção e controlo do *delirium* do cliente com doença oncológica em situação paliativa



¹ Bush, S.H et al., (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 143-165; ² Kang, J.H., Shin, S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 39, 105-112; ³ Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). Delirium: o 7º parâmetro vital?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(1), 51-58; ⁴ BC Centre for Palliative Care. (2019). B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines. St New Westminster: BC Centre for Palliative Care; ⁵ Gama, G. & Barbosa, A. (2010). Delirium. In Barbosa, A. & Neto, I.G (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp 367- 285). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; ⁶Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSM; ⁷ Bush, S. H., Tierney, S. & Lawlor, P. G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Druggs*, 77 (15); 1623-1643; ⁸ Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry and oncology. *Palliative Medicine*, 26 (7), 887- 896; ⁹ Lynch, M, Dahlin, C. & Bakitas, M. (2012), Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (4), 391-398; ¹⁰ Leonard, M. M. et al. (2014). Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 176-190; ¹¹ Lawlor, P. G & Bush, S. H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12,77-92. ¹² Caraceni, A. & Grassi, L. (2011). *Delirium.acute confusional states in palliative medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

APÊNDICE IX

2ª REFLEXÃO CRÍTICA

2ª REFLEXÃO CRÍTICA

Esta Reflexão Crítica foi elaborada de acordo com o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*.

1. Descrição

O Sr. R. tem 48 anos e foi-lhe diagnosticado há aproximadamente dois anos um glioblastoma. Realizou tratamentos oncoespecíficos com pouco benefício e atualmente encontra-se em progressão de doença. Foi internado a 29/12/2021 por cefaleias e confusão mental aguda. No decurso do internamento desenvolveu um quadro de *delirium* hiperativo, que não cedeu à terapêutica neuroléptica, tendo sido necessário iniciar uma perfusão contínua de midazolam 3 mg a 2,1 cc/h, por via subcutânea. Desde então o Sr. R. não apresentou períodos de agitação psicomotora.

O cliente é casado há 12 anos com a Sra. D^a. F. e não tem filhos. Durante todo o dia permanece na companhia da esposa, que decidiu ficar a acompanhá-lo durante o período de internamento. Diariamente recebe a visita dos pais.

No dia 11/01/2022, durante o turno da tarde, fiquei responsável por cuidar do Sr. R. Este encontrava-se obnubilado e com a atenção pouco captável. Por vezes, mobilizava-se no leito e comunicava não verbalmente. Às 18h a Sra. D^a. F. dirigiu-se a mim, com um fâcies preocupado e disse-me que achava que o marido tinha sede (sic.). Perante a sua afirmação, observei a mucosa oral do Sr. R. e constatei que estava seca. Posto isto, expliquei à Sr. F. que atendendo à condição clínica do Sr. R. era normal que tal pudesse acontecer, mas que iria testar o reflexo de deglutição do Sr. R., com a sua colaboração, e caso estivesse presente ensinar-lhe-ia a hidratar a mucosa oral (sic.). A Sra. D^a. F. concordou e agradeceu.

O Sr. R. apresentava o reflexo de deglutição diminuído, pelo que ensinei à Sra. D^a. F. como deveria proceder para hidratar a mucosa oral do marido com uma esponja. Esta fê-lo na minha presença, corretamente. Como tal, disse-lhe que poderia repetir o procedimento, da mesma forma, com alguma frequência, pois assim estaria a promover o conforto do esposo. Esta sorriu, acenou com a cabeça e disse-me que achava que ele tinha gostado (sic.). Eu sorri também, toquei-lhe na mão e disse-lhe que era muito corajosa, pois todos os dias dava o seu melhor para cuidar do seu esposo e da sua família. Reforcei a disponibilidade da equipa para a apoiar no que necessitasse.

2. Pensamentos e Sentimentos

Quando conheci o Sr. R. e a Sra. D^a. F. senti compaixão pelo que estavam a viver. O Sr. R. era um jovem, que se encontrava em fim de vida, isto é, que não teria oportunidade de viver muitos acontecimentos significativos para si. A Sra. D^a. F. era igualmente jovem, estava a assistir ao sofrimento do marido, que sabia que iria acabar por perder, e não conseguia comunicar eficazmente com ele, nem sabia o que fazer para o deixar mais confortável.

Atendendo a que o Sr. R. tinha desenvolvido um quadro de *delirium* refratário à terapêutica neuroléptica, senti-me satisfeita ao constatar que as medidas farmacológicas (sedação paliativa) e não farmacológicas realizadas pela equipa de saúde estavam a surtir efeito, dado que este não voltou a apresentar episódios de agitação psicomotora. Senti novamente satisfação ao verificar que as intervenções de suporte educacional e emocional que tinha realizado à Sra. D^a. F. tinham sido eficazes, pois esta evidenciava menos *distress*, ou seja, estava menos triste e menos preocupada, porque tinha deixado o marido mais confortável.

3. Avaliação

Na minha interação com a Sr. R. e com a Sra. D^a. F. considero que existiram vários aspetos positivos. Porém, reconheço que existiu um aspeto negativo.

Em primeiro lugar, saliento como aspeto positivo ter permitido que o Sr. R. permanecesse na companhia da esposa durante todo o dia e que estivesse com pais no horário destinado às visitas. De acordo com a evidência científica o enfermeiro deve estimular a presença de pessoas significativas, visto que tanto é benéfico para a pessoa com doença oncológica em situação paliativa com *delirium*, como para os seus familiares (Gama & Barbosa, 2010; Ontario Cancer Symptom Management Collaborative, 2010; BC Centre for Palliative Care, 2019). Foi igualmente positivo ter avaliado o nível de sedação do Sr. R., uma vez que tinha sido instituída sedação paliativa (Prayce, Quaresma & Neto, 2017; Bush, Tierney & Lawlor, 2017; Bush et al., 2018). Consequentemente, foi correto ter adequado a minha intervenção à apreciação realizada, avaliando o reflexo da deglutição do cliente antes de proceder à hidratação da mucosa oral, de forma a garantir a sua segurança.

De seguida, identifico como aspeto negativo não ter incentivado a Sra. D^a. F. a expressar o que sentia, a ventilar as suas preocupações após ter observado o seu fâcies preocupado e de esta me ter dito que “achava” (sic.) que o Sr. R. tinha sede. Segundo Finucane, Lugton, Kennedy & Spiller (2017) os familiares das pessoas com doença oncológica avançada com *delirium* podem experienciar elevados níveis de *distress*, sentindo-se preocupados com estes. O facto do Sr. R. estar sedado e ter dificuldade em comunicar, compromete a comunicação entre este e a família e consequentemente aumenta o *distress* desta, pelo que o enfermeiro deve intervir junto da mesma a um nível emocional (Finucane et al., 2017).

Relativamente aos restantes aspetos positivos, considero que foi benéfico ter valorizado a apreciação da Sr. F., visto que tal vai ao encontro do que defende Finucane et al. (2017), perante as dificuldades de comunicação dos clientes com *delirium*, os elementos da equipa de saúde devem integrar no plano terapêutico a informação proveniente da interpretação que os familiares fazem do comportamento destes, pelo conhecimento que estes possuem acerca dos mesmos. Ter explicado à Sra. D^a. F. que era natural o Sr. R. apresentar xerostomia também foi positivo, pois partilhei consigo informação acerca do que era expectável acontecer na condição de saúde do seu esposo, o que contribui para a minimizar o seu *distress* (Finucane et al., 2017; Bush et al., 2018). Outro aspeto correto à luz da evidência científica foi a inclusão da Sra. D^a. F. na prestação de cuidados ao Sr. R., quando testei consigo o reflexo de deglutição e lhe ensinei como deveria proceder para hidratar a mucosa oral do esposo. Segundo Prayce et al. (2017) os profissionais de saúde devem envolver a família no plano terapêutico e educá-la. Foi igualmente positivo ter referido à Sra. D^a. F. que poderia repetir o procedimento autonomamente e que com a realização do mesmo estaria a promover o conforto do esposo. Tal contribuiu para aumentar a aceitação da Sra. D^a. F. relativamente à situação de saúde inevitável do Sr. R., aumentar o seu controlo sobre a situação, envolvê-la no processo de tomada de decisão terapêutica e para que esta tivesse a sensação de que estava a cuidar da melhor forma do esposo (Gama & Barbosa, 2010; Finucane et al., 2017). Da mesma forma que ter reconhecido e verbalizado para a Sra. D^a. F. o quão corajosa era e que todos os dias dava o seu melhor para cuidar do seu esposo e da sua família, contribuiu para melhorar o seu bem-estar e para que esta sentisse que estava a proporcionar conforto ao esposo durante o processo de morrer (Gama & Barbosa, 2010; Finucane et al., 2017). A minha comunicação não verbal através do sorriso e do toque reforçou a mensagem que transmiti verbalmente, pois segundo Phaneuf (2005) o sorriso da

enfermeira manifesta uma atitude calorosa e de abertura ao outro, e o toque afetuoso e intencional evidencia a qualidade da presença e partilha do sofrimento manifestado. Por fim, foi importante ter mencionado à Sra. D^a. F. que a equipa estava disponível para a apoiar no que necessitasse, pois de acordo com Campos (2017) tal conduz a que o cliente verbalize as suas preocupações/problemas, permite que o enfermeiro o oriente na adoção de estratégias adequadas para minimizar o sofrimento e contribui para a confiança que se vai desenvolvendo na relação entre enfermeiro e familiar.

4. Análise

A pessoa com doença oncológica em situação paliativa com *delirium* pode apresentar *delirium* refratário à terapêutica neuroléptica, pelo que por vezes é necessário recorrer à sedação paliativa para obter o controlo sintomático e para que esta fique confortável (Gama & Barbosa, 2010; Bush et al., 2018). Contudo, a medicação sedativa ao reduzir o nível de consciência do cliente pode fazer com que este não seja capaz de comunicar com a família, como anteriormente (Gama & Barbosa, 2010). O facto da comunicação entre o cliente e a família ficar comprometida, dificulta a relação entre estes e aumenta o *distress* de ambos (na situação descrita é mais evidente o *distress* da família, porque o Sr. R. se encontrava obnubilado). Na literatura consta que os familiares das pessoas com doença oncológica avançada com *delirium* experienciam elevados níveis de *distress*. Segundo Agar et al. (2012) o *distress* dos familiares está relacionado com o facto de estes não saberem o que está a acontecer com o seu familiar e deste estar diferente do habitual.

É fundamental que o enfermeiro intervenha junto da família de modo a minimizar o seu *distress*. Para isso, o enfermeiro deve identificar e validar os sentimentos expressos pela família e os seus significados, responder às necessidades desta, promover uma comunicação aberta com a mesma, envolvê-la no plano terapêutico e educá-la para intervir corretamente junto do familiar (Prayce et al., 2017). O enfermeiro também deve ajudar a família a relacionar-se com o cliente

Envolver a família no processo de tomada de decisão terapêutica (ou seja, na definição conjunta com a equipa de saúde do objetivo terapêutico para o cliente e do plano a seguir) e na prestação de cuidados ao cliente é benéfico para ambas as partes (Finucane et al., 2017). A família aceita melhor a situação de saúde inevitável do seu familiar, aumenta o controlo que perdeu da situação e obtém uma sensação de bem-estar, porque sente que está a cuidar da melhor forma do seu familiar (Gama &

Barbosa, 2010; Finucane et al., 2017). O cliente beneficia a nível psicológico da presença e da intervenção da família (Finucane et al., 2017).

5. Conclusão

Na situação descrita poderia ter intervindo melhor num aspeto em particular. Quando a Sra. D^a. F. se dirigiu a mim, com um fâcies preocupado, referindo que “achava” (sic.) que o esposo tinha sede deveria tê-la incentivado a expressar o que sentia e a ventilar as suas preocupações (Gama & Barbosa, 2010). Para isso deveria ter utilizado uma técnica comunicacional designada resposta reflexo (Phaneuf, 2005). Primeiramente, recorreria a uma nível de resposta reflexo denominada reflexo de sentimento, ou seja, extraia da comunicação não verbal e verbal da Sra. D^a. F. o sentimento que pensava estar subjacente e apresentava-lo (Phaneuf, 2005). Por exemplo, perguntando à Sra. D^a. F. “sente-se preocupada, sem saber como cuidar e confortar o seu esposo?”. Após esta expressar o que sentia, poderia utilizar outro nível de resposta reflexo chamada reformulação, isto é, repetiria o que tinha escutado reorganizando a frase (Phaneuf, 2005). A título de exemplo: “Acha que o seu esposo quer beber água?”. Simultaneamente, a utilização destas questões abertas permitir-me-iam criar abertura para que a Sra. D^a. F. expressasse as suas preocupações (Phaneuf, 2005). Deste modo, conseguiria identificar e validar o que a Sra. D^a. F. estava a sentir, bem como compreender o significado que atribuía à situação que estava a vivenciar e assim responderia melhor às suas necessidades (Prayce et al., 2017).

6. Planear a Ação

Futuramente, numa situação semelhante em que tenha de cuidar de uma pessoa com doença oncológica em situação paliativa com *delirium* refratário, sob sedação paliativa, cuja família esteja presente e faça referência à situação de saúde do cliente e/ou aos cuidados a prestar, procurarei intervir de acordo com o conhecimento adquirido.

Em primeiro lugar, irei realizar uma apreciação do cliente, avaliando o seu nível de sedação, de forma a adequar o plano terapêutico. Estimularei a presença dos familiares, salvo raras exceções em que tal pode ser prejudicial para o cliente e/ou família.

De seguida, se a família se dirigir a mim, mencionando a situação de saúde do cliente e/ou aos cuidados a prestar, estarei atenta, disponível e comprometida, tentando compreender o que é comunicado de modo verbal e não verbal. Utilizarei estratégias de comunicação, como por exemplo a resposta reflexo, para identificar e validar o que o familiar está a sentir, assim como para permitir que este ventile as suas preocupações. Posteriormente, procurarei responder às necessidades da família, assim como do cliente.

Perante as dificuldades de comunicação dos clientes com *delirium*, valorizarei o conhecimento que a família possui acerca dos mesmos, analisarei criticamente a informação proveniente da interpretação que os familiares fazem do comportamento destes e integrá-la-ei no plano terapêutico. Terei igualmente o cuidado de partilhar com a família o que é expectável acontecer com o cliente e de a incluir no processo de tomada de decisão terapêutica e nos cuidados a prestar, educando-a para realizar os procedimentos de modo a garantir a segurança do cliente.

Por fim, valorizarei a atitude da família perante a situação, manifestando o meu reconhecimento de modo verbal e não verbal. Darei particular ênfase ao facto de esta estar a cuidar da melhor forma do seu familiar e a promover o conforto deste. Procurarei ainda transmitir à família a disponibilidade da equipa para a apoiar no que necessitar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliative Medicine*, 26(7), 887-896.
- BC Centre for Palliative Care. (2019). *B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines*. St New Westminster: BC Centre for Palliative Care.
- Bush, S.H., Tierney, S. & Lawlor, P.G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Druggs*, 77(15), 1623-1643.
- Bush, S.H et al. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 29(4), 143-165.
- Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*.15(1), 91-101.

- Finucane, Lugton, Kennedy & Spiller. (2017). The experience of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in Palliative care settings: na integrative literature review. *Psycho-Oncology*, 26, 291-300.
- Gama, G. & Barbosa, A. (2010). Delirium. In Barbosa, A. & Neto, I.G (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp 367- 285). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *CancerCare Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSM.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures:Lusociência.
- Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). Delirium: O 7º parâmetro vital?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(1), 51-58.

APÊNDICE X

ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO 1º QUESTIONÁRIO

ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

“A intervenção do enfermeiro na prevenção e no controlo do *delirium*”

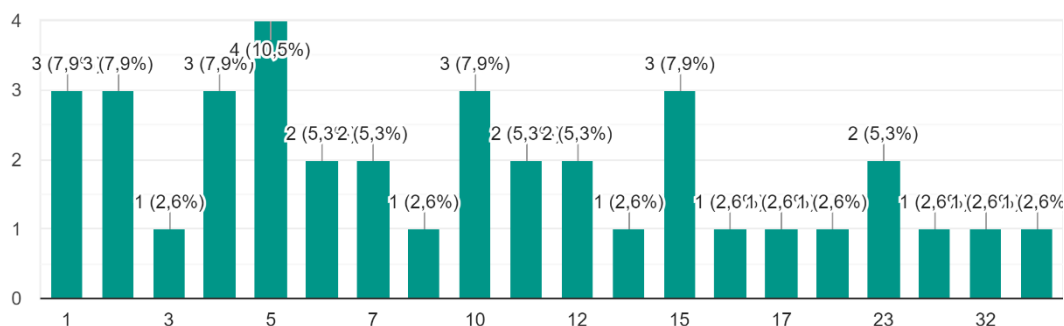
A Equipa de Enfermagem do SGUPP é constituída por 42 enfermeiros e 90% respondeu ao questionário, num período de tempo compreendido entre 22 de abril e 3 maio de 2021.

Análise estatística das respostas fechadas

- Anos de profissão de enfermagem**

Média 10,8 = 11 anos

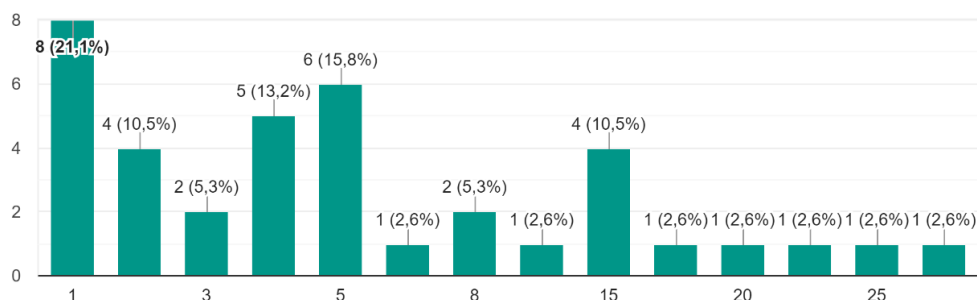
Anos de profissão de enfermagem
38 respostas



- Anos de profissão no Serviço**

Média 7,3 = 7 anos

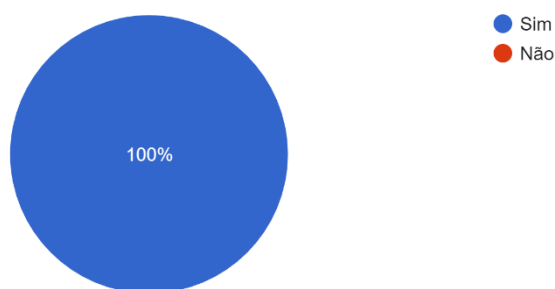
Anos de profissão no Serviço
38 respostas



1. Considera importante aprofundar o tema sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção e no controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em fase paliativa?

Considera importante aprofundar o tema sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção e no controlo do delirium da pessoa com doença oncológica em fase paliativa?

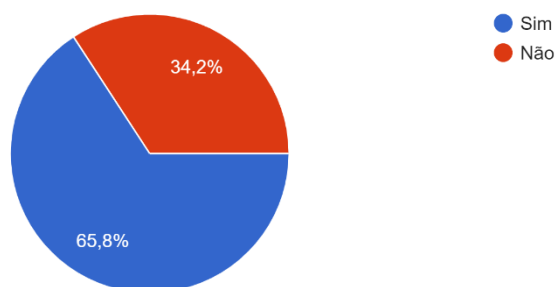
38 respostas



2. Considera que reconhece o *delirium* da pessoa com doença oncológica em fase paliativa?

Considera que reconhece o delirium da pessoa com doença oncológica em fase paliativa?

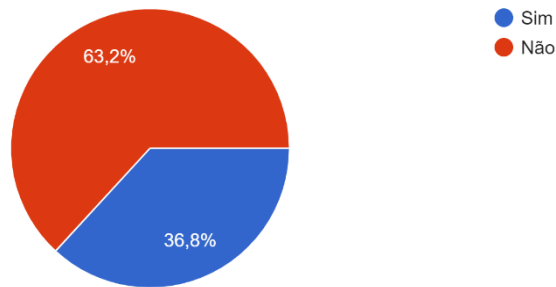
38 respostas



3. Considera que intervém de forma a prevenir o *delirium* da pessoa com doença oncológica em fase paliativa?

Considera que intervém de forma a prevenir o delirium da pessoa com doença oncológica em fase paliativa?

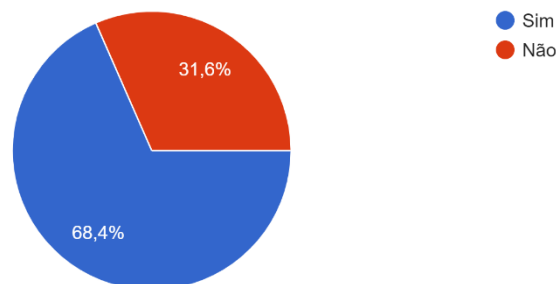
38 respostas



4. Considera que intervém de forma a controlar/tratar o delirium da pessoa com doença oncológica em fase paliativa?

Considera que intervém de forma a controlar/tratar o delirium da pessoa com doença oncológica em fase paliativa?

38 respostas



Análise de conteúdo segundo Bardin das respostas abertas

1- Motivos para aprofundar o tema sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção e no controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Frequência de participantes
Necessidades dos enfermeiros	Falta de conhecimento	“Porque sinto que eu e a equipa temos falta de conhecimento nesta área” Q1	2
		“ Falta de conhecimento ” Q25	
	Necessidade de obter ferramentas	“ Para termos ferramentas para ajudar a pessoa a gerir a fase de delirium” Q2	4
		“ Ajudar a identificar estratégias para lidar com a situação , deixando o doente confortável e seguro e a equipa confiante que adota uma boa prática” Q11	
		“[Porque surge cada vez mais frequentemente] e sentimos necessidade de ferramentas que nos ajudem a lidar com isso para cuidarmos melhor” Q15	

		“Para nos dar mais ferramentas para melhor identificar e cuidar estas situações” Q23	
Importância do tema	Pertinência do tema na prática clínica	“pela pertinência no nosso serviço , especificamente na pneumologia” Q10	2
		“Parece ser um tema de grande importância e utilidade na realidade da oncologia” Q17	
	Síndrome muito frequente	“Dado o elevado número de doentes que apresentam este sintoma , considero um foco importante” Q6	8
		“Pela frequência com que os doentes oncológicos evidenciam este sintoma ” Q9	
		“Porque surge cada vez mais frequentemente ” Q15	
		“O delirium está frequentemente presente nas situações de fim de vida em doentes com doença oncológica e o papel do enfermeiro torna-se fundamental” Q17	
		“Porque o delirium no doente oncológico é muito frequente ” Q18	
		“É uma área que carece de intervenções de enfermagem especializada, pela sua frequência ” Q22	
		“Por ser muito comum ” Q28	
		“É frequente doentes mal medicados e descompensados” Q30	

Impacto da síndrome na pessoa e família	Sofrimento do doente e família	“É uma fonte de sofrimento para o doente e família” Q4 “Porque o delirium no doente oncológico [é muito frequente], além de ser causa de sofrimento à pessoa e à família.” Q18 “É um tema [com elevada relevância na prática clínica, de difícil gestão para a equipa multidisciplinar (em particular para os Enfermeiros)] e que pode causar muito sofrimento ao doente e familiares.” Q31	3
	Impacto multidimensional no doente	“Porque evita o descontrolo emocional e ate fisico do doente, mantendo a sua estabilidade” Q7 “pela complexidade em conseguir controlar” Q9 “Controlo mais adequado dos sintomas” Q13 “quando o delirium está presente, a inexistência de um correcto controlo do mesmo através de medidas farmacológicas” Q21 “Para melhor controlo” Q24	7

		“Pela patologia em si, levar à descompensação da parta psíquica do doente” Q32	
		“Porque é um dos diagnósticos mais difíceis de controlar nos internamentos” Q33	
Melhoria dos cuidados de enfermagem	Uniformização dos cuidados	“Para uniformizar cuidados ” Q3	2
		“Desenvolver e uniformizar os cuidados ” Q29	
	Otimização do planeamento e da implementação de intervenções de enfermagem	“Para a melhoria na pratica de cuidados ” Q8	6
		“ Optimização das medidas farmacológicas e não farmacológicas” Q14	
		“Porque a prevenção é a melhor aposta. Prevenir o delirium significa melhor prestação de cuidados de enfermagem neste sentido. Melhor planeamento e intervenção ” Q16	
		“Promover melhores cuidados ” Q26	
		“ Melhores intervenções ” Q36	
		“Para reconhecer os sinais mais precocemente e atuar de forma eficaz prevenindo delirium extremo” Q35	
		“Para poder proporcionar conforto ao doente” Q5	

	Proporcionar conforto	“ promoção do conforto do doente” Q12	4
		“Para conforto [e segurança] do doente” Q19	
		“De modo a oferecer maior conforto ” Q20	
	Promoção da segurança	“Para prevenção de quedas ” Q12	2
		“Para [conforto e] segurança do doente” Q19	

2- Reconhecimento do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Frequência de participantes
Fatores que condicionam o reconhecimento do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa	Experiência profissional	“Pelos anos de experiência em oncologia” Q5	9
		“Dado os anos de experiência ” Q6	
		“Alguma experiência ” Q11	
		“ Experiência ” Q14	
		“Pelo contacto com o contexto que já tive” Q16	
		“ Experiência na área” Q19	

		“por ter prestado cuidados de enfermagem durante 10 anos num serviço de OM onde há doentes paliativos e com delirium” Q26	
		“pela prática empírica percebem se os sintomas ” Q27	
		“ experiência ” Q34	
	Elevada frequência da síndrome	“Pela manifestação de sintomas tipo recorrentes” Q2	3
		“Tem havido com frequência ” Q24	
		“Porque acontece recorrentemente ” Q33	
	Conhecimento teórico e prático das manifestações clínicas do <i>delirium</i>	“ Observação em internamento ” Q25	13
		“Porque reconheço agitação e por vezes desorientação ” Q7	
		“Devido ao conjunto de sinais e sintomas ” Q8	
		“Pelas características associadas ao delirium ” Q9	
		“Devido aos comportamentos atípicos que manifesta ” Q10	
		“Pela alteração do estado de orientação e percepção da realidade do doente” Q12	
		“ Identifico os sintomas ” Q13	

		“Penso que existem diversos comportamentos que facilitam este reconhecimento... As alterações do estado mental e humor, a desorganização, as alterações do estado de sono e vigília, etc” Q17	
		“A pessoa pode ficar mais agitada e desconfortável ” Q20	
		“ Comportamentos muitas vezes com ausência de explicação fisiológica para os mesmos” Q21	
		“Uma avaliação comportamental adequada e adaptada à situação paliativa de forma sistemática” Q22	
		“Pela sintomatologia que apresenta” Q26	
		“ Comportamentos ” Q34	
Fatores que condicionam o não reconhecimento do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa	Pouca experiência profissional	“ Falta [de conhecimento sobre o assunto e] de experiência profissional ” Q23	2
		Tenho pouca experiência ” Q35	
	Desvalorização da síndrome	“Diagnóstico pouco valorizado e por isso pouco reconhecido ” Q4	1
		“Por falta de conhecimento ” Q1	
		“Porque secalhar o delirium não é aquilo que penso que seja... ” Q15	

	Falta de conhecimento teórico e prático das manifestações clínicas do <i>delirium</i>	“ Falta de conhecimento sobre o assunto” Q23	4
		“ Poucos conhecimentos teóricos ” Q30	
	Falta de tempo para a prestação de cuidados de enfermagem	“Por vezes está associado à falta de tempo para a prestação de cuidados ” Q18	1

3- Prevenção do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Frequência de participantes
Intervenção de forma a prevenir o <i>delirium</i> do doente oncológico em situação paliativa	Apreciação individualizada do doente	“ Observe sintomatologia que me leva a manifestar junto dos colegas e equipa multidisciplinar [para atuar/medicar]” Q18	4
		“ Observação sistemática” Q22	
		“tentando conhecer o doente a fundo, apercebendo-me assim de mudanças no seu comportamento ” Q30	

		“Porque consigo identificar o início da sintomatologia de delirium e intervir antecipadamente ” Q34	
	Intervenção terapêutica	“Pela administração de medicação ” Q3	3
		“ Optimizando medidas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis” Q13	
		“[Observo sintomatologia que me leva a manifestar junto dos colegas e equipa multidisciplinar] para atuar/medicar de forma adequada e mais cedo quanto possível ” Q18	
	Desenvolvimento de uma relação terapêutica com o doente	“ Interagindo com o doente” Q21	3
		“Porque tento antecipar situações de delirium através de um contacto mais próximo com o doente ” Q30	
		“Através do estabelecimento de relação empática que fomente o sentimento de segurança e calma ” Q33	
	Trabalho em equipa	“ Articulação com equipa médica ” Q15	1
		“Muitas vezes em internamento so após os episódios de Delirium é que se tem em atenção esta temática ” Q5	5

Não intervenção de forma a prevenir o <i>delirium</i> do doente oncológico em fase paliativa	Desvalorização da prevenção do <i>delirium</i>	“Porque maioritariamente actuamos quando o delírio está instalado e modo a controla-lo e não de forma preventiva ” Q11	
		“ A prevenção é muitas vezes impossivel de prever , atuamos mais quando a pessoa manifesta sintomas (medicacao, contenção)” Q16	
		“A maior parte das atitudes terapêuticas de enfermagem decorrem já quando o delirium está instalado ” Q23	
		“Sinto que me foco mais no tratamento do delirium do que propriamente na sua prevenção ” Q29	
	Falta de experiência profissional	“ Falta [de conhecimento sobre o assunto e] de experiência profissional que permita identificar precocemente uma situação de delirium” Q6	1
	Falta de conhecimento teórico e prático de intervenções para a prevenção do <i>delirium</i>	“Por falta de conhecimento ” Q1	14
		“ Falta de conhecimento ” Q2	
		“ Falta de conhecimento sobre o assunto” Q6	
		“ Falta de melhor conhecimento ” Q7	
		“Penso que está relacionado com a falta de conhecimentos para tal” Q8	

		“Não reconheço os sinais atempadamente” Q9	
		“Falta de conhecimentos” Q12	
		“Porque não tenho ferramentas ou estratégias para tal” Q14	
		“Porque faltam conhecimentos para gerir de forma não farmacológica” Q17	
		“Porque não identifico o conjunto de factores que podem vir a originar o delirium” Q19	
		“Não sei como prevenir o delirium” Q20	
		“Verifica-se falta de formação e especialização dos profissionais neste âmbito” Q25	
		“Falta de formação nesse sentido” Q27	
		“Pouco conhecimento sobre o tema e estratégias de prevenção” Q28	
	Falta de condições do serviço para intervir de forma a prevenir o delirium	“Não existe condições” Q26 “inexistência de tempo para muitas vezes puder com calma respeitar o tempo que o doente precisa para que medidas não farmacológicas possam ser eficazes” Q27	2
	Falta de trabalho em equipa	“inexistência de trabalho inter equipa multidisciplinar, falta de apoio eficaz das	3

		equipas de saúde mental do local de trabalho” Q27	
		“Nem sempre consigo em tempo útil ou porque não está medicado ou pq a medicação não funciona” Q31	
		“Muitas das vezes, não há um acompanhamento adequado em termos de equipa médica, nomeadamente em termos de equipa de psicologia/psiquiatria, principalmente em termos de terapêutica, o que dificulta o trabalho do enfermeiro ” Q32	

4- Controlo/tratamento do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Frequência de participantes
Intervenção de forma a controlar/tratar o <i>delirium</i> do	Promoção do conforto	“ Conforto do utente” Q6	3
		“Presto cuidados de enfermagem adequados à situação que observo, para contribuir para o bem estar mental e físico do doente em fim de vida” Q17	

doente oncológico em fase paliativa		“promoção do conforto do utente” Q28	
	Utilização de meios de contenção	“Medidas contensivas” Q10	2
		“Com o auxilio da contenção quer fisica que mecânica, mas ja em fase critica” Q15	
	Intervenção terapêutica	“Optimizando terapêutica para o bem estar da pessoa” Q12	7
		“Farmacologicamente” Q16	
		“Frequente [reorientação da pessoa,] terapêutica em sos, [hidratação possível]” Q20	
		“As atitudes terapêuticas são no sentido do controlo deste sintoma” Q23	
		“optimizar medidas farmacológicas” Q27	
		“Mas apenas farmacologicamente” Q29“Através do tratamento/gestão de sintomas (por exemplo: utilização fármacos direcionados a agitação)” Q33	
		“Porque adopto as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlar” Q34	
	Desenvolvimento de uma relação terapêutica com o doente	“Comunicação com o doente, administração de fármacos” Q14	1

	Reorientação do doente	“Frequente reorientação da pessoa , [terapêutica em sos, hidratação possível]” Q20	1
	Promoção da hidratação	“Frequente [reorientação da pessoa, terapêutica em sos,] hidratação possível” Q20	1
	Trabalho em equipa	“ Alertando a restante equipa de saúde ” Q19	3
		“Em articulação com a equipa médica ” Q22	
		“ sensibilização da equipa multidisciplinar para o sofrimento do doente nesse contexto” Q27	
Não intervenção de forma a controlar/tratar o <i>delirium</i> do doente oncológico em fase paliativa	Falta de conhecimento teórico e prático de intervenções para o tratamento do <i>delirium</i>	“Por falta de conhecimento ” Q1	7
		“ gostava de aprender mais sobre outras intervenções para controlar/tratar a pessoa com delirium” Q2	
		“Enquanto resposta exclusivamente de enfermagem não reconheço nenhum método. ” Q8	
		“ Falta de conhecimentos teórico-práticos ” Q11	
		“Porque não tenho ferramentas ou estratégias para tal” Q13	

		“considero que a intervenção se foca muito na medicação ” Q18	
		“Considero que as intervenções frequentemente mais aplicadas referem-se ao âmbito farmacológico e no que diz respeito a esta medida verifica-se falta [protocolos/] formação em boas práticas à luz da evidência científica que orientem a equipa multidisciplinar tornando as respostas ineficazes.” Q25	
	Falta de protocolos de atuação	“Considero que as intervenções frequentemente mais aplicadas referem-se ao âmbito farmacológico e no que diz respeito a esta medida verifica-se falta de protocolos [formação em boas práticas à luz da evidência científica] que orientem a equipa multidisciplinar tornando as respostas ineficazes.” Q25	1
	Falta de trabalho em equipa	“Considero que poderia ser feito mais, em coordenação com restaurante equipa mas que existe um esforço da minha parte” Q9	2
		“Muitas das vezes, não há um acompanhamento adequado em termos de equipa médica, nomeadamente em termos	

		de equipa de psicologia/psiquiatria, principalmente em termos de terapêutica, o que dificulta o trabalho do Enfermeiro. O facto de não existir igualmente uma equipa multidisciplinar sólida, que interage adequadamente com a equipa de Enfermagem, dificulta neste sentido o processo de controlo do delirium em paciente neste contexto.” Q32	
	Reduzido tempo de internamento do doente	“O internamento curto” Q26	1

APÊNDICE XI

PLANO DA 1ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DA 1ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

Título: Prevenção e Controlo do *Delirium* da Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa: Intervenção Especializada de Enfermagem.

Destinatários: Equipa de enfermagem do Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia (SGUPP) do Hospital A.

Data: 3 de fevereiro de 2022.

Hora: 14h30.

Duração: 30 minutos.

Local: Sala dos médicos do Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia.

Objetivos Gerais:

- Envolver a equipa de enfermagem no Projeto de Estágio;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Etapas Tempo	Conteúdos	Objetivos específicos	Metodologia	Recursos materiais
Introdução (10 minutos)	- Resultados do questionário escrito aplicado à equipa de enfermagem. - Justificação da problemática do Projeto, finalidade do mesmo e Plano de Atividades a desenvolver no SGUPP;	No final da Sessão o formando deve: - Conhecer os resultados do questionário escrito sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa; - Conhecer sumariamente o Projeto de Estágio.	Expositiva.	- Computador com acesso à internet; - Aplicação Zoom; - Projetor Data Show; - Apresentação em PowerPoint; - Cadeiras.
Desenvolvimento (15 minutos)	- Enquadramento teórico da intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: - Definição de conceitos (definição de <i>delirium</i>, prevalência e principais características do quadro clínico; etiologia e fisiopatologia do <i>delirium</i>); - Principais conclusões decorrentes da Revisão <i>Scoping</i>.	No final da Sessão o formando deve: - Definir <i>delirium</i>; - Conhecer a prevalência do <i>delirium</i> na pessoa com doença oncológica em situação paliativa; - Enumerar as principais características do quadro clínico de <i>delirium</i>; - Descrever sumariamente a etiologia e a fisiopatologia do <i>delirium</i>; - Descrever a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa; - Identificar os principais fatores que condicionam a eficácia da intervenção do enfermeiro.	- Expositiva; - Participativa.	Iguais à linha anterior.
Conclusão (5 minutos)	- Síntese final; - Discussão; - Avaliação da Sessão de Formação através de um questionário escrito.		- Expositiva; - Participativa; - Reflexiva.	- Iguais à linha anterior; - Documento “Avaliação da 1ª Sessão de Formação” impresso em papel e em suporte digital num formato editável.

APÊNDICE XII

PLANO DA 2ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DA 2ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

Título: Prevenção e Controlo do *Delirium* da Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa: Intervenção Especializada de Enfermagem.

Destinatários: Equipa de enfermagem do Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia (SGUPP) e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Hospital A.

Data: 21 de fevereiro de 2022.

Hora: 14h45.

Duração: 30 minutos.

Local: Sala dos médicos do Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia.

Transmissão via Zoom: Sim

Objetivos Gerais:

- Envolver a equipa de enfermagem do SGUPP no Projeto de Estágio;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem do SGUPP para a prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa;
- Promover a articulação entre o SGUPP e a EIHSCP.

Etapas Tempo	Conteúdos	Objetivos específicos	Metodologia	Recursos materiais
Introdução (2 minutos)	Contextualização da Sessão de Formação.		Expositiva.	- Computador com acesso à internet; - Apresentação em PowerPoint; - Aplicação Zoom; - Projetor Data Show; - Cadeiras.
Desenvolvimento (23 minutos)	- Casos clínicos de pessoas em situação paliativa com <i>delirium</i> ou com risco que estiveram internadas no SGUPP; - Linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do <i>delirium</i> baseadas na evidencia científica disponível, nomeadamente o algoritmo realizado acerca do tema; - Registos de enfermagem acerca da pessoa com doença oncológica em situação paliativa relativamente ao <i>delirium</i>.	No final da Sessão o formando deve: - Descrever sumariamente a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa; - Analisar situações clínicas de pessoas com doença oncológica com <i>delirium</i> ou com risco à luz da evidência científica disponível sobre a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo desta síndrome; - Identificar os aspetos a registar no processo clínico (criado no SClínico Hospitalar) da pessoa com doença oncológica em situação paliativa relativamente ao <i>delirium</i>.	- Expositiva; - Participativa; - Reflexiva.	Iguais à linha anterior.
Conclusão (5 minutos)	- Síntese final; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da Sessão de Formação através de um questionário escrito.		- Expositiva; - Participativa.	- Iguais à linha anterior; - Documento “Avaliação da 2ª Sessão de Formação” impresso em papel e em suporte digital num formato editável.

APÊNDICE XIII

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Este questionário pretende ser um instrumento de avaliação da Sessão de Formação realizada. Assinale com um X a resposta que melhor traduz a sua opinião.
Agradeço a colaboração.

	Discordo plenamente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
Os objetivos da Sessão de Formação foram claros.					
Os conteúdos da Sessão de Formação foram adequados para o tema do Projeto.					
A estrutura da Sessão de Formação facilitou a compreensão do conteúdo.					
A duração da Sessão de Formação foi adequada.					
Os métodos utilizados na Sessão de Formação foram adequados.					
Os recursos utilizados (aplicação zoom e PowerPoint) na Sessão de Formação foram adequados.					
A Sessão de Formação será útil para a sua prática clínica.					
A Formadora evidenciou domínio da temática.					
A Formadora utilizou uma linguagem adequada.					
A Formadora foi capaz de partilhar o conhecimento.					
A Formadora demonstrou capacidade de dinamização da Sessão.					

Comentários e/ou Sugestões de melhoria:

APÊNDICE XIV

**PREVENÇÃO E CONTROLO DO *DELIRIUM* DA PESSOA COM
DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: GUIA
ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA**

Prevenção e controlo do delirium da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

Beatriz Dias

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Vertente Oncológica- ESEL

Sob orientação da Prof.^a Dra. Patrícia Vinheiras Alves e da Enfermeira Especialista Daniela Martins

fevereiro, 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA EM RISCO OU COM <i>DELIRIUM</i>	5
1.1. <i>DELIRIUM</i> E A SUA ETIOLOGIA	5
1.2. FISIOPATOLOGIA DO <i>DELIRIUM</i>	8
1.3. CARACTERÍSTICAS DO QUADRO CLÍNICO DE <i>DELIRIUM</i>	9
1.4. CLASSIFICAÇÃO DO <i>DELIRIUM</i>	10
2. APRECIÇÃO DE ENFERMAGEM	11
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	14
4. CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
APÊNDICE I- ALGORITMO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO <i>DELIRIUM</i> DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	
ANEXO I- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	
ANEXO II- MINI COG.....	
ANEXO III- MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT..	
ANEXO IV- ESCALA DE CONFUSÃO NEECHAM.....	
ANEXO V- ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS).....	
ANEXO VI- <i>DELIRIUM RATING SCALE</i> -R-98 (DRS-98).....	
ANEXO VII- MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM).....	
ANEXO VIII- <i>MEMORIAL DELIRIUM ASSESSMENT SCALE</i> (MDAS).....	
ANEXO IX- <i>RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE- PALLIATIVE VERSION</i> (RASS-PAL).....	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Fatores de risco predisponentes para o *delirium*..... 6

Tabela 2- Fatores de risco precepitantes para o *delirium*..... 7

INTRODUÇÃO

O presente Guia Orientador de Boa Prática tem como foco de atenção a prevenção e o controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. O seu objetivo é sistematizar linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem baseadas na evidência científica, com vista a serem alcançadas melhores respostas na resolução dos problemas de saúde dos clientes.

Este Guia encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo versa sobre a pessoa com doença oncológica em situação paliativa em risco ou com *delirium*, pelo que será abordado o *delirium* e a sua etiologia, a fisiopatologia do *delirium*, as principais características do quadro clínico e a classificação do *delirium*. O segundo capítulo abordará a apreciação de enfermagem dirigida ao *delirium*. Já o capítulo seguinte fará referência às intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Para finalizar, será realizada uma síntese dos principais tópicos abordados e serão tecidas algumas considerações finais.

1. PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA EM RISCO OU COM *DELIRIUM*

1.1 *Delirium* e a sua etiologia

O *delirium* é uma disfunção cerebral aguda que se caracteriza por uma perturbação da consciência, atenção e cognição, que se desenvolve num curto período de tempo (normalmente de horas a dias) e que tende a flutuar ao longo dia (DSM-V, 2013). O termo *delirium* surge diversas vezes na literatura internacional e nacional como estado de confusão mental, síndrome orgânico cerebral agudo, demência reversível ou delírio (Moreira, 2012; Lawlor & Bush, 2015). A variabilidade na terminologia utilizada contribui para a confusão existente em torno do diagnóstico de *delirium* ou para que este seja realizado incorretamente (Lawlor & Bush, 2015).

Na pessoa com doença oncológica avançada a incidência de *delirium* varia entre 6% e 68% dependendo do contexto dos cuidados de saúde, do diagnóstico e da *performance status* da população (Kang, Shin & Bruera, 2013). Este número aumenta para 90% quando a pessoa se encontra em fim de vida (Kang et al., 2013; Bush et al., 2018). Já a prevalência de *delirium* nesta população, dependendo dos autores, varia entre 28% e 85% (Bernardo, 2003).

A evidência científica indica que o *delirium* é pouco reconhecido e subdiagnosticado pelos profissionais de saúde e quando é detetado muitas vezes não é documentado de la Cruz, Fan, Yennu, Tanco, Shin, Wu, Liu & Bruera, 2015; Steis & Fick, 2008; Lawlor & Bush, 2015).

Esta síndrome neuropsiquiátrica é clinicamente importante e tem um elevado impacto em clientes, familiares, profissionais e serviços de saúde (Gama & Barbosa, 2010). Este está associado a um aumento do declínio cognitivo, do risco de queda, da morbimortalidade, do tempo de internamento, das admissões em lares de idosos, do *distress* do cliente/família/profissionais de saúde e dos custos globais em saúde (Hosie et al., 2015; Prayce, Quaresma & Neto, 2018).

O *delirium* tem uma etiologia orgânica, complexa e habitualmente multifatorial (Delgado, Borges, Pimentel & Almeida, 2021). A ocorrência e a gravidade dos seus sintomas clínicos são influenciadas pelos fatores de risco predisponentes e precipitantes que a pessoa apresenta.

Os fatores predisponentes dizem respeito a condições inerentes à pessoa, que a tornam mais suscetível a desenvolver *delirium* (Bush et al., 2018). Os fatores precipitantes são os responsáveis por desencadear o episódio de *delirium* (Bush et al., 2018).

FATORES DE RISCO PREDISPOONENTES PARA O *DELIRIUM*

Não relacionados com o cancro

- Demência; Défice cognitivo;
- Idade avançada;
- Depressão;
- Hábitos alcoólicos;
- Acidente Vascular Cerebral;
- Episódio prévio de *delirium*.

Relacionados com o cancro

- Neoplasia primária do sistema nervoso central;
- Metástases no sistema nervoso central ou disseminação leptomeníngea;
- Défice cognitivo após Quimioterapia;
- Défice cognitivo após Radioterapia.

Fatores sistémicos

- Anorexia/Caquexia;
- Hipoalbuminemia;
- Diminuição do *Performance Status*;
- Falência orgânica.

Outros

- Diminuição da acuidade visual e/ou auditiva;
- Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono;
- Polimedicção;
- Compromisso cognitivo prévio.

(Lawlor & Bush, 2015; Bush, Tierney & Lawlor, 2017; Bush et al., 2018)

Tabela 1: Fatores de risco predisponentes para o *delirium*.

FATORES DE RISCO PRECIPITANTES PARA O *DELIRIUM*

Relacionados com o cérebro

- Neoplasia primária do sistema nervoso central;
- Metástases no sistema nervoso central ou disseminação leptomeníngea;
- Síndrome paraneoplásico neurológico (por exemplo encefalomielite paraneoplásica);
- Estado de mal não convulsivo;
- Edema cerebral após irradiação;
- Acidente Vascular Cerebral.

Medicamentos psicoativos

- Opióides;
- Benzodiazepinas;
- Antidepressivos;
- Anti-histamínicos;
- Anticolinérgicos.

Outros medicamentos

- Quimioterapia;
- Corticoides;
- Quinolonas.

Abuso ou privação de substâncias

- Álcool; Drogas; Nicotina; Benzodiazepinas; Opióides.

Infeção ou Sépsies

Disfunção ou falência orgânica

- Renal, hepática, respiratória e cardíaca.

Alterações endócrinas

- Hipotireoidismo;
- Hipoglicemia; Hipoadrenalismo.

Alterações metabólicas/eletrolíticas

- Desidratação ou Hipovolémia;
- Hiponatremia; Hipernatremia;
- Hipomagnesemia;
- Hipercalemia;

- Acidose; Hipóxia;
- Défice nutricional (tiamina, ácido fólico e vitamina B12).

Alterações hematológicas

- Anemia;
- Coagulação Intravascular disseminada.

Outros

- Retenção urinária ou presença de um cateter urinário;
- Obstipação;
- Cirurgia;
- Descontrolo álgico;
- Mudança de quarto.

(Lawlor & Bush, 2015; Bush, Tierney & Lawlor, 2017; Bush et al., 2018)

Tabela 2: Fatores de risco precipitantes para o *delirium*.

1.2 Fisiopatologia do *delirium*

O *delirium* é o resultado da ação de um ou mais fatores etiopatogénicos (fatores precipitantes) sobre um estado neurobiológico prévio (fatores predisponentes) (Gama & Barbosa, 2010). Os fatores etiopatogénicos atuam sobre diferentes áreas do cérebro através de vários mecanismos (Gama & Barbosa, 2010). Os mecanismos que causam o *delirium* são pouco conhecidos, pelo que apenas existem teorias explicativas hipotéticas (Kang et al., 2013). Destas, destacam-se:

- a diminuição do mecanismo oxidativo cerebral com impacto nos sistemas de neurotransmissão (característico em processos patológicos como a encefalopatia metabólica, na qual existe um défice de nutrientes e oxigénio necessários para o metabolismo oxidativo cerebral);
- o efeito direto de neurotransmissores, como a atividade reduzida da acetilcolina e aumentada da dopamina;
- o aumento de citocinas inflamatórias;
- as alterações da barreira hematoencefálica em situações de *stress*;
- a resposta neuroendocrinológica mediante situações de *stress* (durante o processo de *stress* observa-se um aumento dos valores plasmáticos de adrenalina e noradrenalina, que conduz a uma ativação do metabolismo cerebral e consequentemente ao aumento do consumo de oxigénio);

- a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal com alterações na síntese de neurotransmissores;
- a alteração da transdução interneuronal que afeta a síntese e liberação de neurotransmissores.

(Gama & Barbosa, 2010; Prayce et al., 2018).

Os processos neuropatogénicos acima descritos podem interagir entre si, desencadeando uma disfunção cerebral ou um agravamento de uma pré-existente, cuja expressão clínica são sintomas neurocognitivos e neurocomportamentais, característicos do *delirium* (Gama & Barbosa, 2010). Todavia, atualmente, a teoria mais aceite é a da diminuição da atividade colinérgica e do aumento da atividade dopaminérgica, em parte devido à inatenção causada pela ação de fármacos anticolinérgicos, um dos principais sintomas do *delirium* (Prayce et al., 2018).

1.3 Características do quadro clínico de *delirium*

Algumas pessoas apresentam sintomas prodrómicos (*delirium* subclínico) como inquietação psicomotora, irritabilidade, ansiedade ou perturbação do sono um a três dias antes da expressão plena de *delirium* (Prayce et al., 2018; Delgado et al., 2021).

A perturbação da atenção acompanhada da alteração do estado de consciência e da cognição constituem as principais características necessárias para efetuar o diagnóstico de *delirium* (Kang et al., 2013). Porém, o quadro clínico de *delirium* caracteriza-se pelo seguinte:

- alteração do nível de consciência com diminuição da capacidade de focar, manter ou mudar a atenção para novos estímulos externos;
- perturbação das funções cognitivas (défice de memória, desorientação, alteração do pensamento e alteração da linguagem ao nível da leitura, da escrita e do discurso);
- perturbação do comportamento psicomotor (agitação, sonolência e perplexidade);
- alterações percetivas (ilusões, alucinações e falsos reconhecimentos);
- alterações emocionais (ansiedade, depressão, euforia, irritabilidade e medo);
- alteração do ciclo de sono/vigília (insónia noturna e sonolência diurna);

- sintomas somáticos (incontinência, alterações da marcha, afasia, tremor, taquicardia e sudorese).

(Gama & Barbosa, 2010; Kang et al., 2013).

O *delirium* tem um início rápido e agudo e a severidade dos seus sintomas não é constante (Kang et al., 2013). Esta aumenta ou diminui ao longo das 24 horas, podendo existir períodos de lucidez ou situações graves de agitação intensa, que constituem uma urgência (Gama & Barbosa, 2010; Kang et al., 2013).

Esta síndrome neuropsiquiátrica pode ser reversível mesmo em fases avançadas da doença oncológica, embora seja mais difícil nas últimas 24/48 horas de vida, sobretudo se existir falência multiorgânica (Gama & Barbosa, 2010). O *delirium* pode ser considerado um sinal de mau prognóstico e pode progredir para estupor, coma, convulsões ou morte se não for controlado (Prayce et al., 2018).

1.4 Classificação do *delirium*

O *delirium* pode ser categorizado clinicamente de acordo com a atividade psicomotora e o nível de vigília em três subtipos: hiperativo (clientes agitados e em hiperalerta), hipoativo (clientes letárgicos e em hipoalerta) e misto (características flutuantes entre os dois anteriores) (LeGrand, 2012).

Em contexto de cuidados paliativos os últimos dois subtipos enunciados são os mais frequentes, mas também os mais difíceis de reconhecer e que estão associados a um pior prognóstico (Watt et al., 2019).

2. APRECIÇÃO DE ENFERMAGEM

Deve ser realizada uma apreciação dirigida ao *delirium* a todas as pessoas com doença oncológica hospitalizadas (Kang et al., 2013). Assim, perante alterações recentes ou flutuações no estado físico, mental, emocional ou no comportamento da pessoa deve ser realizada uma avaliação clínica com o intuito de efetuar o diagnóstico de *delirium* (Bush et al., 2018). A apreciação efetuada à pessoa permitirá identificar fatores de risco predisponentes e precipitantes ao desenvolvimento de *delirium*. Nesta podem igualmente ser utilizados instrumentos de avaliação cognitiva, pois o declínio cognitivo sinaliza a necessidade de rastreio de *delirium* com instrumentos diagnósticos (Kang et al., 2013).

Torna-se necessário colocar questões aos familiares/cuidadores da pessoa com o objetivo de avaliar o seu estado cognitivo basal e alterações recentes no mesmo (Kang et al., 2013). Na literatura é feita referência a uma questão denominada “*Single Question in Delirium*” (SQiD), que se formula da seguinte forma: “Considera que o (nome da pessoa) ultimamente tem estado mais confuso?” (Kang et al., 2013).

A SQiD é considerada um instrumento simples de rastreio do *delirium*, cuja resposta afirmativa indica a necessidade de realização de uma apreciação mais detalhada (Leonard et al., 2014). Um estudo realizado com o objetivo de demonstrar a eficácia da SQiD na deteção de *delirium* indicou que esta questão tem uma sensibilidade e uma especificidade de 80% (Sands, Dantoc, Hartshorn, Ryan & Lujic, 2010).

O Mini Exame do Estado Mental (Anexo I), o Mini-Cog (Anexo II), o *Montreal Cognitive Assessment* (Anexo III) e o MOTYB são outros instrumentos de avaliação cognitiva que podem ser utilizados. O último consiste em pedir à pessoa para dizer os meses do ano começando pelo último. Na literatura é igualmente feita referência a poder ser solicitado à pessoa para *contar de 1 a 20 pela ordem inversa ou para soletrar as palavra “mundo” começando pela última letra* (Leonard et al., 2014). *Peritos referem que também pode ser pedido à pessoa para soletrar a palavra “porta”*.

Na literatura é também feita referência à Escala de Confusão NeeCham (Anexo IV). Prayce et al. (2018) consideram-na um instrumento de avaliação cognitiva. Muito em parte porque a Escala da Confusão de NeeCham permite a avaliação da confusão aguda e não do delirium (Sampaio, 2012).

À pessoa com doença oncológica com risco de *delirium* deve ser realizado diariamente o rastreio desta síndrome, com vista ao diagnóstico precoce (Prayce et al., 2018; BC Centre for Palliative Care, 2019). Tal implica a avaliação do estado físico, do

estado mental e do ambiente em que a pessoa está inserida, assim como a consulta dos seus exames complementares de diagnóstico e a elaboração da sua história psicossocial (Gama & Barbosa, 2010; Ontario Cancer Symptom Management Collaborative, 2010; BC Centre for Palliative Care, 2019). É igualmente importante identificar e quantificar outros sintomas que a pessoa apresente que podem contribuir para o desenvolvimento de um quadro de *delirium*, por exemplo utilizando a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS (Anexo V) (Bush & Bruera, 2009).

Existem instrumentos de rastreio do *delirium* que podem ser aplicados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa, nomeadamente a *Delirium Rating Scale-Revised-98* (Anexo VI) e a Método de Avaliação da Confusão (Anexo VII). Esta última escala é indicada na literatura como um instrumento de diagnóstico do *delirium*, pois praticamente operacionaliza os critérios de diagnóstico presentes na *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Para garantir a fiabilidade do diagnóstico é necessário que a CAM seja aplicada por um profissional de saúde com formação e treino (Lawlor & Bush, 2014; Bush et al., 2017).

Quando o *delirium* este já está instalado a *Delirium Rating Scale-Revised-98* e a *Memorial Delirium Assessment Scale- MDAS* (Anexo VIII) permitem avaliar a intensidade do mesmo, ou seja, monitorizar a sua gravidade na pessoa com doença oncológica em situação paliativa (Leonard, Agar, Mason & Lawlor, 2008).

Apesar de existirem diversos instrumentos de avaliação cognitiva e para rastreio, diagnóstico e monitorização da gravidade do *delirium* nem todos estão validados para a população oncológica, em situação paliativa e portuguesa. Na escolha do instrumento a utilizar deve ser tido em conta não só esse aspeto como o treino da equipa de enfermagem na sua aplicação, o potencial nível de *distress* do cliente/família/profissionais de saúde, o objetivo terapêutico definido com o cliente e família e o contexto em que será feita a avaliação (Lawlor & Bush, 2015; Bush et al., 2017).

No caso da equipa de saúde ter procedido à sedação paliativa da pessoa, o enfermeiro para efetuar a sua apreciação deve monitorizar o estado de sedação da mesma, por exemplo aplicando a *Richmond Agitation-Sedation Scale- Palliative Version- RASS-PAL* (Anexo IX) (Leonard et al., 2014; Lawlor & Bush, 2015).

Importa ainda referir que para ser feita uma apreciação holística e com maior especificidade esta para além de incluir o cliente deve incluir a perceção da família e dos profissionais de saúde que cuidam do mesmo (Hosie, Agar, Lobb, Davidson & Phillips, 2014).

No algoritmo sobre a prevenção e controlo do *delirium* do cliente com doença oncológica em situação paliativa elaborado (Apêndice I) é feita referência à apreciação de enfermagem.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O delirium deve ser prevenido em todas as pessoas com doença oncológica em situação paliativa, visto que nesta fase estas apresentam fatores de risco predisponentes ou precipitantes para o desenvolvimento desta síndrome, diretamente relacionados com a doença oncológica ou não (Carceni & Grassi, 2011; Lawlor & Bush, 2015; Bush et al., 2018). Assim, deve ser realizada uma apreciação dirigida ao *delirium* a todas as pessoas internadas (Bush, Tierney & Lawlor, 2017). Contudo, o enfermeiro deve **individualizar a intervenção**, isto é implementar **medidas profiláticas adaptadas às necessidades e circunstâncias da pessoa**. Estas passam essencialmente por **intervenções não farmacológicas**.

No caso da pessoa apresentar delirium as **medidas não farmacológicas** também constituem a terapêutica de primeira linha. Na literatura constam algumas intervenções de enfermagem para prevenção e controlo do *delirium* que incidem em três vertentes: **cliente, ambiente e família**.

➤ **Relativamente ao cliente**

- Otimizar a comunicação (colocar à pessoa os óculos, o aparelho auditivo e as próteses dentárias, se aplicável);
- Estabelecer uma comunicação terapêutica (estar atento aos medos, angústias e eventuais alucinações, com o objetivo de ajudar a corrigir ou superá-los; evitar conversas simultâneas/cruzadas; sempre que a situação cognitiva o permita falar das atividades diárias e factos quotidianos, de uma forma clara e concisa; ter atenção à comunicação não verbal, como gestos, expressões faciais, posição e movimentos do corpo, timbre da voz, que pode ser percebida pela pessoa e criar um clima emocional benéfico ou perigoso);
- Tranquilizar a pessoa utilizando um tom de voz calmo;
- Transmitir confiança e segurança;
- Manter uma conduta de respeito pela dignidade da pessoa (mesmo perante atitudes irracionais, agressivas ou comportamentos inadequados, uma vez que a pessoa apresenta várias dificuldades de perceção e cognição e tem dificuldade em comunicar);
- Evitar confrontações diretas com valores;
- Avisar a pessoa antes de realizar um procedimento e explicar-lhe de forma simples o que irá fazer;

- Estimular a presença de pessoas significativas e permitir a expressão de sentimentos;
- Minimizar a rotatividade dos profissionais de saúde;
- Proporcionar orientação para a realidade (facilitar a reconstituição do tempo, espaço e pessoa; tratar a pessoa pelo seu nome; informá-la do momento do dia e do nome do enfermeiro responsável; estruturar a rotina diária com horas regulares para cuidados de higiene, refeições, exercício e evitar alterações no quarto);
- Se a pessoa apresentar delírios ou alucinações deve ser orientada para a realidade sem ser confrontada e deve ser validado o que está a experienciar e não o conteúdo do delírio ou da alucinação;
- Promover a autonomia da pessoa nas atividades de vida diárias (estimular a realização de pequenas tarefas, evitando ser muito exigente, pois a sua instabilidade emocional reduz a capacidade de tolerância à frustração; incentivar a memória retrógrada de modo a restabelecer a confiança e a orientação da pessoa, se esta não se recordar de algo não se deve insistir; realizar as atividades mais cedo e reduzir os estímulos no final do dia; se a pessoa tem défices sensoriais, deve fornecer-lhe os óculos, o aparelho auditivos e as próteses dentárias);
- Incentivar a mobilização, se existir benefício (mobilizar a pessoa, de acordo com o que o seu estado permite, sentá-la fora da cama para tomar as refeições, evitar a contenção física e minimizar o uso de sondas vesicais e imobilizadores);
- Encorajar a realização de atividades de estimulação cognitiva (por exemplo sopas de letras, palavras cruzadas, sudoku, escrever o seu nome, ler algo que goste e escrever sobre temas do seu interesse);
- Estimular a memória retrograda (por exemplo com atividades de reminiscência) para potenciar o estado de orientação (se esta não se recordar de algo não insistir);
- Otimizar o padrão de sono-vigília (durante o dia aumentando a exposição à luz e à noite reduzindo a luz e o ruído; permitindo que a roupa de dormir seja familiar);
- Vigiar a ingestão de alimentos e de líquidos (incentivar a pessoa a comer e a beber, se for capaz de deglutir com segurança e auxiliá-la durante a refeição);
- Vigiar a eliminação urinária e intestinal (avaliar a existência de retenção urinária ou obstipação e evitar a algaliação);

- Se a pessoa recuperar do episódio de *delirium* pode ser realizado um “*debriefing*” com a mesma e tranquilizá-la para minimizar o seu *distress*.

(Gama & Barbosa, 2010; Ontario Cancer Symptom Management Collaborative, 2010; Lynch, Dahlin & Bakitas, 2012; Bush et al., 2017; Bush et al., 2018 & BC Centre for Palliative Care, 2019)

➤ **Relativamente ao ambiente**

- Promover a existência de um ambiente confortável diminuindo estímulos, mas evitando a privação sensorial (temperatura, luzes e ruído proveniente da televisão, do telefone e dos alarmes de equipamentos médicos);
- Promover a existência de um ambiente estável e seguro, evitando transferências de cama e de unidade, uma vez que a estabilidade reduz as fontes de *stress*;
- Ventilar o quarto e assegurar que este tem uma luz ténue e constante durante a noite;
- Minimizar estímulos como a utilização de equipamentos médicos (algalias, cateteres e bombas perfusoras);
- Colocar num lugar visível um relógio, um calendário e objetos familiares para potenciar a orientação temporo-espacial;
- Estabelecer contacto físico com a pessoa (se esta desejar) e utilizar um tom de voz suave;
- Limitar o número de pessoas no quarto e evitar várias pessoas com *delirium* no mesmo quarto;
- Evitar perturbar o padrão de sono-vigília (equacionar a necessidade de realização de intervenções);
- Evitar utilizar meios de contenção, aumentando a vigilância da pessoa.

(Gama & Barbosa, 2010; Agar et al., 2012; Kang et al., 2013; Bush et al., 2017 & Bush et al., 2018)

➤ **Relativamente à família**

- Ensinar à família os seguintes aspetos, completando a informação transmitida oralmente com informação escrita, por exemplo sob a forma de folheto:

- a etiologia do episódio de *delirium*, as suas manifestações clínicas e cada atitude terapêutica tomada, para que esta possa detetar os primeiros sintomas e saiba reagir adequadamente em situações posteriores;
 - que o *delirium* é uma situação inesperada, mas muito frequente em situações de doença avançada;
 - que a pessoa apresenta alternância de períodos de lucidez e confusão, advertindo acerca da flutuação do prognóstico;
 - que a agitação e confusão são expressões do mau funcionamento do cérebro e não de loucura, dor/sofrimento e que nem sempre a morte está iminente nessas situações;
 - que alguns delírios leves no final da vida podem levar a pessoa a dizer e a fazer algo que não é razoável, mas que a maior parte das pessoas que normalizam pouco ou nada se recordam dos sintomas;
 - que se deve aceitar a desorientação e o que a pessoa diz nesse contexto sem a tentar corrigir, contrariar ou desafiar;
 - a necessidade de internamento e o objetivo da sedação paliativa, caso seja necessária;
 - que nem todos os membros da família aceitam de igual modo a impossibilidade, por vezes total, de comunicar com a pessoa ou de a alimentar, mas que é importante restaurar a harmonia da família.
- Incentivar a família a intervir como parceira de cuidados;
 - Apoiar a família de modo a minimizar o seu *distress*.

(Gama & Barbosa, 2010; Kang et al., 2013; Bush et al., 2018)

No caso da pessoa apresentar *delirium*, dependendo dos objetivos terapêuticos definidos com o cliente e família podem ser implementadas intervenções terapêuticas dirigidas às causas do *delirium* (Gama & Barbosa, 2010). Também pode ser necessário implementar intervenções farmacológicas para obter o controlo sintomático e para que possam ser otimizadas as medidas não farmacológicas (Prayce et al., 2018).

As intervenções dirigidas às causas do *delirium* permitirão identificar e tratar possíveis fatores precipitantes. A decisão de corrigir esses fatores depende da reversibilidade dos mesmos, do prognóstico da doença oncológica, do estado funcional da pessoa antes do episódio de *delirium* e dos objetivos terapêuticos definidos com a pessoa/família (Lawlor & Bush, 2015; Bush, Tierney & Lawlor, 2017; Bush et al., 2018).

O controlo sintomático deve ser efetuado em todos os clientes, o mais precocemente possível, em conjunto com a avaliação diagnóstica da etiologia do *delirium*, para minimizar o *distress* da pessoa, da família e dos profissionais de saúde (Breibart & Alici, 2012; Lawlor & Bush, 2015; Bush, et al., 2017). Atendendo a que a intervenção sintomática tem como objetivo tranquilizar a pessoa, durante o dia, evitando a sonolência, e permitir um sono sossegado à noite, uma das intervenções de enfermagem consiste na administração de terapêutica farmacológica prescrita para este efeito (Gama & Barbosa, 2010; Agar et al., 2012; Lawley & Hewison, 2017; Bush et al., 2018). Para alcançar um equilíbrio entre o benefício e os potenciais danos para a pessoa, os fármacos devem ser utilizados na menor dose eficaz e durante o mínimo de tempo necessário (Bush et al., 2018).

O fármaco de eleição, quer para a pessoa com *delirium* hiperativo, quer para a pessoa com *delirium* hipoativo é o haloperidol, uma vez que tem um efeito tranquilizante, com baixa incidência de efeitos cardiovasculares e anticolinérgicos (Gama & Barbosa, 2010). Caso a pessoa apresente efeitos extrapiramidais ou tenha *Parkinson* devem ser utilizados antipsicóticos atípicos, como olanzapina, quetiapina e risperidona (Prayce et al., 2018).

As benzodiazepinas não devem ser utilizadas como terapêutica de primeira linha em situações de *delirium*, pois estão associadas à possibilidade de agravamento da confusão e de maior sedação, podendo aumentar o risco de queda em pessoas com menor mobilidade (Bush et al., 2018). Porém, existem exceções, se a pessoa apresentar um episódio de *delirium*, cuja causa é a abstinência de álcool ou de benzodiazepinas, estas constituem a terapêutica de eleição (Bush et al., 2018).

No contexto de *delirium* hipoativo, a evidência científica para o tratamento sintomático é escassa e não é consensual, alguns autores indicam que o efeito dos antipsicóticos não depende do tipo de *delirium*, outros referem que pode ser benéfico o uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato (Gagnon, Low & Schreier, 2005; Kang et al., 2013; Bush et al., 2018).

No âmbito das intervenções de enfermagem que visam o controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa importa salientar que a contenção terapêutica, na medida em que restringe espaço, movimento e liberdade, só deve ser usada após serem esgotadas todas as outras alternativas e a situação envolver riscos para o cliente e/ou para terceiros (Direção-Geral da Saúde, 2011). Esta é uma medida de controlo da atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados, que mantém simultaneamente e dentro do possível o

seu conforto e dignidade, com o objetivo de melhorar a condição de saúde, prevenir complicações e otimizar a segurança do cliente e de quem o rodeia (Direção-Geral da Saúde, 2011). A contenção terapêutica em ambiente hospitalar pode ser realizada de várias formas:

- Ambiental- com recurso a alterações que controlam a mobilidade da pessoa. Por exemplo um espaço fechado ou limitado onde a pessoa pode deambular em segurança, com supervisão clínica;
- Química- através de medicação psicoativa, prescrita por um médico, com o intuito de inibir um movimento ou comportamento em especial;
- Física- quando uma ou mais pessoas da equipa de saúde seguram firmemente a pessoa, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco;
- Mecânica- utilizando dispositivos ou materiais (faixas de contenção) para restringir os movimentos do corpo da pessoa, quando esta oferece perigo para si ou para terceiros. Integra formas de contenção ambiental (restrição ao leito ou cadeirão) e frequentemente formas de contenção física.

(Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 2011)

O recurso à contenção terapêutica deve ser explicado ao cliente e família como uma necessidade terapêutica, e não como algo punitivo, pelo que tem um cariz transitório e terminará assim que outra medida seja mais eficaz (Conselho de Enfermagem, 2009).

A contenção mecânica só está indicada em situações de crise, em que as intervenções comunicacionais ou medicamentosas foram ineficazes (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 2011). Todavia, esta tem algumas contraindicações, nomeadamente se desencadear maior agitação na pessoa ou não for possível assegurar a sua monitorização/vigilância atentamente, de forma a prevenir a ocorrência de efeitos adversos ou identificá-los precocemente (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 2011).

A contenção mecânica se for realizada sem a indicação correta ou de forma incorreta (utilização errada do dispositivo de contenção ou escolha de um tipo de dispositivo inadequado) pode causar danos físicos (desidratação, redução da perfusão das extremidades, fraturas, depressão respiratória e morte súbita) e psíquicos para a pessoa (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 2011). A decisão de proceder à contenção mecânica deverá ser, sempre que possível, ponderada em

conjunto, no seio da equipa de saúde, considerando os riscos e benefícios clínicos para a pessoa (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 2011). Caso o enfermeiro que tem a cargo o cliente tiver tido a necessidade de o fazer, assim que possível deve comunicar a ocorrência ao médico para que o cliente seja avaliado clinicamente e para que em equipa decidam qual a medida mais adequada para a continuidade de cuidados (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 2011). No processo clínico da pessoa deve ser registado: a duração, os motivos e as particularidades da contenção, especificando o que antecedeu a necessidade do procedimento, o insucesso de outras medidas, os eventos inesperados e as vigilâncias e monitorizações realizadas (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 2011).

Com as intervenções de enfermagem anteriormente enunciadas será alcançado um resultado na pessoa com doença oncológica em situação paliativa que nem sempre é a resolução do seu *delirium*. Por vezes, o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa persiste ou fica parcialmente resolvido e o enfermeiro deve equacionar a possibilidade desta ter uma síndrome demencial. Outras vezes, a pessoa pode apresentar um *delirium* refratário (Kang et al., 2013; Bush et al., 2017; Bush et al., 2018).

No caso da pessoa apresentar *delirium* refratário, esta deve ser referenciada para uma equipa de cuidados paliativos. Nestas situações o controlo sintomático poderá ter de ser alcançado através da sedação paliativa que comprometerá o grau de consciência da pessoa (Gama & Barbosa, 2010; Prayce et al., 2018).

Para que a sedação paliativa possa ser realizada é necessário o consentimento informado, livre e esclarecido do cliente (num momento de lucidez) ou da família/pessoa significativa (se o cliente não tiver capacidade de tomar decisões). Deste modo, a equipa de saúde deve percorrer alguns passos com o cliente e/ou com a família:

- comunicar e expressar em registo o objetivo terapêutico definido para o cliente e a finalidade da sedação paliativa;
- oferecer suporte emocional à pessoa, de forma que esta possa ventilar as suas preocupações e expressar os seus desejos quantos aos cuidados que serão prestados para proporcionar o controlo sintomático e conforto durante o processo de morrer;
- descrever as finalidades ótimas que se desejam com a sedação e as consequências esperadas;

- lembrar à família que a sedação pode provocar um sentimento de perda prematura e que o cliente pode ficar num estado de “limbo” (ainda não está morto, mas já não vive no sentido vital);
- explicar que o *distress* que a família está a experienciar pode ser minimizado se esta for incluída no processo de decisão e colaborar nos cuidados prestados.

(Gama & Barbosa, 2010; Lawlor & Bush, 2015)

A sedação poderá ser intermitente ou contínua e superficial ou profunda, sendo que a dosagem dos fármacos a administrar deve ser proporcional à severidade dos sintomas (Prayce et al., 2018; Bush et al., 2018). Desta forma, o enfermeiro deve monitorizar o nível de sedação da pessoa, para que as doses dos fármacos também possam ser ajustadas (Prayce et al., 2018; Bush et al., 2018). O fármaco mais utilizado é o haloperidol pelo seu rápido início de ação e tempo de semivida curto (Prayce et al., 2018). Se não se verificarem melhorias na agitação psicomotora podem ser utilizados antipsicóticos típicos, tais como a levomepromazina ou a cloropromazina, visto que têm um efeito tranquilizante (Gama & Barbosa, 2010). Se estes não forem eficazes e for necessário um efeito sedativo mais marcado pode ser utilizado concomitantemente com os neurolépticos, benzodiazepinas, como o midazolam ou lorazepam (Gama & barbosa, 2010; Barosa, Gonçalves & Neto, 2021). Em casos excecionais podem ainda ser administrados anestésicos (com a pessoa monitorizada), como o propofol (ação curta) ou fenobarbital (Gama & Barbosa, 2010; Barosa, Gonçalves & Neto, 2021). A morfina nunca deve ser utilizada para sedar um cliente (Prayce te al., 2018).

No algoritmo sobre a prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa (Apêndice I) também constam as intervenções de enfermagem e os resultados possíveis.

4. CONCLUSÃO

A apreciação de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa com vista à prevenção, ao reconhecimento precoce e ao controlo do *delirium* implica uma avaliação compreensiva. Esta deve contemplar o estado físico e mental, o comportamento, os exames complementares de diagnóstico e a história psicossocial a pessoa. Poderão ser utilizados instrumentos para a avaliação do estado cognitivo e de rastreio, diagnóstico e monitorização da gravidade do *delirium*.

O enfermeiro deve intervir junto da pessoa com risco de *delirium* implementando intervenções não farmacológicas com o intuito de prevenir a síndrome. No caso da pessoa apresentar *delirium* as suas intervenções devem ser no sentido de controlar a síndrome. Estas podem ser dirigidas às causas do *delirium*, se tal for concordante com o objetivo terapêutico definido com o cliente e família, aos seus sintomas ou constituírem medidas de suporte. Estas últimas consistem em intervenções não farmacológicas dirigidas à pessoa, ao ambiente e à família, e são consideradas a terapêutica de eleição no controlo do *delirium*. Em certas situações para alcançar o controlo sintomático é necessário que estas sejam complementadas com intervenções farmacológicas.

É fundamental investir na educação e formação dos enfermeiros, com o desenvolvimento de documentos como este que sistematizam linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Porém, é essencial que os enfermeiros apliquem estas linhas orientadoras na sua prática clínica, pois ainda que esta medida seja crucial por si só é insuficiente para melhorar resultados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry and oncology. *Palliative Medicine*, 26 (7), 887- 896.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^a ed.). Arlington: APA.
- Barosa, M., Gonçalves, T.N. & Neto, I. G. (2021). Guia Sintético Abordagem da Agonia- últimos dias e horas de vida (1^a ed.). Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2021/06/Guia-sinte%CC%81tico-abordagem-da-agonia.pdf>.
- BC Centre for Palliative Care. (2019). B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines. St New Westminster: BC Centre for Palliative Care.
- Bernardo, A. (2003). O delírio em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 45-53.
- Breitbart, W. & Alici, Y. (2012). Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1206- 1214.
- Bush, S.H. & Bruera, E. (2009). The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. *The Oncologist*, 14, 1039- 1049.
- Bush, S. H., Tierney, S. & Lawlor, P. G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*, 77 (15); 1623-1643.
- Bush, S.H et al., (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 143-165.
- Caraceni, A. & Grassi, L. (2011). *Delirium: Acute Confusional States in Palliative Medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- de la Cruz, M., Fan, J., Yennu, S., Tanco, K., Shin, S., Wu, J., Liu, D. & Bruera, E. (2015). The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*, 23, 2427-2433.

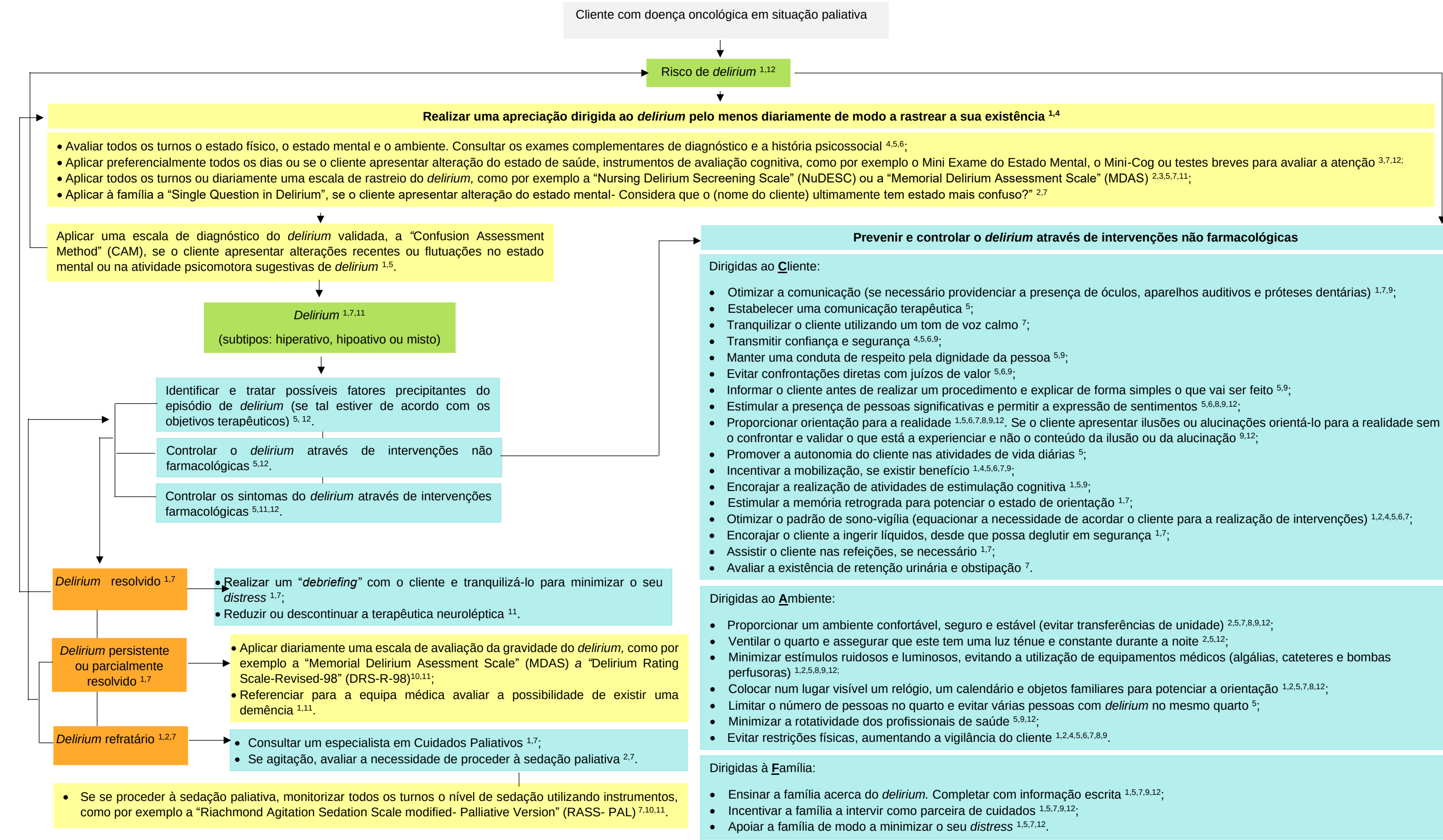
- Delgado, A., Borges, J., Pimentel, A. & Almeida, S. (2021). *Delirium* em Doentes com Cancro em Contexto de Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 7(1), 22-31.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (06 de junho de 2011). Orientação da DGS nº 021/2011.
- Gangnon, B., Low, G. & Schreier, G. (2005). Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium: a prospective clinical study. *J Psychiatry Neurosci*, 30, 100-107.
- Hosie et al., (2015). Nurse perceptions of the Nursing Delirium Screening Scale in two Palliative care inpatient units: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3276-3285.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. (11 de março de 2019). Norma Clínica de Enfermagem nº7: Cuidados de enfermagem no recurso à contenção mecânica terapêutica.
- Kang, J.H., Shin, S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 39, 105-112.
- Lawley, H. & Hewison, A. (2017). An integrative literature review exploring the Clinical management of delirium in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4172-4183.
- Lawlor, P. G & Bush, S. H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12, 77-92.
- LeGrand, S. B. (2012). Delirium in Palliative medicine; a review. *Journal Pain Symptom Management*, 4, 583-594.
- Leonard, M., Agar, M., Mason, C., Lawlor, P. (2008). Delirium issues in Palliative care settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 289-298.
- Leonard, M. M. et al. (2014). Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 176-190.
- Lynch, M, Dahlin, C. & Bakitas, M. (2012), Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (4), 391-398.

- Moreira, C. (2012). Delirium Dimensão do Problema num Serviço de Cuidados Paliativos (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11406/1/Mestrado%20em%20Cuidados%20Paliativos%20DELIRIUM%20DIMENS%C3%83O%20DO%20PROBLEMA.pdf>.
- Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSM.
- Parecer do Conselho de Enfermagem nº 226/2009 (2009). Elaboração de parecer sobre a Circular Normativa da DGS Nº8/DPMS/DSPPCS de 25/05/2007 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física. Conselho de Enfermagem. 1-7.
- Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). Delirium: o 7º parâmetro vital?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(1), 51-58.
- Sampaio, F. M.C. (2012). *Confusion Assessment Method: Tradução e Validação para a População Portuguesa* ((Dissertação de mestrado). Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9355/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20\(Confusion%20Assessment%20Method%20-%20Franc.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9355/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20(Confusion%20Assessment%20Method%20-%20Franc.pdf).
- Sands, M. B., Dantoc, B.P., Hartshorn, A., Ryan, C.J. & Lujic, S. (2010). Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliative Medicine*, 24(6), 561-565.
- Steis, M. R. & Fick, D. M. (2008). Are nurses recognizing delirium? A Systematic review. *J Gerontol Nurs*, 34, 40-48.
- Watt, C. et al. (2019). The incidence and prevalence of delirium across Palliative care settings: A Systematic review. *Palliative Medicine*. 33(8), 865-877.

APÊNDICE I

ALGORITMO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO *DELIRIUM* DO CLIENTE COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Algoritmo para prevenção e controlo do *delirium* do cliente com doença oncológica em situação paliativa



¹ Bush, S.H et al., (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 143-165; ² Kang, J.H., Shin, S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 39, 105-112; ³ Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). Delirium: o 7º parâmetro vital?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(1), 51-58; ⁴ BC Centre for Palliative Care. (2019). B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines. St New Westminster: BC Centre for Palliative Care; ⁵ Gama, G. & Barbosa, A. (2010). Delirium. In Barbosa, A. & Neto, I.G (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp 367- 285). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; ⁶Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium*. Ontario: OCSM; ⁷ Bush, S. H., Tierney, S. & Lawlor, P. G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Druggs*, 77 (15); 1623-1643; ⁸ Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry and oncology. *Palliative Medicine*, 26 (7), 887- 896; ⁹ Lynch, M, Dahlin, C. & Bakitas, M. (2012). Bowel Obstruction and Delirium: Managing Difficult Symptoms at the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (4), 391-398; ¹⁰ Leonard, M. M. et al. (2014). Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 176-190; ¹¹ Lawlor, P. G & Bush, S. H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12,77-92. ¹² Caraceni, A. & Grassi, L. (2011). *Delirium.acute confusional states in palliative medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

ANEXO I
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)

1 – Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- _____ Em que ano estamos?
- _____ Em que mês estamos?
- _____ Em que dia do mês estamos?
- _____ Em que dia da semana estamos?
- _____ Em que estação do ano estamos?
- _____ Em que país estamos?
- _____ Em que distrito vive?
- _____ Em que terra vive?
- _____ Em que casa estamos?
- _____ Em que andar estamos?

2 – Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

- _____ Pera _____ Gato _____ Bola

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

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

- 27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __

4 – Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

- _____ Pera _____ Gato _____ Bola

5 – Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) *“Como se chama isto?” Mostrar os objetos:*

- _____ Relógio _____ Lápis

b) *“Repita a frase que eu lhe vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA _____*

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

_____ Pega com a mão direita

_____ Dobra ao meio

_____ Coloca onde deve

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

_____ Fechou os olhos

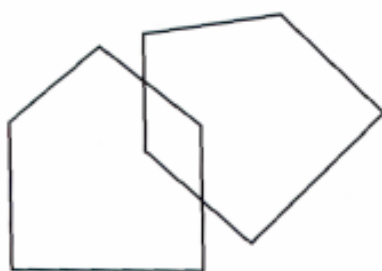
e) *"Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.*

Frase: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

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

Cópia:



Defeito cognitivo em função do grau de escolaridade (Analfabetos ≤ 15 ; 1-11 anos de escolaridade ≤ 22 ; Mais que 11 anos de escolaridade ≤ 27).

Fonte: GUERREIRO, M. [et al.] (1994) – Adaptação à População Portuguesa da Tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).

ANEXO II
MINI-COG

MINI-COG

Instruções

ADMINISTRAÇÃO	INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS						
1. Obter a atenção do doente. Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas. Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.	• Permitir três tentativas ao doente e em seguida ir para o próximo item. • As seguintes listas de palavras foram validadas num estudo clínico:¹⁻³ <table><tr><td>Versão 1 • Banana • Nascer do sol • Cadeira </td><td>Versão 3 • Vila • Cozinha • Bebê </td><td>Versão 5 • Capitão • Jardim • Fotografia </td></tr><tr><td>Versão 2 • Filha • Paraíso • Montanha </td><td>Versão 4 • Rio • Nação • Dedo </td><td>Versão 6 • Líder • Estação do ano • Mesa </td></tr></table>	Versão 1 • Banana • Nascer do sol • Cadeira	Versão 3 • Vila • Cozinha • Bebê	Versão 5 • Capitão • Jardim • Fotografia	Versão 2 • Filha • Paraíso • Montanha	Versão 4 • Rio • Nação • Dedo	Versão 6 • Líder • Estação do ano • Mesa
Versão 1 • Banana • Nascer do sol • Cadeira	Versão 3 • Vila • Cozinha • Bebê	Versão 5 • Capitão • Jardim • Fotografia					
Versão 2 • Filha • Paraíso • Montanha	Versão 4 • Rio • Nação • Dedo	Versão 6 • Líder • Estação do ano • Mesa					
2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio. Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).	• Pode ser usada uma folha de papel em branco ou um círculo pré-impresso no verso. • A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2 (ou o 4 e 8). • Estes dois horários específicos são mais sensíveis que outros. • Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o doente. • Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal. • Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao fim de três minutos.						
3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras do passo 1.	Pedir ao doente para recordar-se das três palavras que lhe apontamos no passo 1.						

Pontuação

3 palavras recordadas

1-2 palavras recordadas + normal TDR

1-2 palavras recordadas + anormal TDR

0 palavras recordadas

Negativo para défice cognitivo

Negativo para défice cognitivo

Positivo para défice cognitivo

Positivo para défice cognitivo

Referências

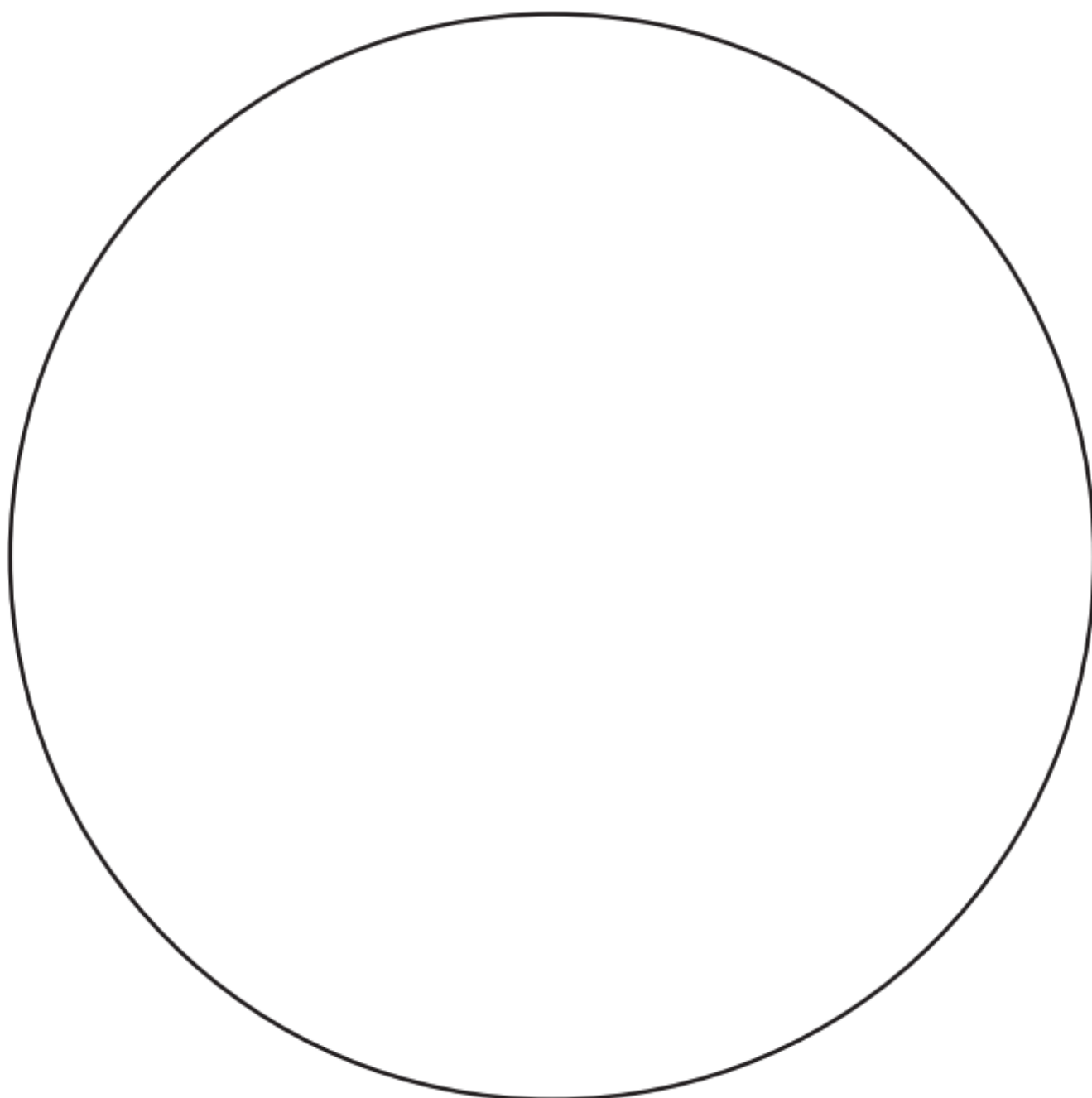
1. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(11):1021-1027.
2. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(10):1451-1454.
3. McCarten JR, Anderson P, Kuskowski MA et al. Finding dementia in primary care: the results of a clinical demonstration project. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):210-217.

Mini-Cog™ Copyright S Borson. Reprinted with permission of the author (soab@uw.edu). All rights reserved.

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

Nome do doente: _____

Data: _____



ANEXO III
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: _____ Idade: _____

Género: _____ Data de Nascimento: _____

Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cilindro		Desenhar um Relógio (nove e dez) (3 pontos)		Pontos		
				[] [] []		[] [] []		
				Contorno	Números	Ponteiros		
						___/5		
NOMEAÇÃO								
[] [] []								
___/3								
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.		Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Sem Pontuação
	1º ensaio							
	2º ensaio							
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência. [] 5 4 1 8 7 (1 número/segundo) O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [] 1 7 4						___/2	
Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.							___/1	
[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB								
Subtrair de 7 em 7 começando em 80. [] 73 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45							___/3	
4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos								
LINGUAGEM	Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente. []	As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga. []					___/2	
Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 Palavras)							___/1	
ABSTRACÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos [] olho - ouvido [] trompete - piano						___/2	
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
		[]	[]	[]	[]	[]		
Opcional	Pista de categoria							
	Pista de escolha múltipla							
ORIENTAÇÃO	[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Localidade						___/6	

Adapted by : Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD

© Z.Nasreddine MD

www.mocatest.org

Examinador: _____

TOTAL

___/30

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

ANEXO IV
ESCALA DE CONFUSÃO NEECHAM

5. ESCALA DE CONFUSÃO NEECHAM

Nome/ID: _____ Data: _____ Hora: _____

Avaliado por: _____

NÍVEL I - PROCESSAMENTO

PROCESSAMENTO - ATENÇÃO (Atenção-Alerta-Reação)

4 Atenção/alerta total: responde imediata e corretamente à chamada pelo nome ou toque - olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma normal.

3 Atenção/alerta diminuída ou aumentada: atenção diminuída quer à chamada, toque ou a estímulos ambientais ou hiper-alerta, hiperativo a estímulos/objetos circundantes.

2 Atenção/alerta inconstante ou inadequada: requer chamada ou toque repetidos para obter/manter contacto visual/atenção; capaz de reconhecer objetos/estímulos, embora possa adormecer entre estímulos.

1 Atenção/alerta perturbada: abre olhos em resposta a sons ou toque; pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contacto ou pode mostrar-se retraído/agressivo.

0 Despertar/resposta deprimida: pode ou não abrir os olhos; só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos; incapaz de reconhecer contacto.

PROCESSAMENTO - ORDEM (Reconhecimento-Interpretação-Ação)

5 Capaz de obedecer a uma ordem complexa: “Ligue a luz de chamar os enfermeiros” (Tem de procurar o objeto, reconhecê-lo e executar a ordem).

4 Resposta lenta a ordem complexa: requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/executar a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.

3 Capaz de obedecer a uma ordem simples: “Levante a mão ou o pé, Sr. ...” (Usar apenas 1 parte do corpo).

2 Incapaz de obedecer a uma ordem direta: obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual - bebe do copo colocado perto da boca. Responde de forma calma ao contacto, tranquilização ou segurar a mão do enfermeiro.

1 Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente: responde com expressões faciais atordoadas ou assustadas, e/ou resposta de afastamento/resistência, comportamento hiper/hipoativo; não responde a leve apertar de mão pelo enfermeiro.

0 Hipoativo, letárgico: respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais.

PROCESSAMENTO - ORIENTAÇÃO (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/discurso)

5 Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa: processos do pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequados. Memória de curto prazo intacta.

4 Orientado em relação às pessoas e ao espaço: distúrbio mínimo na memória/recordação, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequadas; pode ser repetitivo, necessária estimulação para manter o contacto. Geralmente coopera.

3 Orientação inconsistente: voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns, poderá sofrer alucinações ou ilusões. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de proteção cognitivos cooperantes).

2 Desorientado e memória/recordação perturbada: orientado para si próprio/reconhece a família. Poderá questionar ações do enfermeiro ou recusar pedidos/procedimentos (comportamentos de proteção cognitivos de resistência). Conteúdo da conversação/pensamento perturbado. Ilusões e/ou alucinações são comuns.

1 Desorientado, reconhecimento perturbado: reconhece, de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objetos. Sons/discurso inadequados.

0 Processamento de estímulos deprimido: resposta mínima a estímulos verbais.

NÍVEL 2 - COMPORTAMENTO

COMPORTAMENTO - APARÊNCIA

2 Controla a postura, mantém a aparência, higiene: vestido e arranjado de forma adequada, asseado, limpo. Postura na cama/cadeira normal.

1 Postura ou aparência alteradas: algum desarranjo na roupa/cama ou aparência pessoal, ou alguma falta de controlo de postura, posição.

0 Postura e aparência anormais: desarrumação, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.

COMPORTAMENTO - MOTOR

4 Comportamento motor normal: movimento, coordenação e atividade adequados, capaz de descansar tranquilamente na cama, movimento de mãos normal.

3 Comportamento motor lentificado ou hiperativo: quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (mãos/braços cruzados ou sobre o peito ou ao longo do corpo) ou hiperativo (mexer para cima/baixo, agitado). Pode ter tremores nas mãos.

2 Movimento alterado: inquieto ou com movimentos rápidos. Movimentos manuais parecem anormais - apanhar objetos da cama ou da coberta, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.

1 Movimentos inapropriados, disruptivos: puxar tubos, tentar passar por cima das grades de proteção, ações intencionais frequentes.

0 Movimentos deprimidos: movimentos limitados a não ser que seja estimulado; movimentos de resistência.

COMPORTAMENTO - VERBAL

4 Inicia discurso de forma adequada: capaz de conversar, consegue iniciar e manter uma conversa. Discurso normal para problema diagnosticado, tom de voz normal.

3 Início de discurso limitado: respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tom de voz pode ser anormal e o ritmo pode ser lento.

2 Discurso inadequado: pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.

1 Discurso/sons perturbados: sons/tom alterados. Balbucia, grita, diz palavras ou está anormalmente em silêncio.

0 Sons anormais: grunhidos ou outros sons distorcidos. Não há discurso claro.

NÍVEL 3 - CONTROLO FISIOLÓGICO

AVALIAÇÕES FISIOLÓGICAS

Valores registados:

Normal:

_____ Temperatura

(36-37°)

_____ TA sistólica

(100-160)

_____ TA diastólica

(50-90)

_____ Freq. cardíaca (FC)

(60-100)

Regular/irregular

(circular um)

_____ Ciclos respiratórios

(14-22)

(Contar durante 1 minuto)

_____ Saturação O₂

(93 ou acima)

_____ Períodos de apneia/hipopneia presentes? (1 = sim; 0 = não)

_____ Prescrita terapia de oxigénio?

(0 = não; 1 = sim, mas desligado; 2 = sim, ligado no momento)

ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS (Contar anomalias da TA sist. e/ou TA diast. como um valor; contar Ritmo Cardíaco anormal e/ou irregular como um; contar apneia e/ou respiração anormal como um; e temperatura anormal como um)

2 TA, RC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular.

1 Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal.

0 Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais.

ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO

2 Sat. O₂ normal (93 ou acima).

1 Sat O₂ entre 90 e 92 ou está a receber oxigénio.

0 Sat O₂ abaixo de 90.

CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA

2 Mantém o controlo da bexiga.

1 Incontinente nas últimas 24 horas ou tem penny-rose.

0 Incontinente no momento, ou necessita de algáliação intermitente ou permanente ou tem anúria.

ANEXO V

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)

ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
Sem depressão / tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível / a maior tristeza possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

Fonte: Ferreira, E. (Coords.). (2017). *Guia Prático de Controlo Sintomático*. Disponível em: https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

ANEXO VI

DELIRIUM RATING SCALE-REVISED-98 (DRS-R-98)

DELIRIUM RATING SCALE-R-98 (DRS-R-98)

This is a revision of the Delirium Rating Scale (Trzepacz et al. 1988). It is used for initial assessment and repeated measurements of delirium symptom severity. The sum of the 13 item scores provides a severity score. All available sources of information are used to rate the items (nurses, family, chart) in addition to examination of the patient. For serial repeated ratings of delirium severity, reasonable time frames should be chosen between ratings to document meaningful changes because delirium symptom severity can fluctuate without interventions.

DRS-R-98 SEVERITY SCALE**1. Sleep-wake cycle disturbance**

Rate sleep-wake pattern using all sources of information, including from family, caregivers, nurses' reports, and patient. Try to distinguish sleep from resting with eyes closed.

- 0. Not present
- 1. Mild sleep continuity disturbance at night or occasional drowsiness during the day
- 2. Moderate disorganization of sleep-wake cycle (e.g., falling asleep during conversations, napping during the day or several brief awakenings during the night with confusion/behavioral changes or very little nighttime sleep)
- 3. Severe disruption of sleep-wake cycle (e.g., day-night reversal of sleep-wake cycle or severe circadian fragmentation with multiple periods of sleep and wakefulness or severe sleeplessness.)

2. Perceptual disturbances and hallucinations

Illusions and hallucinations can be of any sensory modality. Misperceptions are "simple" if they are uncomplicated, such as a sound, noise, color, spot, or flashes and "complex" if they are multidimensional, such as voices, music, people, animals, or scenes. Rate if reported by patient or caregiver, or inferred by observation.

- 0. Not present
- 1. Mild perceptual disturbances (e.g., feelings of derealization or depersonalization; or patient may not be able to discriminate dreams from reality)
- 2. Illusions present
- 3. Hallucinations present

3. Delusions

Delusions can be of any type, but are most often persecutory. Rate if reported by patient, family or caregiver. Rate as delusional if ideas are unlikely to be true yet are believed by the patient who cannot be dissuaded by logic. Delusional ideas cannot be explained otherwise by the patient's usual cultural or religious background.

- 0. Not present
- 1. Mildly suspicious, hypervigilant, or preoccupied
- 2. Unusual or overvalued ideation that does not reach delusional proportions or could be plausible
- 3. Delusional

4. Lability of affect

Rate the patient's affect as the outward presentation of emotions and not as a description of what the patient feels.

- 0. Not present
- 1. Affect somewhat altered or incongruent to situation; changes over the course of hours; emotions are mostly under self-control
- 2. Affect is often inappropriate to the situation and intermittently changes over the course of minutes; emotions are not consistently under self-control, though they respond to redirection by others
- 3. Severe and consistent disinhibition of emotions; affect changes rapidly, is inappropriate to context, and does not respond to redirection by others

5. Language

Rate abnormalities of spoken, written or sign language that cannot be otherwise attributed to dialect or stuttering. Assess fluency, grammar, comprehension, semantic content and naming. Test comprehension and naming nonverbally if necessary by having patient follow commands or point.

- 0. Normal language
- 1. Mild impairment including word-finding difficulty or problems with naming or fluency
- 2. Moderate impairment including comprehension difficulties or deficits in meaningful communication (semantic content)
- 3. Severe impairment including nonsensical semantic content, word salad, muteness, or severely reduced comprehension

6. Thought process abnormalities

Rate abnormalities of thinking processes based on verbal or written output. If a patient does not speak or write, do not rate this item.

- 0. Normal thought processes
- 1. Tangential or circumstantial
- 2. Associations loosely connected occasionally, but largely comprehensible
- 3. Associations loosely connected most of the time

7. Motor agitation

Rate by observation, including from other sources of observation such as by visitors, family and clinical staff. Do not include dyskinesia, tics, or chorea.

- 0. No restlessness or agitation
- 1. Mild restlessness of gross motor movements or mild fidgetiness
- 2. Moderate motor agitation including dramatic movements of the extremities, pacing, fidgeting, removing intravenous lines, etc.
- 3. Severe motor agitation, such as combativeness or a need for restraints or seclusion

8. Motor retardation

Rate movements by direct observation or from other sources of observation such as family, visitors, or clinical staff. Do not rate components of retardation that are caused by parkinsonian symptoms. Do not rate drowsiness or sleep.

- 0. No slowness of voluntary movements
- 1. Mildly reduced frequency, spontaneity or speed of motor movements, to the degree that may interfere somewhat with the assessment.
- 2. Moderately reduced frequency, spontaneity or speed of motor movements to the degree that it interferes with participation in activities or self-care
- 3. Severe motor retardation with few spontaneous movements.

9. Orientation

Patients who cannot speak can be given a visual or auditory presentation of multiple choice answers. Allow patient to be wrong by up to 7 days instead of 2 days for patients hospitalized more than 3 weeks. Disorientation to person means not recognizing familiar persons and may be intact even if the person has naming difficulty but recognizes the person. Disorientation to person is most severe when one doesn't know one's own identity and is rare. Disorientation to person usually occurs after disorientation to time and/or place.

- 0. Oriented to person, place and time
- 1. Disoriented to time (e.g., by more than 2 days or wrong month or wrong year) or to place (e.g., name of building, city, state), but not both
- 2. Disoriented to time and place
- 3. Disoriented to person

10. Attention

Patients with sensory deficits or who are intubated or whose hand movements are constrained should be tested using an alternate modality besides writing. Attention can be assessed during the interview (e.g., verbal perseverations, distractibility, and difficulty with set shifting) and/or through use of specific tests, e.g., digit span.

- 0. Alert and attentive
- 1. Mildly distractible or mild difficulty sustaining attention, but able to refocus with cueing. On formal testing makes only minor errors and is not significantly slow in responses
- 2. Moderate inattention with difficulty focusing and sustaining attention. On formal testing, makes numerous errors and either requires prodding to focus or finish the task
- 3. Severe difficulty focusing and/or sustaining attention, with many incorrect or incomplete responses or inability to follow instructions. Distractible by other noises or events in the environment

11. Short-term memory

Defined as recall of information (e.g., 3 items presented either verbally or visually) after a delay of about 2 to 3 minutes. When formally tested, information must be registered adequately before recall is tested. The number of trials to register as well as effect of cueing can be noted on scoresheet. Patient should not be allowed to rehearse during the delay period and should be distracted during that time. Patient may speak or nonverbally communicate to the examiner the identity of the correct items. Short-term deficits noticed during the course of the interview can be used also.

- 0. Short-term memory intact
- 1. Recalls 2/3 items; may be able to recall third item after category cueing
- 2. Recalls 1/3 items; may be able to recall other items after category cueing
- 3. Recalls 0/3 items

12. Long-term memory

Can be assessed formally or through interviewing for recall of past personal (e.g., past medical history or information or experiences that can be corroborated from another source) or general information that is culturally relevant. When formally tested, use a verbal and/or visual modality for 3 items that are adequately registered and recalled after at least 5 minutes. The patient should not be allowed to rehearse during the delay period during formal testing. Make allowances for patients with less than 8 years of education or who are mentally retarded regarding general information questions. Rating of the severity of deficits may involve a judgment about all the ways long-term memory is assessed, including recent and/or remote long-term memory ability informally tested during the interview as well as any formal testing of recent long-term memory using 3 items.

0. No significant long-term memory deficits
1. Recalls 2/3 items and/or has minor difficulty recalling details of other long-term information
2. Recalls 1/3 items and/or has moderate difficulty recalling other long-term information
3. Recalls 0/3 items and/or has severe difficulty recalling other long-term information

13. Visuospatial ability

Assess informally and formally. Consider patient's difficulty navigating one's way around living areas or environment (e.g., getting lost). Test formally by drawing or copying a design, by arranging puzzle pieces, or by drawing a map and identifying major cities, etc. Take into account any visual impairments that may affect performance.

0. No impairment
1. Mild impairment such that overall design and most details or pieces are correct; and/or little difficulty navigating in his/her surroundings
2. Moderate impairment with distorted appreciation of overall design and/or several errors of details or pieces; and/or needing repeated redirection to keep from getting lost in a newer environment despite, trouble locating familiar objects in immediate environment
3. Severe impairment on formal testing; and/or repeated wandering or getting lost in environment

© Trzepacz 1998

DRS-R-98 OPTIONAL DIAGNOSTIC ITEMS

These three items can be used to assist in the differentiation of delirium from other disorders for diagnostic and research purposes. They are added to the severity score for the total scale score, but are NOT included in the severity score.

14. Temporal onset of symptoms

Rate the acuteness of onset of the initial symptoms of the disorder or episode being currently assessed, not their total duration. Distinguish the onset of symptoms attributable to delirium when it occurs concurrently with a different preexisting psychiatric disorder. For example, if a patient with major depression is rated during a delirium episode due to an overdose, then rate the onset of the delirium symptoms.

0. No significant change from usual or longstanding baseline behavior
1. Gradual onset of symptoms, occurring over a period of several weeks to a month
2. Acute change in behavior or personality occurring over days to a week
3. Abrupt change in behavior occurring over a period of several hours to a day

15. Fluctuation of symptom severity

Rate the waxing and waning of an individual or cluster of symptom(s) over the time frame being rated. Usually applies to cognition, affect, intensity of hallucinations, thought disorder, language disturbance. Take into consideration that perceptual disturbances usually occur intermittently, but might cluster in period of greater intensity when other symptoms fluctuate in severity.

0. No symptom fluctuation
1. Symptom intensity fluctuates in severity over hours
2. Symptom intensity fluctuates in severity over minutes

16. Physical disorder

Rate the degree to which a physiological, medical or pharmacological problem can be specifically attributed to have caused the symptoms being assessed. Many patients have such problems but they may or may not have causal relationship to the symptoms being rated.

0. None present or active
1. Presence of any physical disorder that might affect mental state
2. Drug, infection, metabolic disorder, CNS lesion or other medical problem that specifically can be implicated in causing the altered behavior or mental state

© Trzepacz 1998

DRS-R-98 SCORESHEET

Name of patient: _____ Date: ____/____/____ Time: _____

Name of Rater: _____

SEVERITY SCORE:

TOTAL SCORE:

Severity Item	Item Score				Optional Information
Sleep-wake cycle	0	1	2	3	Naps Nocturnal disturbance only Day-night reversal
Perceptual disturbances	0	1	2	3	Sensory type of illusion or hallucination: auditory visual olfactory tactile Format of illusion or hallucination: simple complex
Delusions	0	1	2	3	Type of delusion: persecutory Nature: poorly formed systematized
Lability of affect	0	1	2	3	Type: angry anxious dysphoric elated irritable
Language	0	1	2	3	Check here if intubated, mute, etc.
Thought process	0	1	2	3	Check here if intubated, mute, etc.
Motor agitation	0	1	2	3	Check here if restrained <i>Type of restraints:</i>
Motor retardation	0	1	2	3	Check here if restrained <i>Type of restraints:</i>
Orientation	0	1	2	3	Date: Place: Person:
Attention	0	1	2	3	
Short-term memory	0	1	2	3	Record # of trials for registration of items: Check here if category cueing helped
Long-term memory	0	1	2	3	Check here if category cueing helped
Visuospatial ability	0	1	2	3	Check here if unable to use hands
Diagnostic Item	Item Score				Optional Information
Temporal onset of symptoms	0	1	2	3	Check here if symptoms appeared on a background of other psychopathology
Fluctuation of symptom severity	0	1	2		Check here if symptoms only appear during the night

ANEXO VII
MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Observações pelo Entrevistador

Entrevistador: imediatamente após completar a entrevista, por favor, responda às seguintes questões com base no que observou durante a entrevista, no “*Modified Mini-Cog Test*”, e no “*Digit Span Test*”.

1A. [Início Agudo]

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

1B. (Se sim)

Por favor, descreva a mudança e a fonte de informação.

2A. [Desatenção]

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

2B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

2C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

3A. [Pensamento Desorganizado]

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

3B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

3C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) - 1 → Avance para a questão 5

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estupor (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

Incerto - 8

4B. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

4C. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Por favor, descreva o comportamento.

5A. [Desorientação]

O doente apresentou-se desorientado em algum momento durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em algum outro local que não no hospital, usando a cama errada, ou julgando erradamente o período do dia?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

5B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

5C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

6A. [Défice de Memória]

O doente demonstrou problemas de memória durante a entrevista, como por exemplo, incapacidade para recordar acontecimentos do hospital ou dificuldade em recordar instruções?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

6B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

6C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

7A. [Distúrbios Percetuais]

O doente apresentou alguma evidência de distúrbios percetuais, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações erróneas (por exemplo, pensar que algo se estava a mover, quando na realidade não estava)?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

7B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

7C. (Se presente)

Por favor, descreva as alterações percetuais.

8A (Parte 1). [Agitação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora excecionalmente aumentado, como por exemplo, inquietação, esgaravatar as roupas da cama, bater com os dedos, ou realizar mudanças frequentes de posição?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

8A (Parte 2). [Lentificação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora excecionalmente diminuído, como por exemplo, lentidão, olhar fixamente o vazio, manter-se numa posição durante muito tempo ou mover-se muito lentamente?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

ANEXO VIII

MEMORIAL DELIRIUM ASSESSMENT SCALE (MDAS)

Appendix 1
Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) ©1996

INSTRUCTIONS: Rate the severity of the following symptoms of delirium based on current interaction with subject or assessment of his/her behavior or experience over past several hours (as indicated in each time.)

ITEM 1-REDUCED LEVEL OF CONSCIOUSNESS (AWARENESS): Rate the patient's current awareness of and interaction with the environment (interviewer, other people/objects in the room; for example, ask patients to describe their surroundings).

- ☐ 0: none (patient spontaneously fully aware of environment and interacts appropriately)
- ☐ 1: mild (patient is unaware of some elements in the environment, or not spontaneously interacting appropriately with the interviewer; becomes fully aware and appropriately interactive when prodded strongly; interview is prolonged but not seriously disrupted)
- ☐ 2: moderate (patient is unaware of some or all elements in the environment, or not spontaneously interacting with the interviewer; becomes incompletely aware and inappropriately interactive when prodded strongly; interview is prolonged but not seriously disrupted)
- ☐ 3: severe (patient is unaware of all elements in the environment with no spontaneous interaction or awareness of the interviewer, so that the interview is difficult-to-impossible, even with maximal prodding)

ITEM 2-DISORIENTATION: Rate current state by asking the following 10 orientation items: date, month, day, year, season, floor, name of hospital, city state, and country.

- ☐ 0: none (patient knows 9-10 items)
- ☐ 1: mild (patient knows 7-8 items)
- ☐ 2: moderate (patient knows 5-6 items)
- ☐ 3: severe (patient knows no more than 4 items)

ITEM 3-SHORT-TERM MEMORY IMPAIRMENT: Rate current state by using repetition and delayed recall of 3 words [patient must immediately repeat and recall words 5 min later after an intervening task. Use alternate sets of 3 words for successive evaluations (for example, apple, table, tomorrow; sky, cigar, justice)].

- ☐ 0: none (all 3 words repeated and recalled)
- ☐ 1: mild (all 3 repeated, patient fails to recall 1)
- ☐ 2: moderate (all 3 repeated, patient fails to recall 2)
- ☐ 3: severe (patient fails to repeat 1 or more words)

ITEM 4-IMPAIRED DIGIT SPAN: Rate current performance by asking subjects to repeat first 3, 4, then 5 digits forward and then 3, then 4 backwards; continue to the next step only if patient succeeds at the previous one.

- ☐ 0: none (patient can do at least 5 numbers forward and 4 backward)
- ☐ 1: mild (patient can do at least 5 numbers forward, 3 backward)
- ☐ 2: moderate (patient can do 4-5 numbers forward, cannot do 3 backward)
- ☐ 3: severe (patient can do no more than 3 numbers forward)

ITEM 5-REDUCED ABILITY TO MAINTAIN AND SHIFT ATTENTION: As indicated during the interview by questions needing to be rephrased and/or repeated because patient's attention wanders, patient loses track, patient is distracted by outside stimuli or over-absorbed in a task.

- ☐ 0: none (none of the above; patient maintains and shifts attention normally)
- ☐ 1: mild (above attentional problems occur once or twice without prolonging the interview)
- ☐ 2: moderate (above attentional problems occur often, prolonging the interview without seriously disrupting it)
- ☐ 3: severe (above attentional problems occur constantly, disrupting and making the interview difficult-to-impossible)

ITEM 6-DISORGANIZED THINKING: As indicated during the interview by rambling, irrelevant, or incoherent speech, or by tangential, circumstantial, or faulty reasoning. Ask patient a somewhat complex question (for example, "Describe your current medical condition.").

- ☐ 0: none (patient's speech is coherent and goal-directed)
- ☐ 1: mild (patient's speech is slightly difficult to follow; responses to questions are slightly off target but not so much as to prolong the interview)
- ☐ 2: moderate (disorganized thoughts or speech are clearly present, such that interview is prolonged but not disrupted)
- ☐ 3: severe (examination is very difficult or impossible due to disorganized thinking or speech)

ITEM 7—PERCEPTUAL DISTURBANCE: Misperceptions, illusions, hallucinations inferred from inappropriate behavior during the interview or admitted by subject, as well as those elicited from nurse/family/chart accounts of the past several hours or of the time since last examination:

- ☐ 0: none (no misperceptions, illusions, or hallucinations)
- ☐ 1: mild (misperceptions or illusions related to sleep, fleeting hallucinations on 1–2 occasions without inappropriate behavior)
- ☐ 2: moderate (hallucinations or frequent illusions on several occasions with minimal inappropriate behavior that does not disrupt the interview)
- ☐ 3: severe (frequent or intense illusions or hallucinations with persistent inappropriate behavior that disrupts the interview or interferes with medical care)

ITEM 8—DELUSIONS: Rate delusions inferred from inappropriate behavior during the interview or admitted by the patient, as well as delusions elicited from nurse/family/chart accounts of the past several hours or of the time since the previous examination.

- ☐ 0: none (no evidence of misinterpretations or delusions)
- ☐ 1: mild (misinterpretations or suspiciousness without clear delusional ideas or inappropriate behavior)
- ☐ 2: moderate (delusions admitted by the patient or evidenced by his/her behavior that do not or only marginally disrupt the interview or interfere with medical care)
- ☐ 3: severe (persistent and/or intense delusions resulting in inappropriate behavior, disrupting the interview or seriously interfering with medical care)

ITEM 9—DECREASED OR INCREASED PSYCHOMOTOR ACTIVITY: Rate activity over past several hours, as well as activity during interview, by circling (a) hypoactive, (b) hyperactive, or (c) elements of both present.

- ☐ 0: none (normal psychomotor activity)
- ☐ a b c 1: mild (Hypoactivity is barely noticeable, expressed as slightly slowing of movement. Hyperactivity is barely noticeable or appears as simple restlessness.)
- ☐ a b c 2: moderate (Hypoactivity is undeniable, with marked reduction in the number of movements or marked slowness of movement; subject rarely spontaneously moves or speaks. Hyperactivity is undeniable, subject moves almost constantly; in both cases, exam is prolonged as a consequence.)
- ☐ a b c 3: severe (Hypoactivity is severe; patient does not move or speak without prodding or is catatonic. Hyperactivity is severe; patient is constantly moving, overreacts to stimuli, requires surveillance and/or restraint; getting through the exam is difficult or impossible.)

ITEM 10—SLEEP-WAKE CYCLE DISTURBANCE (DISORDER OF AROUSAL): Rate patient's ability to either sleep or stay awake at the appropriate times. Utilize direct observation during the interview, as well as reports from nurses, family, patient, or charts describing sleep-wake cycle disturbance over the past several hours or since last examination. Use observations of the previous night for morning evaluations only.

- ☐ 0: none (at night, sleeps well; during the day, has no trouble staying awake)
 - ☐ 1: mild (mild deviation from appropriate sleepfulness and wakefulness states: at night, difficulty falling asleep or transient night awakenings, needs medication to sleep well; during the day, reports periods of drowsiness or, during the interview, is drowsy but can easily fully awaken him/herself)
 - ☐ 2: moderate (moderate deviations from appropriate sleepfulness and wakefulness states: at night, repeated and prolonged night awakening; during the day, reports of frequent and prolonged napping or, during the interview, can only be roused to complete wakefulness by strong stimuli)
 - ☐ 3: severe (severe deviations from appropriate sleepfulness and wakefulness states: at night, sleeplessness; during the day, patient spends most of the time sleeping or, during the interview, cannot be roused to full wakefulness by any stimuli)
-

Fonte: Breitbart, W., Rosenfeld, B., Roth, A., Smith, M.J., Cohen, K. & Passik, S. (1997), The Memorial Delirium Assessment Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13 (3), 128-137.

ANEXO IX

***RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE- PALLIATIVE VERSION
(RASS-PAL)***

Score	Term	Description
+4	Combative	Overtly combative, violent, immediate danger to staff, (e.g., throwing items): +/- attempting to get out of bed or chair
+3	Very Agitated	Pulls or removes lines (e.g. IV/SC/Oxygen tubing) or catheter(s); aggressive, +/- attempting to get out of bed or chair
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movement, +/- attempting to get out of bed or chair
+1	Restless	Occasional non-purposeful movement, but movements are not aggressive or vigorous
0	Alert and Calm	
-1	Drowsy	Not fully alert but has sustained awakening (eye-opening/eye contact) to voice for 10 seconds or longer.
-2	Light Sedation	Briefly awakens with eye contact to voice for less than 10 seconds
-3	Moderate Sedation (common goal)	Any movement (eye or body) or eye opening to voice, but no eye contact
-4	Deep Sedation	No response to voice but any movement (eye or body) or eye opening to stimulation by light touch
-5	Not rousable	No response to voice or stimulation by light touch

Tool Notes

- The Richmond Agitation-Sedation Scale – Palliative Version (RASS-PAL) is a valid and reliable assessment tool to assess the person's level of sedation during Palliative Sedation Therapy (PST)¹.
- Unlike the original RASS, the RASS-PAL does not require eliciting a response using painful or startling stimuli;
- The aim of palliative sedation is to provide symptom relief with the lightest possible level of sedation necessary and /or as per the identified goals.
- Use of a standardized tool to assess level of sedation improves monitoring, communication and documentation in PST, see procedure on reverse.

Score	Procedure for RASS-PAL
0 to +4	1. Observe patient for 20 seconds a. Patient is alert, restless or agitated for more than 10 seconds . Note if the patient is alert, restless or agitated for less than 10 seconds and is otherwise drowsy, then score patient according to your assessment for the majority of the observation period.
-1 -2 -3	2. If not alert, greet patient, call by name and say "open your eyes and look at me". a. Patient awakens with sustained eye opening and eye contact (10 seconds or longer). b. Patient awakens with eye opening and eye contact, but not sustained (less than 10 seconds). c. Patient has any eye or body movement in response to voice but no eye contact
-4 -5	3. When no response to verbal stimulation, physically stimulate patient by <i>light touch</i> , e.g., <i>gently</i> shake shoulder a. Patient has any eye or body movement to gentle physical stimulation b. Patient has no response to any stimulation

¹ Bush SH, Grassau, PA, Yarmo MN, Zhang T, Xinkie SJ, Pereira JL (2014). *The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice*. BMC Palliative Care,13:17 1186/1472-684X-13-17.

Adapted for clinical use in Interior Health with written permission of Dr. Shirley Bush, original author, February 2020.

APÊNDICE XV
2º QUESTIONÁRIO

Caro (a) Enfermeiro (a)

Sou estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem Oncológica, e estou a finalizar um projeto intitulado “Prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: intervenção especializada de enfermagem”. Este pressupõe o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de mestre, e visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no Serviço onde desempenhamos a nossa atividade. Com esse intuito realizei as seguintes atividades:

- Realização de duas sessões de formação (em que na última esteve presente a EIHSCP e foi discutido um caso clínico complexo);
- Elaboração de um algoritmo de apoio à tomada de decisão clínica (que foi afixado no serviço para aferição e se encontra em processo de validação por peritos);
- Articulação com a Enfermeira responsável pelo SClinico na nossa Instituição, propondo diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas com o *delirium* (em linguagem CIPE) para parametrização;
- Elaboração de um Guia de Boa Prática sobre o tema em questão (disponível em formato digital na pasta partilhada e em suporte de papel no serviço).

Com o objetivo de conhecer a sua opinião sobre o impacto do Projeto na sua atividade profissional, solicito que responda a este questionário que é anónimo e confidencial.

Grata pela sua colaboração,

Ana Beatriz Dias

2º QUESTIONÁRIO

“Prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa”

Anos de profissão de enfermagem _____ Anos de profissão no Serviço _____

	Discordo plenamente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente avalio o risco de <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.					
O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente reconheço o <i>delirium</i> da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.					
O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente intervenho junto da pessoa com doença oncológica com risco de <i>delirium</i> ou com <i>delirium</i> presente.					
As intervenções que atualmente realizo à pessoa com risco de <i>delirium</i> ou com <i>delirium</i> presente têm sido eficazes.					

Avalie o impacto geral das sessões de formação realizadas e dos documentos disponibilizados na sua prática clínica diária junto da pessoa com risco de <i>delirium</i> ou com <i>delirium</i> presente.				
1	2	3	4	5



(-) (+)

APÊNDICE XVI

ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO 2º QUESTIONÁRIO

ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO 2º QUESTIONÁRIO

“Prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa”

A Equipa de Enfermagem do Serviço de Ginecologia, Urologia, Plástica e Pneumologia é constituída por 39 enfermeiros e 89,7% respondeu ao questionário, num período de tempo compreendido entre 4 e 24 de abril de 2022.

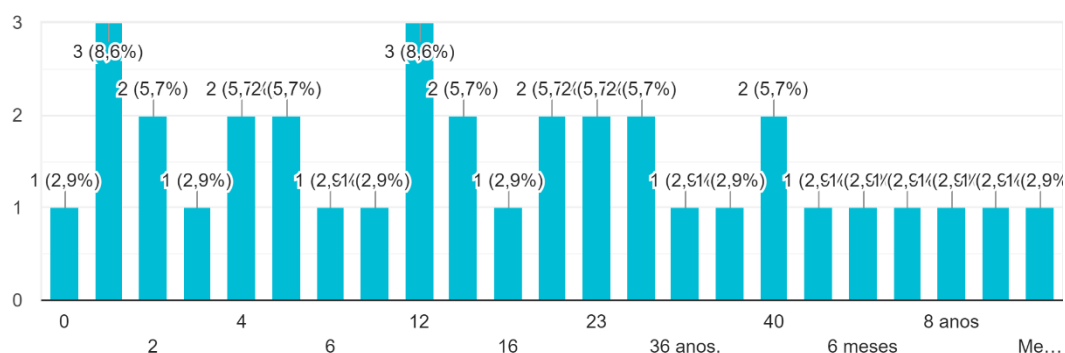
Análise estatística das respostas fechadas

- Anos de profissão de enfermagem**

Média 11,1 = 11 anos

Anos de profissão de enfermagem

35 respostas

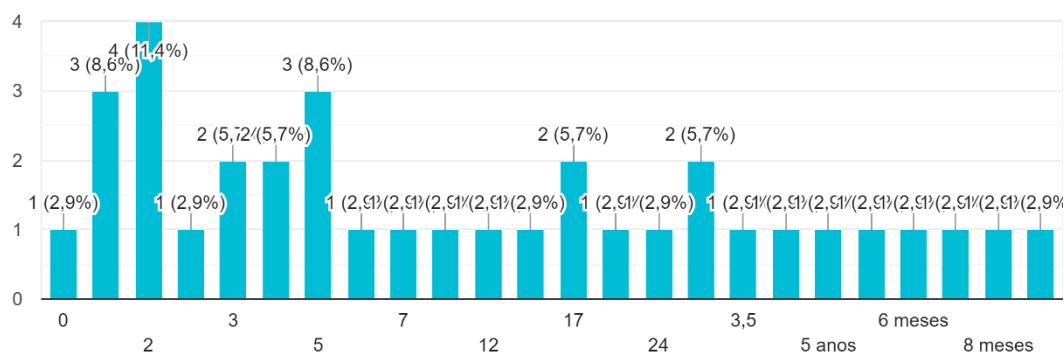


- Anos de profissão no Serviço**

Média 7,5 = 8 anos

Anos de profissão no Serviço

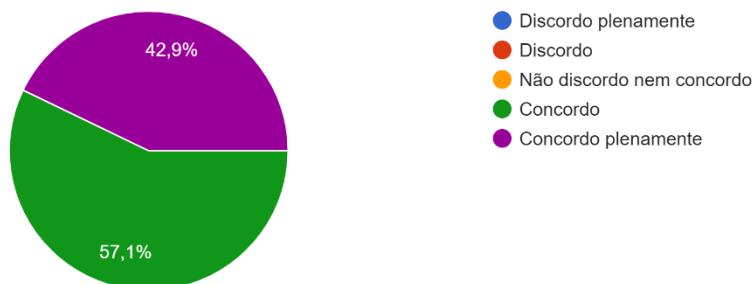
35 respostas



1. O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente avalio o risco de *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?

O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente avalio o risco de delirium da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

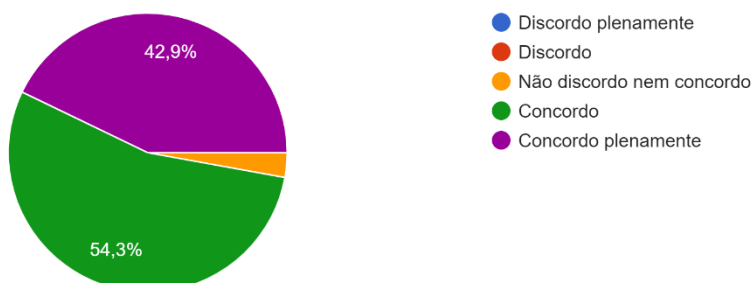
35 respostas



2. O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente reconheço o *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?

O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente reconheço o delirium da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

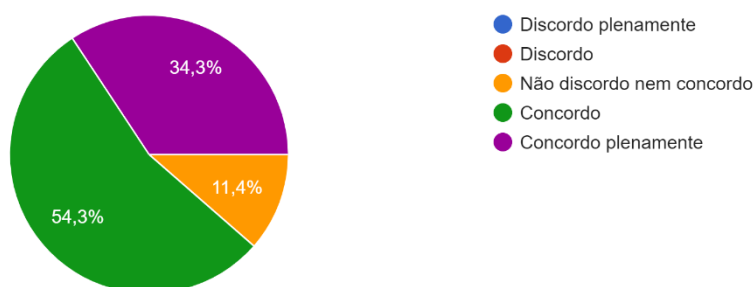
35 respostas



3. O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente intervenho junto da pessoa com doença oncológica com risco de *delirium* ou com *delirium* presente?

O Projeto referido melhorou a forma como eu atualmente intervenho junto da pessoa com doença oncológica com risco de *delirium* ou com *delirium* presente.

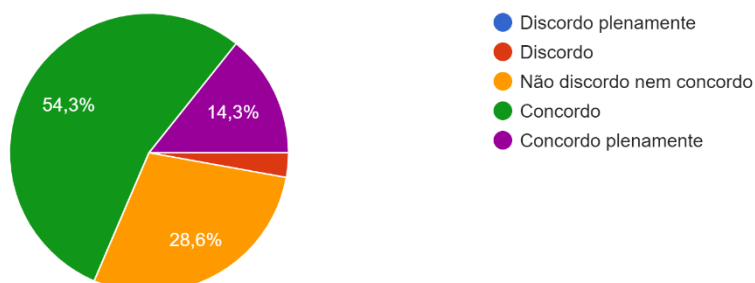
35 respostas



4. As intervenções que atualmente realizo à pessoa com risco de *delirium* ou com *delirium* presente têm sido eficazes?

As intervenções que atualmente realizo à pessoa com risco de *delirium* ou com *delirium* presente têm sido eficazes.

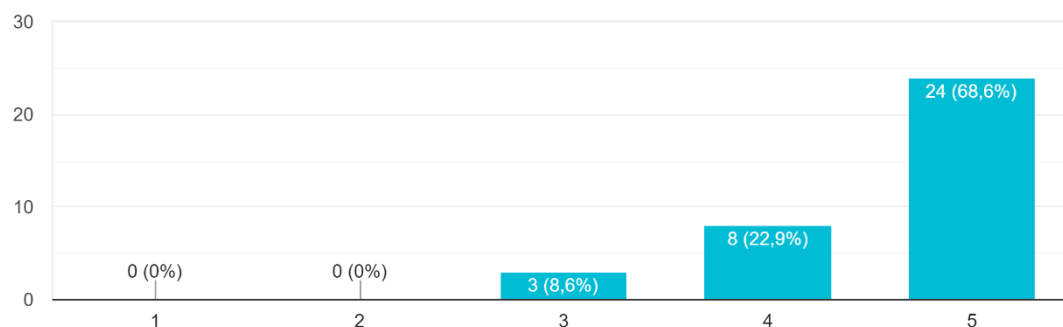
35 respostas



5. Avalie o impacto geral das sessões de formação realizadas e dos documentos disponibilizados na sua prática clínica diária junto da pessoa com risco de *delirium* ou com delirium presente.

Avalie o impacto geral das sessões de formação realizadas e dos documentos disponibilizados na sua prática clínica diária junto da pessoa com risco de delirium ou com delirium presente.

35 respostas



Análise de conteúdo segundo Bardin das observações

A resposta a esta pergunta era opcional, pelo que só respondeu 8,6% da amostra.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Frequência de participantes
Melhoria da qualidade dos cuidados prestados	Utilidade do Projeto para a prática clínica	“O projeto apresentado tem se revelado fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem desenvolvidos neste serviço ” Q1	3
		“Muito útil para o serviço” Q2	
		“Foi útil para mim” Q3	
	Prática baseada na evidência	“foram apresentadas intervenções baseadas na evidência científica ” Q1	1
	Eficácia da intervenção de enfermagem	“intervenções baseadas na evidência científica que nos permitem intervir de forma efetiva junto da pessoa com doença oncológica e família com delirium ou com risco de delirium” Q1	1

APÊNDICE XVII

PROPOSTA DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELATIVOS AO CLIENTE COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA PARA PARAMETRIZAÇÃO NO SCLÍNICO HOSPITALAR

PROPOSTA DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELATIVOS AO CLIENTE COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA PARA PARAMETRIZAÇÃO NO SCLÍNICO HOSPITALAR

Foco de atenção	Intervenções de enfermagem para gerar diagnósticos (Apreciação enfermagem)	Opções de diagnóstico	Intervenções de enfermagem
Cognição	Avaliar cognição (Mini Exame Estado Mental)	Sem cognição comprometida	
		Cognição comprometida	• Estimular cognição • Encorajar a realização de atividades de estimulação cognitiva
<i>Delirium</i>	Avaliar <i>delirium</i> (Método de Avaliação da Confusão)	Risco de <i>delirium</i>	• Otimizar comunicação • Estabelecer uma comunicação terapêutica • Realizar um “<i>debriefing</i>” sobre a experiência vivida • Estimular a presença de pessoas significativas • Executar terapia de orientação para a realidade • Incentivar mobilização • Estimular cognição • Encorajar a realização de atividades de estimulação cognitiva • Executar técnica de treino de memória • Otimizar padrão de sono-vigília • Vigiar ingestão de alimentos • Vigiar ingestão de líquidos • Vigiar eliminação urinária
		<i>Delirium</i> presente	

			• Vigiar eliminação intestinal • Gerir o ambiente: ○ minimizar estímulos, evitando a utilização de equipamentos médicos (algalias, cateteres e bombas perfusoras) ○ assegurar a privacidade e individualização ○ para permitir a expressão de sentimentos • Otimizar o ambiente físico ○ proporcionar um ambiente seguro e confortável, diminuindo os estímulos, mas evitando a privação sensorial ○ espaço de circulação do utente livre de obstáculos e devidamente iluminado ○ luz de presença da unidade do doente acesa à noite • Executar medidas de segurança: ○ transporte em cadeira de rodas ○ transporte em cama ou maca sempre com grades laterais elevadas; ○ vigilância mantida (em áreas de tratamento ou diagnóstico) ○ Familiar/visita presente • Vigiar medidas de segurança
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre <i>delirium</i> Conhecimento sobre:	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre <i>delirium</i>	• Ensinar prestador de cuidados sobre <i>delirium</i> • Ensinar prestador de cuidados a prevenir <i>delirium</i>

	- Delirium-demonstra/Demonstra - Regime terapêutico-demonstra/Demonstra	Não		Ensinar prestador de cuidados a controlar <i>delirium</i>
		Não	Sem potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre <i>delirium</i>	

Atitude terapêutica	Intervenções de enfermagem
Sedação Paliativa	Avaliar sedação (<i>Richmond Agitation-Sedation Scale- Palliative Version</i>)
	Administrar medicação

APÊNDICE XVII

3ª REFLEXÃO CRÍTICA

3ª REFLEXÃO CRÍTICA

No decurso do estágio, que realizei no Serviço onde exerço funções, vivenciei uma situação que me permitiu refletir sobre intervenção do enfermeiro especialista na prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Assim, elaborei a presente Reflexão Crítica, que se encontra estruturada de acordo com o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*.

1. Descrição

O Sr. J. tem 59 anos e em dezembro do ano passado foi-lhe diagnosticado um carcinoma pavimento celular do lobo superior esquerdo, com envolvimento ganglionar a nível do mediastino e metástases ósseas. Em janeiro desenvolveu uma pneumonia com insuficiência respiratória, pelo que teve necessidade de ser internado. No decurso do internamento desenvolveu um quadro de *delirium* hiperativo. Como estava a implementar no Serviço um Projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, sempre que estava presente ficava responsável por cuidar do Sr. J.

No dia 3 de fevereiro desloquei-me ao Serviço para a realizar a primeira sessão de formação sobre a prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Antes desta começar, fui observar o Sr. J., pois queria perceber como estava.

Nesse dia o Sr. J. encontrava-se num estado de estupor, sem abertura ocular espontânea, apenas reativo à estimulação dolorosa e contido mecanicamente ao nível dos membros superiores. Estava ligeiramente bradipneico e tinha uma respiração superficial, mas não apresentava sinais de dificuldade respiratória. Tinha no abdómen à esquerda um acesso subcutâneo com uma perfusão contínua com 30 mg de morfina e 10 mg de midazolam a 2,1 cc/h. Não apresentava alterações da integridade cutânea, nem sinais de compromisso neurocirculatório nas extremidades superiores.

Após ter observado o cliente dirigi-me ao enfermeiro responsável pelo mesmo e expliquei-lhe que nos dias anteriores tinha ficado responsável por cuidar deste, pelo que conhecia o cliente e a sua situação clínica. No decorrer da conversa, perguntei-lhe se tinha acontecido algum incidente recentemente que tivesse levado a equipa a

proceder à contenção mecânica do cliente. O colega respondeu que durante a noite o Sr. J. tinha estado agitado e que o colega tinha tomado a decisão de o conter para garantir a sua segurança. Após escutar atentamente a resposta do colega, questionei se considerava que o Sr. J. se mantinha agitado. Este disse-me que não, mas que os dispositivos de contenção estavam “largos”. Disse-lhe que então, dado que este se encontrava num estado de estupor e não estava a pôr em risco a sua segurança, nem a de terceiros, poderíamos pensar se não teria maior benefício para o cliente retirarmos os dispositivos. Acrescentei que a contenção mecânica podia potenciar a agitação psicomotora e sugeri que caso o cliente ficasse inquieto, primeiro se percebesse o que este nos queria comunicar e posteriormente, se necessário, se procedesse à administração de terapêutica farmacológica, prescrita em SOS, com efeito tranquilizante. O colega concordou, disse que ia remover os dispositivos de contenção e solicitar à auxiliar que aumentasse a vigilância do cliente. Eu reforcei positivamente a sua decisão, mencionando que essa intervenção não farmacológica era fundamental para garantir a segurança do Sr. J.

Por fim, convidei o colega para estar presente na sessão de formação, explicitando os objetivos e o sumário da mesma. Embora o colega tenha demonstrado interesse em estar presente, devido aos cuidados que ainda tinha de prestar não conseguiu fazê-lo. Dias mais tarde, disse-me que tinha visto a gravação da sessão que tinha disponibilizado por e-mail. Perguntei-lhe o que tinha achado. Este disse-me que era um tema muito pertinente para a equipa, que eu tinha demonstrado domínio da temática e que tinha interesse em participar na próxima sessão.

2. Pensamentos e Sentimentos

Considerando que estava a implementar no Serviço um Projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e que tinha ficado responsável por cuidar do Sr. J. nos últimos dias tive interesse em saber como este se encontrava e como tinha evoluído a sua situação clínica.

Quando me deparei com o Sr. J. contido mecanicamente senti-me triste e desiludida, pois apesar do meu esforço para envolver a equipa de enfermagem no Projeto e para sensibilizar para o tema, alguns elementos continuavam a tomar decisões que iam contra a evidência científica atual e que comprometiam a qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, esta situação ainda me fez sentir mais

motivada para continuar a implementar o Projeto no Serviço e para nesse mesmo dia realizar a primeira sessão de formação à equipa de enfermagem, pois queria que no futuro se pudesse verificar uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Enquanto estava a discutir com o colega a situação clínica do cliente e o seu plano terapêutico senti receio de não estar a ser suficientemente assertiva e deste poder interpretar mal a minha intervenção. Somente no final, quando o colega concordou com a minha sugestão e interveio no sentido de a operacionalizar, senti alívio e satisfação com a intervenção realizada. Senti novamente satisfação com o trabalho realizado quando o colega me disse que tinha visto a gravação de sessão de formação e reconheceu a importância da problemática para a equipa de enfermagem, bem como, o meu domínio do tema e expressou vontade em participar na próxima sessão.

3. Avaliação

Na minha interação com o Sr. J. e com o meu colega existiram diversos aspetos positivos e um aspeto em particular que podia ser melhorado.

Primeiramente, foi positivo ter ido observar o cliente, com o intuito de efetuar uma apreciação dirigida ao *delirium* e consequentemente de monitorizar o seu nível de sedação, dado que este tinha em curso uma perfusão contínua com efeito sedativo. Kang, Shin & Bruera (2013) referem a necessidade de realizar uma apreciação dirigida ao *delirium* a todos os clientes oncológicos internados. Vários autores mencionam a importância de monitorizar o nível de sedação dos clientes quando estes estão sob sedação paliativa, para avaliar a resposta à medicação administrada e para que posteriormente a equipa médica possa avaliar a necessidade de fazer alterações na mesma (Lawlor & Bush, 2015; Bush et al., 2018; Prayce, Quaresma & Neto, 2018). Considerando que a medicação com efeito sedativo pode provocar depressão do centro respiratório constituiu um aspeto positivo ter incluído na apreciação efetuada a avaliação do padrão respiratório. Foi igualmente correto ter avaliado a existência de compromisso neurocirculatório nas extremidades e de lesões associadas à contenção mecânica (Direção-Geral da Saúde, 2011). Estes dois últimos aspetos demonstram que intervim prevenindo complicações.

O facto de me ter dirigido ao meu colega para discutir a situação clínica do cliente e o seu plano terapêutico, fazendo referência ao conhecimento que tinha deste foi

correto à luz da evidência científica. Hosie et al. (2015) afirmam que a comunicação entre os elementos da equipa de saúde deve envolver a discussão do plano terapêutico, sendo para isso necessário que estes conheçam o cliente. Na interação com o meu colega foi igualmente positivo ter adotado um estilo de comunicação assertivo, que é possível comprovar em diversos aspetos: utilização de perguntas abertas, com o objetivo de compreender o que tinha motivado a equipa de enfermagem a conter o Sr. J., bem como o colega a manter essa medida, dado a apreciação que tinha efetuado do cliente; expressão direta de pensamentos, através da partilha com o colega da apreciação que tinha feito do cliente e da intervenção que considerava ser mais benéfica para este; afirmação de factos e não de opiniões, ao fundamentar com evidencia científica a decisão de remover os dispositivos de contenção e não com opiniões pessoais; dar sugestões, ao propor a implementação de outras intervenções não farmacológicas e farmacológicas antes de se proceder à contenção terapêutica; escutar ativamente, ao ouvir atentamente o colega, colocando-lhe questões que evidenciavam interesse em compreender o seu ponto de vista (Grilo, 2012). A atitude de escuta ativa que adotei (perceptível pela minha comunicação não verbal) foi fundamental para a impressão com que o colega ficou de mim e das minhas intenções (Costa, 2009). Todos estes aspetos contribuíram para alcançar o meu objetivo- retirar a medida de contenção mecânica ao Sr. J.

Importa referir que ao intervir para que o Sr. J. não se mantivesse contido (tendo em conta que este não manifestava comportamentos que o colocavam a si ou à sua envolvente em risco) agi preocupando-me com a defesa da sua liberdade e dignidade, ou seja, respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem e os direitos humanos. Simultaneamente, contribui para que fosse aliviado o sofrimento do cliente, assim como, maximizado o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. Agar et al. (2012) afirma que restringir os movimentos de uma pessoa, contendo-a, pode não ser ético, põe em causa sua dignidade e pode desencadear maior agitação.

Não obstante do referido, saliento que na discussão com o meu colega, no momento em que fundamentei a decisão de suspender a contenção mecânica, poderia ter intervindo melhor, tendo em conta a evidência científica atual, isto é, deveria ter feito referência ao facto do cliente estar sob sedação paliativa.

Na interação com o meu colega também foi benéfico ter utilizado o reforço positivo, elogiando a sua decisão de solicitar à auxiliar que aumentasse a vigilância do cliente para garantir que este não se colocava em risco de sofrer danos. De acordo

com Ntieku (2014), o reforço positivo permite motivar os elementos da equipa, existindo uma maior garantia que estes atuaram de forma eficiente.

No final da conversa com o meu colega tê-lo convidado para estar presente na sessão de formação, sobre a prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, que ia realizar de seguida também foi positivo, dado que o incentivei a investir na formação sobre o tema. Segundo Prayce et al. (2018) é fundamental educar e formar os profissionais de saúde para as equipas terem profissionais com competência para prevenirem e identificarem precocemente o *delirium*, bem como para implementarem estratégias de intervenção adequadas.

Para finalizar, destaco ainda como aspetos positivos: ter utilizado a primeira pessoa do plural na discussão com o colega; ter gravado a sessão de formação e tê-la disponibilizado por e-mail, para que mais elementos da equipa de enfermagem pudessem ter acesso à informação partilhada; ter perguntado ao colega a sua opinião relativamente à sessão. Estes aspetos evidenciam a minha capacidade de envolver os colegas no Projeto, pois só envolvendo a equipa é possível contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Roxo & Gonçalves, 2016).

4. Análise

Analisando a minha interação na situação descrita é possível constatar que desenvolvi competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação paliativa, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como, competências de enfermeiro com formação avançada em oncologia preconizadas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS).

Ter efetuado uma apreciação ao Sr. J. dirigida ao *delirium*., tendo em conta que este estava sedado e contido mecanicamente, permitiu-me desenvolver uma das competências preconizadas pela EONS, no âmbito do suporte à pessoa com doença oncológica avançada- avaliar as necessidades, preocupações e sintomas mais comumente experienciados pela pessoa com doença oncológica avançada (EONS, 2018).

O facto de ter intervindo no sentido de reavaliar a necessidade de aplicar a medida de contenção ao Sr. J. e posteriormente de a retirar permitiu-me desenvolver várias competências que enunciarei de seguida. A competência específica de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização

de enfermagem à pessoa em situação paliativa- cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2018). Competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, mais especificamente desenvolver uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019). A competência enunciada pela EONS (2018) relacionada com as questões éticas, legais e profissionais relativas ao cuidado à pessoa com doença oncológica-intervir respeitando os princípios éticos, legais e profissionais, de modo a prestar cuidados seguros, eficazes, atempados e com uma relação custo-efetividade positiva para a pessoa com doença oncológica.

Ter incentivado a suspensão da contenção mecânica do Sr. J. e apoiado a decisão da auxiliar aumentar a vigilância do cliente permitiu-me garantir um ambiente terapêutico e seguro, uma competência do domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2019). Também em relação a este domínio de competências, o facto de estar a implementar no Serviço um Projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito da prevenção e controlo do *delirium* da pessoa com doença oncológica em situação paliativa permitiu que desenvolvesse competências no âmbito da operacionalização de um projeto na área da qualidade e da disseminação necessária até à sua apropriação pela equipa de enfermagem (OE, 2019).

Desenvolvi a competência de basear a *praxis* clínica especializada em evidência científica quando alicercei o meu processo de tomada de decisão e intervenções em conhecimento científico válido, recente e pertinente, assumindo-me facilitadora no processo de aprendizagem deste meu colega em particular, na discussão que tivemos e dos restantes elementos da equipa de enfermagem, na sessão de formação (OE, 2019). Paralelamente, desenvolvi outras competências preconizadas pela EONS (2018), ao nível da utilização da evidência científica nos cuidados em oncologia, uma vez que suportei em evidência científica a minha intervenção e que apliquei de forma apropriada a evidência científica na prática clínica.

Com o intuito de partilhar informação de forma clara e inequívoca com os elementos da equipa de enfermagem não só realizei a sessão de formação, como rentabilizei oportunidades de aprendizagem e tomei a iniciativa de partilhar conhecimento com o meu colega, utilizando um estilo de comunicação assertivo. Deste modo, desenvolvi competências de comunicação multiprofissional em

oncologia enunciadas pela EONS. O processo de desenvolvimento destas competências comunicacionais levou a que desenvolvesse outras no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao nível do autoconhecimento e da assertividade (OE, 2019). Otimizei o autoconhecimento e tomei consciência que enquanto pessoa e enfermeira por vezes tenho receio que as minhas ações sejam mal interpretadas. Tal constitui um fator que pode interferir no estabelecimento de relações terapêuticas e/ou multiprofissionais, se não agir como advogada do cliente e/ou adotar um estilo de comunicação passivo.

Esta situação permitiu-me ainda desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados, visto que otimizei o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão ao melhorar a informação para a tomada de decisão do enfermeiro responsável pelo Sr. J. no processo de cuidar e ao disponibilizar assessoria ao mesmo (OE, 2019).

5. Conclusão

Na discussão com o colega responsável pelo Sr. J. naquele turno, mais precisamente no momento em que fundamentei a decisão de suspender a contenção mecânica, deveria ter feito referência ao facto do cliente estar sob sedação paliativa. Apesar de ter avaliado o nível de sedação do Sr. J. e de ter proposto, caso este ficasse inquieto, como intervenção de segunda linha, a administração em SOS de medicação com efeito tranquilizante, não propus ao colega que articulasse com a equipa médica, no sentido de assegurar a reavaliação clínica do cliente e da dose dos fármacos da perfusão contínua, como refere a evidência científica (Bush et al., 2018; Prayce et al., 2018). Para além de ser a intervenção indicada na literatura num cliente sob sedação paliativa, faz parte das competências do enfermeiro especialista, do domínio da gestão dos cuidados, reconhecer quando “referenciar para” outros profissionais de saúde e colaborar nas decisões da equipa de saúde (OE, 2019).

6. Planear a Ação

No futuro, numa situação semelhante, em que um colega, responsável por cuidar de um cliente com *delirium*, sob sedação paliativa, o mantenha contido mecanicamente, sem este manifestar comportamentos que o coloquem a si ou à sua

envolvente em risco de sofrer danos, procurarei intervir aplicando as competências de enfermeiro especialista que desenvolvi.

Começarei por efetuar uma apreciação do cliente dirigida ao *delirium*, avaliando o seu nível de sedação, o seu padrão respiratório e a presença de compromisso neurocirculatório nas extremidades e/ou de lesões associadas à contenção mecânica.

De seguida, dirigir-me-ei ao meu colega, fazendo referência ao conhecimento que tenho do cliente. Posteriormente, partilharei com ele a apreciação que efetuei acerca do cliente e fundamentarei com conhecimento científico válido, recente e pertinente o meu processo de tomada de decisão, no sentido de ajustar as medidas terapêuticas à situação do cliente. Ou seja, retirar a medida de contenção aplicada. Também procurarei propor sugestões de intervenções não farmacológicas (primeira linha) e farmacológicas (segunda linha) se o cliente ficar inquieto. No caso das intervenções farmacológicas, irei propor ao enfermeiro articular com a equipa médica de modo assegurar a reavaliação clínica do cliente e da dose dos fármacos da perfusão contínua.

No diálogo com o colega utilizarei um estilo de comunicação assertivo, adotando uma atitude de escuta ativa e evidenciando interesse em compreender o seu ponto de vista. Se for possível, na situação em causa, utilizarei o reforço positivo para elogiar as intervenções do enfermeiro e consequentemente motivá-lo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, fomentarei a realização de sessões de formação sobre o tema para que existam profissionais nas equipas com competências para prevenir e identificar precocemente o *delirium*, bem como, para implementarem estratégias de intervenção adequadas no caso do cliente apresentar *delirium* e incentivarei o colega a estar presente nas mesmas. Procurarei ainda envolver os enfermeiros em Projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, quer através da comunicação verbal e não verbal utilizada, quer através da disseminação necessária até à sua apropriação pela equipa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agar et al. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry and oncology. *Palliative Medicine*, 26 (7), 887- 896.

- Bush, S.H et al., (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 143-165.
- Costa, A.M.G. (2009). Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfermeiros (Tese de Mestrado). Disponível em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Intelig%C3%Aancia%20Emocional%20e%20Assertividade%20no%20Enfer.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (06 de junho de 2011). Orientação da DGS nº 021/2011.
- European Oncology Nursing . (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Acedido em 24-02-2022. Disponível em: <https://z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1<.pdf?time=1602163080>.
- Grilo, A.M. (2012). Relevância da Assertividade na Comunicação Profissional de Saúde- Paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 283-297.
- Hosie et al. (2015). Nurse perceptions of the Nursing Delirium Secreening Scale in two palliative care inpatient units: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3276-3285.
- Kang, J.H., Shin, S.H. & Bruera, E. (2013). Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 39, 105- 112.
- Lawlor, P. G & Bush, S. H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*, 12,77-92.
- Ntieku, K. (2014). O Impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem (Tese de Mestrado). Disponível em https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1862/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20KAIM%20FINAL%2003_04_2015.pdf.
- Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). Delirium: o 7º parâmetro vital?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(1), 51-58.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Regulamento nº 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº 135 de 16-07-2018), 19359-19370.

Roxo, A.T.D. & Gonçalves, S.C.F. (2016). Impacto da Liderança na Satisfação das Equipas de Enfermagem (Revisão Sistemática da Literatura). Disponível em <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1022/1/RSI%20-%20Impacto%20da%20Lideran%C3%A7a%20na%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20das%20Equipas%20de%20Enfermagem.pdf>.