



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**
Relatório de Estágio

**Gestão do Delirium na Pessoa em Situação Paliativa
nos Últimos Dias e Horas de Vida e Família**

Managing Delirium in Palliative Care in the Last Days and Hours of Life and
the Family

Ana Rita Alves Cardoso

**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**
Relatório de Estágio

**Gestão do Delirium na Pessoa em Situação Paliativa
nos Últimos Dias e Horas de Vida e Família**

Managing Delirium in Palliative Care in the Last Days and Hours of Life and
the Family

Ana Rita Alves Cardoso

Orientadora: Professora Doutora Sandra Cristina da Silva Neves

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Quero aqui deixar uma palavra de agradecimento a todos quanto me apoiaram nesta jornada e tornaram possível a concretização deste projeto.

À Professora Doutora Sandra Neves que acompanhou de perto o meu percurso, quer em sala de aula, quer em contexto de estágio e depois na orientação do relatório. Agradecer a disponibilidade e o sempre presente encorajamento. Às Enfermeiras orientadoras dos estágios pela disponibilidade de partilharem comigo o seu local de trabalho, o seu tempo, carinho e conhecimento. Foram vitais no crescimento da minha paixão pelos cuidados paliativos.

À minha Enfermeira Chefe, pelo seu encorajamento e disponibilidade na gestão do meu horário de trabalho e aos meus colegas de serviço pela ajuda nas tantas trocas de horário necessárias.

Ao meu companheiro, família e amigos pelo encorajamento, compreensão e apoio incondicional em todo o percurso.

Por fim, agradeço a todos os utentes e famílias/cuidadores que me permitiram fazer parte da sua história e com isso crescer enquanto enfermeira.

Siglas

CAM- *Confusion Assessment Method*

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP- Equipa comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEEMCPSP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

PSP- Pessoa em Situação Paliativa

UCC- Unidades de Cuidados Continuados

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

UDHV- Últimos dias e horas de vida

Resumo

O Relatório de Estágio versa sobre o tema, Gestão do Delirium na Pessoa em Situação Paliativa nos Últimos Dias e Horas de Vida e Família em contexto hospitalar, estando inserido na unidade curricular de Estágio com Relatório do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. O tema deve-se à grande prevalência de utentes com delirium no meu contexto profissional, sendo o desenvolvimento do delirium terminal particularmente prevalente (44% a 88%) e considerado sinal de mau prognóstico. O relatório tem como objetivos demonstrar capacidade de orientar o meu processo de aprendizagem, desenvolvimento profissional e prática clínica, revelando pensamento crítico, reflexivo e raciocínio clínico e relacionando-a com a Teoria do Fim de Vida Tranquilo. Para tal utilizarei a Metodologia de Trabalho por Projeto e aprendizagem experiencial. O percurso de formação levou-me a crescer enquanto profissional, dando primazia aos desejos e vontades do utente e família/cuidadores. Modifiquei a minha comunicação, demonstrando maior compaixão e disponibilidade, conseguindo construir a minha autonomia e o trabalho em equipa. Consegui identificar as necessidades e sintomas do utente e família/cuidadores, intervindo para identificar e antecipar situações de agudização. Desenvolvi competências relativas à participação no processo de tomada de decisão garantindo desejos e preferências, incentivando a participação dos utentes e família/cuidadores, promovendo a sua privacidade e dignidade. Desenvolvi o meu autoconhecimento, permitindo-me prestar cuidados centrados na pessoa. Promovi a divulgação da evidência científica e prática baseada na evidência. No que concerne a Teoria do Fim de Vida Tranquilo, a sua mobilização para a conceção de cuidados à pessoa em situação paliativa e família, permitiu-me promover junto dos utentes e família/cuidadores, o conforto, dignidade, respeito e paz e a proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras. Reconheço que o percurso foi fundamental para a aquisição de competências na identificação do delirium, sua gestão e apoio aos utentes e família/cuidadores.

Palavras-chave: Cuidadores; Delirium; Intervenções de Enfermagem; Cuidados Paliativos; Doente Terminal.

Abstract

The Internship Report is about the subject of Managing Delirium in Palliative Care in the Last Days and Hours of Life and the Family in a hospital setting. It's part of the Internship with Report course of the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for Palliative Care. The topic arose from the high prevalence of patients with delirium in my professional context, with the development of terminal delirium being particularly prevalent (44% to 88%) and considered a sign of poor prognosis. The report aims to demonstrate my ability to guide my learning process, professional development and clinical practice, revealing critical, reflective thinking and clinical reasoning and relating it to the Peaceful End of Life Theory. To this end, I will use the Project Work Methodology and experiential learning. The training course led me to grow as a professional, giving priority to the wishes and desires of the patient and family/caregivers. I changed my communication, showing greater compassion and availability, managing to build my autonomy and teamwork. I was able to identify the needs and symptoms of the patient and family/caregivers, intervening to identify and anticipate worsening situations. I developed skills relating to participation in the decision-making process, guaranteeing wishes and preferences, encouraging the participation of patients and their families/caregivers, promoting their privacy and dignity. I developed my self-knowledge, enabling me to provide person-centered care. I promoted the dissemination of scientific evidence and evidence-based practice. Regarding the Peaceful End of Life Theory, its mobilization for the conception of care for people in a palliative situation and their families, allowed me to promote with patients and their families/caregivers, comfort, dignity, respect and peace, and proximity to significant people or caregivers. I recognize that the course was fundamental for acquiring skills in the identification of delirium, its management and support for patients and their families/caregivers.

Keywords: Caregivers; Delirium; Nursing Interventions; Palliative Care; Terminally ill.

Índice

Introdução.....	9
1-Enquadramento Teórico	17
1.1- Conceitos Centrais	17
1.2- Teoria do Fim de Vida Tranquilo.....	27
2- Execução das Atividades.....	29
2.1- 1º Contexto de Estágio: Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.....	31
2.1.1-Atividades realizadas e análise crítica.....	31
2.2- 2º Contexto de Estágio: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.....	42
2.2.1-Atividades realizadas e análise crítica.....	42
3- Avaliação.....	68
4-Conclusões e Perspetivas Futuras.....	74
Referências Bibliográficas.....	79

Anexos

Anexo I- Certificado de participação no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

Apêndices

Apêndice I- Protocolo de *Scoping Review*

Apêndice II- Síntese da sessão de apresentação de artigo científico (Journal Club)

Apêndice III- Procedimento de Trabalho da ECSCP: Abordagem ao doente com delirium

Apêndice IV- E-Poster no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

Introdução

O Relatório de Estágio que aqui se introduz, relativo ao tema Gestão do Delirium na Pessoa em Situação Paliativa (PSP) nos Últimos Dias e Horas de Vida (UDHV) e Família, está inserido na unidade curricular de Estágio com Relatório do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

A componente de estágio do curso desenrolou-se numa primeira fase na unidade curricular de Estágio com Projeto, que decorreu junto de uma EIHSCP e numa segunda fase, na unidade curricular de Estágio com Relatório, junto de uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

A metodologia utilizada em ambos os contextos de estágio foi a Metodologia de Trabalho por Projeto e aprendizagem experiencial.

Nesta metodologia “é o indivíduo que constrói o seu próprio saber, ele tem um papel activo no processo de aprendizagem, desenvolve-se, cresce na possibilidade de pôr à prova as suas potencialidades, antecipa as suas acções, projecta-se no futuro.” (Leite, Malpique & Santos, 2001, p. 81).

A metodologia divide-se em duas etapas, a fase de Planeamento e a fase de Implementação. A primeira é constituída pelas seguintes fases, 1ª etapa escolha do problema, a 2ª escolha e formulação de problemas parcelares e a 3ª preparação e planeamento do trabalho. A segunda etapa é constituída pelas seguintes fases, 4ª o trabalho de campo, 5ª o ponto da situação, 6ª o tratamento da informação recolhida, preparação do relatório e da apresentação, 7ª a apresentação dos trabalhos e 8ª o balanço (Castro & Ricardo 2002).

As três primeiras etapas correspondem à fase de Planeamento, sobre a qual trabalhei na elaboração do Projeto de Formação na unidade curricular de Estágio com Projeto. As restantes etapas dizem respeito à fase de Implementação, sobre a qual me debrucei na unidade curricular de Estágio com Relatório, implementado o Projeto de Formação (Castro & Ricardo 2002).

O relatório que aqui apresento insere-se na 6ª etapa, tratamento da informação recolhida, preparação do relatório e da apresentação.

O tema escolhido para o meu Projeto de Formação foi a Gestão do Delirium na PSP nos UDHV e Família em contexto hospitalar.

Em termos profissionais, a escolha deveu-se à grande prevalência de utentes com delirium no meu contexto profissional, e às quais sentia que não estava a prestar os melhores cuidados, nomeadamente desconhecimento relativo à correta identificação do delirium e dos seus tipos, intervenções mais adequadas para a sua gestão e adaptação dos cuidados. Muitas delas PSP, que apresentavam quadros de delirium terminal ou até reversível. Senti também que não consegui dar o melhor apoio possível à família/cuidadores.

Relativamente ao diagnóstico das necessidades formativas utilizando a Metodologia de Trabalho por Projeto, para proceder à sua identificação efetuei a análise do documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2017) e dos Descritores de Dublin (Diário da República, 2006). Analisei posteriormente os documentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEMCPSP) (Diário da República, 2018).

Os Descritores de Dublin estiveram na base do Decreto Lei que descreve as competências que os licenciados do segundo ciclo de formação devem demonstrar, destacando: “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;” ; “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;”; “c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;”; “d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e

raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;" e "e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo." (Diário da República, 2006, p.13).

Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, este enuncia cinco categorias. No que diz respeito à satisfação do cliente, fica evidente a importância da comunicação com a pessoa e família/ cuidadores na gestão do delirium, assegurando os melhores cuidados para o alívio do delirium, quer por parte da equipa quer da família/ cuidadores. Na prevenção de complicações, destaco a necessidade de aprender sobre como prevenir o delirium e reconhecer sinais de que este se possa instalar, e envolver a família/ cuidadores nos cuidados. No bem-estar e autocuidado, evidencio a necessidade de adquirir competências na identificação do delirium e uso de instrumentos padronizados, a conceção, implementação e atualização de planos de cuidados para a gestão do delirium, a comunicação como ferramenta para a gestão do delirium e a articulação com a equipa multidisciplinar por forma a assegurar uma continuidade de cuidados. Na organização dos cuidados de enfermagem, destaco a necessidade de pesquisar evidência científica relativa à gestão do delirium, manter esse conhecimento atualizado e refletir sobre o mesmo na minha prática clínica (Ordem dos Enfermeiros,2017).

Os domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas são: "a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais." (Diário da República, 2019, p. 4745).

As competências específicas do EEEMCPSP são: " a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de

adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.” (Diário da República, 2018, p. 19360).

Após a análise destes documentos, utilizei o Modelo de Desenvolvimento de Competências de Benner (Benner, 2001) para estimar o meu nível de competência, perspetivar o desenvolvimento pretendido e avaliar em que patamar me colocava após o primeiro contexto de estágio. O Modelo de Desenvolvimento de Competências de Benner tem por base o modelo de aquisição de competências desenvolvido por Stuart Dreyfus e Hubert Dreyfus, este estabelece que “na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.” (Benner, 2001, p.43).

Estas experiências permitiram-me no início do primeiro estágio situar num nível de proficiência de iniciado avançado, dado que apesar de já ter experiência profissional prévia, em contexto de cuidados paliativos foi a minha primeira experiência. No final desse mesmo estágio situei-me num nível de proficiência de competente. Relativamente ao segundo estágio, iniciei-o num nível de proficiência de competente vindo a alcançar um nível de proficiente, dado ter desenvolvido competências no reconhecimento dos aspetos mais relevantes, compreensão intuitiva das situações com base na compreensão dos antecedentes, demonstrado uma nova habilidade para identificar alterações relevantes numa situação e um maior envolvimento com a pessoa e família (Benner,1991; Benner,2001; Benner et al., 2009).

A evidência científica refere-nos que a nível mundial aproximadamente apenas 1 em 10 pessoas que necessitam de cuidados paliativos os recebem, estimando-se que em 2060 as necessidades dupliquem (WHO, 2021).

O desenvolvimento do delirium é particularmente prevalente numa fase final da vida e é considerado sinal de mau prognóstico (Bush et al., 2017). Este pode ser prevenido e tratado se for encarado com urgência (NICE, 2023).

Consideram-se UDHV as “Últimas horas ou dias de vida (habitualmente até 12-14 dias, por vezes mais prolongada em jovens.)” (Barosa et al., 2021, p.7).

As estimativas da prevalência do delirium em utentes internados em contexto de cuidados paliativos indicam uma variação de 35% na admissão, com um aumento para

entre 42% e 88% nos dias ou horas antes da morte (Watt et al., 2019). Uma revisão da literatura sobre cuidados paliativos indica uma prevalência do delirium terminal entre 44% a 88% nas semanas ou horas que precedem à morte (Kates, 2020).

Em cuidados paliativos, o delirium pode ser potencialmente reversível em aproximadamente 50% dos casos (Bush et al., 2017). Está também identificado que a detecção atempada de sinais de delirium em utentes em cuidados paliativos pode ser melhorada pelo uso rotineiro de instrumentos de avaliação pela equipa de enfermagem (Bush et al., 2018).

A interação íntima do enfermeiro com a pessoa ao longo das 24 horas pode contribuir para um reconhecimento atempado do delirium, permitindo avaliar e aplicar medidas apropriadas de suporte e tratamento (Rice et al., 2011; Voyer et al., 2012). Apesar dos enfermeiros em cuidados paliativos reconhecerem com frequência sintomas de delirium, existe uma variabilidade na capacidade de avaliar, situar as alterações neurocognitivas observadas num quadro de delirium e utilizar uma terminologia correta de forma consistente (Hosie et al., 2014).

Apesar de nem sempre ser possível reverter o delirium, o tratamento sintomático das causas possivelmente reversíveis, particularmente as estratégias não farmacológicas, deveria ser providenciado para todos os utentes e complementado com estratégias farmacológicas quando indicado (Bush et al., 2018).

O delirium é uma questão clínica importante no final da vida, contribuindo para o *distress* dos sintomas e prejudicando a capacidade de comunicação (Agar, 2020). Alguns estudos identificaram que os utentes recordam ter consciência da sua incapacidade de comunicar com os familiares e os profissionais de saúde, o que agrava os seus sentimentos de angústia e humilhação (O'Malley et al., 2008).

O delirium provoca um grande *distress* não apenas aos utentes, mas também à família, cuidadores e profissionais de saúde, com estudos prévios a demonstrarem elevados níveis de *distress* entre os familiares dos utentes com e em recuperação do delirium (Finucane et al., 2017). As famílias foram reconhecidas como importantes fontes de apoio aos utentes com delirium, mas foi reconhecido o peso psicológico de ver os familiares em *distress* (Arnold et al., 2022).

O delirium afeta negativamente a comunicação entre o utente e a sua família e profissionais de saúde bem como a tomada de decisão do utente relativamente ao tratamento e avaliação de sintomas físicos como a dor por exemplo (Steeman E & Foreman M, 2004). Para muitos utentes e famílias manter a possibilidade de comunicar é vital para uma boa morte (Miyashita et al., 2008) . Também é essencial para outros objetivos importantes no final da vida, que incluem a resolução de conflitos, a despedida de pessoas importantes e o tempo partilhado com amigos próximos (Steinhauser et al., 2000).

O delirium também afeta os prestadores de cuidados informais, que sentem um *distress* significativo ao testemunharem-no, têm taxas aumentadas de ansiedade clínica, são afetados devido ao aumento das necessidades de cuidados da pessoa e os impactos podem persistir no luto (Morita et al., 2007).

Desta forma, o desenvolvimento de competências na área da gestão do delirium justifica-se pela sua prevalência na pessoa em UDHV, pela reversibilidade da maioria das situações, pela relevância da prevenção e intervenção atempadas, pela dificuldade na identificação do delirium, pelo benefício da avaliação regular do delirium, pelo *distress* e sofrimento que o delirium acarreta à pessoa, família/cuidadores e profissionais de saúde e pela impossibilidade de manter a comunicação, identificada como vital na tomada de decisão, avaliação de sintomas e cumprimento de objetivos importantes no final da vida. O enfermeiro tem assim a possibilidade de reconhecer atempadamente, avaliar e gerir o delirium.

Desta forma a prevenção, avaliação e gestão do delirium está em conformidade com os objetivos dos cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde (2020) que os define como uma abordagem que melhora a qualidade de vida das pessoas (adultos ou crianças) que defrontam uma doença que ameaça a vida e a sua família, através da prevenção e alívio do sofrimento, investindo na identificação precoce, a correta avaliação e tratamento da dor e outros problemas, de âmbito físico, psicossocial ou espiritual.

A elaboração do relatório de estágio tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências de mestre e cuidados especializados de Enfermagem Médico Cirúrgica à PSP e ao seu cuidador ou familiar (Oliveira, 2023). Desta forma, o relatório tem como objetivos, demonstrar a minha capacidade para a orientação do meu

processo de aprendizagem, desenvolvimento profissional e prática clínica, revelando pensamento crítico, reflexivo e raciocínio clínico, recorrendo à pesquisa de evidência científica e relacionando-a com a Teoria do Fim de Vida Tranquilo de Cornelia M. Ruland e Shirley M. Moore (Ruland & Moore, 1998).

A primeira componente de estágio foi desenvolvida junto de uma EIHSCP e a segunda componente de estágio junto de uma ECSCP.

Os profissionais das equipas multidisciplinares mostraram-se sempre disponíveis e participativos no meu processo de aprendizagem, permitindo-me participar, questionar, refletir e trabalhar em equipa.

O contexto da EIHSCP permitiu-me mobilizar para a prática a componente teórica, ajudando-me a perspetivar as áreas sobre as quais precisava de aprofundar conhecimentos, auxiliando-me na elaboração do Projeto de Formação. As diversas oportunidades de análise, reflexão e discussão com a equipa colocaram em perspetiva o meu conceito de prestação de cuidados, moldado um pouco pela minha experiência profissional, e abriu-me horizontes para outras formas de conceber o cuidado e a prestação do mesmo. A segurança que a equipa me transmitiu foi crucial para adquirir confiança em mim e intervir junto dos utentes, família/cuidadores e profissionais de saúde.

O contexto da ECSCP permitiu-me conhecer uma nova realidade de prestação de cuidados, o domicílio. Sendo um estágio mais longo, e trazendo já comigo a experiência adquirida no estágio anterior, permitiu-me começar, de um outro patamar, a trabalhar na minha autonomia e confiança nos cuidados prestados, colaborar com a equipa multidisciplinar, o que facilitou o processo de integração na equipa, confiança e autonomia. A implementação do meu Projeto de Formação foi-me trazendo novos contributos no que à evidência científica diz respeito, e a qual pude partilhar com a equipa.

O relatório está organizado em quatro etapas, inicialmente apresenta-se o enquadramento teórico, onde demonstro a relevância da problemática, enuncio os conceitos principais e apresento a evidência científica mais recente relativa aos tipos de delirium e as suas especificidades, as estratégias ou instrumentos para avaliação do

delirium, os fatores que concorrem para o delirium na PSP nos UDHV, as intervenções de enfermagem utilizadas para a prevenção do delirium na PSP nos UDHV, as dificuldades dos enfermeiros na gestão do delirium na PSP nos UDHV e no apoio à família e as intervenções de enfermagem para a gestão do delirium na PSP nos UDHV e família. Neste ponto apresento também a Teoria do Fim de Vida Tranquilo explicitando como foi mobilizada e articulada com e no meu Projeto de Formação.

Na etapa seguinte, Execução das atividades, apresento os contextos de estágio, as atividades desenvolvidas em cada um deles, de que forma se relacionam com as competências desenvolvidas e com a Teoria do Fim de Vida Tranquilo. Na terceira etapa, avaliação, sintetizo o meu percurso os resultados de aprendizagem e na quarta etapa, conclusões e trabalho futuro, faço uma sumula do meu percurso e apresento os seus contributos para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista.

1-Enquadramento Teórico

1.1-Conceitos Centrais

O delirium é uma disfunção cerebral aguda associada a uma perturbação da consciência, atenção e cognição que se manifesta num curto período e que tem tendência a oscilar ao longo do dia (DSM-V, 2013). Este é classificado em hiperativo, hipoativo e misto (Hosie et al., 2013). O delirium hipoativo manifesta-se como confusão e sonolência (Sánchez-Román et al., 2014). Este tipo de delirium é frequentemente sub-reconhecido porque ele cria menos problemas de gestão do utente e menos *distress* para as famílias do que o delirium hiperativo (Portela Millinger & Fellingner, 2021). O delirium hiperativo é considerado clinicamente mais desafiante, com as características de confusão, agitação, inquietação, verborreia, deambulação e até agressão (Bush et al., 2017a; Portela Millinger & Fellingner, 2021). O delirium misto ocorre quando a pessoa apresenta uma combinação dos dois (NICE,2023). No caso do delirium hiperativo, um estudo identificou a sua prevalência na admissão em 19% tendo aumentado para 64,5% no dia da morte em contexto de cuidados paliativos. A maioria dos casos, 77.4%, foi identificado nos últimos 7 dias de vida (Dai et al., 2022). O delirium hipoativo é o mais prevalente, entre 68%- 86% (Grassi et al., 2015).

Nas pessoas com doença avançada, o delirium é um indicador independente de mortalidade e assinala frequentemente a transição para o período de fim de vida (Agar et al., 2016).

O delirium que ocorre na fase terminal, no qual a reversibilidade é pouco provável, é definido como delirium terminal, nesta fase é nomeado de diversas formas, delirium terminal, agitação terminal, inquietação terminal, angústia terminal (Bush, Leonard, et al., 2014). Autores sugerem que a utilização de termos não específicos, como "agitação terminal" e "inquietação terminal", podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados ao utente, particularmente no final da vida (Agar, 2020b). O tratamento pode não ser possível nas últimas 24 a 48 horas de vida devido a processos irreversíveis como a falência de múltiplos órgãos e anomalias metabólicas. Nesta fase a pessoa pode parecer

estar em *distress* ou sofrer de manifestações comportamentais intensas, tais como espasmos musculares involuntários ou estremeções e inquietação (Finucane et al., 2020).

Apesar de haver numerosas causas de delirium reversíveis e irreversíveis, a patogénese do delirium ainda não é bem compreendida. Os utentes com delirium terminal podem não apresentar claras alterações tóxicas ou metabólicas (Aligeti et al., 2016). A reversibilidade do delirium é mais provável no caso de episódios precipitados por medicamentos, anomalias eletrolíticas e infeções; e menos provável quando relacionado com encefalopatia, falência de órgãos ou se o delirium já tiver ocorrido previamente (Bush et al., 2014; Leonard et al., 2014).

O delirium provoca um grande *distress* aos utentes, família, cuidadores e profissionais de saúde, com elevados níveis de *distress* entre os familiares dos utentes com e em recuperação do delirium (Finucane et al., 2017). Sabe-se também que as memórias desagradáveis dos últimos dias de uma pessoa podem afetar negativamente a dor e o luto (Brajtman, 2003). O nível de *distress* associado ao delirium é equivalente para as pessoas com delirium hipoativo e hiperativo (Breitbart et al., 2002). Noutro estudo, os utentes com delirium hiperativo registaram níveis mais elevados de angústia, complexidade, preocupações psicológicas e preocupações da família/cuidador em comparação com os utentes sem delirium hiperativo (Dai et al., 2022). O *distress* emocional ou psicológico em utentes em fase terminal pode também manifestar-se como sintomas característicos do delirium terminal, incluindo, agitação, distúrbios do sono, diminuição da concentração e afastamento social (Bail et al., 2018).

Os cuidadores dos utentes com delirium terminal hiperativo experienciam um *distress* elevado, que incluem emoções negativas como ansiedade, medo, raiva, tristeza e culpa. Experienciam também relações difíceis ou deterioradas e sentimentos de desamparo ou perda de controlo (Finucane et al., 2017b). Os cuidadores mencionaram ainda sofrimento pessoal enquanto cuidavam de utentes com delirium terminal hiperativo (Szarpa et al., 2013).

Num estudo realizado junto de profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, 11 entrevistados referiram que as famílias mencionaram que estarem pacíficos de uma forma natural, sentirem-se seguros mesmo nos casos em que o utente tem alterações da consciência, e estar junto do seu familiar de uma forma natural são questões

importantes, as famílias referiram também que mesmo que o delirium não seja reversível, é importante conseguirem comunicar de forma eficaz. As famílias mencionaram ainda que a alteração da expressão facial dos seus familiares lhes causa desconforto e foi importante para a família que os profissionais de saúde estivessem presentes quando estes já não sabiam que ação tomar relativamente ao tipo de cuidados a prestar ao utente (Uchida et al., 2019). Um enfermeiro mencionou também que quando o delirium surge, explicam às famílias, várias vezes, se necessário, as suas causas, até que estes compreendam, caso contrário estes ficam chocados por de repente não serem reconhecidos como família (Uchida et al., 2019). Num outro estudo, as famílias expressaram a necessidade de informação regular, por outro lado a perda de fé ou a culpa sobre as decisões de tratamento ocorreram quando os profissionais de saúde instituíram tratamentos que eles perceberam que poderiam ter aumentado o delirium ou afetado a cognição, como a sedação, particularmente quando não eram envolvidos na tomada de decisão (Finucane et al., 2017c). É fundamental que as famílias tenham conhecimento do que é o delirium, das suas causas e de como podem ser envolvidas no apoio (Bush & Bruyère, 2017). A presença de sintomas de delirium terminal hiperativo requer uma maior complexidade de cuidados, que podem necessitar de transferência do domicílio para o internamento. As famílias deveriam ser informadas relativamente a esta possibilidade de forma que fosse possível prepará-las emocionalmente (Kates, 2020). Ainda assim, num outro estudo, demonstrou-se que as pessoas que morreram no *Hospice* em vez de no seu domicílio apresentaram percentagem 2.3 vezes superior de delirium terminal hiperativo (Kates, 2020).

Um dos maiores desafios clínicos, é determinar se a pessoa gravemente doente com doença avançada e delirium está perante uma morte iminente ou se tem um delirium reversível, e em muitos casos, estas duas situações podem apresentar-se de forma muito semelhante (M. Leonard et al., 2008). Apesar do delirium em cuidados paliativos ser potencialmente reversível em aproximadamente 50% dos casos, a decisão de iniciar tratamento farmacológico depende da estimativa de prognóstico e objetivos de cuidados, a gestão do delirium a fim de reduzir a morbilidade e aumentar a qualidade de vida versus sedação paliativa no caso de delirium refratário e sobrevivência esperada de horas ou dias (Bush et al., 2017). A decisão de tentar ou não o tratamento do(s) precipitante(s) do delirium é pautada por um equilíbrio delicado, considerando os

potenciais benefícios e danos e a probabilidade de reversibilidade do evento clínico (Agar, 2020).

Relativamente aos potenciais benefícios, considera-se que o tratamento ou tratamento parcial das causas precipitantes subjacentes pode melhorar a cognição e minimizar os sintomas de delirium, pode permitir à pessoa regressar a casa e pode oferecer benefício de sobrevivência. Quanto aos potenciais malefícios, estão relacionados com a necessidade de colocação de acesso venoso, exames de imagem ou outros, necessidade de internamento, pode não estar alinhado com os desejos e preferências expressos pelo utente e a família pode não estar preparada para a gravidade do prognóstico (Agar, 2020b). Pelo que é importante avaliar, individualmente, o que o próprio utente pode considerar "pesado", quais foram as suas preferências e desejos expressos e perceber a prioridade da manutenção da cognição para a pessoa. Pode ser útil um ensaio de tratamento "limitado no tempo", com um prazo claro para reavaliação dos sinais de melhoria (Agar, 2020a). Não obstante, o consenso relativamente aos cuidados e tratamento do delirium terminal é escasso (Uchida et al., 2019).

A avaliação e o tratamento da dor e de outros sintomas podem ser mais desafiantes entre utentes com delirium nos últimos dias de vida devido à diminuição da comunicação e capacidade de tomada de decisão (Pandharipande & Ely, 2017).

A etiologia do delirium é complexa e na maior parte das vezes multifatorial, resultando de uma combinação de fatores de risco, tipicamente denominados de predisponentes e precipitantes (Inouye et al., 2014). Os fatores predisponentes dizem respeito a condições médicas e comorbilidades que pré-existem num utente e que aumentam o risco de vir a desenvolver delirium, como sexo masculino, idade avançada, dificuldades auditivas, visuais e cognitivas. Os fatores precipitantes são fatores de risco que contribuem para a ativação de um episódio de delirium (Bush et al., 2018). Os fatores de risco precipitantes mais comuns podem ser categorizados em ambientais, iatrogénicos, medicamentosos (polimedicação, drogas psicoativas, sedativos e hipnóticos) doenças neurológicas, comorbilidades, falência orgânica, síndromes metabólicas, e cirurgia (Bush et al., 2017,2018). Os utentes em cuidados paliativos correm um risco particular de desenvolverem delirium devido a fatores contributivos na patogénese do delirium, como a doença avançada (a própria malignidade), a presença de

metástases, condições hematológicas (anemia), elevada inflamação sistêmica, disfunção orgânica, infecção/sépsis, estado funcional afetado, estado nutricional deficiente, efeitos adversos da radioterapia/quimioterapia, tratamento com algum tipo de medicamentos (opioides, corticoides, benzodiazepinas) (Bush et al., 2017,2018).

Num estudo recente, foram identificados os seguintes fatores predisponentes contributivos para o delirium em cuidados paliativos, sexo masculino, debilidade, diminuição da acuidade visual e auditiva, epilepsia e metástases cerebrais (Seiler et al., 2020). Fatores precipitantes contributivos incluem sépsis, úlceras por pressão, insuficiência renal aguda e dor (Seiler et al., 2020). Contrariamente à literatura atual, na qual a idade e comorbilidades foram identificados como fatores de risco significativos, neste estudo não se encontrou uma relação entre idade avançada (≥ 65 anos) ou comorbilidades como tendo contribuído (Seiler et al., 2020).

Num outro estudo, verificou-se que a maior parte dos utentes tinham doses de resgate de opioides para a dor prescritas, e isto foi associado a um risco aumentado de delirium terminal hiperativo, assim é importante que os enfermeiros estejam atentos a sinais de delirium associados a esta terapêutica (Kates, 2020). De notar também que a maior parte dos utentes com resgate de opioide não tinham medicação laxante prescrita, sendo que a obstipação é uma conhecida causa de delirium, pelo que esta questão deveria ser antecipada (Kates, 2020).

Apesar de nem sempre ser possível reverter o delirium, o tratamento sintomático das causas possivelmente reversíveis, particularmente estratégias não farmacológicas deveriam ser providenciadas para todos os utentes e complementado com estratégias farmacológicas quando indicado (Bush et al.,2018). As abordagens farmacológicas nunca devem ser isoladas, sendo crucial a adoção simultânea de abordagens não farmacológicas, informação e apoio (Agar, 2020).

No que diz respeito a estratégias não farmacológicas, a capacidade dos utentes em cuidados paliativos para participarem em tais intervenções e a possibilidade de impactos com magnitude não foi avaliada de forma exaustiva até à data, pelo que é razoável adotar uma abordagem personalizada, adaptando as medidas/estratégias ao indivíduo sempre que necessário (Hosie et al., 2019). Os familiares/cuidadores informais podem ajudar na gestão não-farmacológica (Boland et al., 2019).

As medidas não farmacológicas são eficazes nos idosos, mas ainda estão a ser avaliadas na população em cuidados paliativos (Oh et al., 2017). No entanto, deve evitar-se as restrições físicas e a cateterização urinária desnecessária (Boland et al., 2019).

Algumas das estratégias do tratamento não-farmacológico do delirium incluem: correção das condições predisponentes (audição, visão); favorecer a mobilização; melhorar os padrões de sono-vigília (dia: exposição à luz natural, evitar as sestas; noite: bebidas sem cafeína, música relaxante, minimizar a luz, o ruído, perturbações); atividades de orientação (explicar onde está o utente, quem é ele, quem é a pessoa que está a interagir com ele e o seu papel, utilizar um quadro de orientação, um relógio visível e atividades de estimulação cognitiva, por exemplo, reminiscência); minimizar as mudanças de quarto (Bush et al., 2018; Hshieh et al., 2015). Outras estratégias para prevenção do delirium incluem tratar os possíveis fatores predisponentes e precipitantes agudos reversíveis, como, providenciar auxiliares de audição e visão, tratar a dor, infeções e alterações eletrolíticas, reduzir polimedicação e regular o ciclo de sono-vigília (Bush et al., 2018).

Um estudo analisou o tratamento farmacológico em utentes com cancro, tendo-se verificado que os antipsicóticos isoladamente não são eficazes contra o delirium hiperativo grave em utentes terminais, a combinação de uma benzodiazepina e um antipsicótico pode ser uma opção, bem como, a hidratação e a rotação de opioide (Matsuda et al., 2021).

Os medicamentos com propriedades anticolinérgicas são habitualmente prescritos aos idosos e podem afetar o cérebro, afetando a atenção, sono e a memória (Collamati et al., 2016). A medicação anticolinérgica tem também efeitos adversos periféricos, como visão turva, retenção urinária e obstipação, assim como risco de efeitos adversos centrais, incluindo o agravamento da memória, concentração e delirium (Egberts et al., 2021). Sugerindo que uma elevada carga anticolinérgica pode ser considerada um fator de risco para o delirium (Pasina et al., 2021). Embora muitos tratamentos possam ser necessários em utentes em fim de vida, a relação risco-benefício de cada fármaco utilizado deve ser considerada para limitar a utilização a medicamentos com efeitos anticolinérgicos menores ou escolher fármacos com atividade não anticolinérgica, tentando assim reduzir a carga anticolinérgica (Pasina et al., 2021). Os

utentes devem ser avaliados quanto à presença de efeitos secundários extrapiramidais associados aos antipsicóticos, sendo o risco menor com os antipsicóticos de nova geração (Boland et al., 2019). O biperideno ou a benztropina devem estar disponíveis como antídotos (Gaertner et al., 2019). O haloperidol deve ser evitado na Demência por Corpos de Lewy ou na doença de Parkinson devido a um risco acrescido de efeitos secundários extrapiramidais (Boland et al., 2019).

Existem critérios diagnósticos padrão para o delirium o DSM (DSM-V, 2013), mas a sua aplicação clínica pode ser demorada e requer um nível substancial de experiência do profissional. Em consequência, esses critérios foram operacionalizados na forma de ferramentas que são usadas para diagnosticar o delirium de forma eficiente e confiável (Neufeld et al., 2014). O instrumento de avaliação ideal do delirium deve ter um elevado nível de sensibilidade, ser validado em relação a um padrão de referência de diagnóstico e ser breve e fácil de utilizar com um mínimo de formação (Lawlor, 2016; Leonard et al., 2014). Apesar da sua elevada prevalência e importância clínica, o rastreio do delirium não é rotina na prática de cuidados paliativos (Şenel et al., 2017). Embora 14 instrumentos de avaliação do delirium tenham sido validados no contexto dos cuidados paliativos, muitas vezes há evidência limitada para apoiar o seu uso em ambientes de cuidados específicos (Watt et al., 2021a). As barreiras na avaliação do delirium podem ser classificadas nas seguintes categorias: falta de ferramentas de avaliação padronizadas, falta de confiança nos instrumentos de avaliação entre a equipa de enfermagem e barreiras no ambiente de trabalho, como falta de tempo e liderança limitada (Lai et al., 2019).

A deteção atempada de sinais de delirium em utentes em cuidados paliativos pode ser melhorada pelo uso rotineiro de instrumentos de avaliação pela equipa de enfermagem (Bush et al., 2018). Para além disso, instrumentos validados para avaliação do delirium deveriam ser utilizados precocemente, porque muitas vezes não é prático utilizá-los no delirium avançado (Hosker & Bennett, 2016).

A Delirium Rating Scale-Revised 98 (Trzepacz et al., 2001), Memorial Delirium Assessment Scale (Breitbart et al., 1997), Confusion Assessment Method (Inouye et al., 1990), e Nursing Delirium Screening Scale (Gaudreau et al., 2005) são instrumentos frequentemente utilizadas no contexto clínico para avaliar o delirium (Uchida et al., 2019a).

Estes instrumentos foram originalmente desenvolvidos para avaliar o delirium reversível, e o seu uso em contexto de fim de vida parece ter duas fraquezas. Primeiro, os utentes com delirium em fase terminal muitas vezes experienciam níveis de consciência reduzidos como parte do processo natural de morte. No entanto, não há consenso sobre como classificar quando um utente fica inconsciente próximo da morte. Em segundo, estes instrumentos tipicamente apresentam uma pontuação composta por agitação e cognição. Isto acontece porque no ambiente normal, o tratamento do delirium resulta numa melhoria em simultâneo da cognição e redução da agitação. Pelo contrário, no delirium em fim de vida, o equilíbrio entre a paliação da agitação e manter a comunicação é importante (Uchida et al., 2019b).

Num outro estudo, os autores concluíram que os instrumentos comuns de avaliação do delirium são inadequados para avaliar o delirium em utentes com cancro em fim de vida. Isto porque quando estes ficam “inconscientes e não comunicantes” as escalas utilizadas erradamente avaliaram o delirium como sendo mais severo do que era na realidade vida (Uchida et al., 2020). Atualmente, os autores referem que não podem recomendar um método para avaliar a gravidade do delirium terminal. Posto isto, é urgente realizarem-se estudos empíricos que permitam identificar os métodos de avaliação mais adequados para avaliação da gravidade do delirium terminal (Uchida et al., 2020).

Segundo uma revisão da literatura recente, os utentes com melhor estado funcional podem conseguir participar em testes cognitivos e em instrumentos que exijam participação (como o CAM ou o MDAS), por outro lado, nos utentes que se encontram nos últimos dias ou semanas de vida pode ser mais adequado utilizar instrumentos que dependam exclusivamente de avaliações não verbais ou de observações do avaliador (como o Nu-DESC ou o DOSS) (Watt et al., 2021).

A sensibilidade e a especificidade do CAM como instrumento de avaliação melhoraram significativamente com uma melhor formação de quem aplica os instrumentos (Ryan et al., 2009). Este facto é também apoiado pelo estudo que examinou o Nu-DESC, os autores determinaram que este tinha uma sensibilidade e especificidade reduzidas quando utilizada por prestadores de cuidados informais em comparação com pessoal de enfermagem com formação (De La Cruz et al., 2015).

Num outro estudo, os enfermeiros manifestaram dúvidas quanto ao seu papel no diagnóstico, favorecendo a utilização do juízo clínico e da experiência em detrimento dos instrumentos de avaliação (Arnold et al., 2022). Os enfermeiros não estavam familiarizados com os instrumentos de avaliação do delirium ou consideravam que a sua utilização era da responsabilidade dos médicos (Arnold et al., 2022).

No que concerne ao tratamento farmacológico para o delirium os medicamentos atualmente utilizados na prática clínica para gerir os sintomas associados a este incluem, antipsicóticos (como haloperidol, olanzapina, clorpromazina, risperidona e metotrimeprazina); benzodiazepinas (como lorazepam e midazolam); e hipnóticos e sedativos não benzodiazepínicos (como melatonina e dexmedetomidina). Os antipsicóticos de primeira geração (anteriormente conhecidos como “antipsicóticos típicos”) incluem butirofenonas (por exemplo, haloperidol) e fenotiazinas (por exemplo, levomepromazina/ metotrimeprazina e clorpromazina). Os antipsicóticos de segunda geração (anteriormente conhecidos como “atípicos”) incluem a olanzapina e a risperidona, enquanto os antipsicóticos de terceira geração incluem o aripiprazol. O haloperidol tem sido o antipsicótico “padrão” para o delirium durante muitos anos devido, em parte, à familiaridade de utilização na prática, aos efeitos menos sedativos e à versatilidade das vias de administração (Bush et al., 2017). O midazolam é o fármaco de primeira escolha para sedação no tratamento do delirium agitado refratário nas últimas duas semanas de vida (Bush et al., 2017b), especialmente quando a ansiedade está presente (Twycross, 2017). As benzodiazepinas não são geralmente recomendadas, exceto o lorazepam e o midazolam em situações selecionadas. A estratégia de combinar uma benzodiazepina de ação curta com um antipsicótico é frequentemente utilizada no tratamento da agitação refratária grave (NHS Scotland, 2014). A sedação paliativa pode ser uma opção para garantir conforto nas últimas horas ou dias (Cherny, 2014), embora uma Revisão Cochrane que examinou a sedação para adultos com doenças terminais tenha constatado que, apesar da sedação, o delirium ainda era problemático para as pessoas nos últimos dias de vida (Beller et al., 2015).

Uma revisão Cochrane da terapêutica farmacológica para a gestão do delirium não encontrou evidências de alta qualidade para apoiar ou refutar o uso de terapêutica farmacológica para sintomas de delirium em adultos com doenças terminais (Finucane et

al., 2020). No entanto, de acordo com Uchida et al. (2020), tendo em conta esta revisão e uma meta-análise para avaliar a intervenção farmacológica no tratamento do delirium (Wu et al., 2019), se o delirium na fase terminal não está a ser avaliado adequadamente, é necessário reconsiderar a conclusão destas meta-análises (Uchida et al., 2020).

Um estudo evidenciou que pode existir uma modesta dose-resposta à sobrevivência na dosagem de antipsicóticos para o delirium em utentes terminais com cancro. Para minimizar o potencial risco de mortalidade do tratamento do delirium em utentes com cancro avançado, tanto os antipsicóticos típicos como os atípicos devem ser iniciados com doses baixas e titulados cuidadosamente (Yokomichi et al., 2022).

Outro autor recomenda não iniciar terapêutica farmacológica em caso de desorientação, delirium isolado ou sintomas ligeiros. Nestes casos, a terapêutica farmacológica não é útil, podendo mesmo agravar, precipitar ou mascarar o delirium. Este último significa que os utentes tratados com neurolépticos ou benzodiazepinas podem alternar para formas hipotivas de delirium. Isto tem sido relatado por utentes que recuperam do delirium e recordam a experiência como sendo tão angustiante como a forma ativa (Gaertner et al., 2019).

No que diz respeito às lacunas no conhecimento, Lawlor et al. (2019) identificaram a previsão do risco de delirium, a comparação entre a efetividade e danos da prevenção, a variabilidade na gestão do delirium em todos os contextos de cuidados paliativos, as diretivas antecipadas e o contributo do substituto na tomada de decisão, a transição do local de prestação de cuidados e a estimativa da reversibilidade do delirium (Lawlor et al., 2019). De referir também a necessidade de estudos mais rigorosos e imparciais focados na deteção do delirium para todos os instrumentos de avaliação e do impacto da sua aplicação nos resultados clínicos ou do impacto para os profissionais de saúde, utentes ou famílias (Watt et al., 2021). A investigação deve também ser direcionada para a avaliação comparativa, validação e/ou desenvolvimento de instrumentos de avaliação do delirium que se adaptem especificamente a uma determinada população e contexto de cuidados paliativos (Watt et al., 2021). O estudo e identificação dos fatores predisponentes e precipitantes é também um passo importante para o desenvolvimento de tratamentos mais efetivos e estratégias preventivas (Seiler et al., 2020).

1.2- Teoria do Fim de Vida Tranquilo

A Teoria do fim de vida tranquilo de Cornelia M. Ruland e Shirley M. Moore (Ruland & Moore, 1998) foi desenvolvida por um grupo de enfermeiros peritos numa unidade cirúrgica de gastroenterologia num hospital universitário na Noruega, neste, cerca de metade das pessoas internadas tinham diagnóstico de cancro. Estes identificaram a falta de direções claras para o tratamento de pessoas em fase terminal como um entrave à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, resultando na criação da teoria, tendo o propósito de refletir a complexidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas (Ruland & Moore, 1998).

Na perspetiva destas autoras o cuidado de enfermagem requer não só o conhecimento sobre o alívio da dor e controlo de sintomas, mas também a manifestação de compaixão, sensibilidade e consciência (Ruland & Moore, 1998).

A teoria identifica cinco indicadores de resultados que contribuem para um fim de vida tranquilo: (1) não ter dor, (2) a experiência de conforto, (3) a experiência de dignidade e respeito, (4) estar em paz e (5) proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras. O primeiro define-se como não ter a experiência de dor, o segundo como o alívio do desconforto, um estado de tranquilidade e contentamento pacífico e tudo o que torna a vida fácil e prazerosa, o terceiro como sendo respeitado e valorizado enquanto ser humano, ser respeitado e reconhecido como igual e não ser exposto a nada que viole a sua integridade e valores. O quarto indicador diz respeito ao sentimento de calma, harmonia e contentamento, o quinto o sentimento de ligação a outros seres humanos que se preocupam (Ruland & Moore, 1998).

Esta teoria evidencia-se como um referencial importante pelas semelhanças que os seus conceitos e pressupostos apresentam em relação aos princípios dos Cuidados Paliativos (Lacet Zaccara & Serpa De Souza Batista, 2020). A teoria tem como âmbito melhorar a qualidade de vida e conseguir alcançar um fim de vida pacífico em utentes terminais, focando-se nas contribuições para um viver pacífico e significativo dos utentes e família, nesta última etapa. Propõe também o alívio dos medos, reais e/ou percebidos, para o utente e a sua família (Ruland & Moore, 1998).

Assim, o enfermeiro pode acompanhar o utente e família na promoção de um final de vida mais tranquilo, não se limitando ao cumprimento das tarefas diárias do hospital

(Lacet Zaccara & Serpa De Souza Batista, 2020) . Desta forma, o facto de a pessoa não sentir dor, estar confortável, ser cuidada com dignidade e respeito, estar em paz e próxima das pessoas significativas ou cuidadoras contribuem para um fim de vida tranquilo (Ruland & Moore, 1998).

Relativamente aos cinco indicadores de resultados da teoria e ao papel do enfermeiro, e que segundo a mesma contribuem para um fim de vida tranquilo, em utentes com delirium, para além da identificação da dor se tornar mais desafiante, a própria dor pode desencadear ou contribuir para o delirium (Pandharipande & Ely, 2017; (Seiler et al., 2020). O enfermeiro pode ter uma intervenção no sentido de estar atento a sinais de dor, verbais e não verbais, capacitar a família para a identificação da dor e intervenções possíveis. No que ao conforto e estar em paz diz respeito, o delirium provoca um grande *distress* não apenas aos utentes, mas também à família (Finucane et al., 2017). Desta forma, se o enfermeiro conseguir identificar o delirium, intervir na sua gestão e capacitar as famílias para estas, estará a promover o conforto da pessoa e a aliviar o *distress* das famílias.

Por fim, relativamente à proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras, o papel do enfermeiro passa também por explicar o que é o delirium, como se manifesta e como se pode gerir. Uma vez que as famílias foram reconhecidas como importantes fontes de apoio aos utentes com delirium, dotando as pessoas deste conhecimento, mais facilmente saberão como acompanhar a pessoa doente e prestar o apoio que esta necessita (Arnold et al., 2022; Bush & Bruyère, 2017). No que à dignidade e respeito concerne, ao termos em consideração todos os pontos evidenciados anteriormente, estaremos a promover a dignidade e respeito da pessoa e família alvo de cuidados.

Assim, ao promover a prevenção, identificação atempada e gestão do delirium, será possível promover o alívio do sofrimento da pessoa nos UDHV e família, tendo por base intervenções implementadas com compaixão, sensibilidade e consciência.

2- Execução das Atividades

A metodologia utilizada será a Metodologia de Trabalho por Projeto (Castro & Ricardo 2002) e aprendizagem experiencial.

A aprendizagem experiencial pode ser definida como um processo de aquisição de saberes a partir de situações vividas pelo indivíduo no seu dia a dia, assim, as influências externas socioprofissionais, familiares, políticas, têm um caráter formativo contínuo (Alarcão, 2001).

A Teoria da Aprendizagem Experiencial é um dos modelos mais referenciados e aceites no âmbito da formação profissional (Alarcão, 2001). Esta baseia-se no trabalho de académicos proeminentes do século XX que atribuíram à experiência um papel central nas suas teorias da aprendizagem e do desenvolvimento humano - nomeadamente John Dewey, Kurt Lewin, Jean Piaget, Lev Vygotsky, William James, Carl Jung, Paulo Freire, Carl Rogers e Mary Parker Follett - para desenvolver um modelo holístico do processo de aprendizagem experiencial e um modelo multidimensional do desenvolvimento do adulto (Kolb & Kolb, 2013).

A teoria assenta em seis pressupostos, a aprendizagem é mais bem concebida como um processo e não em termos de resultados; toda a aprendizagem é uma reaprendizagem; a aprendizagem exige a resolução de conflitos entre modos dialeticamente opostos de adaptação ao mundo; a aprendizagem é um processo holístico de adaptação ao mundo; a aprendizagem resulta de transações sinérgicas entre a pessoa e o ambiente; a aprendizagem é o processo de criação de conhecimento (Kolb & Kolb, 2013).

Por seu lado, a Teoria da Aprendizagem Experiencial é uma visão dinâmica da aprendizagem baseada num ciclo de aprendizagem impulsionado pela resolução da dupla dialética ação/reflexão e experiência/abstração (Kolb & Kolb, 2013). A aprendizagem é definida como o processo pelo qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência. O conhecimento resulta da combinação da apreensão e da transformação da experiência (Kolb, 1984).

A Metodologia de Trabalho por Projeto é um “método pedagógico centrado no estudante, que o transporta para fora da sala de aula, permitindo-lhe experimentar

modos de realizar e ferramentas que fortalecem a sua autonomia, responsabilidade, motivação e capacidade de resolver problemas.” (Oliveira, 2023, p.5).

A fase de Planeamento desenrolou-se ao longo do 1º campo de estágio junto de uma EIHSCP que decorreu de 15/05/2023 – 21/07/2023, culminando no Projeto de Formação que viria a ser implementado ao longo do 2º campo de estágio junto de uma ECSCP que decorreu de 25/09/2023 – 05/02/2024.

A EIHSCP na qual realizei o 1º estágio era constituída por um enfermeiro e médico a tempo inteiro, e a tempo parcial um nutricionista, psicólogo, assistente social e assistente espiritual. A equipa prestava consultoria a todo o hospital, tinha também disponível teleconsulta e consulta presencial e funcionava com uma relação de grande proximidade com Hospital de Dia de Oncologia sendo frequente que utentes em tratamento ativo beneficiassem do apoio da equipa.

A ECSCP na qual realizei o 2º estágio era constituída por 2 enfermeiras a tempo inteiro, 2 a tempo parcial, uma médica a tempo inteiro e outra a tempo parcial, uma assistente operacional a tempo inteiro, uma psicóloga, nutricionista e assistente social a tempo parcial. A equipa presta apoio presencial no domicílio dos utentes afetos ao seu concelho, e em regime de consultoria às Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Lares ou estruturas residenciais, ou Unidades de Cuidados Continuados (UCC) do Aces.

Foram objetivos do 1º estágio: integrar as aprendizagens e evidências científicas adquiridas na prestação de cuidados, integrando os princípios e valores éticos e deontológicos; desenvolver capacidades ao nível da liderança, gestão, melhoria e segurança dos cuidados; participar e prestar cuidados à PSP e família/cuidador por forma a melhorar o conforto, promover o bem-estar e qualidade de vida; construir uma relação e comunicação terapêuticas junto da PSP e família/cuidador, apoiando-as na adaptação às perdas sucessivas, morte e acompanhamento no luto.

Foram objetivos do 2º estágio continuar o trabalho referido nos primeiros objetivos, mas com enfoque na minha autonomia e confiança nos cuidados prestados à PSP e família/cuidador; demonstrar junto da equipa conhecimentos e capacidades por forma a sentir mais segurança na prestação de cuidados em equipa; implementar o meu Projeto de Formação e respetivas atividades; desenvolver competências de EEEMCPSP e Mestre

na prestação de cuidados à PSP e família/cuidador e no que ao objetivo geral do meu Projeto diz respeito, na gestão do delirium na PSP nos UDHV e família.

2.1- 1º Contexto de Estágio: Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

2.1.1-Atividades realizadas e análise crítica

Apresento de seguida as atividades realizadas no decorrer do 1º estágio:

1. Consultoria junto da equipa de Enfermagem:

O método de trabalho e relação da Enfermeira Orientadora junto das equipas era de proximidade, colaboração direta nos cuidados e de abertura. Este tipo de relação permitia que as equipas se sentissem à vontade para exporem as suas dúvidas e receios bem como as suas angústias. Desta forma ficou evidente que as equipas sentiam confiança na EIHSCP e se sentiam mais seguras na prestação de cuidados por saberem que estavam apoiadas.

Inicialmente, o facto de este ser o meu primeiro contacto com um contexto de cuidados paliativos, deixou-me insegura, não era fácil participar ativamente nos cuidados, pelo que nesta fase mantive-me maioritariamente num papel de observadora.

Com o decorrer do estágio fui-me ambientado às equipas, métodos de trabalho e ao próprio contexto de cuidados, o tempo e a confiança demonstrados pela Enfermeira Orientadora permitiram gradualmente sentir-me mais segura. Progressivamente fui participando ativamente, estabelecendo uma relação com utentes e famílias/cuidadores, comunicando com a equipa de enfermagem e médica e discutindo os vários casos com esta, transmitindo as minhas impressões e sugestões e ouvindo também as impressões da equipa. Tive também a oportunidade de cuidar de alguns utentes com delirium, sendo que com o apoio da equipa consegui corretamente identificar a sua presença, o seu tipo e em alguns casos contribuir para o reconhecimento das suas causas e apoiar na sua gestão, quer com medidas não farmacológicas como farmacológicas.

A título de exemplo, faço referência ao caso de um utente que à nossa chegada se apresentava sonolento e inquieto no leito, referiu que não conseguia descansar e que teve dor durante a noite, menciona também querer urinar e dor na região supra púbica.

Acompanhamos o senhor à casa de banho, no entanto, este não consegue urinar. Por este motivo é colocada uma drenagem vesical, com pouco retorno de urina. Mantém-se inquieto, mas refere que agora sem dor e menciona o desejo de ir à praia. Perante este quadro há indicação médica para administração de 1 fórmula Haloperidol subcutâneo, após 45 minutos mantinha inquietude, no entanto, houve estimulação verbal e física do senhor durante este tempo. Por não haver resposta à medicação houve indicação médica para administrar 1 fórmula de levomepromazina subcutânea, acabando o senhor por adormecer. Nessa tarde inicia perfusão subcutânea de morfina, octeótrido e haloperidol, tendo sido explicado à família que se estava perante uma situação de progressão de doença. O senhor acabou por falecer poucos dias depois.

A partir desta situação reflito sobre a importância do diagnóstico correto do delirium para adequar as medidas, farmacológicas e não farmacológicas.

Relativamente às medidas não farmacológicas, a adequação da comunicação, evitar contenção física e identificação dos possíveis fatores que estejam a desencadear o quadro. Em equipa fomos excluindo possibilidades, como sejam o uso de benzodiazepinas, retenção urinária, dor não controlada (Bush et al.,2018; Hshieh et al., 2015). Após resolvidas as causas possíveis, identificámos que a causa mais provável seria um contexto de UDHV. Neste sentido adequaram-se as medidas farmacológicas e não farmacológicas, e encorajou-se a presença da família tendo-lhes sido explicada a situação, reconhecendo os benefícios da sua presença (Arnold et al., 2022; Bush & Bruyère, 2017).

Esta atividade serviu para reforçar a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e efetivamente experienciar os seus benefícios, nomeadamente nos ganhos que se verificam na pessoa e família, assim como reforçar a minha capacidade de trabalhar em equipa e gerir o delirium, quer junto da pessoa quer da família/ cuidadores.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, e à luz da atividade descrita, as intervenções descritas serviram o propósito de contribuir para que na fase final da vida dos utentes se pudessem verificar os 5 indicadores de resultados que ancoram a teoria. Desta forma, foi possível promover o controlo da dor, a fim de terem uma experiência de conforto, que foi conseguido ao gerir os sintomas e promover a presença da família. Para além desta, contribuir para que recebessem cuidados que promovessem a manutenção da sua dignidade e respeito, que só foram possíveis pelas aprendizagens realizadas

relativamente à identificação atempada de sintomas, medidas farmacológicas e não farmacológicas, comunicação com utente e família/cuidadores e trabalho em equipa multidisciplinar. Por consequência, foi possível apoiar os utentes para que se sentissem em paz, promovendo também a presença da família/cuidadores.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-No domínio da responsabilidade ética e legal, desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.”, bem como a competência A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Diário da República, 2019, p. 4746). No domínio da gestão dos cuidados, desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748). Tal ficou evidente no papel ativo no processo de tomada de decisão, efetuado em conjunto com a equipa multidisciplinar e família/cuidadores, garantindo os desejos e preferências dos envolvidos, incluindo os da equipa a quem prestávamos consultoria, e incentivando a participação ativa de todos. Esta teve por base a evidência científica e a unicidade da pessoa cuidada (utente e família/cuidadores), desenvolvendo assim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749).

No que às Competências Específicas do EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”, bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou patente no desenvolvimento da capacidade de identificar as necessidades da

pessoa e família/cuidadores, respeitando as suas preferências por forma a melhor responder às suas necessidades. Foi também possível envolver a pessoa e família/cuidadores no processo de cuidar, trabalhando também em articulação com a equipa multidisciplinar e equipa alvo de consultoria, tendo sempre por base a evidência científica.

No que se refere às competências de mestre esta atividade permitiu-me desenvolver capacidades de aplicar conhecimentos, de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a minha área de estudo, assim como de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (Diário da República, 2006).

2. Chamadas de acompanhamento telefónico e teleconsulta:

As chamadas telefónicas eram efetuadas entre a Enfermeira Orientadora e a pessoa ou família/ cuidadores, já as teleconsultas eram efetuadas com a presença da médica da equipa e Enfermeira Orientadora. Esta atividade permitiu-me verificar que esta é efetivamente uma ferramenta importante para as famílias/ cuidadores e pessoas. Não só porque se sentem acompanhadas no seu processo, como também o podem fazer a partir de sua casa, evitando uma deslocação. Tem um papel crucial na antecipação de situações de agudização, assim como no controlo de sintomas, na sua monitorização e respetivo ajuste terapêutico. As famílias/ cuidadores e pessoas foram referindo que este acompanhamento lhes permite sentirem-se mais seguras nos seus domicílios, sendo importante terem a possibilidade de irem esclarecendo dúvidas ou até mesmo de conversarem com alguém que entende as situações que estão a vivenciar. É também um recurso fundamental quando as deslocações se tornam mais difíceis, por vezes trazendo grande sofrimento aos envolvidos.

O meu envolvimento, numa fase inicial era de observadora, para além de não conhecer as histórias de todas as pessoas e uma vez que não as conhecia pessoalmente, a Enfermeira Orientadora e eu optámos por manter as conversas privadas. Ou seja, eu não ouvia a chamada, no entanto no final era-me feito um resumo da mesma e da história.

Esta atividade potenciou a minha capacidade de estabelecer uma ligação com a pessoa e família/ cuidadores, uma vez que não estando presencialmente com elas esta ficava dificultada. Para ultrapassar esta dificuldade contei com o apoio da Enfermeira Orientadora que me fazia um resumo das suas histórias e que depois me apresentava às pessoas e famílias/cuidadores. Fui também intervindo nas consultas no sentido de me mostrar presente e preocupada com as situações que iam sendo expostas, não só no decorrer da consulta como posteriormente na análise das situações expostas dando os meus contributos.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo e os 5 indicadores de resultados que a ancoram, a atividade descrita promoveu o controlo da dor, a fim de terem uma experiência de conforto, que foi conseguido ao gerir os sintomas, apoio à família/ cuidadores e a sua capacitação, tanto nas intervenções para identificar como na sua gestão. O facto de o acompanhamento ser feito a partir dos seus domicílios permitiu também promover o seu conforto, dignidade e respeito, bem como promoveu a experiência de se sentir em paz. A presença da família/cuidadores foi promovida dado que conseguiram estar mais presentes por se sentirem mais confiantes nos cuidados que prestavam, uma vez que estavam informados, capacitados e se sentiam acompanhados pela equipa.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal, desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.”, assim como a competência A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Diário da República, 2019, p. 4746). No domínio da gestão dos cuidados, desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente no respeito demonstrado pela privacidade dada à pessoa e família/cuidadores na partilha das

conversas telefônicas, na capacidade de participar no processo de tomada de decisão e envolver a pessoa cuidada e família/cuidadores, tendo sempre por base a evidência científica.

No que às Competências Específicas do EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” , bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365). O desenvolvimento destas competências foi evidenciado pela identificação das necessidades da pessoa e família/cuidadores, envolvendo-os no processo de cuidar, por forma a obter resultados que vão de encontro aos seus desejos, tendo em conta a evidência científica.

No que concerne às competências de mestre esta atividade incrementou a minha capacidade de aplicar os conhecimentos, de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, bem como de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (Diário da República, 2006).

3. Intervenção de enfermagem: acompanhar utente em saída ao exterior:

Em algumas situações foi identificada a necessidade de acompanhar pessoas em saídas ao exterior, num caso em específico por se tratar de um internamento muito prolongado e ser desejo da pessoa poder sair do ambiente do quarto. Noutra situação por se tratar de uma pessoa com uma forte ligação ao exterior e natureza e a quem o ambiente hospitalar causava uma certa “claustrofobia” (SIC), foi importante poder trazê-las ao exterior, proporcionando-lhes um corte com a realidade diária. Este tipo de intervenção, apesar de aparentemente simples proporcionou bem-estar e tornou-se também uma oportunidade para cultivar a relação com a pessoa alvo dos cuidados. A

minha intervenção foi no sentido de perceber e avaliar junto da pessoa se esse era um desejo seu, e transmitir-lhe confiança, mostrando que é seguro sair do quarto do hospital.

Este tipo de atividades, aparentemente simples, gerou em mim algum conflito interno, trabalho num contexto em que tentamos ao máximo controlar todas as variáveis, tendo ao nosso dispor as ferramentas necessárias, por exemplo, em caso de emergência. Este controlo gera em mim um sentimento de segurança. Ao retirar a pessoa deste ambiente controlado senti-me insegura. Contudo, o facto de perceber que estas intervenções foram geradoras de um grande bem-estar, tal como referido pelos utentes, permitiu-me sentir confiança na intervenção ao mesmo tempo que desenvolvi a relação com o utente e aumentei a sua confiança em mim. Senti que este ganho de confiança me permitiu trabalhar com o utente e família/ cuidadores outras questões relacionadas com a progressão da doença e as suas manifestações no corpo, realização de outros desejos, resolução de conflitos familiares, entre outros.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, e à luz da atividade descrita, as intervenções descritas serviram o propósito de contribuir para que na fase final da vida dos utentes se pudessem verificar os indicadores de resultados que ancoram a teoria. Em ambos os casos mencionados, o ambiente hospitalar veio a causar aos utentes um desgaste emocional, que foi gerador de stress. As saídas ao exterior tornaram-se numa hipótese de saída deste ambiente, que possibilitou que por alguns momentos se esquecessem que estavam doentes e possibilitou o contacto com o exterior, muito valorizado por estes. Ao atender a estes desejos foi possível promover o conforto, dignidade e respeito da pessoa, promovendo assim uma experiência de paz.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.”, bem como a competência A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Diário da República, 2019, p. 4746). No domínio da melhoria contínua da qualidade desenvolvi a competência B3 “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Diário da República, 2019, p. 4747) e no domínio do

desenvolvimento das aprendizagens profissionais: desenvolvi a competência D1 “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” (Diário da República, 2019, p. 4749). O desenvolvimento destas competências ficou patente no enfoque prestado à pessoa e aos seus desejos, promovendo intervenções que gerem bem-estar à pessoa cuidada, sempre avaliando os seus benefícios e sem colocar em causa os cuidados prestados. Esta intervenção fomentou ainda o meu autoconhecimento, levando-me a refletir sobre os cuidados prestados, sobre as limitações que as minhas experiências prévias de trabalho me impunham, e evoluindo para além destas, com o intuito de promover experiências de bem-estar à pessoa cuidada e família/cuidadores.

No que às Competências Específicas do EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”, bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365). O desenvolvimento destas competências foi evidenciado pelo incremento da capacidade de identificar as necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores, de promover intervenções geradoras de bem-estar, respeitando as suas preferências, numa ótica de parceria de cuidados. Esta permitiu ainda abordar junto da pessoa cuidada e família/cuidadores questões relacionadas com as perdas sucessivas, bem como contribuir para completar as tarefas de desenvolvimento em fim de vida.

4. Reunião de equipa multidisciplinar:

A presença nas reuniões de equipa multidisciplinar evidenciou a importância deste modelo de trabalho. Estas eram constituídas por todos os elementos da equipa multidisciplinar, realizadas uma vez por semana, sendo que cada elemento tinha oportunidade de expor as situações que foi acompanhando. Pude observar os contributos de cada participante e como em conjunto é possível oferecer uma melhor resposta às pessoas e famílias/ cuidadores. Estas foram momentos de partilha de

situações vividas junto dos utentes e famílias/ cuidadores, revisão de planos de cuidados e partilha de conhecimento.

Numa fase inicial fui maioritariamente observadora, dado que não conhecia aprofundadamente os utentes e famílias/cuidadores, assim como a equipa e temia que a minha intervenção não fosse adequada. À medida que me fui integrando na equipa, conhecendo os utentes e famílias/cuidadores fui participando mais nas reuniões, partilhando com a equipa as minhas observações, contributos para o plano de cuidados, dúvidas e inquietações. Esta atividade permitiu-me sentir mais integrada na equipa, à medida que as minhas intervenções foram sendo validadas, contribuindo para a minha autoconfiança e segurança nas intervenções e cuidados prestados às pessoas e famílias/cuidadores, permitiu-me também ter uma visão mais integral da pessoa e família/cuidadores dado que tinha acesso às áreas exploradas pelos restantes profissionais.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a participação nas reuniões multidisciplinares foi vital para traçar e retificar planos de cuidados e conhecer outras dimensões dos utentes e família/cuidadores exploradas pelos elementos da equipa multidisciplinar. O conhecimento destas dimensões possibilitou a experiência do utente não sentir dor, a experiência de conforto, a experiência de dignidade e respeito e estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Diário da República, 2019, p. 4746) e no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748). O desenvolvimento destas competências ficou patente na minha crescente capacidade de participar nas reuniões, intervindo, tanto com as minhas avaliações pessoais dos casos como sugerindo alterações ao plano de cuidados, chegando a consensos e tomadas de decisão em equipa.

No que às Competências Específicas do EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” (Diário da República, 2018, p. 19365), bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365). O desenvolvimento destas competências ficou patente na minha crescente capacidade de identificar as necessidades da pessoa cuidada e da sua família/cuidadores, partilhá-las com a equipa multidisciplinar e de me conseguir articular com estes por forma a delinear e atualizar os planos de cuidados.

5. Apresentação “Presente no morrer”:

A médica da EIHS CP realizou uma conferência presencial e online na qual transmitiu um pouco da sua experiência junto das pessoas e famílias/ cuidadores que cuida, combinado com o conhecimento que foi adquirindo ao longo do tempo. Falou da importância de ser vulnerável para conseguir acompanhar a pessoa e família/ cuidadores no processo de morrer. Mencionou que quando a pessoa consegue ver a nossa vulnerabilidade mais facilmente poderá haver uma conexão. Referiu ser importante estar junto da pessoa sem automatismos e livre de preconceitos sobre a mesma. É a pessoa que nos indica o caminho, é ela o nosso guia, sendo por isso importante acompanhar a pessoa sem impor os nossos objetivos. Devemos aceitar que nem sempre conseguimos aliviar o sofrimento da pessoa. Conversou também sobre a compaixão, como para a alcançarmos devemos tentar ver através do olhar da outra pessoa, e não segundo aquilo que gostaríamos que nos fizessem.

Particpei nesta conferência dado que o tema suscitou a minha curiosidade, e uma vez que estava relacionado com o meu tema do projeto, que se debruça sobre os UDHV da pessoa. Dos aspetos mencionados na palestra aquela que me deixou mais pensativa foi a noção de que nem sempre vamos conseguir aliviar o sofrimento das pessoas. Ingressei neste curso de mestrado, não só, mas também, porque queria aprender a aliviar o

sofrimento do outro, e ouvir da boca de alguém com tanta experiência que isso nem sempre é possível é ao mesmo tempo desconcertante e reconfortante. Desconcertante porque nos coloca na posição de aceitar quando não conseguimos alcançar essa meta, e conseguir conviver com essa noção, mas reconfortante porque retira de cima de mim esse exato peso, e acaba por ser uma forma de me preservar mentalmente para conseguir prestar cuidados neste contexto.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a participação nesta atividade trouxe-me algumas ferramentas que me permitiram intervir junto dos utentes e famílias/cuidadores com uma perspetiva e visão diferentes. Ficou evidente que é essencial conseguir estabelecer uma conexão verdadeira com a pessoa e família/cuidadores por forma a conseguir intervir junto destes. É também fundamental a minha capacidade de desenvolvimento pessoal, por forma a conseguir prestar cuidados centrados na pessoa e família/cuidadores. Assim, estas duas componentes são essenciais para conseguir proporcionar uma experiência de não ter dor, de conforto, de dignidade e respeito, estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D1 “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente na reflexão que a participação na atividade me proporcionou, sendo evidente para mim que ao longo do estágio foi possível desenvolver a minha capacidade de conexão com as pessoas cuidadas e família/cuidadores, bem como o caminho que já percorri relativamente ao meu desenvolvimento pessoal, que me tem vindo a permitir melhorar a minha capacidade de prestar cuidados centrados na pessoa e família/cuidadores.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”

(Diário da República, 2018, p. 19365). A participação nesta atividade permitiu-me desenvolver competências ao nível do desenvolvimento pessoal, fundamentais para conseguir prestar cuidados centrados na pessoa e família/cuidadores.

2.2- 2º Contexto de Estágio: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

2.2.1- Atividades realizadas e análise crítica

Apresento de seguida as atividades realizadas no decorrer do 2º estágio:

1. Apresentação do Projeto de Formação à Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora Clínica:

Apresentei o meu Projeto de Formação à Enfermeira Chefe, orientadora e restante equipa de enfermagem, bem como à equipa médica, no primeiro dia de estágio. Fiz um breve resumo do meu projeto, explicitando os objetivos e atividades propostas. Esta apresentação teve o intuito de me dar a conhecer à equipa, apresentar um dos temas que iria aprofundar e explorar ao longo do estágio, e também deixar a equipa desperta no sentido de me colocarem ao corrente de situações que viessem a experienciar. Os presentes concordaram com a pertinência do tema, tendo-me explicado que muitas vezes sentem dificuldade na gestão do delirium e na capacitação das famílias/cuidadores. Posteriormente foi elaborada ata da reunião.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita serviu o propósito de apresentar e justificar o tema do meu Projeto de Formação, dando a conhecer que pretendia, não só, mas também, adquirir competências na gestão do delirium, e que pretendia obter a colaboração da equipa para o mesmo. Assim, ao adquirir competências na gestão do delirium, adquiri conhecimentos que me permitiram intervir e reconhecer a importância do controlo da dor, conseguir promover o conforto, dignidade, respeito e paz, e promover a proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

-No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente no papel que o meu Projeto de Formação representou para a minha aquisição de conhecimentos no que à gestão do delirium diz respeito e implementação nos cuidados, tal como foi fundamental para a posterior divulgação do conhecimento junto dos pares.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” (Diário da República, 2018, p. 19365). O desenvolvimento desta competência ficou patente na importância do Projeto de Formação para a minha aquisição de conhecimentos, prática baseada na evidência científica e divulgação do mesmo junto dos pares.

2. Protocolo de *Scoping Review*: Intervenção de Enfermagem para a Gestão do Delirium em Cuidados Paliativos

O objetivo do protocolo de *scoping review*, apresentado no apêndice I, é de mapear a evidência científica existente relativamente às intervenções de enfermagem para a gestão do delirium na PSP nos UDHV e família em cuidados paliativos no contexto hospitalar. Este servirá o intuito de no futuro realizar uma *scoping review*.

Dado que foi a primeira vez que realizei um protocolo de *scoping review*, as dificuldades surgiram desde o início. As aulas lecionadas sobre o tema, os textos de apoio, e o acompanhamento pela Professora Orientadora foram essenciais para conseguir concluir o documento.

A sua elaboração permitiu-me desenvolver competências no que diz respeito à pesquisa de evidência científica, desenvolvendo destreza no uso das bases de dados.

Ao efetuar o mapeamento da evidência científica, pretende dar-se um contributo para uma prática de enfermagem atual e informada, que possa dar a melhor resposta possível às necessidades das pessoas doentes, família e cuidadores. Contribuindo assim para a

disseminação do conhecimento na área do delirium, promovendo uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita, permitiu-me adquirir ferramentas e conhecimento que me permitiram evoluir na gestão do delirium. Ao adquirir este conhecimento consegui mais ferramentas que me possibilitaram promover os cinco indicadores de resultados da teoria, uma vez que ao gerir o delirium estarei a promover uma experiência de não ter dor, de conforto, de dignidade e respeito e estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

- No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). O seu desenvolvimento ficou patente no contributo que a realização da *scoping review* trouxe à minha destreza na utilização das tecnologias de informação e métodos de pesquisa avançados, conseguindo identificar lacunas no conhecimento e na evidência científica que fui posteriormente partilhando com os elementos da equipa e que trouxe para a prática de cuidados.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” (Diário da República, 2018, p. 19365). O desenvolvimento desta competência ficou patente na evidência científica que a realização da *scoping review* trouxe, que permitiu melhorar a minha capacidade de identificar as necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores e intervir junto destas com intervenções baseadas na evidência científica.

No que se refere às competências de mestre, esta atividade estimulou a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, assim como permitiu desenvolver competências para a aprendizagem ao

longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Diário da República,2006).

3. Consultoria junto da equipa de Enfermagem:

A ECSCP realiza consultoria junto das equipas da ECCI, UCC, Lares ou estruturas residenciais, prestando apoio à distância e presencialmente quando a complexidade da situação assim o exige. Pude colaborar e intervir nestas situações, senti como maiores desafios o facto de nem sempre do outro lado estar uma equipa familiarizada com a filosofia de cuidados paliativos. Esta situação dificultava o trabalho na medida em que quando se realizava a visita nem sempre nos deparávamos com a situação descrita via telefone. Criando dificuldades em relação à antecipação de situações de agudização ou gestão das mesmas. Percebi junto da equipa que esta dificuldade que senti tem sido um percurso percorrido pela equipa desde a sua fundação, colmatada pela criação de elos em cada centro de saúde, havendo desde esse momento uma evolução favorável.

No que diz respeito a esta atividade, a minha ação foi de colaborar com as equipas, contribuindo quando necessário com ensinamentos, esclarecendo dúvidas, colaborando nos planos de cuidados e sua atualização e apoio na identificação de sinais de agudização.

Assim, esta realidade trouxe-me para um lugar de maior humildade, dado que também eu já estivera numa posição semelhante, tendo agora a oportunidade de divulgar e partilhar o conhecimento nesta área junto dos meus pares.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, e à luz da atividade descrita, a consultoria junto da equipa de enfermagem permitiu-me adquirir conhecimentos relativamente à gestão do delirium e igualmente divulgá-los junto dos meus pares. Ultimamente, este conhecimento visou uma melhor gestão do delirium, capacitação das famílias/ cuidadores, com conseqüente promoção do controlo da dor, conforto, dignidade e respeito, experiência de estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 "Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de

acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Diário da República, 2019, p. 4747), no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748), e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente nas competências que fui desenvolvendo relativamente ao meu crescente papel na participação nas tomadas de decisão em equipa multidisciplinar e equipas às quais se prestou consultoria, tendo por base a melhor evidência científica disponível.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”, bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou patente nas competências que fui desenvolvendo no que diz respeito à identificação das necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores, capacidade de identificação atempada de situações de agudização e colaboração com a equipa multidisciplinar e equipa alvo de consultoria para juntamente com a pessoa cuidada e família/cuidadores estabelecer um plano de cuidados e a sua atualização. As intervenções promovidas foram baseadas na evidência científica, havendo o cuidado de ir divulgando este conhecimento às equipas alvo de consultoria, bem como de juntamente com estas envolver as famílias/cuidadores nos cuidados à pessoa.

No que concerne às competências de mestre esta atividade fomentou a minha capacidade de aplicar os conhecimentos, de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a minha área de estudo, assim como de integrar conhecimentos,

lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Diário da República,2006).

4. Chamadas de acompanhamento telefónico:

As chamadas de acompanhamento telefónico serviam o propósito de ir acompanhando as pessoas doentes e famílias/ cuidadores, em situações que não exigiam que este fosse presencial. Estas deixavam espaço para que a equipa pudesse realizar, por exemplo, outras visitas domiciliárias. As chamadas permitiam perceber se o controlo sintomático se mantinha, ou se não, a partir destas agendava-se uma visita domiciliária, perceber a adaptação da família/cuidadores e se estavam a conseguir gerir a situação, esclarecer dúvidas e realizar ensinamentos, atividades nas quais fui progressivamente colaborando. As famílias/ cuidadores referiam sentir-se mais acompanhadas no seu processo, acabando por criar uma relação de confiança e proximidade com a equipa.

Senti como maiores dificuldades, inicialmente, não conhecer as pessoas doentes e famílias/ cuidadores que contactavam a equipa, fui-me inteirando das mesmas junto da equipa e através da consulta dos processos clínicos. Obtive como ganhos desta atividade uma maior destreza na relação com a pessoa doente e família/cuidadores, maior segurança nas minhas observações e intervenções, autonomia, identificação de possíveis situações de agudização e desenvolvimento de capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita promoveu o controlo da dor, que por sua vez promoveu uma experiência de conforto, que foi conseguido ao gerir os sintomas, apoiando a família/ cuidadores, capacitando-a, tanto nas intervenções para os identificar como na sua gestão. Desta forma contribuí também para que recebessem cuidados que promovessem a manutenção da sua dignidade e respeito. Assim, foi possível apoiar os utentes para que se sentissem em paz, promovendo também a presença da família/cuidadores que conseguiram estar mais presentes por se sentirem mais confiantes nos cuidados que prestavam, dado que estavam informados, capacitados e se sentiam acompanhados pela equipa.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Diário da República, 2019, p. 4746), no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente nas competências desenvolvidas no que diz respeito ao processo de tomada de decisão, envolvendo a equipa multidisciplinar, pessoa cuidada e família/cuidadores, com respeito pelas vontades das partes envolvidas, tendo por base a evidência científica.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”, bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou patente na minha crescente capacidade de identificar as necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores, elaborar e atualizar os planos de cuidados junto destes e da equipa multidisciplinar. Bem como prevenir e identificar situações de agudização, colaborando com a família/cuidadores capacitando-a, tanto nas intervenções para os identificar como na sua gestão, tendo por base a evidência científica. Desenvolvi também competências no apoio prestado às pessoas e família/cuidadores pelas perdas sucessivas decorrentes do processo de doença.

5. Visita domiciliária:

A ECSCP realiza visita domiciliária às pessoas doentes e famílias/cuidadores que acompanham de forma assistencial, e aos que apoia em regime de consultoria, no primeiro contacto após referenciação, em caso de descompensação de sintomas ou para referenciação para UCP (Unidade de Cuidados Paliativos).

Desde a primeira visita domiciliária em que acompanhei a equipa senti uma grande diferença em relação ao meu local habitual de prestação de cuidados. Aqui, na maior parte das situações, a família/cuidadores são o nosso braço direito, são eles quem cuida 24 horas por dia e nos consegue falar melhor sobre as alterações que vão notando. Não existe um enfermeiro que nos faça uma passagem de turno por isso temos de aprender a confiar no cuidador e capacitá-lo para aquilo a que deve estar atento, por exemplo, sinais de agudização, como cuidar do utente, administração de terapêutica, e como registar a informação para que possa ser transmitida à equipa de saúde.

No que ao delirium diz respeito, colaborei com as famílias/cuidadores no sentido de lhes explicar as manifestações do delirium e a sua origem, quais as medidas não farmacológicas adequadas, como e quando administrar a terapêutica prescrita e apoio emocional, dado que muitas vezes referiam a exaustão, não só física, mas emocional que este quadro lhes gerava. Colaborei também nos planos de cuidados e sua revisão, ensinamentos relativamente ao que esperar na progressão da doença e sinais de agudização, bem como no apoio ao utente e família/cuidadores para que conseguissem identificar e completar as tarefas de desenvolvimento em fim de vida.

Esta atividade permitiu-me colaborar diretamente com as famílias/cuidadores, ouvindo atentamente o que tinham a dizer sobre a pessoa doente, sobre as dificuldades que estavam a sentir e apoiando-os conforme iam ocorrendo as perdas sucessivas. Deixou-me mais desperta para os desafios que enfrentam, conseguindo assim maior empatia nas relações.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita potenciou os cinco indicadores de resultados para um fim de vida tranquilo, na medida em que a atividade me permitiu adquirir competências na identificação e gestão do delirium e capacitação das famílias/cuidadores também nestas mesmas competências. Assim, o controlo da dor foi mais eficiente, promovendo a experiência de não ter dor, com conseqüente experiência de conforto. Ao conseguir gerir o delirium e estabelecer relação

com a pessoa cuidada e família/cuidadores, foi possível prestar cuidados que promovessem a manutenção da sua dignidade e respeito. Foi também promovida a presença da família/cuidadores que conseguiram estar mais presentes por se sentirem mais confiantes nos cuidados que prestavam. Desta forma foi possível promover que a pessoa cuidada estivesse em paz.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.”, bem como a competência A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Diário da República, 2019, p. 4746). No domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748), e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou evidente na capacidade que desenvolvi de identificar as necessidades das pessoas cuidadas, família/cuidadores, nas tomadas de decisão em conjunto com estes e com a equipa multidisciplinar, tendo em conta as suas preferências e promovendo a sua dignidade. Desenvolvi também competências na capacitação da família/cuidadores para o processo de cuidar e para a gestão do delirium. Todas estas intervenções tiveram por base a evidência científica.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”, bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365).

Tal ficou patente na capacidade que fui desenvolvendo na identificação das necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores, elaboração e atualização de planos de cuidados com estes e com a equipa multidisciplinar, tendo em conta das seus desejos e preferências. Desenvolvi também competências na capacitação da família/cuidadores relativamente ao que esperar na progressão da doença e sinais de agudização, bem como no apoio ao utente e família/cuidadores para que conseguissem identificar e completar as tarefas de desenvolvimento em fim de vida. Estas foram baseadas na evidência científica.

6. Aplicação da escala para avaliação da confusão mental - *Confusion Assessment Method* (CAM) e *NEECHAM confusion scale* para confusão aguda:

Na presença de delirium foi aplicada a escala CAM, para o diagnóstico de delirium é necessário que a primeira e segunda pergunta sejam afirmativas e também de forma indistinta a terceira ou a quarta (NICE, 2023). Este instrumento de avaliação está padronizado para a equipa médica avaliar o delirium e é o que consta do sistema informático para este fim.

Relativamente à equipa de enfermagem, no sistema informático, o instrumento de avaliação que existe para avaliação do delirium é a NEECHAM. A NEECHAM pretende “diagnosticar a confusão aguda de forma a promover a saúde e segurança do doente confuso.” (Neves et al., 2011, p.105). Podendo ser utilizada por enfermeiros (Neves et al., 2011). O instrumento de avaliação “*NEECHAM Confusion Scale* é uma escala observacional com 9 itens interactivos, dividindo-se em três subescalas: *processing* (processamento), *behavior* (comportamento) e *physiologic control* (controlo fisiológico).” (Neves et al., 2011, p.107). A utilização desta requer a avaliação dos sinais vitais e leitura de oxímetro, os seus scores variam entre 0 (resposta mínima) e 30 (função normal), um score abaixo de 25 indica confusão aguda (Neves et al., 2011).

No que a esta atividade diz respeito, colaborei, juntamente com a restante equipa, no preenchimento dos itens. A principal dificuldade sentida foi na interpretação e transcrição do que observava para um instrumento de avaliação padronizado. Neste aspeto a equipa médica e de enfermagem apoiaram-me, discutindo os elementos dos instrumentos de avaliação e analisando as situações, permitindo chegar a um diagnóstico de delirium. A atividade permitiu-me ganhar experiência na aplicação destes instrumentos de avaliação,

os quais requerem prática, e validar a sua importância no diagnóstico de delirium, dado que a identificação atempada de sinais de delirium em utentes em cuidados paliativos pode ser melhorada pelo uso rotineiro de instrumentos de avaliação pela equipa de enfermagem (Bush et al.,2018).

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita veio desenvolver a minha capacidade e destacar a importância de identificar o delirium recorrendo a instrumentos de avaliação. Só após a sua identificação será possível intervir na sua gestão junto da pessoa e família/cuidadores. Desta forma, se houver um controlo de sintomas haverá uma repercussão positiva na experiência de não ter dor, de conforto, dignidade e respeito, estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Diário da República, 2019, p. 4746), no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente nas competências que desenvolvi na identificação das manifestações do delirium, que permitiram preencher os instrumentos de avaliação e assim identificar a presença deste. Desta forma foi possível uma tomada de decisão adequada, junto da equipa multidisciplinar e família/cuidadores, individualizando intervenções e prestando apoio a estes.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica,

aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou patente no desenvolvimento da capacidade de identificar e avaliar os sintomas presentes na pessoa cuidada, com posterior aplicação dos instrumentos de avaliação que permitiram identificar o delirium.

7. Visita domiciliária de apoio ao luto:

A equipa realizou uma visita domiciliária de apoio ao luto à esposa de um utente acompanhado por esta durante vários meses. Foram abordados aspetos como a adaptação à nova realidade, e a rotura do papel de cuidadora, padrão de sono e a existência de planos futuros.

Durante a viagem para o domicílio desta cuidadora senti a pressão de ter de encarar uma pessoa que sabia estar em grande sofrimento, algo que inevitavelmente me gerou algum desconforto. Foi para mim importante participar nesta atividade dado que pretendia adquirir ferramentas para conseguir apoiar as pessoas nesta fase, perceber qual a abordagem da equipa e quais as estratégias utilizadas. A minha intervenção foi inicialmente de validar os sentimentos da esposa, reconhecendo o seu papel como cuidadora muito presente e validar o facto de neste momento se sentir um pouco sem propósito. Em equipa fomos percebendo que já tem planos para o futuro, nomeadamente o que fará nas próximas semanas, que estará acompanhada de amigos e família. Salvaguardou-se também que tem conseguido dormir e foi oferecido o apoio da psicóloga da equipa. A esposa expressou também o quão vital foi o apoio da ECSCP para que o desejo do seu marido permanecer no domicílio até ao fim fosse possível.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita incide principalmente sobre a família. No entanto, posso inferir que apenas o facto da equipa ter intervindo junto da pessoa, família/cuidadores, por forma a que a pessoa tivesse um fim de vida tranquilo, promovendo o controlo da dor, o conforto, a dignidade e respeito, estar em paz e a proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras, possibilitou que a esposa pudesse acompanhar o seu marido até ao fim, no seu domicílio, como foi seu desejo.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da melhoria contínua da qualidade desenvolvi a competência B3 “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Diário da República, 2019, p. 4747), no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D1 “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente na compreensão de que o local de cuidados pode ser promotor de segurança para a família, neste caso, a visita domiciliária de apoio no luto foi realizada no domicílio da esposa. Assim como a importância de trabalhar em equipa multidisciplinar, com o desenvolvimento da capacidade de reconhecer quando delegar, por exemplo, para a psicóloga. Esta atividade potenciou também o meu desenvolvimento pessoal, permitindo-me prestar apoio à pessoa que atravessa um processo de luto.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”, bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou evidente na minha crescente capacidade de identificar as necessidades da família/cuidadores, neste caso em específico na fase do luto, aliviando o seu sofrimento e promovendo o seu bem-estar, em articulação com os restantes membros da equipa, neste caso com a psicóloga. Promoveu também a minha capacidade de estabelecer relação terapêutica com a família/cuidador, proporcionando suporte emocional à mesma, validando o seu papel enquanto cuidadora.

8. Atividade Death Café:

O Death Café foi uma atividade organizada pela ECSCP, sendo este o primeiro de uma atividade que pretendem organizar regularmente. Foi também a minha primeira

participação neste tipo de atividade. A adesão foi muito grande, quer em números quer em partilhas, sendo que a maior parte pediu que a atividade se mantivesse no futuro. A atividade foi também uma oportunidade para a ECSCP se apresentar e explicar um pouco qual o seu papel na comunidade, quais os cuidados que prestam e quais os recursos da comunidade.

Senti que era importante participar nesta atividade, dado que este se apresenta à partida como um tema incómodo, falar sobre a morte implica pensar na nossa própria finitude, nas perdas que já vivemos e nas que iremos viver. No entanto, ouvir os participantes expressarem a importância da discussão do tema, num ambiente seguro, onde todos escutam com atenção, foi-me também deixando mais à vontade para participar. A participação na atividade permitiu-me compreender um pouco melhor a forma como as pessoas vivem as situações, como lidam com as perdas, permitindo-me desta forma alargar o meu leque de compreensão do outro.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a participação nesta atividade permitiu-me compreender um pouco mais as emoções, vivências e a forma como as pessoas lidam com a morte. Este conhecimento foi importante para que eu conseguisse junto da pessoa cuidada e família/cuidadores promover a sua experiência de conforto, dignidade, respeito, estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal: desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Diário da República, 2019, p. 4746) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D1 “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente no facto da atividade me ter permitido alargar o meu leque de compreensão do outro e contribuído para o meu desenvolvimento pessoal. Estas foram conseguidas ouvindo as partilhas e vivências dos presentes, e percebendo como estas moldaram a forma como lidam com a morte. Estas partilhas levaram-me a pensar na minha própria finitude e na forma como lido com

esta. Conhecimento este que foi vital para adequar os cuidados que presto à pessoa cuidada e família/cuidadores, auxiliando-me na relação que estabeleço, nas tomadas de decisão partilhadas e na gestão de situações relacionadas com a morte e o luto.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”, bem como a competência 2 “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou patente no alargamento do leque de compreensão do outro, que possibilitou estabelecer uma relação terapêutica junto da pessoa cuidada e família/cuidadores, nomeadamente com intervenções adequadas aos seus desejos e preferências, possibilitando desta forma que se mantivesse a sua dignidade. Esta atividade permitiu-me também desenvolver competências no que diz respeito ao apoio à pessoa cuidada e família/cuidadores na vivência das perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto.

9. Apresentação de artigo científico à equipa de enfermagem:

Apesar de não constar das atividades propostas no Projeto de Formação, fez sentido participar num journal club, onde se analisa e discute evidência científica relacionada com a prestação de cuidados em contexto comunitário. Desta forma, escolhi um artigo que aborda a gestão do delirium nesse mesmo contexto com o título “*Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists*” (Harris et al., 2020), sendo que a síntese da sessão da apresentação fica em apêndice II.

O artigo descreve a dificuldade que os enfermeiros sentem na gestão do delirium em contexto comunitário, podendo resultar em idas ao serviço de urgência ou admissão em UCP. Os autores analisaram as experiências e práticas dos enfermeiros especialistas em cuidados paliativos, realizando dez entrevistas. Alguns dos desafios reportados foram o tempo limitado com os utentes, a necessidade de depender da família para os cuidados e acesso a medicação. Instrumentos de avaliação não foram utilizados frequentemente,

o tempo limitado e a repetição inconsistente de testes foram algumas das barreiras mencionadas. As estratégias de gestão do delirium diferiram consoante a educação anterior do enfermeiro e estratégias para prevenção do delirium não foram utilizadas. Os autores indicaram ainda como tópicos que carecem de reforço de educação e pesquisa a utilização de instrumentos de avaliação do delirium e estratégias de prevenção do mesmo.

A apresentação do artigo à equipa de enfermagem exigiu de mim uma mobilização das experiências no contexto de estágio, dos conhecimentos adquiridos sobre o tema, assumi também o papel de moderadora da discussão que se foi criando à medida que a apresentação decorria.

Este foi um importante momento de reflexão, com os elementos da equipa de enfermagem a partilharem as suas reflexões sobre a sua própria intervenção. Concordaram que o delirium é um sintoma de identificação desafiante, difícil de controlar no domicílio e de difícil gestão para as famílias/ cuidadores, referiram também que não está implementado na equipa a avaliação regular do delirium com recurso a instrumentos de avaliação. No que diz respeito às intervenções de enfermagem para prevenção do delirium, foram mencionadas a vigilância do padrão intestinal e urinário, a utilização de calendários e relógios para promover a orientação temporal, a manutenção dos ciclos de sono, sendo que estas intervenções são habitualmente registadas utilizando o diagnóstico de enfermagem do Conhecimento, com intervenção de ensinios ao cuidador/família.

Desta forma, esta atividade permitiu a partilha de experiências entre a equipa e veio trazer uma nova perspetiva sobre a gestão do delirium no domicílio, permitindo perceber que as dificuldades sentidas são partilhadas por outras equipas, noutros países inclusive.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita, permitiu-me adquirir e partilhar conhecimentos sobre a gestão do delirium e compará-los com a realidade de outros países. Desta forma, adquiri ferramentas que me permitiram promover os cinco indicadores de resultados da teoria, uma vez que ao gerir o delirium estarei a promover uma experiência de não ter dor, de conforto, de dignidade e respeito e estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Diário da República, 2019, p. 4746), no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente no facto de a informação contida no artigo permitir uma tomada de decisão relativamente à gestão do delirium mais informada e baseada na evidência científica.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal foi demonstrado pelo facto de a evidência científica permitir de uma forma mais adequada identificar as necessidades da pessoa e família/cuidadores, avaliar os sintomas e intervir de forma antecipatória em situações de agudização, intervindo com medidas farmacológicas e não farmacológicas.

No que se refere às competências de mestre esta atividade contribuiu para desenvolver a capacidade de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Diário da República, 2006).

10. Colaboração no Procedimento de Trabalho: Abordagem ao doente com delirium

Propus à ECSCP a minha colaboração no Procedimento de Trabalho com o tema “Abordagem ao doente com delirium”, tendo em conta que era um dos focos do meu Projeto de Formação, para além de que tinha já reunido alguma bibliografia sobre o tema. Uma cópia do cabeçalho do mesmo encontra-se em apêndice III.

Este assume como objetivos uniformizar os procedimentos dos vários profissionais de saúde da ECSCP do ACES ao utente e família em situação de delirium, clarificar o conceito de delirium, as suas formas de prevenção, causas e tratamento.

Uma vez que o procedimento já tinha sido iniciado, a minha colaboração foi no sentido de incluir alguma bibliografia mais recente, principalmente de artigos científicos.

Esta atividade permitiu-me divulgar o conhecimento que obtive através da pesquisa bibliográfica, apoiando a equipa na formulação de um documento que servirá de apoio para a melhoria contínua dos cuidados, e ainda desenvolver as minhas competências no que diz respeito à formulação deste tipo de documentos e trabalho em equipa.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita, permitiu-me adquirir e produzir um documento que possibilitará a partilha de informação sobre a gestão do delirium. Consegui assim adquirir ferramentas que me permitiram promover os cinco indicadores de resultados da teoria, uma vez que ao gerir o delirium estarei a promover uma experiência de não ter dor, de conforto, de dignidade e respeito e estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal: desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Diário da República, 2019, p. 4746), no domínio da gestão dos cuidados: desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). A minha participação nesta atividade permitiu-me desenvolver competências para a disseminação de procedimentos de trabalho que visam a prática especializada, baseados na evidência científica, com o intuito de contribuir para uma tomada de decisão que vá de encontro às necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores.

No que às EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou patente no facto desta atividade me ter permitido desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores, promovendo intervenções baseadas na evidência com respeito pelas suas preferências, em equipa multidisciplinar.

11. Fichas de leitura

A elaboração das fichas de leitura serviu de base para trabalhar a evidência que emergiu da *scoping review*, como posteriormente no que diz respeito ao relatório de estágio, da introdução, enquadramento teórico, justificação das atividades desenvolvidas, assim como na justificação das intervenções na elaboração do Processo de Cuidados de Enfermagem. Após seleção dos artigos de acordo com os critérios pré-estabelecidos no Projeto de Formação, foram elaboradas 15 fichas de leitura. Uma vez que a informação retirada das fichas de leitura consta do relatório, optou-se por não se colocar em apêndice. A sua elaboração permitiu-me recolher evidência científica relativa aos tipos de delirium e as suas especificidades, estratégias e instrumentos para avaliação do delirium, fatores que concorrem para o delirium na PSP nos UDHV, intervenções de enfermagem utilizadas na prevenção do delirium na PSP nos UDHV e dificuldades dos enfermeiros na gestão do delirium na PSP nos UDHV e no apoio à família.

Relativamente à Teoria de Fim de Vida Tranquilo, a atividade descrita, permitiu-me adquirir conhecimentos sobre estratégias para a identificação e gestão do delirium. Adquirindo conhecimento que me permitiu promover os cinco indicadores de resultados da teoria, uma vez que ao gerir o delirium estarei a promover uma experiência de não ter dor, de conforto, de dignidade e respeito e estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de

acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Diário da República, 2019, p. 4746), no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente na evidência científica que a realização da atividade permitiu reunir, a qual contribuiu para a tomada de decisão e prática clínica baseadas na evidência científica.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou patente na evidência científica que a atividade permitiu recolher, a qual contribuiu para a identificação das necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores, permitindo a promoção de intervenções baseadas na evidência.

No que concerne às competências de mestre esta atividade permitiu-me desenvolver competências que me irão permitir uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo (Diário da República, 2006).

12. Processo de Cuidados de Enfermagem

No decorrer do estágio, decidi elaborar um Processo de Cuidados de Enfermagem sobre uma unidade de cuidados que acompanhei no domicílio e posteriormente no serviço de internamento onde exerço funções, e também pela relação que consegui estabelecer com estes. Previamente à sua elaboração solicitei Consentimento Informado, verbal, à família para a elaboração do documento, que foi aceite. A elaboração deste documento constituiu uma oportunidade de efetuar um levantamento das necessidades, sistematizar as intervenções e refletir sobre os cuidados prestados, tendo em vista a melhoria de cuidados.

Este trata de um utente com delirium misto, com difícil controlo por parte da família no domicílio, com a mesma a relatar exaustão. A equipa multidisciplinar e família, por não ser possível estando no domicílio apurar se este se tratava de um delirium terminal ou reversível, decidem enviar o utente ao serviço de urgência, ficando posteriormente internado no serviço de medicina interna.

A intervenção junto deste utente e família permitiu-me adquirir conhecimento no que diz respeito à importância da procura de uma causa para o delirium. Neste caso começou por se controlar a dor e resolver a obstipação, uma vez que tanto a obstipação como a dor não controlada são conhecidas causas do delirium (Kates, 2020; Seiler et al., 2020).

Desenvolvi também competências no que diz respeito à utilização de instrumentos de avaliação e classificação dos tipos de delirium. Utilizei o instrumento de avaliação NEECHAM, que avalia a confusão aguda e pode ser utilizado por enfermeiros (Neves et al., 2011). Este não permite identificar qual o tipo de delirium, contudo, tendo em conta que este alternava períodos de maior agitação com outros em que estava mais sonolento, classificou-se como sendo delirium misto (NICE,2023).

Ficou evidente também a importância da simplificação da terapêutica, não só pela avaliação que foi feita da perda de via oral iminente, como pela própria alteração do estado de consciência. A evidencia científica destaca que a redução da polimedicação pode ser um fator para melhoria do quadro de delirium (Bush et al.,2018). Para além da avaliação da via oral, foi dado também destaque à avaliação da cavidade oral, no sentido de promover o conforto do utente.

Desenvolvi também competências no que diz respeito ao cuidado à família, incrementando a minha capacidade de escuta e colocação de questões, por forma a perceber quais as dificuldades e necessidades desta. Juntamente com a equipa foi efetuado um trabalho de tranquilização da família, que tinha experiências anteriores negativas do serviço de urgência. Fui também informando a família da progressão do estado clínico e progressão da doença, a etiologia do delirium e as suas manifestações, assim como quais as respostas na comunidade para a alta. Estas intervenções estão justificadas na evidência científica, o facto de se explicar como o delirium se manifesta e como se pode gerir, irá capacitá-las para apoiar o seu familiar, uma vez que as famílias foram reconhecidas como importantes fontes de apoio aos utentes com delirium (Arnold

et al., 2022; Bush & Bruyère, 2017). Num estudo realizado com familiares que acompanhavam utentes com delirium, apurou-se que as famílias valorizam a presença dos profissionais de saúde quando sentem que já não sabem que ação tomar perante o seu familiar. Expressaram também a necessidade de informação regular sobre a evolução do estado clínico e etiologia do delirium e de serem envolvidos na tomada de decisão, caso contrário sentem que foram excluídos pela equipa de saúde (Uchida et al., 2019). Considero que foi conseguido envolver a família nas tomadas de decisão relativas à observação do utente no serviço de urgência e decisão de alterar o local de cuidados ao utente, dado que depois de terem compreendido a evolução da doença, prognóstico e manifestações do delirium, optaram por não continuar a cuidar no seu domicílio.

No que diz respeito às medidas não farmacológicas, fui realizando orientação para a realidade ao utente, conversando com ele em tom calmo e adequando a luminosidade do quarto. Foi efetuada a gestão farmacológica do delirium, mais acentuada no período noturno, com a administração da terapêutica prescrita.

Desta forma, tendo em conta as intervenções realizadas e o que está descrito na evidência científica, para além do que foi efetuado teria apostado mais nas medidas não farmacológicas, nomeadamente no favorecimento da mobilização, melhoria dos padrões de sono-vigília e ruído (especialmente em ambiente hospitalar, onde sinto que o seu controlo apresenta mais desafios) (Bush et al., 2018; Hshieh et al., 2015). Teria também trabalhado mais estas questões com a família, principalmente em contexto domiciliário, onde senti que a família sentiu muitas dificuldades na gestão do delirium e suas manifestações. Outro aspeto a melhorar seria na capacitação da família para a administração de medicação, nomeadamente no que diz respeito ao registo da terapêutica administrada em sos, que é vital para se compreender que doses foram administradas, para titular a dose a administrar bem como prevenir ou minorar eventuais efeitos secundários da terapêutica.

Analisando o caso clínico à luz da Teoria do Fim de Vida Tranquilo, e tendo em conta os seus cinco indicadores de resultados que contribuem para um fim de vida tranquilo, considero que as intervenções foram no sentido de minimizar e controlar a dor do Sr., não só, mas também como forma de gerir o delirium. Intervenções como gestão do regime terapêutico e medidas não farmacológicas, com conseqüente gestão do delirium,

dor e obstipação visaram o seu conforto. Tal como o cuidado com a higiene oral. As intervenções descritas, com a consequente gestão do delirium, tiveram como consequência a manutenção da dignidade e respeito pelo Sr. e pelo seu processo, promovendo também a sua experiência de paz. Por fim, considero que foi prestado à família o acompanhamento adequado, permitindo a sua expressão de dúvidas, preocupações e receios, validando o seu papel enquanto cuidadores, explicando-lhes o processo de progressão de doença e suas manifestações. Estas intervenções permitiram, na minha visão, que pudessem estar junto do Sr. e acompanhá-lo até ao final de forma mais tranquila, com benefício para o mesmo.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

- No domínio da responsabilidade ética e legal desenvolvi a competência A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Diário da República, 2019, p. 4746), bem como a competência A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Diário da República, 2019, p. 4746). No domínio da melhoria contínua da qualidade desenvolvi a competência B3 “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Diário da República, 2019, p. 4747), no domínio da gestão dos cuidados desenvolvi a competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Diário da República, 2019, p. 4748). No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente no papel ativo na tomada de decisão em equipa multidisciplinar e com a pessoa cuidada e família/cuidadores, atendendo aos desejos e preferências destes. Estas foram tomadas tendo em conta a evidência científica, a qual permitiu intervenções baseadas na evidência científica que promoveram a segurança e dignidade da pessoa cuidada. A atividade permitiu-me também desenvolver competências no que diz respeito à delegação de tarefas e sua avaliação, neste caso visando a família, cuidadores do utente.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver as seguintes competências:

-1 "Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.", bem como a competência 2 "Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto." (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou patente no papel ativo na identificação das necessidades da pessoa cuidada e família/cuidadores, que permitiu em conjunto com estes e equipa multidisciplinar, adequar um plano de cuidados e promover intervenções baseadas na evidência e de acordo com as suas preferências. Desenvolvi também competências relativas à identificação de sintomas utilizando instrumentos de avaliação, antecipação de situações de agudização e adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Promovi também o envolvimento da família no processo de tomada de decisão, na negociação de objetivos/metas de cuidados e nos cuidados ao utente, assim como prestei apoio emocional na vivência das perdas sucessivas decorrentes da progressão da doença.

No que concerne às competências de mestre, foi possível desenvolver a " Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;" (Diário da República, 2006, p.13).

13. Participação com E-Poster no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

A participação neste Webinar, com apresentação de um poster em formato digital, foi uma sugestão da Professora Orientadora, que para mim se justificou pela necessidade de adquirir experiência e destreza na elaboração deste tipo de documentos, bem como todo o processo necessário à inscrição e participação. Estes são fundamentais para a disseminação do conhecimento, com o objetivo final de uma prática de enfermagem baseada na evidência científica. Tanto o poster como o certificado de participação serão colocados em apêndice IV e anexo I respetivamente.

O poster tem como título “Intervenção de Enfermagem na Gestão do Delirium em Cuidados Paliativos: Protocolo de *Scoping Review*”, tendo como objetivo predefinir o objetivo da revisão, designadamente mapear a evidência científica existente relativamente às intervenções de enfermagem na gestão do delirium na PSP nos UDHV e família, no contexto hospitalar, e detalhar todos as etapas do processo.

A maior dificuldade sentida foi na seleção do conteúdo mais pertinente e do seu resumo, dada a limitação de espaço, e na capacidade de elaborar um poster que fosse visualmente atrativo e equilibrado. Estas foram sendo superadas com a colaboração da Professora Orientadora e pesquisa de pósteres apresentados previamente.

Assim, esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências no que diz respeito à elaboração e apresentação de trabalhos de cariz científico, sendo uma experiência facilitadora para futuros trabalhos que apresentarei.

No que às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

- No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi a competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4749). Tal ficou patente no facto desta atividade ter contribuído para a divulgação da evidência científica, sendo um promotor da prática baseada na evidência científica.

No que às Competências EEEMCPSP (Diário da República, 2018) diz respeito, esta atividade permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

-1 “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.” (Diário da República, 2018, p. 19365). Tal ficou evidente no papel que a divulgação da evidência científica representa para a prática baseada na evidência científica. Desta forma contribuindo para uma adequada identificação das necessidades e implementação de intervenções à pessoa cuidada e família/cuidadores.

Esta atividade permitiu-me desenvolver competências de mestre, nomeadamente "Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;" (Diário da República, 2006, p.13).

3- Avaliação

A Metodologia de Trabalho por Projeto e aprendizagem experiencial ancorou a minha aquisição de conhecimentos e competências no decorrer dos dois contextos de estágio. Nos quais fui traçando o caminho a seguir, quer na formulação do projeto de formação como depois para a sua implementação com posterior início da construção do relatório.

Numa primeira fase, a Fase de Planeamento, que decorreu ao longo do primeiro campo de estágio, procedi à escolha do problema, escolha e formulação dos problemas parcelares e por fim à preparação do planeamento do trabalho. Numa segunda fase, a Fase de Implementação, que decorreu ao longo do segundo campo de estágio, no qual efetuei o trabalho de campo, ponto de situação, tratamento da informação recolhida e iniciei a preparação do relatório.

Desta forma, no decorrer do primeiro estágio consegui dar resposta aos objetivos propostos. Incorporei na prestação de cuidados as aprendizagens e evidência científica adquiridas previamente, integrando os princípios e valores éticos e deontológicos. Desenvolvi também competências relativas à liderança, gestão, melhoria e segurança dos cuidados. Participei e prestei cuidados à PSP e família/cuidador, promovendo o seu conforto, bem-estar e qualidade de vida, enquanto consegui construir uma relação e comunicação terapêuticas, apoiando-os na adaptação às perdas sucessivas, morte e acompanhamento no luto. Relativamente aos objetivos do segundo estágio, consegui também dar resposta aos mesmos. Para além de continuar o trabalho desenvolvido no primeiro estágio, centrei-me no ganho de autonomia e confiança nos cuidados prestados à PSP e família/cuidadores. Consegui também implementar o meu Projeto de Formação dando resposta às atividades previstas. Para além destes, demonstrei junto da equipa multidisciplinar conhecimentos e capacidades que me permitiram maior segurança na prestação de cuidados e na gestão do delirium, desenvolvendo assim competências de EEEMCPSP e Mestre.

Relativamente aos resultados de aprendizagem verificados no primeiro campo de estágio, de acordo com as atividades realizadas, de referir como pontos fracos e/ou

constrangimentos, o facto de ser o meu primeiro contacto com o contexto de cuidados paliativos deixou-me insegura. Esta insegurança dificultou a minha participação ativa nos cuidados, levando a que numa fase inicial me colocasse maioritariamente num papel de observadora. No que diz respeito às chamadas e teleconsultas, o facto de inicialmente não conhecer os utentes e a distância imposta por este meio impôs algumas dificuldades, nomeadamente em relação à avaliação da pessoa e o desenvolvimento de uma relação terapêutica. No que diz respeito às saídas ao exterior, estas originaram alguma insegurança, dado que o meu contexto de trabalho é o meio hospitalar.

A elaboração do protocolo de *scoping review* apresentou-se como um grande desafio, não só por ser a primeira vez que elaborava um documento desta natureza, mas também pela complexidade e linguagem necessária a utilizar no mesmo. Por outro lado, a elaboração de um poster apresentou como dificuldades a seleção do conteúdo mais pertinente e do seu resumo, dada a limitação de espaço, e a capacidade de elaborar um produto final que fosse visualmente atrativo e equilibrado.

No decorrer do segundo estágio, enquanto equipa consultora, senti como dificuldades o facto de por vezes as equipas não estarem familiarizadas com a filosofia de cuidados paliativos, levando a que por vezes, quando se realizava a visita domiciliária nem sempre nos deparássemos com a situação previamente descrita ao telefone. O que criava dificuldades na antecipação de situações de agudização e gestão das mesmas. No que diz respeito às visitas domiciliárias, senti como maior dificuldade a delegação de cuidados às famílias/cuidadores e a necessária construção de confiança com e para os mesmos. Por outro lado, na visita domiciliária de apoio no luto, senti dificuldade em gerir o meu desconforto perante o sofrimento do outro.

Relativamente à utilização de instrumentos de avaliação as principais dificuldades foram na interpretação e transcrição do que observava para um instrumento de avaliação padronizado.

A participação na atividade “Death Café” gerou em mim algum incómodo, não é fácil conversar abertamente sobre a morte e finitude, dado que me leva a refletir sobre as perdas que já vivi e sobre a minha própria finitude.

No que diz respeito aos pontos fortes e /ou oportunidades, consegui progressivamente participar ativamente, estabelecendo relação com utentes e famílias/cuidadores, e equipa multidisciplinar. Fui-me sentindo mais à vontade para discutir os vários casos, transmitindo as minhas sugestões. Foi-me também possível cuidar de alguns utentes com quadros de delirium, tendo conseguido desenvolver intervenções no sentido da sua gestão e do apoio à família. Apesar da distância imposta pelo acompanhamento através da chamada telefónica ou teleconsulta, esta permitiu desenvolver a minha capacidade de estabelecer uma relação terapêutica e avaliação de sintomas, intervindo no decorrer das consultas e analisando os casos posteriormente. Para além destas consegui demonstrar ao longo do tempo maior segurança nas observações e intervenções, maior autonomia, identificação de possíveis situações de agudização e desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar. As saídas ao exterior com os utentes foram uma oportunidade para pensar nos cuidados de forma diferente, sem a preocupação de controlar todas as variáveis. Verifiquei que estas trouxeram grande bem-estar aos utentes, permitindo desta forma desenvolver a minha relação terapêutica com estes e por conseguinte com as suas famílias/cuidadores.

A minha ação enquanto participante numa equipa que prestava consultoria, no segundo estágio, permitiu-me adquirir repensar a importância de equipas com capacidade de prestar consultoria e divulgar conhecimento e evidência científica junto dos pares.

As visitas domiciliárias foram uma oportunidade de desenvolver competências na relação com a pessoa cuidada e família/cuidadores, na sua capacitação para conseguir identificar sinais de agudização, administração de terapêutica, como cuidar do utente e como registar toda a informação vital para que possa ser transmitida à equipa de saúde. Por outro lado, a visita de apoio ao luto, foi uma oportunidade de adquirir ferramentas para conseguir apoiar as pessoas nesta fase, perceber qual a abordagem da equipa e quais as estratégias utilizadas.

Tive também a oportunidade de participar na apresentação “Presente no morrer” que representou uma oportunidade de repensar a minha forma de prestar cuidados, mais realista e indo de encontro às necessidades e desejos das pessoas cuidadas e família/cuidadores. A participação na atividade “Death Café” foi uma oportunidade para

compreender um pouco melhor a forma como as pessoas lidam com as suas perdas, permitindo-me desta forma alargar o meu leque de compreensão do outro.

A elaboração do protocolo de *scoping review* foi uma oportunidade para desenvolver competências no que diz respeito à pesquisa de evidência científica, desenvolvendo destreza no uso das bases de dados. A elaboração de um poster permitiu-me adquirir experiência e destreza na elaboração deste tipo de documentos, bem como todo o processo necessário à inscrição e participação.

Relativamente à apresentação de um artigo científico à equipa de enfermagem, esta permitiu a partilha de experiências entre a equipa e veio trazer uma nova perspetiva sobre a gestão do delirium no domicílio, permitindo perceber que as dificuldades sentidas são partilhadas por outras equipas, noutros países inclusive.

A elaboração das fichas de leitura permitiu-me recolher evidência científica relativa aos tipos de delirium e as suas especificidades, estratégias e instrumentos para avaliação do delirium, fatores que concorrem para o delirium na PSP nos UDHV, intervenções de enfermagem utilizadas na prevenção do delirium na PSP nos UDHV e dificuldades dos enfermeiros na gestão do delirium na PSP nos UDHV e no apoio à família.

No que diz respeito à colaboração na elaboração do procedimento de trabalho, esta atividade permitiu-me divulgar o conhecimento que obtive através da pesquisa bibliográfica, apoiando a equipa na formulação de um documento que servirá de apoio para a melhoria contínua dos cuidados, desenvolvimento das minhas competências no que diz respeito à formulação deste tipo de documentos e trabalho em equipa.

A elaboração de um Processo de Cuidados de Enfermagem constituiu uma oportunidade de efetuar um levantamento das necessidades, sistematizar as intervenções e refletir sobre os cuidados prestados, tendo em vista a melhoria de cuidados. De referir ainda que a utilização de instrumentos de avaliação foram uma oportunidade de adquirir competências e segurança na sua utilização.

Relativamente às estratégias de gestão dos constrangimentos, o acompanhamento e confiança demonstrados pela Enfermeira Orientadora permitiram-me superar as inseguranças iniciais, tal como foi vital o seu acompanhamento na apresentação das situações dos utentes e famílias acompanhados pela equipa. No que diz respeito às

saídas ao exterior, a realização da própria atividade e o bem-estar que os utentes referiram posteriormente, ajudaram-me a ultrapassar as inseguranças iniciais.

Por forma a ultrapassar as dificuldades sentidas na elaboração do protocolo de *scoping review* foram essenciais as aulas lecionadas sobre o tema, os textos de apoio, e o acompanhamento pela Professora Orientadora. Por outro lado, as dificuldades sentidas na elaboração do poster foram sendo colmatadas pela orientação da Professora Orientadora bem como pela pesquisa de trabalhos apresentados previamente.

No que diz à consultoria no segundo estágio, utilizei como estratégias a colaboração com as equipas, contribuindo quando necessário com ensinamentos, esclarecendo dúvidas, colaborando nos planos de cuidados e sua atualização e apoio na identificação de sinais de agudização.

Por forma a gerir as dificuldades sentidas nas visitas domiciliárias foi importante estabelecer uma relação de confiança com a pessoa cuidada e família/ cuidadores e capacitá-los para que conseguissem prestar cuidados, administrar terapêutica, identificar sinais de agudização e registar toda esta informação. Relativamente à visita de apoio ao luto, foi importante o apoio da equipa e a relação previamente estabelecida com a utente, para que conseguisse intervir durante a mesma.

No que diz respeito à utilização de instrumentos de avaliação, a equipa médica e de enfermagem apoiaram-me, discutindo os seus elementos e analisando as situações, permitindo chegar a um diagnóstico de delirium.

Relativamente à participação na atividade “Death Café”, o facto de estar inserida num ambiente seguro, onde todos escutam com atenção e respeitam as partilhas de cada um, foi-me deixando mais à vontade para participar.

Refletindo sobre o início deste percurso de formação, no qual à luz do Modelo de Desenvolvimento de Competências de Benner me situei num nível de proficiência de iniciado avançado, situo-me no final deste percurso num nível de proficiência de proficiente. Este percurso levou-me a crescer enquanto profissional, alterando significativamente a forma como cuido. A primeira grande mudança foi na minha forma de pensar e ver os cuidados, passei a dar primazia aos desejos e vontades da pessoa cuidada e família/cuidadores, e comecei a olhar para estes como parceiros nos cuidados. Modifiquei a forma como comunico, quer com os membros da equipa multidisciplinar quer com as pessoas das quais cuidei, conseguindo agora demonstrar maior compaixão

e disponibilizar mais tempo para que esta aconteça. Consegui integrar o saber nos cuidados prestados, prestando cuidados baseados na evidência científica e construindo tanto a minha autonomia como o trabalho em equipa. O conhecimento adquirido permitiu-me também identificar as necessidades e sintomas da pessoa cuidada e família/cuidadores, intervindo no sentido de identificar e antecipar situações de agudização.

Assim, concluo que este percurso de aprendizagem foi vital para o meu crescimento enquanto enfermeira, sentindo-me agora mais capacitada para prestar cuidados centrados à PSP e família/cuidadores.

4-Conclusões e Perspetivas Futuras

A elaboração deste relatório de estágio permitiu-me dar resposta aos objetivos propostos. Nomeadamente no que concerne o desenvolvimento de competências de mestre e de cuidados especializados de Enfermagem Médico Cirúrgica à PSP e ao seu cuidador ou familiar e de como estes se ancoram na Teoria do Fim de Vida Tranquilo.

Nas pessoas com doença avançada, o delirium é um indicador independente de mortalidade e assinala frequentemente a transição para o período de fim de vida, com uma prevalência em utentes internados em contexto de cuidados paliativos de 35% na admissão, e entre 42% e 88% nos dias ou horas antes da morte.

Nos quadros de delirium terminal o tratamento pode não ser possível nas últimas 24 a 48 horas de vida devido a processos irreversíveis, sendo que patogénese do delirium ainda não é bem compreendida.

O delirium provoca um grande *distress* aos utentes, família, cuidadores e profissionais de saúde, gerando elevados níveis de *distress* e podendo afetar o luto. Nestas situações o profissional de saúde pode intervir para minimizar estes sentimentos, estando presentes para a família/cuidadores quando estes deixam de saber quais os cuidados mais indicados a prestar, explicando o quadro de delirium e as suas manifestações e envolvendo-os nas tomadas de decisão.

Uma das decisões mais complexas continua ainda a ser a capacidade de distinguir entre um delirium reversível e um terminal, assim, a decisão de tentar ou não o tratamento do(s) precipitante(s) do delirium tem de ser tomada considerando os potenciais benefícios e danos e a probabilidade de reversibilidade do evento clínico. Alguns dos fatores predisponentes contributivos identificados para o delirium em cuidados paliativos são, sexo masculino, debilidade, diminuição da acuidade visual e auditiva, epilepsia e metástases cerebrais, alguns fatores precipitantes contributivos incluem sépsis, úlceras por pressão, insuficiência renal aguda, dor, efeitos adversos da radioterapia/quimioterapia e prescrição de opioides, corticoides, benzodiazepinas e medicação anticolinérgica. As abordagens farmacológicas nunca devem ser isoladas, sendo crucial a adoção simultânea de abordagens não farmacológicas, informação e

apoio à pessoa e família/cuidadores. Sendo que as medidas não farmacológicas conhecidas foram estudadas para a população idosa e não de cuidados paliativos. Recomenda-se também não iniciar terapêutica farmacológica em caso de desorientação, delirium isolado ou sintomas ligeiros. Nestes casos, a terapêutica farmacológica não é útil, podendo mesmo agravar, precipitar ou mascarar o delirium.

Nos casos de delirium hiperativo grave, em utentes nas UHDV, verificou-se que a utilização isolada de antipsicóticos não é eficaz, a combinação de uma benzodiazepina e um antipsicótico pode ser uma opção, bem como, a hidratação e a rotação de opioide. A sedação paliativa pode também ser uma opção para garantir conforto nas UHDV.

A deteção atempada de sinais de delirium em utentes em cuidados paliativos pode ser melhorada pelo uso rotineiro de instrumentos de avaliação pela equipa de enfermagem, e deveriam ser utilizados precocemente, porque muitas vezes não é prático utilizá-los no delirium avançado. No entanto, num estudo recente, os autores concluíram que os instrumentos comuns de avaliação do delirium são inadequados para avaliar o delirium em utentes com cancro em fim de vida. Isto porque quando estes ficam “inconscientes e não comunicantes” as escalas utilizadas erradamente avaliaram o delirium como sendo mais severo do que era na realidade. Assim, os autores referem que não podem recomendar um método para avaliar a gravidade do delirium terminal.

No que diz respeito às lacunas no conhecimento, os autores identificaram como áreas de estudo importantes, a identificação da previsão do risco de delirium, a comparação entre a efetividade e danos da prevenção, a variabilidade na gestão do delirium em todos os contextos de cuidados paliativos, as diretivas antecipadas e o contributo do substituto na tomada de decisão, a transição do local de prestação de cuidados e a estimativa da reversibilidade do delirium. De referir também a necessidade de estudos mais rigorosos e imparciais focados na deteção do delirium para todos os instrumentos de avaliação e do impacto da sua aplicação nos resultados clínicos ou do impacto para os profissionais de saúde, utentes ou famílias. De referir ainda a avaliação comparativa, validação e/ou desenvolvimento de instrumentos de avaliação do delirium que se adaptem especificamente a uma determinada população e contexto de cuidados paliativos. O estudo e identificação dos fatores predisponentes e precipitantes é também

um passo importante para o desenvolvimento de tratamentos mais efetivos e estratégias preventivas.

No que diz respeito às competências de mestre, desenvolvi competências relativas à participação no processo de tomada de decisão, em conjunto com equipa multidisciplinar e família/cuidadores, garantindo os desejos e preferências destes. Incentivando também a participação da pessoa cuidada e família/cuidadores, promovendo a sua privacidade e dignidade. Promovi também os desejos da pessoa cuidada e família/cuidadores, privilegiando intervenções geradoras de bem-estar, avaliando os seus benefícios e sem colocar em causa os cuidados prestados. Desenvolvi também competências na capacitação da família/cuidadores para o processo de cuidar, delegando tarefas e fazendo a sua avaliação.

Desenvolvi também o meu autoconhecimento, ao refletir sobre os cuidados prestados, as limitações impostas pelas minhas experiências prévias, e evoluindo para além destas, conseguindo desta forma prestar cuidados centrados na pessoa. Este permitiu-me também desenvolver competências no apoio nos processos de luto.

Contribuí também para a identificação de lacunas no conhecimento e divulgação da evidência científica junto dos meus pares, nomeadamente enquanto participante da equipa consultora. Desta forma desenvolvendo destreza na utilização das tecnologias de informação e métodos de pesquisa avançados. Desenvolvi também competências relativas à implementação da evidência científica na minha prática e disseminação de procedimentos de trabalho que visam a prática especializada.

No que diz respeito às competências específicas do EEEMCPSP, desenvolvi competências relativas à identificação das necessidades da pessoa cuidada e família/cuidador, elaborando e atualizando os planos de cuidados com a equipa multidisciplinar, respeitando as suas preferências. Promovi também o envolvimento da família/cuidadores no processo de tomada de decisão, na negociação de objetivos/metabolismos de cuidados e nos cuidados ao utente. Promovendo desta forma intervenções geradoras de bem-estar, respeitando as suas preferências, numa ótica de parceria de cuidados.

Desenvolvi também competências na capacitação da família/cuidadores relativamente ao que esperar na progressão da doença e sinais de agudização. Estas

permitiram abordar questões relacionadas com as perdas sucessivas, tarefas de resolução do luto, contribuindo para completar as tarefas de desenvolvimento em fim de vida.

Desenvolvi também competências relativas a uma prática baseada na evidência científica, contribuindo para a divulgação do conhecimento junto dos meus pares, nomeadamente enquanto participante da equipa consultora. Esta competência permitiu-me posteriormente identificar atempadamente situações de agudização e sintomas utilizando instrumentos de avaliação, intervindo com medidas farmacológicas e não farmacológicas.

No que concerne a Teoria do Fim de Vida Tranquilo, a aquisição de competências e conhecimento relativos à gestão do delirium permitiu-me intervir junto da PSP e família/cuidadores, de forma a conseguir promover o conforto, dignidade, respeito e paz, e promover a proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras. Intervenções como gestão do regime terapêutico e medidas não farmacológicas, com conseqüente gestão do delirium, dor e obstipação visaram o seu conforto. A capacitação da família/cuidadores na identificação e gestão dos sintomas visaram também uma experiência de conforto e cuidados que promoveram a manutenção da sua dignidade e respeito. Assim, foi possível apoiar os utentes para que se sentissem em paz, promovendo também a presença da família/cuidadores que conseguiram estar mais presentes por se sentirem mais confiantes nos cuidados que prestavam, dado que estavam informados e capacitados.

A compreensão das emoções, vivências e a forma como as pessoas lidam com a morte foram também importantes para que eu conseguisse junto da pessoa cuidada e família/cuidadores promover a sua experiência de conforto, dignidade, respeito, estar em paz e proximidade com pessoas significativas ou cuidadoras. Também a divulgação de evidência científica relativa à identificação e gestão do delirium contribuirá para os cinco indicadores da teoria.

Ficam assim demonstradas as competências que desenvolvi, comprovando a minha capacidade de orientar o meu processo de aprendizagem, demonstrando desenvolvimento profissional, prática clínica, revelando pensamento crítico e reflexivo.

Relativamente a perspetivas futuras, pretendo que com a conclusão deste curso de Mestrado e Especialidade possa vir a integrar uma equipa de cuidados paliativos, reconhecendo as competências que adquiri ao longo deste percurso, esperando que possa ser uma mais-valia para os utentes e famílias/cuidadores. Pretendo também ser promotora da prática baseada na evidência científica no que aos cuidados paliativos diz respeito, contribuindo também para a divulgação da filosofia de cuidados. Por fim, reconheço que o percurso aqui demonstrado foi fundamental para a aquisição de competências na identificação do delirium, sua gestão e apoio à PSP e família/cuidadores, com a certeza de que continuarei a trazer para a prática clínica as competências e conhecimento adquiridos.

Referências Bibliográficas

Agar, M. R. (2020). Delirium at the end of life. In *Age and Ageing* (Vol. 49, Issue 3, pp. 337–340). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afz171>

Agar, M. R., Quinn, S. J., Crawford, G. B., Ritchie, C. S., Phillips, J. L., Collier, A., & Currow, D. C. (2016). Predictors of mortality for delirium in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 19(11), 1205–1209.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0416>

Alarcão, I. (2001). *Escola Reflexiva e Supervisão: Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Aligeti, S., Baig, M. R., & Barrera, F. F. (2016). Terminal delirium misdiagnosed as major psychiatric disorder: Palliative care in a psychiatric inpatient unit. *Palliative and Supportive Care*, 14(3), 307–310.

<https://doi.org/10.1017/S147895151500098X>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Arlington: APA

Arnold, E., Fairfield, C., Spiller, J. A., & Finucane, A. M. (2022). Exploration of delirium assessment and management in a hospice inpatient unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 28(11), 506–514.

<https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.11.506>

Bail, J. R., Traeger, L., Pirl, W. F., & Bakitas, M. A. (2018). Psychological Symptoms in Advanced Cancer. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 34, Issue 3, pp. 241–251). W.B. Saunders.

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.005>

Barosa, M., Gonçalves, T. N. & Neto, I. (2021). *Guia sintético abordagem da agonia – últimos dias e horas de vida*.

- Beller, E. M., van Driel, M. L., McGregor, L., Truong, S., & Mitchell, G. (2015). Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010206.pub2>
- Benner, P. (1991). The role of narrative experience and community in ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14(2), 1-21.
- Doi: 10.1097/00012272-199112000-00003
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (1^a ed.) Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics (2nd ed.). Springer.
- Boland, J. W., Lawlor, P. G., & Bush, S. H. (2019). Delirium: Non-pharmacological and pharmacological management. In *BMJ Supportive and Palliative Care*. BMJ Publishing Group.
- <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001966>
- Brajtman, S. (2003). The impact on the family of terminal restlessness and its management. In *Palliative Medicine* (Vol. 17, Issue 5, pp. 454-460). <https://doi.org/10.1191/0960327103pm779oa>
- Breitbart, W., Gibson, C., & Tremblay, A. (2002). The delirium experience: Delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43(3), 183-194. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.183>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Roth, A., Smith, M. J., Cohen, K., & Passik, S. (1997). The Memorial Delirium Assessment Scale. In *Journal of Pain and Symptom Management* (Vol. 13, Issue 3).
- Bush, S.H. & Bruyère, E. Palliative care delirium clinical practice guidelines development team (2017). Information for Palliative Care patients and their families about delirium. <https://www.bruyere.org/en/Delirium>.

- Bush, S. H., Kanji, S., Pereira, J. L., Davis, D. H. J., Currow, D. C., Meagher, D. J., Rabheru, K., Wright, D. K., Bruera, E., Agar, M., Hartwick, M., Gagnon, P. R., Gagnon, B., Breitbart, W., Regnier, L., & Lawlor, P. G. (2014). Treating an established episode of delirium in palliative care: Expert opinion and review of the current evidence base with recommendations for future development. *Journal of Pain and Symptom Management*, *48*(2), 231–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.018>
- Bush, S. H., Lawlor, P. G., Ryan, K., Centeno, C., Lucchesi, M., Kanji, S., Siddiqi, N., Morandi, A., Davis, D. H. J., Laurent, M., Schofield, N., Barallat, E., & Ripamonti, C. I. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, *29*, iv143–iv165.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdy147>
- Bush, S. H., Leonard, M. M., Agar, M., Spiller, J. A., Hosie, A., Wright, D. K., Meagher, D. J., Currow, D. C., Bruera, E., & Lawlor, P. G. (2014). End-of-life delirium: Issues regarding recognition, optimal management, and the role of sedation in the dying phase. *Journal of Pain and Symptom Management*, *48*(2), 215–230. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.009>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0804-3>
- Castro, L.B. & Ricardo, M.M.C. (2002). *Gerir o trabalho de projeto. Guia para a flexibilização e revisão curriculares*, 7 ed. Texto Editora.
- Cherny, N. I. (2014). ESMO clinical practice guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of Oncology*, *25*, iii143–iii152.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdu238>
- Collamati, A., Martone, A. M., Poscia, A., Brandi, V., Celi, M., Marzetti, E., Cherubini, A., & Landi, F. (2016). Anticholinergic drugs and negative outcomes in the older population: from biological plausibility to clinical evidence. In *Aging Clinical and Experimental Research* (Vol. 28, Issue 1, pp. 25–35). Springer International Publishing.

<https://doi.org/10.1007/s40520-015-0359-7>

Dai, Y., Walpole, G., Ding, J., Scanlon, C., Ho, L., Khoo, R. H., Huang, C., Cook, A., William, L., & Johnson, C. E. (2022). Symptom trajectories for palliative care inpatients with and without hyperactive delirium in the last week of life. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 142–153.

<https://doi.org/10.1111/jan.14966>

Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, Série I-A (N.º 60/2006 de 2006-03-24), 2242 – 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

De La Cruz, M., Noguera, A., San Miguel-Arregui, M. T., Williams, J., Chisholm, G., & Bruera, E. (2015). Delirium, agitation, and symptom distress within the final seven days of life among cancer patients receiving hospice care. *Palliative and Supportive Care*, 13(2), 211–216.

<https://doi.org/10.1017/S1478951513001144>

Egberts, A., Moreno-Gonzalez, R., Alan, H., Ziere, G., & Mattace-Raso, F. U. S. (2021). Anticholinergic Drug Burden and Delirium: A Systematic Review. In *Journal of the American Medical Directors Association* (Vol. 22, Issue 1, pp. 65-73.e4). Elsevier Inc.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.019>

Finucane, A. M., Jones, L., Leurent, B., Sampson, E. L., Stone, P., Tookman, A., & Candy, B. (2020). Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(1).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004770.pub3>

Finucane, A. M., Lugton, J., Kennedy, C., & Spiller, J. A. (2017). The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review. In *Psycho-Oncology* (Vol. 26, Issue 3, pp. 291–300). John Wiley and Sons Ltd.

<https://doi.org/10.1002/pon.4140>

- Gaertner, J., Eychmueller, S., Leyhe, T., Bueche, D., Savaskan, E., & Schlögl, M. (2019). Benzodiazepines and/or neuroleptics for the treatment of delirium in palliative care?—a critical appraisal of recent randomized controlled trials. *Annals of Palliative Medicine*, 8(4), 428–435.
- <https://doi.org/10.21037/apm.2019.03.06>
- Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The nursing delirium screening scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 368–375.
- <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009>
- Grassi, L., Caraceni, A., Mitchell, A. J., Nanni, M. G., Berardi, M. A., Caruso, R., & Riba, M. (2015). Management of Delirium in Palliative Care: a Review. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 17, Issue 3). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0550-8>
- Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). PALLIATIVE CARE Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. In *British Journal of Community Nursing* (Vol. 25, Issue 7). www.the4at.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.005>
- Hosie, A., Davidson, P. M., Agar, M., Sanderson, C. R., & Phillips, J. (2013). Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: A systematic review. In *Palliative Medicine* (Vol. 27, Issue 6, pp. 486–498).
- <https://doi.org/10.1177/0269216312457214>
- Hosie, A., Siddiqi, N., Featherstone, I., Johnson, M., Lawlor, P. G., Bush, S. H., Amgarth-Duff, I., Edwards, L., Cheah, S. L., Phillips, J., & Agar, M. (2019). Inclusion, characteristics and outcomes of people requiring palliative care in studies of non-pharmacological

interventions for delirium: A systematic review. In *Palliative Medicine* (Vol. 33, Issue 8, pp. 878–899). SAGE Publications Ltd.

<https://doi.org/10.1177/0269216319853487>

Hosker, C. M. G., & Bennett, M. I. (2016). Delirium and agitation at the end of life. *BMJ (Online)*, 353.

<https://doi.org/10.1136/bmj.i3085>

Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 512–520.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779>

Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). *Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method A New Method for Detection of Delirium*. <http://annals.org/>

Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. In *The Lancet* (Vol. 383, Issue 9920, pp. 911–922). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

Kates, J. (2020). Hyperactive Terminal Delirium in Hospice Patients: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 22(2), 95–100. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000631>

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.

Kolb, D. A., & Kolb, A. Y. (2013). *The Kolb Learning Style Inventory 4.0: Guide to Theory, Psychometrics, Research & Applications*.

<https://www.researchgate.net/publication/303446688>

Lacet Zaccara, A. A., & Serpa De Souza Batista, P. (2020). *CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS Contributions of the theory of the peaceful end of life to the nursing care for*

patients under palliative care Contribuciones de la teoría final de vida pacífica al la asistencia de cuidados paliativos. 1247–1252.

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12>

Lai, X. Bin, Huang, Z., Chen, C. Y., & Stephenson, M. (2019). Delirium screening in patients in a palliative care ward: A best practice implementation project. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(3), 429–441.
<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003646>

Lawlor, P. G. (2016). Cancer patients with delirium in the emergency department: A frequent and distressing problem that calls for better assessment. In *Cancer* (Vol. 122, Issue 18, pp. 2783–2786). John Wiley and Sons Inc.
<https://doi.org/10.1002/cncr.30132>

Lawlor, P. G., Rutkowski, N. A., MacDonald, A. R., Ansari, M. T., Sikora, L., Momoli, F., Kanji, S., Wright, D. K., Rosenberg, E., Hosie, A., Pereira, J. L., Meagher, D., Rice, J., Scott, J., & Bush, S. H. (2019). A Scoping Review to Map Empirical Evidence Regarding Key Domains and Questions in the Clinical Pathway of Delirium in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(3), 661-681.e12.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.002>

Leite, E., Malpique, M. & Santos, M.R. (2001). *Trabalho de projeto. 1. Aprender por projectos centrados em problemas.* (4ª ed.) Coleção Ser Professor. Edições Afrontamento.

Leonard, M. M., Nikolaichuk, C., Meagher, D. J., Barnes, C., Gaudreau, J. D., Watanabe, S., Agar, M., Bush, S. H., & Lawlor, P. G. (2014). Practical assessment of delirium in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 176–190.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.024>

Leonard, M., Raju, B., Conroy, M., Donnelly, S., Trzepacz, P. T., Saunders, J., & Meagher, D. (2008). Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. *Palliative Medicine*, 22(7), 848–854.

<https://doi.org/10.1177/0269216308094520>

- Matsuda, Y., Tanimukai, H., Inoue, S., Inada, S., Sugano, K., Hasuo, H., Yoshimura, M., Wada, S., Dotani, C., Adachi, H., Okamoto, Y., Takeuchi, M., Fujisawa, D., Kako, J., Sasaki, C., Kishi, Y., Akizuki, N., Inagaki, M., Uchitomi, Y., ... Okuyama, T. (2021). JPOS/JASCC clinical guidelines for delirium in adult cancer patients: A summary of recommendation statements. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 50(5), 586–593.
<https://doi.org/10.1093/JJCO/HYAA003>
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Good Death Inventory: A Measure for Evaluating Good Death from the Bereaved Family Member's Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5), 486–498.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009>
- Morita, T., Akechi, T., Ikenaga, M., Inoue, S., Kohara, H., Matsubara, T., Matsuo, N., Namba, M., Shinjo, T., Tani, K., & Uchitomi, Y. (2007). Terminal Delirium: Recommendations from Bereaved Families' Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(6), 579–589.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.01.012>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). *Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care*. www.nice.org.uk/guidance/cg103
- Neufeld, K. J., Nelliott, A., Inouye, S. K., Ely, E. W., Bienvenu, O. J., Lee, H. B., & Needham, D. M. (2014). Delirium diagnosis methodology used in research: A survey-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1513–1521.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.03.003>
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). *III Série-n Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM Translation and cultural adaption of the NEECHAM confusion scales Traducción y adaptación cultural de la escala de confusión de NEECHAM*. <https://ciencia.ucp.pt/ws/files/38124698/serIIIIn3a11.pdf>
- Oh, E. S., Fong, T. G., Hshieh, T. T., & Inouye, S. K. (2017). Delirium in older persons: Advances in diagnosis and treatment. In *JAMA - Journal of the American Medical*

Association (Vol. 318, Issue 12, pp. 1161–1174). American Medical Association.
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>

O'Malley, G., Leonard, M., Meagher, D., & O'Keeffe, S. T. (2008). The delirium experience: A review. In *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 65, Issue 3, pp. 223–228).
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.017>

Oliveira, C. (2023). Guia Orientador- Desenho do Projeto de Formação. Unidade Curricular Estágio com Projeto 2022/23. ESEL.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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 - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Pasina, L., Rizzi, B., Nobili, A., & Recchia, A. (2021). *Anticholinergic load and delirium in end-of-life patients*. <https://doi.org/10.1007/s00228-021-03125-w/Published>

Portela Millinger, F., & Fellingner, M. (2021). Clinical characteristics and treatment of delirium in palliative care settings. In *Memo - Magazine of European Medical Oncology* (Vol. 14, Issue 1, pp. 48–52). Springer.
<https://doi.org/10.1007/s12254-020-00641-w>

Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2017). Humanizing the Treatment of Hyperactive Delirium in the Last Days of Life. *JAMA*, 318(11), 1014–1015.
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.11466>

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744 - 4750. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

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*, Série II (N.º135 de 2018-07-16), 19359 - 19370. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Rice, K. L., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K. P., Knight, M., & Foreman, M. D. (2011). Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clinical Nurse Specialist*, 25(6), 299–311.

<https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e318234897b>

Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). *Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life*.

[https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0)

Ryan, K., Leonard, M., Guerin, S., Donnelly, S., Conroy, M., & Meagher, D. (2009). Validation of the confusion assessment method in the palliative care setting. *Palliative Medicine*, 23(1), 40–45.

<https://doi.org/10.1177/0269216308099210>

Sánchez-Román, S., Beltrán Zavala, C., Lara Solares, A., & Chiquete, E. (2014). Delirium in adult patients receiving palliative care: A systematic review of the literature. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 7(1), 48–58.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2013.05.001>

Scottish Palliative Care Guidelines (2014). Symptom control, Delirium. <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-control/delirium/>

Seiler, A., Schubert, M., Hertler, C., Schettle, M., Blum, D., Guckenberger, M., Weller, M., Ernst, J., Von Känel, R., & Boettger, S. (2020). Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients. *Palliative and Supportive Care*, 18(4), 437–446.

<https://doi.org/10.1017/S1478951519000919>

Şenel, G., Uysal, N., Oguz, G., Kaya, M., Kadioullari, N., Koçak, N., & Karaca, S. (2017). Delirium Frequency and Risk Factors Among Patients With Cancer in Palliative Care

Unit. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(3), 282–286.
<https://doi.org/10.1177/1049909115624703>

Steeman E, M. K. & Foreman M, D. (2004). Early detection and prevention of delirium in older patients with cancer. In *European Journal of Cancer Care* (Vol. 13).

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., Mcneilly, M., Mcintyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). *Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers*.

<http://hsrd.durham.med.va.gov>

Szarpa, K. L., Kerr, C. W., Wright, S. T., Luczkiewicz, D. L., Hang, P. C., & Ball, L. S. (2013). The prodrome to delirium: A grounded theory study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 15(6), 332–337.

<https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31828fdf56>

Trzepacz, P. T., Dinesh, R., Torres, K., Canary, B. S. J., Norton, N., & Jimerson, N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison With the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. In *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* (Vol. 13, Issue 2).

Twycross_R, Wilcock_A, Howard_P.(2017). *Palliative Care Formulary*.Sixth. London: Pharmaceutical Press.

Uchida, M., Morita, T., Akechi, T., Yokomichi, N., Sakashita, A., Hisanaga, T., Matsui, T., Ogawa, A., Yoshiuchi, K., & Iwase, S. (2020). Are common delirium assessment tools appropriate for evaluating delirium at the end of life in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 29(11), 1842–1849. <https://doi.org/10.1002/pon.5499>

Uchida, M., Morita, T., Ito, Y., Koga, K., & Akechi, T. (2019). Goals of care and treatment in terminal delirium: A qualitative study of the views and experiences of healthcare professionals caring for patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*, 17(4), 403–408. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000780>

Voyer, P., Richard, S., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., & Belzile, E. (2012). Detection of Delirium and Its Symptoms by Nurses Working in a

Long Term Care Facility. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(3), 264–271.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.11.002>

Watt, C. L., Momoli, F., Ansari, M. T., Sikora, L., Bush, S. H., Hosie, A., Kabir, M., Rosenberg, E., Kanji, S., & Lawlor, P. G. (2019). The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: A systematic review. In *Palliative Medicine* (Vol. 33, Issue 8, pp. 865–877). SAGE Publications Ltd.

<https://doi.org/10.1177/0269216319854944>

Watt, C. L., Scott, M., Webber, C., Sikora, L., Bush, S. H., Kabir, M., Boland, J. W., Woodhouse, R., Sands, M. B., & Lawlor, P. G. (2021). Delirium screening tools validated in the context of palliative care: A systematic review. In *Palliative Medicine* (Vol. 35, Issue 4, pp. 683–696). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216321994730>

World Health Organization (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. (2021, 5 de outubro). *WHO takes steps to address glaring shortage of quality palliative care*. <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address>

Wu, Y. C., Tseng, P. T., Tu, Y. K., Hsu, C. Y., Liang, C. S., Yeh, T. C., Chen, T. Y., Chu, C. S., Matsuoka, Y. J., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Wada, S., Lin, P. Y., Chen, Y. W., & Su, K. P. (2019). Association of Delirium Response and Safety of Pharmacological Interventions for the Management and Prevention of Delirium: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 526–535. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4365>

Yokomichi, N., Maeda, I., Morita, T., Yoshiuchi, K., Ogawa, A., Hisanaga, T., Sakashita, A., Nakahara, R., Kaneishi, K., & Iwase, S. (2022). Association of Antipsychotic Dose With Survival of Advanced Cancer Patients With Delirium. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(1), 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.03.005>