



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA COM DELIRIUM, EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA SCOPING REVIEW

Dissertação apresentada à Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau
de mestre em Cuidados Paliativos

Por:

Diana Pais Lopes

Lisboa, 2020



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO

AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA COM DELIRIUM, EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA SCOPING REVIEW

NURSING INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH DELIRIUM, IN PALLIATIVE CARE: A SCOPING REVIEW

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por:

Diana Pais Lopes

Sob a orientação de:

Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa, 2020

Dedico este trabalho ao meu querido avô, Rui Nunes Pais, que partiu antes de o poder ler. Onde quer que estejas, que te mantenas orgulhoso de mim e continues a olhar por todos nós.

Agradecimentos

Antes de mais gostaria de agradecer à minha família, aos meus pais, tios e avós, por possibilitarem que crescesse num ambiente de aceitação e amor incondicional. Contribuíram para que me tornasse alguém preocupada com o bem-estar alheio, com um fascínio enorme por cuidar e dar o melhor de mim ao outro. Um “obrigada” especial ao meu pai, por promover a minha ambição e sede de conhecimento, e à minha mãe, por sempre me apoiar, ouvir e consolar nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido, companheiro e amor da minha vida, Filipe Simões, por estar lá sempre, nos momentos bons e nos difíceis, na hora da dor e da alegria. Por me dizer sempre que “desistir, não é uma opção” e por me ajudar tanto a gerir o tempo entre a família, o trabalho e a realização desta dissertação. Sem ele, teria sido impossível conciliar tudo. Na sua força e determinação encontrei alento e energia para continuar e dar o meu melhor.

À minha filha Ema, que foi concebida durante a realização deste trabalho, servindo muito como minha inspiração e motivação. Que este feito lhe mostre a importância de preservar, de ser rigorosa e metódica, procurando sempre o conhecimento. Espero doravante compensá-la das horas de atenção e brincadeira que lhe devo.

À minha equipa do Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca e Enfermeira Chefe Fátima Honrado Ferreira por me motivarem diariamente a ser melhor profissional e me ajudarem a gerir o tempo, que foi indispensável na etapa final deste trabalho.

À minha equipa LInQUE, que foi um dos principais motivos pela ingressão neste Mestrado. A todos eles devo um enorme obrigada por me mostrarem o que são verdadeiros cuidados paliativos e me transmitirem a esperança de um dia ter a possibilidade de morrer na minha casa, rodeada pelas minhas pessoas, sendo apoiada por uma equipa espetacular.

A todos os meus grandes amigos, que acompanharam este longo, mas recompensador processo, transmitindo-me sempre força e coragem para continuar.

A todos os professores que tive a honra de conhecer ao longo deste Mestrado e que despertaram ainda mais a minha paixão pelos Cuidados Paliativos e pela ciência. Um verdadeiro obrigado por iluminarem o nosso caminho de estudantes e profissionais.

Gostaria ainda de dar um agradecimento especial ao meu orientador, o Prof. Dr. Manuel Luís Capelas, pois sem ele nada disto seria possível. Perante todas as adversidades que encontrei, sempre me transmitiu muita força para continuar e não desistir. Não poderia ter escolhido melhor mentor neste percurso académico. Nunca poderei agradecer a sua enorme disponibilidade e atenção. Sempre atento aos pormenores, respondeu a todas as minhas dúvidas e incertezas prontamente, incentivando-me a dar o meu melhor respeitando o rigor científico. A sua paixão pela educação, investigação e pelos Cuidados Paliativos, bem como os seus ensinamentos produzem um efeito notável nas nossas práticas e nos cuidados que prestamos diariamente, enquanto profissionais de saúde.

RESUMO

Introdução: O *delirium* é um transtorno neurocognitivo altamente prevalente em cuidados paliativos, mas que se mantém subdiagnosticado e, conseqüentemente, tratado indevidamente ou não tratado. Esta síndrome acarreta uma grande angústia e sofrimento tanto para os doentes e seus familiares, como para os profissionais de saúde. Os enfermeiros assumem uma posição privilegiada no reconhecimento precoce, na prevenção e na gestão desta síndrome, sobretudo em doentes internados, uma vez que estão presentes em permanência neste contexto. O objetivo deste trabalho foi identificar as intervenções de enfermagem que devem ser implementadas na pessoa com *delirium*, em cuidados paliativos.

Metodologia: Foi conduzida uma *scoping review*. Incluídos apenas estudos que envolvessem adultos com doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, em contexto de cuidados paliativos. O conceito abordado foi as intervenções de enfermagem perante episódios de *delirium*, no doente e família. Foram seguidas as recomendações do JBI, tendo sido realizada uma pesquisa inicial na Pubmed/MEDLINE, CINAHL/EBSCO, COCHRANE e em repositórios científicos, sendo posteriormente revistas as referências bibliográficas dos estudos incluídos.

Resultados: Foram incluídos 33 artigos, tratando-se a sua maioria de revisões de literatura narrativa com enfoque em doentes internados. Os resultados encontrados evidenciaram que para gerir eficazmente o *delirium* é necessária uma abordagem multidimensional que inclui intervenções concomitantes em diferentes áreas, com enfoque no doente, família, equipa e prevenção.

Conclusões: Apesar da relevância dos achados, estes apresentam um baixo nível de evidência, existindo por isso um longo percurso a percorrer para testar a sua aplicabilidade e eficácia em estudos de controlo randomizados e permitir, assim, a sua extrapolação para a prática de cuidados. Todavia, pode ser ainda razoável implementar estas medidas quando apropriado, uma vez que têm baixo risco de danos e poderiam fornecer benefícios significativos.

Palavras-Chave: *Delirium*; Agitação terminal; Confusão; Intervenções de Enfermagem; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Despite delirium is a highly prevalent neurocognitive disorder in palliative care, it remains underdiagnosed and, therefore, is incorrectly treated or untreated. This syndrome causes great anguish and suffering not only in the patients and their families but also in the healthcare professionals. Nurses are in a privileged position regarding the early recognition, prevention and management of this syndrome, especially in in-patients, since they are always present in this context. The goal of this essay is to identify the nursing interventions that should be implemented in patients who suffer from *delirium*, in the context of palliative care.

Methods: A scoping review was carried out. The review only included studies that involved patients with incurable and/or severe illness and with limited prognosis, in the context of palliative care. The concept addressed were the nursing interventions in the face of events of *delirium*, in the patient and his family. The recommendations of JBI were complied with, where an initial research was conducted in Pubmed/MEDLINE, CINAHL/EBSCO, COCHRANE and in scientific repositories, and the bibliographic references of the studies found were subsequently analysed.

Results: 33 articles were included, which, for the most part, correspond to narrative literature reviews with a focus on in-patients. The results show that the effective management of *delirium* requires a multidimensional approach that includes concomitant interventions in different areas, focusing on the patient, on the family, on the team and on prevention.

Conclusions: Despite the findings relevance, these have a low level of evidence, wherefore there is still a long way to go to test their applicability and efficiency in randomized control studies and thus allowing for its extrapolation into care practice. Nevertheless, it may still be reasonable to implement these measures where appropriate, since they have low risk of harm and could provide significant benefits.

Keywords: *Delirium*; Terminal Agitation; Confusion; Nursing Interventions; Palliative Care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - *American Psychiatric Association*

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

BCS – *Bedside Confusion Scale*

CAM - *Confusion Assessment Method*

CDT - *Clock Drawing Test*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRS- *Confusion Rating Scale*

DOS - *Delirium Observation Screening Scale*

DRS - *Delirium Rating Scale*

DSI - *Delirium Symptom Interview*

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 5

EUA – Estados Unidos da América

ICD - *International Classification of Diseases*

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MDAS - *Memorial Delirium Assessment Scale*

MeSH - *Medical Subject Headings*

MH - *Mesh Heading*

MMSE - *Mini Mental State Examination*

NEECHAM - *NEECHAM Confusion Scale*

NICE - *The National Institute for Health and Care Excellence*

Nu-DESC – *Nursing Delirium Screening Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RNAO - *Registered Nurses' Association of Ontario*

SOMCT - *Short Orientation Memory Concentration Test*

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INDICE DE QUADROS	XV
INTRODUÇÃO.....	1
1. Delirium.....	5
1.1. Definição	5
1.2. Tipos de <i>delirium</i>	10
1.3. Epidemiologia	12
1.4. Fisiopatologia e Etiologia	14
1.5. Reconhecimento, diagnóstico e avaliação.....	20
1.6. Tratamento	25
1.7. Impacto do delirium.....	29
A. Doente	29
B. Família.....	31
C. Profissionais de saúde.....	33
D. Económico.....	35
1.8. A importância do enfermeiro	36
2. Metodologia	41
2.1. Tipologia de estudo.....	41
2.2. Amostra.....	44
2.3. Procedimentos de colheita de dados	45
2.4. Processamento dos dados	48
2.5. Considerações éticas.....	49
3. Apresentação de resultados.....	51
4. Discussão de resultados	61
A. Avaliação do <i>Delirium</i>	61
B. Identificação e tratamento da(s) causa(s) subjacente(s)	66
C. Controlo de sintomas e promoção de conforto e bem-estar	73
D. Mobilização precoce.....	75
E. Monitorização da nutrição e hidratação	75
F. Gestão da segurança	77

G. Estimulação cognitiva	79
H. Comunicação eficaz	80
I. Gestão do ambiente e manutenção do equilíbrio sensorial	81
J. Interação com a família	83
L. Formação e organização dos cuidados.....	86
M. Prevenção do <i>Delirium</i>	89
5. Limitações e sugestões para futuras investigações	91
CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
APÊNDICES.....	123
Apêndice I – Quadro de análise de resultados	125

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Principais características clínicas do delirium	6
Quadro 2- Comparação das características clínicas do Delirium, Demência e Depressão	11
Quadro 3 - Fatores de Risco de Delirium.....	19
Quadro 4 - Fatores precipitantes de Delirium.....	19
Quadro 5 - Instrumentos de avaliação do Delirium	22
Quadro 6 - Critérios de Inclusão e Exclusão	45
Quadro 7 – Instrumentos de avaliação referenciados	53
Quadro 8 - Intervenções de Enfermagem referenciadas	60

INTRODUÇÃO

A necessidade de cuidados paliativos nunca foi tão grande, aumentando rapidamente devido ao envelhecimento da população mundial e ao aumento do cancro e de outras doenças não transmissíveis.¹ As previsões do Instituto Nacional de Estatística (INE)² apontam que Portugal, em 2050, seja o quarto país com maior percentagem de idosos a nível da União Europeia, traduzindo-se num aumento de doenças crónicas e, conseqüentemente, das necessidades em saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),³ os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento. Neste contexto, o controlo sintomático é um dos princípios fundamentais para proporcionar conforto ao doente e família no alívio e redução dos efeitos nocivos dos sintomas mais frequentes. Um destes sintomas é o *delirium*.

O *delirium* é uma condição neurocognitiva comum e angustiante que afeta frequentemente doentes em contexto de cuidados paliativos e é geralmente subdiagnosticada.⁴ É altamente prevalente em todos os contextos de cuidados paliativos, sendo mais prevalente antes da morte, com uma taxa relatada de 88%⁴. As conseqüências do *delirium* em idosos têm sido extensivamente explorados e estão associados a um declínio funcional e cognitivo acelerado, internamentos mais longos, risco de institucionalização e maior risco de morte.^{5,6} Também em doentes terminais, o *delirium* está associado ao aumento da morbidade, o que causa angústia nos doentes, familiares e profissionais de saúde.⁷

De facto, este é um dos sintomas que mais gera sofrimento nos doentes terminais e seus familiares. O repentino declínio na consciência e na cognição afeta negativamente a capacidade de tomar decisões, funcionar e de comunicar, exacerbando os medos e perdas associados à doença avançada.⁸ As famílias relatam angústia e preocupação durante os episódios de *delirium* e desejam informações mais oportunas sobre o que está a acontecer e o que fazer.^{8,9} Também os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sofrem o impacto desta síndrome. Em contexto de internamento, os doentes com *delirium* apresentam um elevado declínio funcional e, habitualmente,

exibem comportamentos inseguros que impõem cuidados de enfermagem mais exigentes.¹⁰ Torna-se exaustivo e moroso para os enfermeiros, pois são eles que lidam mais frequente e intimamente com estes doentes, experienciando níveis elevados de stress e tensão ao gerir o *delirium*.¹¹

Apesar da sua elevada prevalência e mau prognóstico, o *delirium* é frequentemente subreconhecido ou mal diagnosticado e, portanto, inapropriadamente tratado ou não tratado em doentes terminais.¹² Os enfermeiros são os profissionais privilegiados na prevenção, reconhecimento e intervenção precoce nos episódios de *delirium*. Ao estarem presentes ininterruptamente em serviços de internamento, têm a oportunidade de detetar modificações precoces no estado neurológico do doente, que passariam despercebidas a outros profissionais de saúde. Os desafios, riscos e sofrimento associados a esta condição exigem que os enfermeiros dominem as características e os critérios de diagnóstico desta síndrome, definindo a melhor estratégia de atuação, no controlo de sintomas, na gestão do sofrimento da família e na manutenção da segurança do doente e da equipa.¹³ No entanto, estudos demonstram que a capacidade dos enfermeiros de cuidar efetivamente de pessoas com *delirium* é limitada por: subreconhecimento do *delirium*; lacunas de conhecimento e prática; e angústia e tensão em cuidar de um doente com *delirium*.¹⁴

O conhecimento científico acerca do *delirium* tem tido o seu enfoque principal na fisiopatologia, epidemiologia e tratamento farmacológico. Contudo existe ainda pouca informação coletada acerca da atuação do enfermeiro no reconhecimento precoce e intervenção imediata em episódios de *delirium* na pessoa com doença crónica e incurável. Esta condição desafiante requer que os enfermeiros possuam um leque de conhecimentos e aptidões que lhe permitam avaliar e gerir as necessidades complexas destes doentes e suas famílias.¹⁵ Assim, torna-se fulcral estudar o papel do enfermeiro na prevenção e resolução desta síndrome. O conhecimento baseado na evidência ajudará a melhorar a prática de cuidados e aumentar a qualidade de vida destes doentes e famílias, bem como dos profissionais de saúde.

Nesta sequência, foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais são as intervenções de enfermagem a implementar na pessoa com *delirium*, em cuidados paliativos?

Foi, então, definido como objetivo geral do presente estudo: Identificar as intervenções de enfermagem que devem ser implementadas na pessoa com *delirium*, em cuidados paliativos.

De forma a responder à questão de investigação, assim como alcançar o objetivo proposto, optou-se por realizar uma *scoping review*.

A dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo corresponde à revisão teórica acerca do *delirium*, no qual é explorado a sua definição, os tipos de *delirium*, a sua epidemiologia em cuidados paliativos, a fisiopatologia e etiologia desta síndrome, o seu reconhecimento, avaliação e diagnóstico, o tratamento associado e o impacto que provoca no doente, família, profissionais de saúde e a nível económico. No final deste capítulo é ainda abordado a importância do enfermeiro na gestão deste transtorno neurocognitivo. No segundo capítulo apresenta-se a metodologia, onde são referidos os procedimentos metodológicos utilizados ao longo da investigação e da elaboração da dissertação, incluindo a tipologia de estudo, a amostra, os procedimentos e os métodos utilizados no tratamento de dados e as questões éticas envolvidas. No terceiro e quarto capítulo é feita a apresentação e discussão dos resultados, respetivamente. Por fim, no quinto capítulo são referidas as limitações do estudo e as sugestões para futuras investigações.

Na realização deste trabalho foi utilizado como norma de referenciação bibliográfica a de Vancouver.

1. Delirium

1.1. Definição

O termo *delirium* deriva do latim *delirare*, que significa "estar fora do lugar", mas é utilizado atualmente com o sentido de "estar confuso", "fora de si", distorcendo a realidade.¹⁶

O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante, com início súbito, que se caracteriza por declínio cognitivo global do nível de consciência e da atenção, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e alteração do ciclo sono-vigília.¹⁷ Este transtorno neurocognitivo, é anômalo para a pessoa, independentemente do contexto dos cuidados, da etapa de vida ou da reversibilidade do episódio.¹⁸ Pode, assim, afetar qualquer pessoa, em qualquer momento da sua vida.¹⁹

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 (DSM-5)²⁰ são critérios de diagnóstico de *delirium*:

- A. Perturbação da atenção (isto é, capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
- B. A perturbação desenvolve-se num período breve de tempo (normalmente de horas a poucos dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.
- C. Perturbação adicional na cognição (p. ex., déficit de memória, desorientação, alteração na linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).
- D. As perturbações dos critérios A e C não são explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.
- E. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (isto é, devido a uma droga de

abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

A International Classification of Diseases – 10 (ICD-10)²¹ inclui critérios adicionais, como alterações: a) da função psicomotora, como hiperatividade, hipoatividade ou mista; (b) do ciclo sono-vigília, como insónia ou inversão; (c) do estado emocional, como a depressão, irritabilidade, euforia, ansiedade ou medo. A maioria destes aspetos são também considerados no DSM-5, enquanto características associadas ao *delirium* que apoiam o diagnóstico.²⁰

Os critérios do DSM-5 são habitualmente os mais utilizados, nomeadamente na maioria dos estudos relacionados com o *delirium*, enquanto a classificação do ICD-10 serve mais o propósito de codificação clínica e administrativa.²²

Dado que o *delirium* permanece como um “diagnóstico de cabeceira”, é necessário que os profissionais compreendam as suas características clínicas a fim de o reconhecerem atempadamente²³ e tentarem impedir a sua evolução. A condição pode progredir até estupor, coma, convulsões ou morte, em especial quando a causa subjacente continua sem tratamento.²⁰ No quadro 1, encontram-se resumidos os seus principais aspetos clínicos.

Principais características clínicas do <i>delirium</i>	
• Alteração no nível de alerta e estimulação	• Alteração na memória
• Distúrbio na atenção e consciência	• Défices visuoespaciais
• Início rápido e flutuante dos sintomas	• Anomalias na linguagem (disartria, disnomia)
• Alteração do ciclo sono-vigília	• Agitação ou lentificação psicomotora
• Pensamento desorganizado e discurso incoerente	• Distorção da realidade (ilusões, alucinações e delírios) – 30% dos doentes
• Desorientação (mais frequente no tempo e espaço)	• Labilidade emocional (medo, paranoia, ansiedade, raiva, apatia, irritabilidade ou euforia)
• Apraxia	• Tremores, mioclonias, alterações no tónus muscular

Quadro 1 - Principais características clínicas do *delirium*^{20,23}

O distúrbio global da **cognição** é uma das principais características do *delirium*. A perceção, o pensamento e a memória – os três principais aspetos ou fases da cognição – encontram-se todos afetados em algum grau.²⁴ Os processos cognitivos pelos quais o

indivíduo adquire conhecimento e orienta o seu comportamento são desorganizados, tornando-o desamparado. A aquisição, o processamento, a retenção, a recuperação e a utilização de informações estão todos prejudicados, resultando naquilo que os profissionais e leigos costumam apelidar de “confusão”.²⁴ Como resultado, o doente é menos capaz de compreender o seu ambiente e situação,²⁵ de raciocinar e resolver problemas e de manter um comportamento direcionado por objetivos por qualquer período de tempo. O seu discurso é habitualmente inapropriado e incoerente. Pensar de modo sequencial e lógico, compreender o significado das palavras e defini-las, distinguir semelhanças e diferenças, bem como direcionar o pensamento, são aptidões que se tornam difíceis ou mesmo impossíveis para o doente.²⁴ O déficit na memória, especialmente na recente e imediata, dificulta a capacidade de aprender e assimilar novas informações, bem como de recuperar informações ou eventos recentes.²⁴

A desorganização e a eficiência flutuante dos processos cognitivos no *delirium* parecem facilitar o surgimento de certos fenómenos cognitivos anormais, como ilusões, alucinações, pensamentos oníricos, delírios e confabulações.²⁴ O doente está sempre pelo menos ligeiramente desorientado no tempo e, nas situações mais graves, também no lugar e pessoa, mas praticamente nunca perde o sentido da identidade pessoal. O distúrbio cognitivo varia a sua gravidade ao longo do dia, verificando-se intervalos lúcidos intercalados de forma irregular, e é geralmente mais pronunciado durante a noite.²⁴

Um distúrbio global na **atenção** também se encontra invariavelmente presente no *delirium*. O estado de alerta – prontidão em responder a um estímulo – pode estar anormalmente aumentado ou reduzido.¹⁷ Em qualquer dos casos, a capacidade do doente mobilizar, manter e direcionar a atenção seletivamente encontra-se diminuída, distraíndo-se com facilidade. Como resultado, o doente apresenta dificuldade em estabelecer uma conversa, realizar uma tarefa ou obedecer a uma instrução. Tal como no distúrbio cognitivo, a severidade desta perturbação vai flutuando ao longo do dia, tornando o doente mais ou menos acessível para os familiares e cuidadores.¹⁷

A pessoa com *delirium* apresenta ainda alterações na **linguagem** e na **atividade psicomotora**, podendo exibir um comportamento hiperativo, hipoativo ou ambos.

Enquanto na hiperatividade, o doente apresenta-se agitado e inquieto, com um discurso errático, precipitado ou incoerente, na hipoatividade este apresenta-se letárgico e sonolento, com discurso lentificado e arrastado.¹⁷

Outra característica clínica do *delirium* é a alteração do **ciclo sono-vigília**. Esta perturbação é evidenciada tipicamente por sonolência diurna, insónia noturna, sono fragmentado ou inversão completa do ciclo do sono.²³ A vigilância durante o dia é reduzida e o doente apresenta-se frequentemente sonolento, adormecendo com facilidade, enquanto o sono noturno é habitualmente reduzido e fragmentado.¹⁷

Para além destes distúrbios, os doentes com *delirium* também costumam apresentar **perturbações emocionais**, manifestadas por sintomas intermitentes e lábeis de medo, paranoia, ansiedade, depressão, irritabilidade, apatia, raiva ou euforia.²³

De acordo com o DSM-5,²⁰ o *delirium* pode ser classificado em leve, moderado ou severo. Em situações de *delirium* leve, o doente evidencia dificuldade em atividades instrumentais da vida diária (ex.: cuidar da casa ou gerir dinheiro), no moderado apresenta incapacidade em realizar atividades básicas da vida diária (ex.: tomar banho ou alimentar-se), enquanto no *delirium* severo o doente apresenta-se totalmente dependente de terceiros.

Ao longo da história, esta síndrome foi apelidada com diversos termos, sendo frequentemente designada de “confusão”. Isto deve-se ao facto de, tal como já foi referido, os doentes poderem apresentar desorientação para o tempo, espaço e pessoa, com discurso confuso, dispersivo e incoerente, e inclusivamente poderem ter ilusões e alucinações, predominantemente visuais.²⁶ Em 1904, Pickett²⁴ distinguiu os dois conceitos: “*confusion*” e “*delirium*”. Para este autor, estas eram duas desordens mentais similares e curáveis, frequentes nos idosos. O *delirium* resultaria de alguma causa orgânica, enquanto a confusão teria como causa subjacente um processo de perda ou de luto.²⁴

À medida que os estudos no âmbito das perturbações transitórias da consciência, do pensamento e do comportamento vão ganhando corpo, a clarificação conceptual torna-se cada vez mais evidente. Ao termo confusão acrescenta-se mais um conceito – “*acute confusion*”, que veio trazer mais ambiguidade, uma vez que tem sido utilizado pelos

profissionais de saúde como um sinónimo de *delirium*.²⁴ McCurren e Cronin²⁷ referenciam que o termo “confusão aguda” é mais explorado e utilizado pelos profissionais de enfermagem na sua prática clínica, enquanto o termo *delirium* é um conceito médico, exposto no DSM-5 da American Psychiatric Association (APA).

Na versão atual da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)²⁸, os termos “confusão” e “delírio” são ambos referenciados. O primeiro é definido como “memória comprometida, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa”^{28(p.47)} e o segundo como “pensamento distorcido”.^{28(p.52)} Apesar de se tratarem de definições pobres, o termo “delírio” parece remeter exclusivamente para uma perturbação de origem psiquiátrica, não sendo por isso considerado na prática para designar esta síndrome complexa. Por sua vez, a NANDA® apresenta a “confusão aguda” como diagnóstico de enfermagem, definindo-a como: início abrupto de perturbações reversíveis da consciência, atenção, cognição e percepção que se desenvolvem num curto período de tempo.²⁹ Apresenta como características definidoras deste diagnóstico: agitação e inquietação; flutuação na cognição/ nível de consciência; flutuação na atividade psicomotora; alucinações; percepções equivocadas (respostas inapropriadas); falta de motivação para iniciar/seguir com um comportamento intencional; e falta de motivação para iniciar/seguir com o comportamento dirigido por objetivos.²⁹

Outro termo utilizado, sobretudo na área dos cuidados paliativos, é “*terminal restlessness/agitation*”, designada em português como “agitação terminal”. De acordo com o estudo de Hosie, Agar, Lobb, Davidson e Phillips,¹⁴ a utilização deste termo ambíguo, tornou difícil para os enfermeiros o processo de conceptualização do *delirium*, o reconhecimento do quadro durante a sua observação, conduzindo a presunções imprecisas de morte iminente e limitando ainda mais a sua avaliação e intervenção.

Toda esta vasta terminologia em torno do *delirium*, tem sido uma barreira à comunicação, educação e investigação dentro dos domínios de desenvolvimento desta manifestação clínica.³⁰ Existe, assim, uma necessidade urgente dos profissionais deixarem de utilizar terminologia imprecisa, devido à confusão conceptual, ao eventual não reconhecimento do *delirium* e, conseqüentemente, à perda da oportunidade de reverter a síndrome ou utilização de tratamentos desadequados.

Para além dos vários sinónimos já descritos, o *delirium* é frequentemente confundido com a demência, dado apresentarem características semelhantes. A demência está associada a um estado confusional e alteração na perceção, que geralmente é de natureza progressiva, enquanto o *delirium* é uma condição aguda e de rápida progressão, com mudanças súbitas na apresentação do doente. A principal diferença entre os dois, para além da velocidade de progressão, é a reversibilidade, pois o *delirium* pode ter algum potencial de reversibilidade, mas a demência, em seu estado progressivo, não tem reversibilidade.³¹ No entanto, é importante que os profissionais sejam cautelosos, uma vez que um doente com um diagnóstico de demência também pode apresentar *delirium* reversível devido a outra condição subjacente, como uma infeção.¹⁹

1.2. Tipos de *delirium*

Lipowski²⁴ foi o primeiro a classificar e descrever três subtipos de *delirium*: hiperativo, hipoativo e misto. Segundo o autor, os doentes hiperativos apresentam-se agitados, em estado de alerta e com alucinações ou delírios, enquanto os doentes hipoativos mostram-se letárgicos e sonolentos, com lentificação psicomotora. O misto corresponde a uma mistura de ambos.²⁴

O *delirium* é frequentemente mal diagnosticado, sendo confundido com depressão ou demência (quadro 2). De facto, o quadro clínico pode apresentar-se como “ligeiro, quase impercetível para quem não esteja atento, caracterizando-se por ligeira ansiedade, insónia ou lentificação do pensamento, ou constituir um quadro de agitação grave (o que corresponde a uma situação de urgência), passando por quadros clínicos de características intermédias”.^{32(p.46)}

Comparação das características clínicas do Delirium, Demência e Depressão			
Caraterísticas	<u>Delirium</u>	<u>Demência</u>	<u>Depressão</u>
Início	Agudo, habitualmente ao final da tarde/anoitecer	Crónico, declínio progressivo	Agudo ou crónico, pode coincidir com mudanças de vida
Curso	Flutuações curtas, pior à noite, no escuro e ao despertar	Longo, sintomas progressivos relativamente estáveis ao longo do tempo	Pode ter efeitos diurnos (pior pela manhã), flutuações situacionais
Duração	Horas a semanas/ menos de 1 mês; pode ser persistente	Meses a anos	Pelo menos 2 semanas; pode ser persistente
Humor/afetos	Oscilações rápidas	Deprimido ou desinteressado	Tristeza profunda, pode haver ansiedade/irritabilidade
Consciência	Flutuante; letárgico ou hipervigilante	Habitualmente normal até estados avançados	Normal, pode estar reduzida
Atenção	Comprometida, distração e falta de foco; flutuante	Habitualmente normal até estados avançados	Comprometimento mínimo; fraca concentração; distração
Orientação	Flutuante na gravidade	Afetada ao longo do tempo	Desorientação seletiva
Memória	Recente e imediata comprometidas	Recente e remota comprometidas, pode existir confabulação para preencher as lacunas	Comprometimento seletivo ou irregular
Pensamento	Desorganizado, distorcido, fragmentado, lento ou acelerado; discurso arrastado, desconexo e incoerente	Dificuldade com abstração; pensamentos empobrecidos, julgamento prejudicado, dificuldade em encontrar palavras	Intacto, mas com temas de desesperança, desamparo ou culpa. Pode existir dificuldade na concentração e lentificação do discurso. Ruminação.
Perceção	Alucinações visuais, auditivas e táteis; delírios	Podem existir delírios; geralmente sem alucinações	Podem existir delírios (frequentemente paranoides)
Atividade psicomotora	Aumentada ou reduzida (flutuante); tremores	Normal; pode estar reduzida em estados avançados	Variável, letárgica ou agitada
Ciclo sono-vigília	Alterado, pode estar revertido	Fragmentado	Alterado, despertar frequente de manhã cedo
Triggers/ Etiologia	Causa física ou associada a medicação	Alzheimer, múltiplos enfartes cerebrais, alcoolismo, deficiências vitamínicas, AVC, SIDA	Associado a uma perda; genética/história familiar
Testes de estado mental	Distração da tarefa	Falhas detetadas pela família, respostas frequentes de quase-erro, dificuldades com o teste, grande esforço para encontrar uma resposta apropriada	Falhas destacadas pelo doente, respostas frequentes de "não sei", pouco esforço, desiste frequentemente, indiferente, não se importa ou tenta encontrar resposta
Reversibilidade	Potencial	Irreversível, frequentemente progressiva	Potencial

Quadro 2- Comparação das características clínicas do Delirium, Demência e Depressão^{33,34}

O tipo hipoativo é o menos diagnosticado apesar de ser o mais frequente e aquele que está associado a maiores índices de mortalidade, apesar de parecer menos inofensivo.^{35,36} A sua prevalência tem sido alvo de controvérsia, dado que muitos autores consideram que apesar de ser menos reconhecido, possa estar mais vezes

presente do que o tipo hiperativo. De acordo com a revisão de Peritogiannis, Bolosi, Lixouriotis e Rizos³⁷ existe uma variação considerável da prevalência do tipo hipoativo (6%-100%) consoante a população e o contexto clínico analisados, verificando-se maior prevalência nas unidades de cuidados intensivos, de urgência e de cardiocirurgia, onde os doentes se encontram em estados mais críticos. Isto pode justificar o facto de estar associado a piores desfechos. Apesar da sua apresentação mais silenciosa, os doentes que experimentam este subtipo sofrem tanto quanto aqueles com *delirium* hiperativo ou misto.⁷

Apesar de não se tratar de um subtipo de *delirium*, é importante distinguir o *delirium* na fase final de vida, pois exige uma atuação diferente. Muitos profissionais adotam a terminologia de *delirium* terminal ou agitação terminal para descrever os episódios de *delirium* que ocorrem frequentemente em doentes em final de vida.³⁸ Nas últimas horas e dias de vida, o *delirium* é habitualmente uma manifestação visível de uma culminação significativa da falência de múltiplos órgãos, agravada por outros fatores irreversíveis.³⁹ Dado a sua elevada incidência e impacto profundamente negativo no doente, nos familiares e na equipa de saúde, esta síndrome deveria ser considerada uma emergência em cuidados paliativos.⁴⁰ Todavia, o denominado *delirium* terminal ainda se encontra subreconhecido, subtratado e subinvestigado. Paliar a confusão nos últimos dias de vida deveria ser encarada com o mesmo rigor que a dor, a náusea ou o sofrimento emocional. Daí a importância de o profissional estar atento a flutuações do estado mental, pois estas são a chave para entender e gerir esta síndrome.

1.3. Epidemiologia

O *delirium* é uma complicação frequente em doenças crónicas avançadas, tal como o cancro, associada a diminuição do tempo de sobrevivência, estando presente na maioria dos doentes antes da morte.⁴¹ No estudo retrospectivo de Pereira, Hanson e Bruera⁴² numa população de 348 doentes com cancro avançado admitidos numa unidade de cuidados paliativos, verificou-se que 44% dos doentes tinham perturbações cognitivas na admissão e que, próximo da morte, a sua frequência aumentava para 62,1%. Lawlor e os colegas⁴¹ também evidenciaram valores elevados de incidência e prevalência de

delirium em doentes com cancro avançado (42% na admissão em unidades de cuidados paliativos e 88% nos doentes internados que morreram).

Noutro estudo⁴³ realizado numa unidade de cuidados paliativos agudos, 58% dos doentes foram diagnosticados com *delirium*, sendo que destes, 71% foi na admissão e os restantes desenvolveram esta perturbação durante o internamento. Ainda no mesmo estudo,⁴³ os autores destacaram o facto desta síndrome ter revertido em apenas 26% dos episódios e metade destes doentes terem morrido. De acordo com os seus dados, os doentes com diagnóstico de *delirium* tiveram uma sobrevida global mediana menor do que aqueles sem *delirium* e aqueles que desenvolveram *delirium* após a admissão apresentaram pior sobrevida e uma menor taxa de reversão do *delirium* em comparação com aqueles admitidos com *delirium*.⁴³

Esta síndrome neurocognitiva complexa ocorre frequentemente em doentes internados em cuidados paliativos, apresentando valores de prevalência distintos em diferentes estudos, mas habitualmente elevados. De acordo com Hosie, Davidson, Agar, Sanderson e Phillips,⁴⁴ os valores de prevalência de *delirium* variam entre 13 e 42% na admissão, 26 e 62% durante o internamento e 58 e 88% nas últimas semanas e horas de vida. Na realidade, a incidência e prevalência do *delirium* em doentes internados em unidades de cuidados paliativos é igual ou maior do que em outras populações conhecidas de alto risco, como idosos hospitalizados, doentes internados em unidades de cuidados intensivos, em pós-operatório de cirurgia à bacia e cuidados continuados de longa duração.⁴⁴ Segundo a revisão de Inouye, Westendorp e Saczynski,⁴⁵ os valores mais elevados de incidência de *delirium* foram verificados nos serviços de cuidados intensivos (19-82%), cuidados pós-cirúrgicos (11-51%) e cuidados paliativos (47%), sendo valores provavelmente inferiores à realidade uma vez que na maioria dos estudos não foram incluídos doentes com demência ou outro distúrbio cognitivo. Curiosamente, a prevalência geral de *delirium* na comunidade parece ser menor do que em ambientes de internamento. Isso pode estar relacionado a um ambiente de assistência mais desinstitucionalizado, familiar e menos desorientador.⁴

Os números elevados que foram descritos na população de cuidados paliativos podem ser justificados pela vulnerabilidade associada a estes doentes. Tal como será abordado

a seguir, muitos são os fatores de risco presentes nesta população que condicionam o desenvolvimento do *delirium*, nomeadamente a presença de uma doença crónica avançada e os tratamentos associados. A idade do doente atuará inevitavelmente como um agente agravante, verificando-se nos idosos um maior declínio cognitivo e funcional, com internamentos mais prolongados, risco de institucionalização e elevado risco de mortalidade.⁴⁶ A proximidade do final de vida é outro fator que condiciona o desenvolvimento desta síndrome, que é comum apresentar-se nas últimas 24-48h de vida em até 88% dos doentes terminais com cancro.⁴¹

1.4. Fisiopatologia e Etiologia

Apesar da sua elevada prevalência e morbilidade, ainda pouco é conhecido acerca do *delirium*. Os mecanismos patogénicos e fisiopatológicos subjacentes a esta síndrome neurocognitiva são altamente complexos. De facto, a complexidade neurobiológica e clínica associada à disfunção cerebral global do *delirium* não pôde ser totalmente explicada por um único mecanismo ou distúrbio neurotransmissor, tendo por isso surgido ao longo dos anos várias propostas de mecanismos. Na sua revisão acerca da neuropatogénese do *delirium*, Maldonado⁴⁷ explora as sete teorias hipotéticas mais proeminentes que podem justificar este fenómeno:

- a) Hipótese neuroinflamatória – propõe que a estimulação inflamatória periférica aguda (de etiologia infecciosa, cirúrgica ou traumática) induz a ativação de células do parênquima cerebral e a expressão de citocinas pró-inflamatórias e mediadores inflamatórios no sistema nervoso central que induzem disfunção neuronal e sináptica e subseqüentes sintomas neurocomportamentais e cognitivos característicos do *delirium*.
- b) Hipótese de envelhecimento neuronal – sugere que o processo de envelhecimento e as alterações fisiológicas associadas constituem um fator de risco independente para o *delirium*. O conceito de homeostenose implica que um idoso funcional pode manter-se saudável até à velhice, mas pode tornar-se cada vez mais vulnerável ao stress e à doença devido à perda da sua reserva fisiológica. Assim, o envelhecimento está associado a alterações cerebrais relacionadas à idade, tais como: alterações nos neurotransmissores reguladores

do stress, declínio do fluxo de sangue cerebral, diminuição da densidade vascular, perda de neurônios e modificações nos sistemas de transdução de sinal intracelular.

- c) Hipótese de stress oxidativo - propõe que vários processos fisiológicos, como danos teciduais, hipoxia, doença grave e infeções, podem aumentar o consumo de oxigênio e/ou diminuir a disponibilidade de oxigênio, com aumento do gasto energético associado e redução do metabolismo oxidativo cerebral, levando à disfunção cerebral e sintomas cognitivos e comportamentais associados ao *delirium*.
- d) Hipótese neurotransmissora – baseia-se no pressuposto que o *delirium* resulta de uma transmissão colinérgica central reduzida, combinada com um aumento da transmissão dopaminérgica. Esta teoria enfatiza o facto dos sistemas colinérgico e dopaminérgico interagirem não apenas um com o outro, mas também influenciarem os níveis de norepinefrina, ácido gama-aminobutírico, glutamato e serotonina.
- e) Hipótese neuroendócrina - sugere que o *delirium* representa uma reação ao stress agudo, mediada por níveis anormalmente altos de glucocorticoides (hormonas esteroides) que induzem uma vulnerabilidade geral nos neurónios cerebrais ao prejudicarem a capacidade de sobrevivência dos mesmos após vários insultos metabólicos.
- f) Hipótese de desregulação diurna ou de desregulação da melatonina – sugere que interrupções no ciclo circadiano de 24 horas e nos estádios habituais do sono podem levar a distúrbios na integridade do sono e na arquitetura fisiológica do mesmo. A privação do sono tem sido associada ao desenvolvimento de *delirium* e psicose. As pessoas hospitalizadas experienciam alterações severas do ciclo de sono com perda ou fragmentação do sono e desorganização do ciclo de sono. O ciclo circadiano é mantido por fatores ambientais, principalmente a exposição à luz, que afeta a secreção de melatonina, e a sua rutura pode levar ao desenvolvimento de *delirium*.

g) Hipótese de desconexão de rede - sugere que a heterogeneidade das apresentações de *delirium* é melhor explicada pela ação de vários fatores (por exemplo, drogas ou toxinas) atuando em sistemas neuroquímicos cerebrais específicos. Assim, esta teoria defende que determinados fatores que afetam diferentes projeções específicas de neurotransmissores, devido ao envelhecimento (degeneração), doença (inflamação) ou agentes farmacológicos (por exemplo, substâncias anticolinérgicas), levarão a diferentes tipos de *delirium* (hiperativo ou hipoativo) e, dependendo do grau de reversibilidade dessas alterações, o episódio terá sequelas ou efeitos de curto ou longo prazo. Esta teoria reconhece que o cérebro é uma estrutura altamente organizada e interconectada que funciona para permitir a integração complexa de informações sensoriais e respostas motoras e propõe que o *delirium* resulta de um colapso agudo na conectividade de rede dentro do cérebro. Esta hipótese sugere também o envolvimento dos sistemas colinérgicos e GABAérgicos.

Embora hipóteses específicas tenham evoluído ao longo do tempo, à procura de encontrar a única via comum que explicaria todos os tipos de *delirium*, a maioria destas teorias é complementar, em vez de concorrente, com muitas áreas de interseção e influência recíproca.⁴⁷ Estas conduzem a um resultado final comum associado a uma alteração na síntese, função e/ou disponibilidade de neurotransmissores que medeiam as complexas mudanças comportamentais e cognitivas observadas no *delirium*.^{47,48} Em geral, as alterações do neurotransmissor mais comumente descritas no processo de *delirium* incluem deficiências na disponibilidade de acetilcolina e/ou melatonina; excesso de liberação de dopamina, norepinefrina e/ou glutamato; e alterações variáveis na serotonina, histamina e/ou ácido g-aminobutírico.⁴⁷

De acordo com Trzepacz,⁴⁹ a principal teoria é a diminuição da atividade colinérgica acompanhada de aumento dopaminérgico. Sendo a acetilcolina um neurotransmissor importante em relação à consciência e atenção, a sua deficiência, juntamente com o excesso de dopamina, constitui o que tem sido frequentemente referido como a via final comum na patogénese do *delirium*.⁴⁹ De facto, medicamentos anticolinérgicos têm demonstrado causar desatenção, que é um dos sintomas principais do *delirium*. Este

neurotransmissor também está envolvido na excitação, aprendizagem e memória, movimento rápido dos olhos, comportamento, humor, pensamento, percepção e orientação.⁴⁹

Inouye e Charpentier⁵⁰ propuseram um modelo preditivo e multifatorial para ajudar a compreender o desenvolvimento do *delirium* durante a hospitalização. Este baseia-se na relação entre a vulnerabilidade basal de um doente - refletida por fatores predisponentes potenciais para o desenvolvimento de *delirium* - e a sobreposição de fatores precipitantes potenciais que desencadeiam o início de um episódio. Portanto, o seu pressuposto é de que os fatores predisponentes (risco de base) e a gravidade da doença dos fatores precipitantes interagem de forma recíproca.⁵⁰ Os autores identificaram cinco fatores de risco para *delirium*: contenção mecânica, desnutrição, polimedicação (mais do que três fármacos), cateterização vesical e qualquer evento iatrogénico.⁵⁰ Todos estes cinco fatores podem ser modificados e passíveis de intervenção, possibilitando a identificação e intervenção terapêutica, precocemente.⁵⁰ A estrutura conceptual deste modelo é amplamente aceite,²² ajudando a prever os doentes com maior risco de desenvolver *delirium*. Outros autores descrevem esta perturbação como sendo frequentemente multifatorial, especialmente nos doentes idosos e com doença oncológica avançada. De acordo com Marques da Gama e Barbosa,⁵¹ a ocorrência desta síndrome pode ser influenciada por fatores orgânicos (intoxicação e abstinência por drogas, infeções, doenças neurológicas...), facilitadores (*stress*, estado emocional, ansiedade, alteração do sono...), predisponentes (idade avançada, o envelhecimento cerebral, fadiga, má nutrição, alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos...) e precipitantes (desidratação, polimedicação, a algaliação e atuações iatrogénicas). Os mesmos autores acrescentam que existem grupos de medicamentos que podem estar associados ao aparecimento de *delirium*, nomeadamente: ansiolíticos-hipnóticos, anticolinérgicos, opioides, anticonvulsivantes, anti-hipertensores, antiarrítmicos, citostáticos e antibióticos.⁵¹

É possível afirmar que o equilíbrio entre predisposição ou vulnerabilidade e os fatores precipitantes definem o limiar do *delirium*. De acordo com Inouye,⁵² os fatores de risco para o *delirium* são multiplicativos e não aditivos. A idade (os extremos de idade),

demência preexistente, doença médica, abuso de álcool, depressão, diminuição das atividades de vida diária, sódio sérico anormal e dificuldades de aprendizagem e visuais diminuem o limiar do *delirium*.⁵²

Lawlor e Bush²² compilaram um conjunto de fatores de risco e fatores precipitantes para a ocorrência de *delirium* no doente com cancro (Quadro 3 e 4). Todavia, estes autores esclarecem que dado os estudos limitados na população com cancro, estes fatores são derivados de outras populações de estudo, não podendo ser prontamente extrapolados para tratamento oncológico ou cuidados paliativos e, portanto, devem ser considerados como fatores de risco hipotéticos ou potenciais.²² Estes autores salientam ainda que, no caso dos doentes oncológicos, o nível de vulnerabilidade é superior. De facto, além dos fatores de risco predisponentes de *delirium*, que precedem o diagnóstico de cancro, o nível de vulnerabilidade de base provavelmente aumentará dramaticamente com a espiral de declínio que acompanha o doente oncológico em estágio mais avançado, como consequência dos efeitos cumulativos de fatores como a síndrome de anorexia-caquexia, disfunção orgânica por doença metastática e resposta inflamatória progressiva, entre outros.²²

Não obstante a complexidade inerente aos mecanismos fisiopatológicos que se escondem por trás do *delirium*, é importante compreendê-los, pois a investigação e o tratamento de fatores precipitantes podem ser bem-sucedidos e apropriados. Ressalva-se que os profissionais de saúde devem agir de acordo com as metas de cuidado acordadas e os objetivos de cuidados, especialmente na área de cuidados paliativos. Numa fase avançada da doença, pode não fazer sentido a investigação exaustiva dos fatores envolvidos no episódio de *delirium*, mas apenas o controlo sintomático, tal como será abordado posteriormente.

Fatores de risco de <i>Delirium</i> na pessoa com cancro	
<p><u>Doença intracraniana não oncológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Demência; défice cognitivo • Idade avançada • Depressão • História de abuso de álcool • História de doença vascular cerebral • Episódios anteriores de <i>delirium</i> 	<p><u>Doença intracraniana oncológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias cerebrais primárias • Metástases cerebrais ou leptomenígeas • Alteração cognitiva relacionada com quimioterapia ou radioterapia
<p><u>Fatores sistémicos de vulnerabilidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia-caquexia • Fragilidade • Hipoalbuminemia • Inflamação crónica relacionada com o cancro • Estado funcional reduzido • Disfunção orgânica relacionado com o cancro • Gravidade da doença 	<p><u>Outros fatores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da acuidade visual e/ou auditiva • Apneia do sono • Polimedicação • Baixa escolaridade ou baixa reserva cognitiva

Quadro 3 - Fatores de Risco de *Delirium*²²

Fatores precipitantes de <i>Delirium</i> na pessoa com cancro	
<p><u>Doenças intracranianas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancro cerebral primário • Metástases cerebrais ou leptomenígeas • Encefalite paraneoplásica • Fase pós-ictal (crise convulsiva) • Estado epilético não convulsivo • Síndrome da leucoencefalopatia posterior reversível • Edema cerebral após irradiação • Acidente vascular cerebral (AVC) 	<p><u>Alterações eletrolíticas/metabólicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteração no sódio ou magnésio • Desidratação ou hipovolemia • Hipercalcemia • Acidose; hipoxia • Deficiência de tiamina
<p><u>Outras medicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Citostáticos (quimioterapia) • Corticosteroides • Quinolonas 	<p><u>Abstinência de substâncias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Álcool • Benzodiazepinas • Opioides
<p><u>Infeção ou sépsis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Em qualquer local, incluindo linhas intravenosas 	<p><u>Disfunção orgânica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Renal; hepática; cardíaca; respiratória
<p><u>Alteração endócrina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotireoidismo • Hipoglicemia; hipoadrenalismo 	<p><u>Alterações hematológicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Coagulação intravascular disseminada
<p><u>Medicação psicoativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opióides • Benzodiazepinas • Antidepressivos • Antihistaminicos • Anticolinérgicos 	<p><u>Outros fatores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Algiação • Cirurgia • Dor mal controlada • Transferências de quarto/serviço

Quadro 4 - Fatores precipitantes de *Delirium*²²

1.5. Reconhecimento, diagnóstico e avaliação

O subreconhecimento do *delirium* por enfermeiros e médicos em doentes hospitalizados é amplamente relatado.^{53,54} Embora isto possa estar relacionado a múltiplos fatores, a falta de conhecimento básico sobre rastreio cognitivo e sobre o diagnóstico e gestão do *delirium* contribuem substancialmente.⁵⁵ Isto deve-se, provavelmente, em parte, à natureza flutuante do *delirium* e à falha na sua monitorização regular, através de uma ferramenta específica.⁵⁶ Para além disso, os sintomas do *delirium* podem ser mal interpretados e confundidos com outras condições. Um doente com *delirium* hipoativo pode ser diagnosticado com depressão, enquanto o comportamento do tipo hiperativo pode ser considerado uma apresentação de ansiedade, outro distúrbio psiquiátrico ou acatisia.²² Em doentes com demência, o diagnóstico de *delirium* torna-se ainda mais desafiador, pois os sintomas sobrepõem-se.⁵⁷ De facto, a utilização de uma ferramenta pode revelar-se benéfica no diagnóstico do *delirium*, mas quando existem outras comorbilidades, como demência ou depressão, a eficácia da ferramenta pode ficar comprometida.⁵⁸ Daí que o passo mais importante deste processo seja o estabelecimento do diagnóstico de *delirium* obtendo uma história de um observador informado (membro da família, cuidador ou membro da equipa) e fazendo uma breve avaliação cognitiva. Para diferenciar o *delirium* da demência, uma história precisa é crucial para estabelecer a linha de base e a acuidade do estado mental do doente, para reconhecer as flutuações na cognição e outros sintomas típicos do *delirium* e para identificar possíveis causas.⁴⁵ O reconhecimento deste distúrbio exige, assim, um breve rastreio cognitivo e uma observação clínica perspicaz.⁴⁵

Existe uma abundância de ferramentas de avaliação disponíveis especificamente projetadas para reconhecer o início do *delirium* (quadro 4). Poderia considerar-se, portanto, que o *delirium* deveria ser facilmente reconhecido, contudo isso não é o que se verifica. Apesar da existência de várias ferramentas, escolher a mais adequada para utilizar em cuidados paliativos pode ser um desafio.

Os vários instrumentos de avaliação têm vindo a ser analisados exaustivamente, mas parece haver pouca concordância entre os investigadores sobre qual deles seja o mais eficaz. Estes podem ser categorizados de acordo com o seu objetivo funcional: rastreio,

diagnóstico ou monitorização da gravidade (quadro 4). A inconsistência da avaliação é um aspeto importante, pois nenhuma ferramenta engloba todas as vertentes do *delirium*, de modo que pode exigir o uso de mais do que uma ferramenta para reconhecer, avaliar e tratar com precisão o início deste sintoma para uma pessoa em estado terminal.⁵⁸ Todavia a utilização combinada de duas ou três ferramentas para aumentar a precisão do diagnóstico poderá ser demorado e oneroso, esgotando o doente com perguntas e, às vezes, iniciando intervenções inapropriadas.⁵⁸

Geralmente, o instrumento mais utilizado para identificação de *delirium* é o *Confusion Assessment Method (CAM)*, que foi validado em estudos de alta qualidade que incluíram mais de 1000 doentes, com sensibilidade de 94%, especificidade de 89% e alta confiabilidade entre avaliadores.^{59,60} Embora esta ferramenta seja observacional, ela foi pensada para ser administrada juntamente com um breve teste de cognição, como o *Short Orientation Memory Concentration Test (SOMCT)*, ou pelo menos uma avaliação de atenção, como contando de 20 para 1 em sentido inverso ou repetindo os meses do ano em sentido inverso.²² Embora o CAM tenha sido estritamente desenhado para rastrear em vez de diagnosticar especificamente o *delirium*, na prática clínica e em alguns estudos de investigação, esta ferramenta é frequentemente usada em diagnósticos. Foi ainda validada como ferramenta de rastreio de *delirium* em cuidados paliativos, podendo ser adotado para a avaliação deste sintoma na fase final de vida.⁶¹ Porém, alguns estudos neste contexto demonstraram apenas sensibilidade moderada quando usado por pessoal minimamente treinado.⁶¹ Não obstante, esta ferramenta pode ser considerada eficaz para doentes com *delirium* terminal, pois é breve, dando indicação imediata de *delirium*.⁶² Além disso, apesar de não permitir avaliar a gravidade dos sintomas, revelou uma boa correlação com o DSM-4 e o Mini Mental State Examination (MMSE),⁶² bem como a sua adaptação aos critérios da ICD-10, através da adição da atividade psicomotora, mostrou um potencial diagnóstico favorável.⁶³ Importa realçar que foi criada uma derivação do CAM, o Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM), que foi desenvolvido para identificar sintomas de *delirium* baseados em relatos de familiares e cuidadores informais. Este instrumento pode auxiliar no reconhecimento precoce do *delirium*, sobretudo no âmbito da comunidade.⁶⁴

Instrumentos de avaliação do Delirium				
	Instrumentos	Critérios do DSM-5 abrangidos*	Utilizados em cuidados paliativos e oncologia (até 2014)	Características
Rastreo	MMSE	A, C	Utilizado em estudos não validados	Breve; tarefas manuais e verbais; necessário treino mínimo
	SOMCT	A, C	Utilizado em estudos não validados	Breve; apenas tarefas verbais; necessário treino mínimo
	CAM	A (atenção), B	Utilizado em estudos validados e não validados	Breve; necessário treino de nível moderado; verbal; requer coadministração de breve teste cognitivo
	MDAS	A, C	Utilização limitada	Potencialmente oneroso; pode pontuar resultados
	NuDESC	A (consciência)	Utilizado em estudos não validados e em estudos validados de acordo com o DSM-5	Breve; critérios facilmente avaliados; necessário treino de nível moderado
	DOS	A, C	Utilizado em estudos validados de acordo com os critérios CAM	Breve; critérios facilmente avaliados; necessário treino de nível moderado
	SQID	B (início ou mudança)	Utilizado em estudos validados de acordo com o DSM-5	Breve; questão única a familiar/cuidador; não é necessário treino específico
Diagnóstico	DSM-5	(A-E)	Não utilizado	Necessário treino de nível elevado
	ICD-10	A, B, C e E	Utilizado em estudos não validados	Semelhante no geral ao DSM-5, à exceção do critério D; necessário treino de nível elevado
Aval. Gravidade	MDAS	A, C	Utilizado em estudos não validados e em estudos validados de acordo com o DSM-5	Capta de forma abrangente características angustiantes; adequado principalmente para estudos de investigação
	DRS-R-98	A, B, C	Utilizado em estudos não validados e em estudos validados de acordo com o DSM-5	Capta de forma abrangente características angustiantes; adequado principalmente para estudos de investigação
	DOM	A, B, C	Não utilizado	Breve; necessário treino de nível moderado; validado para população idosa, utilizando os critérios de DSM-5
	NuDESC	A (consciência)	Utilizado em estudos não validados	Capta as características mais angustiantes
	DOS	A, C	Utilizado em estudos não validados	Capta as características mais angustiantes
Agitação/sedação	RASS-PAL	A (consciência)	Utilizado em estudos não validados	Breve; facilmente aplicada pelos diferentes membros da equipa interdisciplinar; necessário treino mínimo
* A – Atenção/consciência; B-Flutuação de sintomas; C- Cognição; D-inexplicável por outro transtorno neurocognitivo; E- Etiologia orgânica				

Quadro 5 - Instrumentos de avaliação do Delirium²²

O MMSE é outra ferramenta de avaliação que tem sido usada para ajudar no rastreio de *delirium*, apesar de não estar validada na população de cuidados paliativos. Apesar de ser uma das ferramentas de rastreio cognitivo mais utilizadas pelos profissionais de saúde, as suas alterações não são sinónimas de *delirium*, apenas representam uma alteração cognitiva significativa que pode ou não cumprir os critérios de *delirium*.⁵¹ O MMSE é usado principalmente como uma ferramenta de triagem inicial ao avaliar a capacidade da pessoa em tomar decisões. Deverá ser em seguida utilizada uma ferramenta mais abrangente, preenchida por avaliadores profissionais treinados. O MMSE não deve ser usado como um teste confirmatório de *delirium*, dado a sua fraca precisão, mas poderá ser usado como uma triagem inicial para descartar os doentes que provavelmente não têm *delirium*, com aproximadamente 93–97% de precisão.⁶⁵ Ao usar esta ferramenta, é preciso considerar que o doente tenha capacidade prévia em compreender aritmética simples, bem como em ler e escrever.⁵⁸

Outra escala utilizada em contexto paliativo é a *Delirium Rating Scale (DRS)*. A *Delirium Rating Scale-1998 (DRS-98)* foi desenvolvida por Trzepacz, Baker e Greenhoues,⁶⁶ tendo sido inicialmente projetada para a avaliação do *delirium* em vários casos diagnósticos. Desde então, esta tem sido estabelecida como uma ferramenta eficaz para uso na avaliação da gravidade do *delirium* nos doentes em fase final de vida. Todavia esta escala é demorada, pois requer consideração da história médica passada, observações de enfermagem, testes e entrevistas com o doente, exigindo por isso que seja utilizada por profissionais treinados.

Outro instrumento muito utilizado para medir a gravidade do *delirium* é o *Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)*.⁶⁷ Esta ferramenta é breve e confiável, tendo demonstrado melhores resultados do que a DRS e a MMSE num estudo realizado em doentes oncológicos e com SIDA.⁶⁷ Para além disso, oferece as vantagens de poder ser utilizada repetidamente (num período de 24 horas) e de não requerer a incorporação de outras medidas clínicas (por exemplo, o MMSE) para avaliar o funcionamento cognitivo (como recomendado no DRS).⁶⁷

Para além das referidas, existem outras ferramentas de avaliação como a *Delirium Observation Screening (DOS)*, a *Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)* e a *Neelon*

and Champagne (NEECHAM) *Confusion Scale*, que têm vindo a ser utilizadas particularmente em estudos científicos na área de enfermagem.

Estrategicamente, os enfermeiros estão na posição ideal para conduzir o rastreio, dado o alto nível de contato com o doente, decorrente do seu trabalho por turnos. Porém, na maioria das vezes, os enfermeiros não recorrem a instrumentos específicos para detetar o *delirium*, contando apenas com o seu “olhar clínico”. Acreditam que conhecer bem o doente e comunicar com ele e sua família ajude ao reconhecimento de sintomas de *delirium*, todavia estas interações nem sempre os levam a detetar esta perturbação.⁶⁸ Além do desafio de reconhecer o *delirium* hipoativo, nem todos os doentes com essa síndrome são conhecidos pelos enfermeiros, capazes de comunicar verbalmente ou ter família disponível, o que limita esta abordagem não estruturada. Os enfermeiros também são menos propensos a registar os sintomas de *delirium* dos doentes ou a utilizar termos vagos e inespecíficos, quando não utilizam um processo estruturado de avaliação.⁵⁴ No estudo de Hosie et al.¹⁴ acerca do reconhecimento do *delirium* pelos enfermeiros de cuidados paliativos, verificou-se que os critérios diagnósticos desta síndrome não foram referidos durante nenhum dos incidentes. Essa ausência contribuiu para que a confusão, preocupação e frustração dos enfermeiros continuasse por um período de tempo (às vezes, dias) quando não conseguiam entender no imediato o que se passava com o doente, resolvendo-se apenas quando era determinado - geralmente pelo médico - que o *delirium* era a causa das alterações agudas.¹⁴

Apesar de muitos investigadores defenderem a utilização do rastreio para diagnosticar o *delirium* em cuidados paliativos, a evidência do benefício versus sobrecarga ainda não foi totalmente avaliada em relação a estes doentes.²² Porém, uma abordagem não estruturada para o reconhecimento e rastreamento do *delirium* não apenas contribui para a incerteza, preocupação e perplexidade dos enfermeiros em cuidados paliativos sobre os sintomas observados, mas também atrasa o início de uma intervenção adequada para reverter o sintoma e/ou reduzir seu impacto negativo.¹⁴

Torna-se, assim, evidente a necessidade de aumentar o reconhecimento precoce do *delirium* através do rastreio cognitivo de rotina pelos enfermeiros, a fim de garantir que esta síndrome seja imediatamente considerada como uma possibilidade quando os

sintomas agudos ocorrerem e promover a avaliação contínua e a comunicação atempada das mudanças observadas aos restantes elementos da equipa de saúde. O tipo ideal de instrumento de avaliação dependerá dos objetivos de cuidado, do contexto clínico, do profissional (enfermeiro ou médico) e dos dados de validação relatados para o instrumento em questão.²²

1.6. Tratamento

Em cuidados paliativos, evidências indicam que aproximadamente 50% dos episódios de *delirium* podem ser revertidos, especialmente aqueles precipitados por medicamentos, infeções e anormalidades eletrolíticas.²² Apesar de estimar-se que o *delirium* seja reversível no máximo em metade dos casos para aqueles com diagnóstico terminal⁶⁹ quanto mais tempo não for tratado, mais difícil e improvável se torna a reversibilidade.⁷⁰ É assim prudente que sejam tratados todos os casos de *delirium* como potencialmente reversíveis. Contudo, esta síndrome pode não ser reversível nas últimas 24-48h de vida e, como tal, deve ser considerado o balanço entre minimizar os fatores de risco e atingir os níveis máximos de conforto.⁵⁷

O tratamento inicial tem três prioridades simultâneas: a manutenção da segurança do doente, a identificação da(s) causa(s) e o controlo dos sintomas. Manter a segurança do doente centra-se sobretudo em garantir um ambiente externo seguro, prevenindo eventos adversos para a pessoa, tais como quedas, aspirações ou traumas físicos e/ou psicológicos. Os enfermeiros têm o papel mais preponderante neste âmbito.

Dado o fator de reversibilidade desta síndrome, o foco do tratamento do *delirium* baseia-se no controlo do(s) fator(es) causador(es), sempre que possível. Rotação de opioides, remoção de qualquer medicação que possa contribuir para o *delirium* e gestão da desidratação e hipercalcemia são exemplos. Parar a prescrição de medicamentos causadores de *delirium* é uma estratégia de gestão essencial e importante, uma vez que os medicamentos são um dos precipitantes mais comuns desta perturbação na população oncológica em estágio avançado.⁴¹ Os opioides são umas das causas mais frequentes do *delirium* que pode ser reversível através da rotação de opioide ou redução da dose.⁴¹ O estudo de Morita et al.⁷¹ demonstrou que a rotação de morfina para

fentanil em doentes oncológicos com *delirium* induzido por morfina não só aliviou os sintomas de *delirium* como melhorou o controlo de dor.

Para a gestão inicial dos sintomas, as abordagens não farmacológicas são a estratégia de primeira linha. Dada a escassez de ensaios controlados por placebo, é difícil saber se o tratamento farmacológico afeta o curso do *delirium*, em lugar do tratamento das causas subjacentes. Assim, os medicamentos devem ser usados somente em doentes gravemente agitados nos quais a interrupção de terapias médicas essenciais (por exemplo, ventilação mecânica, cateteres de diálise) ou autoagressão é um risco, ou em doentes com sintomas psicóticos extremamente angustiantes (por exemplo, alucinações, delírios).⁴⁵

Os ensaios clínicos para controlo do *delirium* têm se concentrado principalmente em fármacos antipsicóticos ou sedativos. Embora esses fármacos possam reduzir a agitação e os sintomas comportamentais associados ao *delirium*, que muitas vezes são exasperantes para os profissionais de saúde, nenhuma evidência mostra que os antipsicóticos ou os sedativos efetivamente melhoram o prognóstico.⁴⁵ Os agentes farmacológicos que já foram analisados incluem o haloperidol, a risperidona, a rivastigmina, o donepezil, os benzodiazepínicos (para o sono) e a melatonina.⁴⁵

Um ensaio clínico⁷² randomizado, duplo-cego, com 30 pessoas com SIDA em estado terminal comparou o haloperidol, a clorpromazina e o lorazepam. Os resultados demonstraram que baixas doses de haloperidol e clorpromazina são clinicamente eficazes, mas o lorazepam, usado como agente único, agrava os sintomas de *delirium*.⁷²

De facto, apesar das benzodiazepinas serem o tratamento preferencial no *delirium* por abstinência de álcool e de benzodiazepinas, são problemáticas no *delirium* sem abstinência. Clegg e Young,⁷³ na sua revisão sistemática acerca de medicamentos a evitar em doentes de alto risco, descobriram que os benzodiazepínicos estavam inclusivamente associados ao *delirium*. Estes fármacos devem assim ser evitados, sobretudo na população mais idosa, na qual se verificam maiores efeitos adversos.

O haloperidol tornou-se a opção com melhor custo-efetividade. É tolerado pela maioria dos doentes e o *delirium* geralmente fica controlado com doses baixas, ou seja, abaixo de 5 mg/dia. Para além disso, é possível ser administrado por diferentes vias, incluindo

a subcutânea. Num estudo de farmacovigilância⁷⁴, composto por 119 doentes em cuidados paliativos (88% dos quais tinham cancro) que receberam haloperidol para controlo de *delirium*, um em cada três doentes apresentou benefício em 48 horas.

Agentes antipsicóticos atípicos, como a risperidona, a olanzapina e o aripiprazol, foram comparados com o haloperidol, em estudos prospetivos e retrospectivos, não tendo sido demonstrada nenhuma diferença estatisticamente significativa.⁷⁵ Apesar de não serem melhores que o haloperidol, há sugestões de menos efeitos colaterais extrapiramidais.⁷⁵ Uma das desvantagens dos agentes atípicos é que eles estão maioritariamente disponíveis apenas como agentes orais. A olanzapina, o aripiprazol e a ziprasidona estão agora disponíveis como injeções intramusculares, mas os profissionais de cuidados paliativos tentam evitar essa dor. Os investigadores têm vindo a procurar novas vias alternativas. Um ensaio preliminar que utilizou olanzapina por via subcutânea não encontrou reações adversas na pele e demonstrou uma eficácia de 37,5% no controlo de *delirium* hiperativo e misto.⁷⁶

Os fármacos antipsicóticos (típicos ou atípicos) devem ser titulados individualmente até à menor dose efetiva. Os esquemas de dosagem atuais são derivados de *guidelines* ou da opinião de especialistas, sendo necessário mais evidências para consolidar as estratégias de dosagem e titulação.²² É assim prudente iniciar o tratamento com a menor dose possível e avaliar os seus efeitos no doente.

Relativamente aos inibidores da colinesterase, a rivastigmina e o donepezil, uma revisão⁷⁷ da Cochrane concluiu que não havia evidências que sugerissem benefício na sua utilização.

É comum os profissionais de saúde controlarem farmacologicamente apenas os sintomas do *delirium* hiperativo. Todavia, como já foi abordado, o *delirium* hipoativo pode ser tão angustiante quanto o do tipo hiperativo, sendo por isso apropriado intervir em situações de prostração acentuada, anedonia e depressão. Num estudo⁷⁸ com 24 doentes, 11 eram hipoativos e responderam bem ao haloperidol, com melhoria semelhante à do grupo hiperativo. Outro estudo⁷⁹ também sugere que o efeito dos antipsicóticos é semelhante e independente do subtipo de *delirium*. Existem relatos acerca do uso de metilfenidato no *delirium* hipoativo, pois tratando-se de um

estimulante pode melhorar a excitação e a capacidade de concentração.⁸⁰ Porém, o uso de psicoestimulantes no controlo do delirium hipoativo não é atualmente recomendado devido a evidências limitadas.⁸¹

Há argumentos a favor e contra o uso de medicamentos para controlar o *delirium*, mas parece que as questões fundamentais residem na capacidade de diagnosticar o tipo de delirium associado. Uma vez que isso tenha sido estabelecido, é possível tentar tratar ou começar a reverter os sintomas, mas o dilema ético no final da vida é continuar a fazer isso ou focar os cuidados no conforto e na qualidade de vida.⁸² Tornar o doente confortável no fim de vida pode ser alcançado de forma mais eficaz, num período de tempo muito mais curto, do que identificar e tratar a causa do *delirium*.⁵⁸

Mais recentemente, um estudo randomizado⁸³, duplamente cego, aplicado numa população de cuidados paliativos, demonstrou que os sintomas do *delirium* relacionados com o comportamento, comunicação e perceção foram maiores naqueles tratados com drogas antipsicóticas do que naqueles que receberam placebo, estando associados a efeitos extrapiramidais. Em cuidados paliativos, os doentes que apresentam *delirium* de intensidade leve ou moderada, não devem receber tratamento com medicamentos antipsicóticos. Em vez disso, a gestão do delirium deve basear-se na avaliação sistemática, dado que dois terços das pessoas com *delirium* não são diagnosticadas no encaminhamento para os cuidados paliativos,⁴³ na reversão de fatores precipitantes e na realização de intervenções de suporte.⁸³

Se um doente está a aproximar-se do fim de vida, deve considerar-se o dilema associado ao tempo gasto tentando avaliar a reversibilidade em vez de simplesmente tratar o *delirium*. Atrasos no tratamento durante a avaliação do doente podem resultar em sofrimento para este e sua família.¹⁹ Assim, a pessoa que sofre de *delirium* deve ser avaliada de forma personalizada, de modo a priorizar o conforto e o controlo sintomático nas situações de últimos dias ou horas de vida.

Em muitos casos, para garantir o bem-estar do doente é necessário recorrer à sedação paliativa, sendo o *delirium* uma das indicações mais comuns.⁸⁴ A sedação paliativa é definida como o uso monitorizado e proporcional de medicação sedativa para reduzir a consciência do doente que apresenta sintomas intratáveis e refratários, próximo do final

de vida (últimos dias a semanas).⁸⁵ O *delirium* hiperativo no final da vida é qualificado como "refratário" quando todas as tentativas de controlar seus sintomas falharam e quando há falta de outros métodos de tratamento paliativo dentro de um prazo aceitável e sem efeitos adversos intoleráveis.⁸⁶ Apesar de ainda ser controversa, quando adequadamente aplicada e titulada, a sedação não encurta a vida, tratando-se de uma intervenção eticamente aceita.⁸⁴ Do ponto de vista clínico, a terapia farmacológica sedativa não deve ser aplicada rotineiramente para controlar os sintomas de agitação sem uma consideração individualizada cuidadosa, e a profundidade ou duração da sedação deve ser ajustada para cada situação.⁸⁷ O midazolam é o fármaco mais utilizado para a sedação paliativa, pois tem como vantagens o rápido início de ação, a meia-vida curta e o efeito sedativo consoante a dose.²² Isto permite uma melhor monitorização dos resultados terapêuticos e eventuais efeitos colaterais, bem como um controlo mais eficaz sobre o tipo de sedação escolhida.

1.7. Impacto do delirium

De todas as complicações em fim de vida, poucas são tão difíceis de diagnosticar e tratar, nem deterioram tanto o bem-estar do doente e família, como o *delirium*.⁸⁸ O estado de confusão aguda pode surpreender ou assustar mais do que a dor ou outros problemas, tornando difícil a avaliação do doente e impedindo a sua participação na tomada de decisões em relação à sua doença.⁸⁸ É complicado comunicar com uma pessoa em *delirium*, o que causa impacto no seu relacionamento com a família e profissionais de saúde.

Esta síndrome gera um grande sofrimento para os doentes, assim como, sobrecarga na família e na equipa terapêutica, conduzindo por vezes a internamentos sucessivos e à exaustão do cuidador. Também a nível económico, constata-se uma mobilização elevada de recursos de saúde na resolução do *delirium* e das suas consequências.

A. Doente

O doente sofre os efeitos do *delirium* em primeira mão. Apesar de alguns doentes não se lembrarem do seu episódio de confusão, estudos comprovam que a grande maioria recorda a experiência, sofrendo com a mesma. No estudo prospetivo de Bruera et al.⁸⁹ os autores observaram que 74% dos doentes que recuperaram de um episódio de

delirium tiveram uma clara recordação do mesmo. Estes doentes apresentaram níveis significativamente mais elevados de sofrimento, principalmente associados à agitação psicomotora, delírios e desorientação temporal e espacial.⁸⁹ Também no estudo de Breitbart, Gibson e Tremblay⁷ com pessoas com cancro hospitalizadas, dos 54% dos doentes que recordaram o seu episódio de *delirium*, 80% relataram-no como algo que lhes causou “sofrimento severo”.

Apesar de existirem relatos contraditórios, no geral os doentes referem experiências semelhantes como: dificuldade em distinguir o real do irreal; desorientação de dia e noite; obnubilação dos processos de pensamento ou sensação de observar através de neblina; fortes emoções (raiva, medo, insegurança e falta de esperança); falta de controlo; passado e presente “enovoados”; alucinações e delírios.⁹⁰ Estas perceções erróneas, alucinações e delírios geralmente envolvem funcionários, outros doentes ou até membros falecidos da família.⁹⁰

Um psiquiatra reformado de 79 anos escreveu algumas notas após a recuperação do seu episódio de *delirium*.⁹¹ De acordo com a sua experiência, durante o episódio ele achava que estava a receber "choques elétricos" (enquanto estava a ser avaliada a sua pressão arterial, através de um esfigmomanómetro automático), a receber um "gás venenoso" (devido à utilização de uma máscara de oxigénio) e acreditava que as enfermeiras iam matá-lo (tendo inclusive tentado lutar com as mesmas).⁹¹ Esta alteração da realidade conduz a conflitos entre o doente e as pessoas envolventes, que muitas vezes não compreendem que este se encontra fora da realidade. Dificuldades de comunicação são habitualmente relatadas por doentes que sentem que não estão a ser ouvidos ou entendidos.⁹⁰

Apesar dos momentos de agitação psicomotora puderem ser mais traumáticos, importa realçar que os doentes que apresentam *delirium* hipoativo referem uma angústia semelhante àqueles com o tipo hiperativo.⁹² Todavia, estes doentes são muitas vezes menosprezados face aos restantes.

Não obstante o sofrimento emocional associado a esta síndrome, também se verificam consequências físicas. O *delirium* encontram-se frequentemente associado a quedas, úlceras de pressão, aspirações alimentares, desnutrição e declínio funcional.⁴⁵

Frequentemente os profissionais de saúde, para garantirem a segurança dos doentes hospitalizados, mantêm-nos no leito, por vezes contidos mecanicamente. Esta imobilização, quando por períodos prolongados, para além de sofrimento psicológico, pode conduzir a síndromes de imobilização e a alterações na integridade cutânea, que vêm acompanhadas de dor e desconforto. Também durante estes episódios é difícil a tentativa de alimentação e hidratação, dado o risco de aspiração associado, o que pode levar a desnutrição ou desidratação, que já podem estar presentes. Por outro lado, é comum os doentes tentarem sair do leito ou deambularem durante o período noturno, no qual é mais habitual a ocorrência de episódios de *delirium*, apresentando frequentemente quedas. Estas podem em situações mais graves, levarem a traumatismos cranianos, fraturas ou até desfechos fatais. Além disto, indivíduos com 65 anos ou mais hospitalizados com *delirium* correm três vezes mais risco de serem colocados em instituições especiais e cerca de três vezes mais risco de declínio funcional do que doentes hospitalizados sem *delirium*, tanto por ocasião da alta como três meses depois.²⁰

B. Família

É necessário reconhecer que, tal como o doente sofre com os episódios de *delirium*, também a sua família e pessoas significativas sentem a angústia e o desespero de presenciar esta perturbação. O impacto de testemunhar esta síndrome é significativo, o que leva os cônjuges e cuidadores a sofrerem mais com os episódios de *delirium* do que os próprios doentes.⁷

O estudo qualitativo de Namba et al.⁹³ constatou que 70% das famílias expressaram desconforto ao observar o *delirium* nos seus familiares. Essa angústia foi associada a sentimentos de culpa, ansiedade e preocupação, desamparo e exaustão.⁹³ Cohen, Pace, Kaur e Bruera⁹⁴ reportaram resultados semelhantes em familiares de doentes oncológicos que descreveram as suas experiências como "stressantes", "terríveis", "frustrantes" e "assustadoras".

Muitas famílias consideram esta síndrome como um reflexo de dor, desconforto físico, efeito da medicação, psicose, sofrimento emocional ou ansiedade relacionada com a morte dos seus entes queridos, enquanto outros encaram-no como um agente de alívio

ao real sofrimento.^{8,95} Esta ambiguidade conduz a sentimentos de ambivalência. De acordo com o estudo de Morita et al.⁹⁵ os sentimentos mais experienciados pela família são o desejo ambivalente de controlo sintomático (sedação) e a vontade de manter a comunicação com o doente, o sentimento de culpa e a preocupação em permanecer com o doente.

Buss et al.⁹⁶ relataram que os cuidadores informais de doentes oncológicos com *delirium* percebido pelo cuidador tinham 12 vezes mais probabilidade de desenvolver ansiedade generalizada. O *delirium*, mais do que outros sintomas comuns, como a dor, os vómitos ou a insónia, está associado à ansiedade e sobrecarga em cuidadores.⁹⁶ Também o estudo de Bruera et al.⁸⁹ sobre parentes em luto que relataram os episódios de *delirium* dos seus entes queridos, identificou que os membros da família sofreram altos níveis de stress ao recordar os sintomas do *delirium*. Curiosamente, os investigadores notaram que os familiares ou cuidadores relataram mais sintomas de *delirium*, como gemidos, movimentos inquietos e gritos, do que os enfermeiros especialistas em cuidados paliativos.⁸⁹ Isto pode sugerir que os familiares monitorizam o comportamento do doente e/ou a resposta ao tratamento com maior sensibilidade do que os profissionais de saúde, ou que, por outro lado, interpretam em excesso o que estão a testemunhar, devido à sua ansiedade pessoal.⁸⁹

Seja do tipo hipotivo, misto ou hiperativo, o *delirium* interrompe a relação preexistente entre o doente e o cuidador. No cenário de cancro avançado e uma expectativa de vida limitada do doente, uma interrupção abrupta nessa relação pode parecer particularmente ameaçadora para os cuidadores à medida que eles antecipam que o ente querido adoece e temem o seu sofrimento futuro. O cuidador pode antecipar que o doente nunca retornará ao seu estado habitual, ou pode não ser capaz de voltar a comunicar eficazmente, aumentando o espectro de perda permanente da pessoa, mesmo antes da morte.⁹⁶ Além disso, a natureza flutuante do *delirium* leva a que os doentes oscilem entre o estado normal ou próximo do normal e a incapacidade de reconhecer o cuidador. A incapacidade do cuidador de antecipar o estado do doente de hora a hora ou no dia-a-dia aumenta a incerteza geral da situação clínica e intensifica o seu stress e ansiedade.⁹⁶ Níveis elevados de sofrimento emocional podem estar ligados

à quebra do relacionamento com o doente, à confusão e à falta de informação sobre as causas e o curso do *delirium*, bem como ao desamparo em relação a como apoiar o seu ente querido. Daí ser comum experienciar emoções negativas específicas, como medo, constrangimento, raiva, tristeza e culpa.⁹⁷

Para além do sofrimento emocional que esta síndrome acarreta, esta é uma causa frequente de conflito entre os familiares e profissionais de saúde.⁸⁹ Os fatores mais associados aos níveis de sofrimento dos familiares da pessoa com *delirium*, são a experiência acerca dos episódios de agitação, a sua interpretação das causas do *delirium* e sua perceção sobre os cuidados que receberam.⁹⁵ A família sente-se muitas vezes impotente, referindo a sensação de fracasso num momento crítico em que consideram que deveriam ser fortes pela pessoa doente. Perante um episódio de *delirium*, referem uma grande angústia ao observarem o seu ente querido e consideram muitas vezes que os profissionais não dão resposta à resolução deste problema.⁹⁵ No estudo de Morita et al.⁹⁵ a maioria dos familiares consideraram insuficientes os cuidados médicos prestados, referindo a necessidade de mais informações e de os profissionais de saúde serem menos distantes e mostrarem mais respeito pela natureza subjetiva do doente.

Em cuidados paliativos, esta perturbação causa ainda maior impacto, uma vez que os familiares de pessoas com doença crónica avançada, têm uma preocupação acrescida com a possibilidade de não terem a oportunidade de se despedir ou conversar sobre questões importantes na fase final de vida do seu ente querido. Para além disso, como o *delirium* pode prejudicar a autonomia do doente, os cuidadores podem ter de assumir um papel mais ativo na tomada de decisão clínica. Assim, o *delirium* pode aumentar a carga física, bem como emocional e psicológica dos cuidadores da pessoa com doença crónica avançada. Daí a importância de os profissionais de saúde envolverem a família/cuidadores informais, considerando-os também alvo dos seus cuidados, de modo a garantir o seu bem-estar e o do doente.

C. Profissionais de saúde

O *delirium* pode ser considerado um dos sintomas mais desafiantes para a equipa de saúde. Em contexto de internamento, os doentes com *delirium* apresentam um elevado declínio funcional e, habitualmente, exibem comportamentos inseguros que impõem

cuidados de enfermagem mais exigentes.¹⁰ Torna-se exaustivo e moroso para os enfermeiros, pois são eles que lidam mais frequente e intimamente com estes doentes. No estudo quantitativo de Mc Donnel e Timmins,¹¹ os resultados indicam que os enfermeiros experienciam níveis elevados de stress e tensão ao gerir o *delirium*. De facto, cuidar de pessoas com *delirium* pode ser difícil, stressante e, por vezes, perigoso.⁸ Os enfermeiros consideram esta tarefa desgastante, dado a natureza imprevisível dos doentes confusos e a necessidade de balancear os cuidados a outros doentes, de forma a não negligenciar as suas necessidades e segurança.⁹⁸

Tal como o doente e família, também os enfermeiros relatam um conjunto de experiências, sentimentos e dificuldades ao lidarem com a pessoa com *delirium*. De duas revisões da literatura que examinaram o efeito do *delirium* na equipa de enfermagem emergiram os seguintes temas: “stress devido à imprevisibilidade do *delirium* e carga de trabalho”, “situações incertas”, “questões de segurança”, “doentes que mantêm distância ou desconfiança nos enfermeiros”, “dificuldades em abordar os doentes”, “decidir quando ser flexível e quando estar no controlo”, “barreiras no ambiente de cuidados que não respondem às necessidades dos idosos” e “entender as suas experiências”.^{8,99} Isto demonstra que os enfermeiros tendem a não compreender as alterações e os comportamentos da pessoa com *delirium*, experienciando níveis elevados de desconforto e stress ao lidar com esta síndrome.

O stress dos enfermeiros aumenta com a gravidade do episódio de *delirium* e a presença de alucinações. Os comportamentos hiperativos contribuem para um aumento da sobrecarga destes profissionais.¹¹ Um doente agitado e delirante, com alucinações e insónia é obviamente um desafio nos cuidados de enfermagem, uma vez que consome várias horas à equipa e desperta nos enfermeiros sentimentos de ansiedade, frustração, impotência e até medo.⁷ Estes sentimentos podem conduzir os profissionais a intervir de forma desadequada. Como os comportamentos hiperativos são frequentemente percebidos de forma negativa, os enfermeiros podem responder de maneira rude ou agressiva a esses doentes, exacerbando ainda mais a resposta ao *delirium*, pois os doentes ameaçados nessas situações tornam-se ainda mais violentos e menos colaborantes.¹⁰⁰

Todos estes constrangimentos levam os enfermeiros a reconhecer a necessidade de mais educação na área. Em cuidados paliativos, estes profissionais lidam frequentemente com esta síndrome, tornando-se ainda mais relevante a importância de utilizar estratégias que reduzam o seu impacto físico, emocional e psicológico. É necessário que os enfermeiros consigam reconhecer a experiência do doente e família e procurem o significado que estes atribuem a essa experiência para compreender a situação e, assim, realizar intervenções que atendam às necessidades expressas. Os enfermeiros de cuidados paliativos defendem que informações adicionais acerca do *delirium* aumentariam a sua capacidade de providenciar uma "boa morte".¹⁵ Na verdade, aqueles que recebem treino ou formação na área são menos propensos a reportar dificuldades em gerir os cuidados na pessoa com *delirium* (McDonnell e Timmins, 2012). De acordo com Brajtman et al.¹⁵ o aumento do conhecimento e habilidades na identificação, diagnóstico e gestão do *delirium* são considerados essenciais para a compreensão do desenvolvimento e processo do *delirium*. Estes autores defendem ainda que partilhar experiências com seus colegas de enfermagem e ter acesso a informação científica sobre o *delirium* contribui para a compreensão e intervenção terapêutica neste sintoma.¹⁵

D. Económico

Apesar da elevada prevalência do *delirium*, sobretudo na população idosa e na pessoa com doença oncológica, ainda não foi estudado em Portugal o impacto económico desta síndrome no sistema de saúde. Todavia, extrapolando os dados elevados de incidência e prevalência noutros países e o facto de os tumores malignos serem uma das principais causas de morte em Portugal, concentrando, juntamente com as doenças cardiovasculares, 54% dos óbitos do país,¹⁰¹ é plausível afirmar que os custos deverão ser elevados. A acrescentar a esse facto, a população portuguesa é cada vez mais envelhecida, morrendo cada vez mais tarde e aumentando a taxa de prevalência de doenças crónicas,¹⁰¹ o que se traduz em maior probabilidade de desenvolver esta síndrome e acarretar custos elevados ao Sistema Nacional de Saúde.

Nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo calculou que o custo médio por dia de sobrevivência de um doente com *delirium* é duas vezes e meia superior a um doente sem

delirium, sendo que as estimativas de custo total atribuíveis a esta perturbação variaram entre US\$16.303 a US\$64.421 por doente.¹⁰² Ainda de acordo com este estudo, a carga nacional do *delirium* no sistema de saúde varia entre US\$38 bilhões a US\$152 bilhões por ano, o que revela um impacto económico substancial nos custos da saúde, que rivaliza com as quedas e a diabetes nos idosos.¹⁰²

Para além da necessidade elevada de recursos humanos e físicos associados ao controlo desta síndrome, o *delirium* aumenta significativamente o risco de quedas, declínio funcional, demência, tempo de internamento e institucionalização.¹⁰³ Isto torna-o um dos sintomas em cuidados paliativos mais caros de tratar pois as consequências como o maior tempo de internamento hospitalar e maior necessidade de cuidados a longo prazo requerem recursos intensivos.¹⁰⁴

Sendo o *delirium*, a principal causa para as quedas hospitalares, que estão associadas a elevados custos em saúde, a prevenção de quedas tornou-se uma prioridade máxima entre os hospitais dos EUA.¹⁰⁵ Também em Portugal é comum existir na maioria dos serviços de saúde protocolos de atuação na prevenção e gestão de quedas, todavia as medidas deveriam passar também pela prevenção do *delirium*, através de medidas não farmacológicas standardizadas. Segundo Inouye et al.⁴⁵ o *delirium* é multifatorial e está associado a muitas outras síndromes comuns da velhice (quedas, úlceras por pressão, declínio funcional e incontinência), portanto a abordagem desta síndrome oferece uma estratégia altamente prática e eficaz para melhorar os resultados, diminuir os custos e elevar a qualidade do sistema de saúde. Uma vez que, cerca de um terço de todos os episódios de *delirium* poderiam ser prevenidos, a prevenção também deverá fazer parte da abordagem, dado tratar-se da estratégia com melhor custo-efetividade.¹⁰⁴ Assim, a prevenção e o reconhecimento atempado dos doentes com *delirium* poderia conduzir a uma diminuição do impacto económico na saúde, reduzindo os custos no tratamento farmacológico e nas consequências que esta perturbação acarreta, nomeadamente nas quedas, úlceras de pressão e internamentos prolongados.

1.8. A importância do enfermeiro

Os enfermeiros são os profissionais privilegiados na prevenção, reconhecimento e intervenção precoce nos episódios de *delirium*. Ao estarem presentes

ininterruptamente em serviços de internamento, têm a oportunidade de detetar modificações precoces no estado neurológico do doente, que passariam despercebidas a outros profissionais de saúde. As interações íntimas dos doentes com os enfermeiros ao longo do período de 24 horas fazem com que estes estejam idealmente posicionados para reconhecer os sintomas precoces do *delirium*, avaliar o doente e aplicar tratamento apropriado e intervenções de suporte.¹⁴ De facto, estes profissionais encontram-se numa posição ideal para melhorar as taxas de diagnóstico de *delirium*, o seu controlo e providenciar cuidados necessários a estes doentes.¹⁰⁶

A atividade dos enfermeiros envolve não apenas intervenções autónomas, como também intervenções resultantes de colaboração e de interdependência. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE),¹⁰⁷ as intervenções autónomas consistem em ações que são realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. Por sua vez, as intervenções de índole interdependente resultam de atividades de colaboração entre o enfermeiro e outros elementos da equipa de cuidados de saúde. Consideram-se, então, intervenções interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para o alcance de um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão inseridos, e das prescrições ou orientações formalizadas.¹⁰⁷ Tratando-se o *delirium* de uma condição aguda com componentes reversíveis, associada a alta morbidade e mortalidade, é crucial que os enfermeiros mantenham um senso de urgência na avaliação e intervenção atempadas.¹⁰⁸ Cabe a este grupo profissional despistar eventuais causas e discuti-las com o médico, para correção oportuna. No entanto, frequentemente, os enfermeiros referem sentirem-se ignorados ou não ouvidos quando relatam suas observações de *delirium* aos médicos,⁵⁴ o que impede eventualmente a intervenção precoce. Isso explica a necessidade de delinear estratégias de comunicação do *delirium* para fortalecer a colaboração interdisciplinar, a compreensão mútua, o respeito e a eficácia da prestação de cuidados. Em cuidados

paliativos, os enfermeiros encontram nos membros da sua equipa importantes fontes de apoio, referindo que o trabalho em equipa melhora a sua capacidade de fornecer assistência integral aos doentes com *delirium* e suas famílias.¹⁵ De facto, um dos pilares desta área de cuidados é o trabalho em equipa. Para atingir a excelência de cuidados é necessário existir uma equipa interdisciplinar que se centra na mesma missão e objetivos e coloca o doente e a sua família no centro dos cuidados. Para tal, é preciso que os profissionais integrem o trabalho das diferentes áreas de saúde, de forma a dar resposta às múltiplas necessidades dos doentes e seus familiares.

Embora a determinação de qualquer diagnóstico seja principalmente uma responsabilidade médica, os enfermeiros são obrigados a desenvolver compreensão e especialização no reconhecimento de sinais e sintomas precoces de síndromes e condições prevalentes e, em seguida, proceder à avaliação abrangente do doente, gerenciar efetivamente os cuidados e comunicar as suas descobertas a outros membros da equipa interdisciplinar.¹⁰⁸ Faz parte das funções do enfermeiro fazer diagnósticos de enfermagem, podendo utilizar diferentes taxonomias, como a NANDA^{®29} e a CIPE^{®28}, da mesma forma que os médicos recorrem ao ICD-10²¹ ou ao DSM-5²⁰. Os enfermeiros lidam com respostas a condições de saúde/processos de vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades.²⁹ Um diagnóstico de enfermagem pode ser voltado a um problema, um estado de promoção da saúde ou de risco potencial.²⁹ No caso de *delirium* a prevenção ganha um papel de destaque, nomeadamente nas populações de risco, como é o caso dos cuidados paliativos. Para fazer um diagnóstico é necessário compreender de antemão os conceitos associados, saber colher e analisar corretamente os dados e só posteriormente proceder a um julgamento clínico. O fundamento de um diagnóstico de enfermagem é o raciocínio clínico, necessário para diferenciar dados normais e anormais e dados relacionados a agrupamentos, reconhecer dados que faltam, identificar inconsistências nos dados e fazer inferências.¹⁰⁹ Isto implica que os profissionais possuam um corpo de conhecimentos e aptidões específicos. No entanto, estudos demonstram que a capacidade dos enfermeiros de cuidar efetivamente de pessoas com *delirium* é limitada por: subreconhecimento do *delirium*; lacunas de conhecimento e prática; e angústia e tensão em cuidar de um doente com *delirium*.¹⁴

A cultura e os ambientes de trabalho,^{13,99} bem como os valores e filosofias pessoais dos enfermeiros¹¹⁰ moldam os seus conhecimentos, visões e práticas acerca do *delirium*. Enfermeiros que consideram o envelhecimento como natural e não sinónimo de doença são mais propensos a reconhecer os sintomas de *delirium* como um desvio da normalidade e, conseqüentemente, avaliar as causas potenciais, assim como os enfermeiros que demonstram melhor conhecimento do doente e/ou grande autonomia de papéis.¹¹⁰ Também os sentimentos pessoais que envolvem o cuidar de alguém com alteração cognitiva grave influenciam a capacidade dos enfermeiros de responderem eficazmente a esta síndrome. No estudo de Hosie et al.,¹⁴ os sentimentos predominantes expressos pelos enfermeiros que cuidam de pessoas com *delirium* foram: compaixão, preocupação e empatia, combinados com preocupação, frustração, medo, perplexidade, isolamento, responsabilidade e incerteza, tanto sobre o que poderia estar a acontecer com o doente quanto sobre a melhor maneira de intervir. Estes achados reforçam a necessidade de os enfermeiros incluírem processos estruturados de atenção ao *delirium* na sua prática diária e construir as suas capacidades de reconhecimento, avaliação e gestão do *delirium*. Através do desenvolvimento dos conhecimentos e da prática sobre o *delirium*, poderá responder-se a algumas das necessidades profissionais dos enfermeiros de cuidados paliativos e ao seu desejo compassivo de ajudar pessoas com esta perturbação.¹⁴

Já foi, então, demonstrado que o reconhecimento do *delirium* pelos enfermeiros pode ser exequível e eficiente.⁴⁴ Todavia, ainda existe um número elevado que não sabe reconhecer o *delirium* e as suas características.^{44,111} Nesta área de cuidados, que abrange uma população tão vulnerável, é de extrema importância garantir uma resposta eficiente às necessidades do doente e família. O *delirium* terminal vivenciado por muitos doentes em vários contextos de cuidado requer que os enfermeiros tenham conhecimentos e habilidades específicas para avaliar e gerenciar as complexas necessidades desses doentes e suas famílias.¹⁵ As lacunas até então percebidas podem e devem ser ultrapassadas através de educação na área. Ao ter os conhecimentos e confiança necessários para intervir neste problema, a sobrecarga da equipa de enfermagem diminui, melhorando a prática de cuidados e a resposta às necessidades

dos seus doentes. Para tal, é indispensável que os enfermeiros recebam o conhecimento, aptidões e o apoio necessários para cuidar desta população de doentes adequadamente.¹⁵ Torna-se crucial que os enfermeiros dominem as características e os critérios de diagnóstico desta síndrome, definindo a melhor estratégia de atuação, no controlo de sintomas, na gestão do sofrimento da família e na manutenção da segurança do doente e da equipa.⁴⁴ Os enfermeiros precisam igualmente de saber trabalhar de forma eficiente com outras disciplinas para atender às necessidades específicas desta população de doentes e garantir o seu bem-estar geral e das suas famílias.

De facto, os enfermeiros podem ter um impacto significativo no *delirium*, através da deteção precoce e intervenção adequada, ajudando a garantir a segurança e a minimizar o stress emocional que esta síndrome pode causar.¹¹² A intervenção não se esgota nem deve resumir-se ao tratamento farmacológico. A necessidade de encontrar abordagens não-farmacológicas eficazes e centradas na pessoa para minimizar o sofrimento dos doentes moribundos que experienciam o *delirium* está a tornar-se cada vez mais patente, especialmente porque as evidências emergentes questionam as abordagens farmacológicas atuais para o controlo desta síndrome em cuidados paliativos. As intervenções autónomas de enfermagem ganham assim espaço, devendo ser aplicadas o mais precocemente possível.¹⁸ Cabe aos enfermeiros garantir que a pessoa com *delirium* permaneça sempre como o centro de cuidados e que a sua família tenha acesso ao apoio e orientação que lhes permita compreender, interagir e desfrutar da pessoa que amam, apreciar as suas horas finais e, quando o momento chegar, preparar-se para a morte iminente.¹⁸

2. Metodologia

2.1. Tipologia de estudo

A metodologia utilizada nesta dissertação de mestrado foi a *scoping review*. Este método consiste numa síntese de conhecimento que aborda uma questão de pesquisa exploratória voltada para o mapeamento de conceitos chave, tipos de evidências e lacunas em pesquisas relacionadas com uma determinada área de estudo, através de pesquisa sistemática, seleção e síntese do conhecimento existente.¹¹³ No fundo, fornece uma visão geral da amplitude e não da profundidade da evidência.¹¹⁴ A *scoping review* dá sentido às explicações do “quê” e do “porquê” de uma investigação, em oposição a “quem”, “onde” e “como”, e fornece uma visão abrangente e panorâmica que não apenas ilumina a sua extensão e contexto, mas também tem o potencial de influenciar a evolução da política e da prática.¹¹⁴ Foi descrita inicialmente por Arksey e O’Malley¹¹⁵ e, posteriormente, sistematizada por Levac, Colquhoun e O’Brien.¹¹⁶

Existem vários tipos de revisão de literatura, sendo a revisão sistemática uma das mais conhecidas e utilizadas. Arksey e O’Malley¹¹⁵ distinguem estes dois tipos de revisão, esclarecendo que em primeiro lugar, uma revisão sistemática deve normalmente concentrar-se em uma pergunta bem definida onde os desenhos de estudo apropriados podem ser identificados com antecedência, enquanto uma *scoping review* tende a abordar tópicos mais amplos nos quais diferentes projetos de estudo podem ser aplicados. Em segundo lugar, a revisão sistemática visa fornecer respostas a questões a partir de uma coleção limitada de estudos de qualidade, enquanto numa *scoping review* é menos provável abordar questões de pesquisa muito específicas e, conseqüentemente, avaliar a qualidade dos estudos incluídos.¹¹⁵ A *scoping review* também difere das revisões narrativa e da literatura, uma vez que requer reinterpretação analítica da literatura.¹¹⁴ Nesta metodologia podem ser incluídos vários tipos de desenho de estudo em simultâneo, não se restringido apenas a um tipo.

Numa fase inicial, pretendia-se utilizar a metodologia da revisão sistemática nesta investigação, contudo a ausência de estudos de forte evidência, nomeadamente estudos controlados, nas principais bases de dados (Pubmed/MEDLINE, CINAHL) e na biblioteca COCHRANE, conduziu à escolha do método de *scoping review*. As *scoping*

reviews podem ser particularmente relevantes para disciplinas com evidências emergentes, em que a escassez de ensaios clínicos randomizados torna difícil para os investigadores realizar revisões sistemáticas.¹¹⁶ Nestas situações, este tipo de revisão é ideal porque os investigadores podem incorporar uma série de desenhos de estudo tanto da literatura publicada como da literatura cinzenta, abordar questões além daquelas relacionadas com a eficácia da intervenção e gerar descobertas que possam complementar os achados de ensaios clínicos.¹¹⁶ Na opinião de Arksey e O'Malley¹¹⁵ não existe um único tipo ideal de revisão de literatura, pois todos os métodos de revisão de literatura oferecem um conjunto de ferramentas que os pesquisadores precisam usar apropriadamente. E, apesar de se tratarem de métodos distintos, com diferentes propósitos, a *scoping review* e a revisão sistemática partilham o rigor e a transparência metodológica.

Nas duas últimas décadas, a *scoping review* tornou-se um método cada vez mais popular de revisão de literatura,¹¹⁷ tornando-se uma adição relativamente recente à literatura de enfermagem e cuidados de saúde.¹¹⁴ É especialmente útil quando a temática em estudo ainda não foi extensivamente revista ou quando se trata de um assunto de natureza complexa ou heterogénea.¹¹⁸ A *scoping review* procura apresentar uma visão geral de um corpo de literatura potencialmente grande e diverso, permitindo a inclusão de uma maior variedade de tipos de estudo e metodologias.¹¹⁵

Segundo Arksey e O'Malley,¹¹⁵ existem pelo menos quatro razões principais para a realização de uma *scoping review*:

1. Examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade de pesquisa: este tipo de revisão pode não descrever os resultados da pesquisa em detalhe, mas é uma maneira útil de mapeamento de campos de estudo, onde é difícil visualizar o conteúdo que pode estar disponível.
2. Determinar o valor da realização de uma revisão sistemática: nestes casos, um mapeamento preliminar da literatura pode ser realizado para identificar se uma revisão sistemática é viável (existe alguma literatura?) ou relevante (já foram realizadas revisões sistemáticas?) e os seus custos potenciais.

3. Para resumir e divulgar os resultados da pesquisa: este tipo de *scoping review* pode descrever com mais detalhe as descobertas e o alcance da pesquisa em áreas específicas de estudo, fornecendo assim um mecanismo para resumir e divulgar as pesquisas descobertas a decisores políticos, profissionais e consumidores que podem não ter o tempo ou os recursos para realizar esse trabalho.
4. Identificar lacunas de pesquisa na literatura existente: este tipo de *scoping review* conduz o processo de disseminação um passo à frente, tirando conclusões sobre o estado geral da investigação. Especificamente projetado para identificar lacunas na base de evidências onde nenhuma pesquisa foi conduzida, o estudo também pode resumir e divulgar os resultados da pesquisa, bem como identificar a relevância de realizar uma revisão sistemática em áreas específicas de investigação. No entanto, é importante ressaltar que a identificação de lacunas na literatura através de uma *scoping review* não permite necessariamente identificar lacunas de pesquisa quando a pesquisa em si é de baixa qualidade, uma vez que a qualidade da avaliação não faz parte da missão de uma *scoping review*.

Neste estudo de investigação, pretendeu-se ir ao encontro da razão referida no ponto 3, pois o objetivo foi compilar e divulgar a literatura encontrada acerca das intervenções de enfermagem na pessoa com *delirium* e sua família. Foram incluídos estudos qualitativos e quantitativos, independentemente da sua qualidade, pois pretendeu-se fornecer uma visão geral da evidência existente.

A orientação utilizada para a elaboração desta *scoping review* é a recomendada pelo The Joanna Briggs Institute (JBI). O protocolo do JBI¹¹⁹ para conduzir uma *scoping review* baseou-se na estrutura inicialmente sugerida por Arksey e O'Malley,¹¹⁵ que foi mais tarde melhorada por Levac et al.¹¹⁶ (quadro 5). Todas as etapas foram respeitadas ao longo desta investigação, à exceção da última etapa de consultar as partes interessadas, uma vez que era inviável tratando-se de uma dissertação de mestrado com limite temporal. Esta fase de investigação de uma *scoping review* implica reunir um conjunto de pessoas de interesse para a investigação em questão e consultar as suas opiniões

acerca dos resultados preliminares encontrados, através de grupos de discussão (*focus groups*), questionários ou entrevistas.¹¹⁶ Posteriormente, os investigadores devem analisar, relatar e integrar esta informação nos resultados do estudo. Considera-se que, em diferentes circunstâncias, esta fase do processo seria uma mais valia para este estudo, pois permitiria reforçar a sua validade, ao mesmo tempo que possibilitaria uma transmissão e permuta de conhecimento com a comunidade envolvida.¹¹⁶

	Estrutura de Arksey e O'Malley¹¹⁵	Melhorias propostas por Levac et al.¹¹⁶
1	Identificar a questão de pesquisa;	Esclarecer e vincular o propósito e questão de pesquisa;
2	Identificar de estudos relevantes;	Equilibrar viabilidade com amplitude e abrangência do processo de estudo;
3	Selecionar estudos;	Utilizar uma abordagem de equipa interativa para selecionar estudos e extrair dados;
4	Tratar os dados;	Incorporar um resumo numérico e uma análise temática qualitativa;
5	Recolher, resumir e relatar os resultados;	Identificar as implicações dos resultados do estudo para políticas, práticas ou investigação;
6	Consultar (opcional).	Adotar a consulta como um componente obrigatório da metodologia da <i>scoping review</i>

Quadro 5 - Estrutura da *scoping review*¹¹⁹

2.2. Amostra

De acordo com o protocolo do JBI,¹¹⁹ os critérios de inclusão devem ser bem definidos à priori para guiar o investigador na seleção da amostra. Tal como em outras revisões de literatura, deve existir congruência entre o título, os objetivos, a questão de investigação e os critérios de inclusão de uma *scoping review*.¹¹⁹ Para tal, é importante definir os tipos de participantes, o conceito e o contexto. Neste trabalho pretendeu-se incluir apenas estudos que envolveram população em idade adulta com doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado. O conceito abordado foi as intervenções de enfermagem perante episódios de *delirium*, no doente e família, sendo incluídos por isso apenas estudos onde estejam descritas: intervenções da área de enfermagem ou intervenções não farmacológicas que possam ser extrapoladas para esta área de cuidados; e instrumentos de avaliação do *delirium* utilizados pelos enfermeiros. Relativamente ao contexto, pretendeu-se explorar exclusivamente a área dos cuidados paliativos, independentemente do local de prestação de cuidados (comunidade, hospital ou unidades de saúde). Apenas foram elegíveis estudos escritos

na língua portuguesa, inglesa ou espanhola e que se encontrassem disponíveis em texto completo. Não foram colocados limites temporais. Considerou-se como critérios de exclusão: artigos de opinião, protocolos, editoriais ou cartas ao editor; estudos que não abordem o contexto de cuidados paliativos; estudos que abordassem apenas a utilização/efetividade de determinado instrumento de avaliação de *delirium*, sem enfoque na área de enfermagem; artigos que abordassem exclusivamente métodos farmacológicos ou intervenções clínicas específicas de outra área profissional; e artigos com o enfoque na sedação paliativa ou na experiência/percepção dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com *delirium* e sua família. Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se sintetizados no quadro 6.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de enfermagem relacionadas com o <i>delirium</i>, que envolvem os doentes e os seus familiares; • Intervenções não farmacológicas (aplicáveis à área de enfermagem); • Instrumentos de avaliação de <i>delirium</i> aplicados pelos enfermeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos relacionados com crianças; • Estudos escritos em outra língua para além da inglesa, portuguesa ou espanhola; • Estudos sem acesso ao texto completo; • Artigos de opinião, protocolos, editoriais ou cartas ao editor; • Estudos que não abrangem o contexto de cuidados paliativos; • Estudos que abordem apenas a utilização/efetividade de instrumentos de avaliação de <i>delirium</i> (não focados na área de enfermagem); • Artigos que abordem exclusivamente métodos farmacológicos ou intervenções específicas de outra área profissional • Artigos com o enfoque na sedação paliativa; • Artigos com o enfoque na experiência/percepção dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com <i>delirium</i> e sua família.

Quadro 6 - Critérios de Inclusão e Exclusão

2.3. Procedimentos de colheita de dados

De acordo com as recomendações do JBI¹¹⁹ foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados eletrónicas Pubmed/MEDLINE, CINAHL/EBSCO e na biblioteca eletrónica COCHRANE. Os termos de pesquisa selecionados foram: *delirium*; *acute confusion*;

*nurs**; *palliative care*; *palliative medicine*; *terminal care*; *hospice care* (sempre que possível, recorreu-se à terminologia *MeSH* ou *MH*). Não foi adicionado qualquer filtro, nomeadamente o de “adultos”, uma vez que anulava artigos relevantes. À data da pesquisa (entre 3 e 10 de maio de 2018), foram encontrados 92 artigos na Pubmed/MEDLINE, 95 artigos na CINAHL/EBSCO e 53 artigos na COCHRANE (incluídos revisões, protocolos e ensaios). Posteriormente, foram analisados os títulos, resumos e palavras chave dos artigos encontrados, bem como os artigos repetidos. Numa segunda fase de pesquisa, o protocolo da JBI¹¹⁹ sugere que seja realizada uma nova pesquisa com novos termos e palavras-chave que, entretanto, possam surgir nos artigos analisados, todavia não foram identificados mais termos ou palavras-chave significativos para esta dissertação. Na terceira e última fase, é necessário que o investigador pesquise as referências bibliográficas citadas nos estudos encontrados, uma vez que estas podem ter nova informação útil que não tenha surgido na primeira fase de pesquisa. Nesta fase foram incluídas nove referências. A pesquisa para realização de uma *scoping review* deve ser interativa, ou seja, deve repetir-se utilizando os novos termos e referências que vão surgindo ao longo da colheita de dados.¹¹⁹

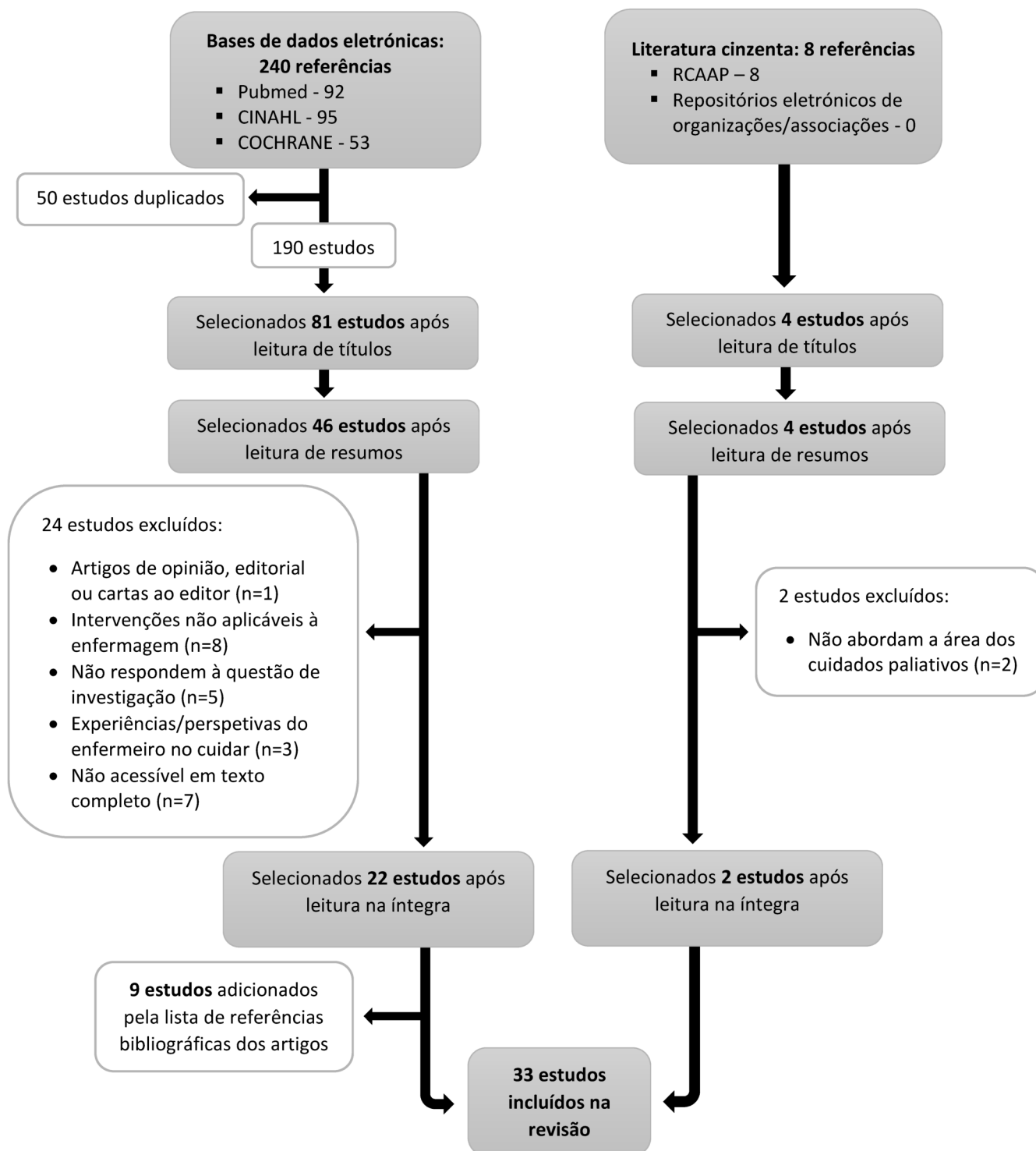
Dado ser importante abranger o maior número de estudos possível, a fim de incluir também a literatura cinzenta, foi realizada pesquisa com os termos “*delirium*”, “*palliative care*”/“cuidados paliativos” e “*nursing*”/“enfermagem” em repositórios científicos, nomeadamente no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e nos repositórios eletrónicos de organizações/associações relacionados com a área dos cuidados paliativos e *delirium* (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP]; World Health Organization [WHO]; American Delirium Society [ADS]; European Delirium Association; National Hospice and Palliative Care Organization [NHPCO]; European Association for Palliative Care [EAPC]; International Association for Hospice & Palliative Care [IAHPC]). A partir do RCAAP foram selecionados 4 artigos para ler na íntegra, sendo que 2 cumpriram os critérios de inclusão. Dos repositórios eletrónicos das organizações referidas não foi encontrado nenhum artigo que pudesse responder à questão de investigação desta dissertação. Inicialmente, foi considerado recorrer também ao “Google Académico”, mas dado o elevado número de estudos que

resultaram da pesquisa (cerca de 16.500), mesmo restringindo os termos a “*delirium*”, “*palliative care*” e “*nursing intervention*” (n=525) e a impossibilidade temporal dos revisores analisarem todos, foi descartada esta ferramenta de busca.

Para além de artigos individuais, foram também incluídas revisões de literatura, desde que os seus resultados obtidos se revelassem atuais e significativos para esta investigação. Dado o propósito de uma *scoping review*, a “fonte” de informação pode incluir qualquer literatura existente.¹¹⁹

A fim de minimizar o risco de viés, a pesquisa e a seleção dos estudos foram realizadas por dois revisores, de forma independente. Ambos os revisores são enfermeiros, com formação na área de cuidados paliativos. Tal como sugerido por Levac et al.,¹¹⁶ quando ocorreram discordâncias, foi consultado um terceiro revisor, também com formação na área de enfermagem e cuidados paliativos, para determinar a inclusão final.

O processo de pesquisa deste trabalho de investigação está esquematizado no fluxograma 1.



Fluxograma 1 - Processo de pesquisa

2.4. Processamento dos dados

O processamento de dados possibilita ao leitor um sumário lógico e descritivo dos resultados que vão ao encontro do objetivo e problema da investigação.¹¹⁹ Nesta fase

estão incluídas as etapas 4 e 5 referidas por Arksey e O'Malley¹¹⁵, nas quais o investigador deverá proceder ao tratamento dos dados encontrados e posteriormente, coletar, resumir e relatar os resultados obtidos (quadro 5). Durante o tratamento de dados, Levac et al. ¹¹⁶ sugerem que os investigadores definam quais as variáveis relevantes e que organizem as informações de forma gráfica, atualizando-as ao longo da investigação, uma vez que se trata de um processo interativo. De acordo com as orientações da JBI, ¹¹⁹ foi criado um quadro de dados com as seguintes informações chave: autor(es); ano de publicação; origem da publicação (país); objetivos/finalidade; população; metodologia; e principais conclusões relacionadas com a questão investigada (Apêndice I). As evidências foram, posteriormente, analisadas e discutidas de acordo com os temas que foram surgindo da amostra, os contextos onde os estudos foram conduzidos, bem como o seu propósito. Tal como sugerido pela JBI, ¹¹⁹ foram também discutidas as implicações do estudo, com recomendações específicas para futuras investigações, tendo por base as lacunas de conhecimento identificadas nos resultados obtidos na revisão.

2.5. Considerações éticas

Dado tratar-se de uma revisão de literatura, esta visa mostrar o “estado de arte”, não envolvendo sujeitos. Todavia é importante realçar a importância do princípio de integridade académica, “materializável nas citações e referências, no respeito pela fidelidade ao autor”.^{120(p.10)} De acordo com o Código de Conduta criado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia:^{121(p.2)}

“A integridade está articulada nestas três dimensões: a relação do investigador com a verdade científica (a ciência enquanto conhecimento), a relação ética do investigador com os demais investigadores e sujeitos de investigação (ciência individualmente considerada) e a relação do investigador com a instituição de acolhimento e financiamento (ciência institucionalmente considerada). Portanto, o objetivo deve estar na procura da verdade, usando os melhores métodos científicos e éticos com alto impacto na sociedade.”

Cabe ao investigador assegurar os mais elevados padrões de integridade científica, promovendo para isso os seguintes princípios: honestidade; fiabilidade e rigor;

objetividade; imparcialidade e independência; transparência e comunicação aberta; cuidado e respeito; equidade; e responsabilidade para com as gerações futuras da Ciência.¹²²

3. Apresentação de resultados

Após o processo de avaliação e seleção, foram incluídos 33 artigos, tratando-se a maioria de revisões de literatura narrativa (n=18). Destacam-se ainda 9 estudos de caso, 2 revisões de casos, 1 estudo qualitativo, 1 relatório de projeto, 1 estudo de investigação e 1 revisão de literatura integrativa.

O limite temporal dos estudos selecionados encontra-se entre 1998 e 2018. São vários os países de origem, sendo a generalidade de origem estrangeira (n=31) e apenas 2 de origem portuguesa. A maioria dos artigos internacionais foram publicados nos Estados Unidos da América (n=21^{81,92,123-141}), existindo também publicações no Reino Unido (n=3¹⁴²⁻¹⁴⁴), Canadá (n=3^{133,145,146}), Nova Zelândia (n=2^{147,148}), Suíça (n=1¹⁴⁹), Austrália (n=1¹⁵⁰) e Itália (n=1¹⁵⁰).

Relativamente à população, a grande maioria dos estudos refere-se a doentes oncológicos em estado avançado ou terminal (n=16^{81,123,125,126,130-133,135,136,141,144,147,145,147,149,150}). Existem ainda referências a pessoas com outra doença avançada: doença cardiovascular,^{128,137} SIDA¹²⁷ e doença hepática.¹³⁸ Onze dos artigos não especificam a doença, referindo como população de estudo, pessoas que beneficiam de cuidados paliativos (n=7^{129,140,142,143,150-153}) ou já em fim de vida (n=4^{124,130,134,139}), existindo nestes artigos referências a outras populações de risco como os doentes cirúrgicos, intensivos e de convalescença e, especificamente, a população geriátrica. Um dos artigos selecionados estudou ainda os familiares de doentes com *delirium* e os seus profissionais de saúde¹⁴⁶ e outro uma equipa multidisciplinar que cuida de doentes com alteração cognitiva.¹⁴⁸

No que se refere ao contexto de cuidados, a maioria dos artigos (n=29) aborda especificamente a população em regime de internamento hospitalar ou em unidades de cuidados paliativos (*hospice*), enquanto apenas dois abordam simultaneamente o contexto ambulatorio e de internamento.^{129,134} Dois dos artigos não especificam o contexto de cuidados.^{123,130}

Em relação às principais conclusões, a generalidade dos artigos distingue a avaliação do *delirium* e a sua gestão. A maioria dos estudos selecionados faz referência a instrumentos de avaliação do *delirium*, todavia só foram considerados relevantes

quando mencionados enquanto intervenção de enfermagem ou com referências à sua utilização pelos enfermeiros (n=9). As ferramentas de avaliação mais vezes referidas são a CAM (n=9^{128,136-138,140,144,145,150,152}), a MDAS (n=7^{131,136-138,144,150,152}), a MMSE (n=7^{131,136,137,140,144,150,152}) e a DRS/DRS-98 (n=6^{131,137,138,145,150,152}). Aparecem também menções aos seguintes instrumentos: NEECHAM,^{137,138,140} Nu-DESC,^{136,137,150} *Confusion Rating Scale* (CRS),^{131,145} DOS,^{137,140} *Delirium Symptom Interview* (DSI),¹⁴⁵ *Bedside Confusion Scale* (BCS),¹³⁷ *Delirium Index*¹³⁷ e *Clock Drawing Test* (CDT).¹⁴⁰ Um dos estudos¹³⁷ organizou alguns destes instrumentos em: rastreio, diagnóstico e gravidade. Optou-se por sistematizar todas as ferramentas de avaliação referenciadas seguindo esta abordagem (quadro 7), pois cada uma deve ser utilizada de acordo com o propósito de avaliação. Para além da utilização de instrumentos de avaliação, sete estudos mencionam a realização de uma avaliação completa ao doente, nomeadamente da sua história de saúde, exame físico, avaliação neurológica, exames complementares de diagnóstico, existência de fatores predisponentes (idade avançada, fragilidade, múltiplas comorbilidades médicas, demência, infeção ou desidratação, deficiência visual, hipoacusia, polimedicação, insuficiência renal, desnutrição, uso de álcool e tabaco, abstinência de drogas) e padrão de sono. Durante o processo de avaliação, surgem ainda aspetos importantes de apreciação como: avaliar se o doente está ativamente a morrer ou a manifestar *delirium* terminal,¹³⁸ pois isso irá influenciar o grau de agressividade das medidas de diagnóstico; questionar todas as partes envolvidas, especialmente a família, para compreender o nível funcional de referência do doente e quando se tornou diferente;⁹² identificar o representante designado pelo doente para tomada de decisão;¹³⁶ identificar mudanças precoces no estado mental do doente (alterações na concentração, atenção e vigília) e vigiar sinais de alerta¹⁴⁰ (letargia ou hiperatividade, dificuldade em acompanhar uma conversa ou responder a perguntas e alterações de memória, desorientação, pensamento ilusório, distúrbios de linguagem e julgamento distorcido); despistar distúrbios percetivos¹⁴⁰ (interpretações erradas, ilusões e alucinações); e vigiar os padrões de sono e alimentação¹⁴⁰, que se tornam irregulares.

Instrumentos de Avaliação de <i>Delirium</i>	
Rastreio	MMSE, CAM, NEECHAM, DOS, CDT, CRS e Nu-DESC
Diagnóstico	CAM, DSI e DRS-R-98
Gravidade	MDAS, DRS-R-98, DOS, BCS, Nu-DESC e <i>Delirium Index</i>

Quadro 7 – Instrumentos de avaliação referenciados

Relativamente à gestão do *delirium*, mais de metade dos artigos mencionam intervenções não farmacológicas que podem ser implementadas pelos enfermeiros (n=18), sendo que em quinze artigos são citadas especificamente intervenções de enfermagem ou dirigidas a enfermeiros. A fim de sistematizar a informação, durante a colheita e processamento dos dados, optou-se por organizar as intervenções por quatro áreas de intervenção: Doente, Ambiente, Família e Enfermeiro (Quadro 8). Salienta-se que em cinco artigos^{125,128, 140, 147, 153} são ainda referidas intervenções na prevenção do *delirium* que podem igualmente ser aplicadas enquanto intervenção ao doente com *delirium* ativo. Optou-se por inserir estas intervenções no âmbito do “Enfermeiro”, uma vez que devem fazer parte do planeamento de cuidados à pessoa em cuidados paliativos, dado a sua vulnerabilidade e risco elevado de desenvolver esta síndrome.

Intervenções de Enfermagem - Doente	
1. Identificar fatores de etiologia do <i>delirium</i> ^{81, 124, 128, 131, 136-139, 141, 143,145, 152}	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor (pode estar relacionada com síndrome de imobilidade); - Avaliar respiração e saturação de oxigénio (dispneia; hipoxemia); - Avaliar função vesical (retenção urinária) e intestinal (obstipação/impactação fecal); - Avaliar sinais de desidratação; - Monitorizar glicémia capilar em doentes com diabetes ou que tomam esteroides; - Despistar outros sintomas (ex. náusea); - Utilizar acrónimos para facilitar o despiste de causas reversíveis, tais como MEDICINE¹³¹ (<i>Medications</i> - medicação, <i>Electrolyte imbalance</i> - desequilíbrio eletrolítico, <i>Dehydration</i> - desidratação, <i>Ischemia</i> - isquemia, <i>Constipation/Impaction</i> – obstipação/ impactação, <i>Infection</i> - infeção, <i>Neoplasm of brain</i> - neoplasia cerebral, <i>Effects from liver or renal failure</i> - insuficiência renal ou hepática) ou CHIMBOP¹⁴¹ (<i>Constipation</i> - obstipação, <i>Hypovolemia/Hypoglycaemia</i> - hipovolemia/hipoglicémia, <i>Infection</i> - infeção, <i>Medications</i> - medicação, <i>Bladder</i> – Bexiga, <i>Oxygen level</i> - nível de oxigénio e <i>Pain</i> - dor).
2. Despistar fatores emocionais, psicológicos ou espirituais que possam contribuir para agitação terminal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar causas existenciais, como preocupações não resolvidas acerca da morte, bem como o significado e o propósito da vida¹²⁴- esta informação deve advir de conhecimento prévio da história do doente, de conversas anteriores com o mesmo ou membros da família; - Avaliar sentimentos de raiva, tristeza por deixar a família, medo de perder o controlo ou de morrer;¹³¹

	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber se existem questões não resolvidas que geralmente estão associados à culpa e podem criar angústia mental;¹³¹ - Procurar ativamente sinais de alerta, como frustração e divagação, e lidar com os mesmos adequadamente.¹⁴³
3. Monitorizar terapêutica ^{81, 92, 124, 130-132, 136, 145, 150, 152}	<ul style="list-style-type: none"> - Detetar medicamentos que podem causar <i>delirium</i> (ex. anticonvulsivos, corticosteroides, opioides, neurolépticos, benzodiazepinas e anticolinérgicos); - Despistar eventual abstinência causada pela cessação repentina de fármacos; - Monitorizar polimedicação ou terapêutica excessiva e fútil em fim de vida; - Verificar se recentemente o doente iniciou algum fármaco novo ou houve aumento da dose.
4. Tratar a(s) causa(s) reversíveis do <i>delirium</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar terapêutica prescrita – analgésicos (dor); bisfosfonatos (hipercalcemia); antibiótico (infecções); insulina (hiperglicémias); corticoides (aumento da pressão intracraniana); e anticoagulantes;^{81, 128, 131, 136, 140, 147} - Manter via aérea permeável e realizar oxigenioterapia, quando necessário;^{81, 131, 132, 140, 147, 152} - Monitorizar funcionamento vesical e intestinal;^{81, 132, 139, 140, 141, 144, 152} - Tratar retenção urinária (cateterização vesical) ou garantir a permeabilidade de sonda vesical preexistente;^{131, 139, 152} - Tratar obstipação (laxantes orais ou retais) e despistar impactação fecal;^{81, 131, 139, 140, 152} - Administrar fluidos por via parentérica, quando apropriado e se o doente e a família desejarem tratamento.^{81, 92, 131, 132, 136, 147}
5. Controlar sintomas e proporcionar conforto	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir eficazmente a dor;^{81, 128, 132, 139, 140} - Aliviar os sintomas angustiantes do doente com a maior rapidez e eficácia possível para garantir a conforto do mesmo;¹⁴⁶ - Não impor cuidados que as pessoas não desejam, evitando sofrimento adicional desnecessário;^{125, 142} - Não sujeitar doentes em fim de vida a intervenções ou exames invasivos e despropositados;⁹² - Evitar intervenções desconfortáveis para o doente;¹³⁷ - Fornecer bem-estar e conforto ao doente;¹³⁷ - Manter a integridade da pele (prevenção de úlceras) e articular;^{140, 152, 153} - Monitorizar terapêutica em fim de vida¹³⁰ - discutir com a equipa médica a descontinuação de fármacos que não são mais úteis ou consistentes com os objetivos dos cuidados e que possam estar a interferir com aqueles que promovem o conforto; - Manter a temperatura corporal;^{147, 152} - Realizar cuidados à boca;¹⁴⁰ - Prevenir infeções do trato urinário e outras;¹⁴⁰ - Promover um bom padrão e higiene do sono.^{81, 132, 140, 141, 147}
6. Promover a mobilidade precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Promover deambulação precoce e frequente ou exercícios ativos de amplitude de movimento^{81, 92, 125, 128, 132, 140, 144, 147, 149, 153} - pode ser desaconselhado em alguns doentes, nomeadamente em fim de vida; - Minimizar uso de equipamentos imobilizadores (ex. cateteres vesicais e venosos, infusões contínuas) – esta decisão deve ser ponderada pois a sua presença pode providenciar conforto quando é doloroso a mobilização e necessário terapêutica contínua;^{81, 92, 125, 128, 132, 135, 140} - Alternar decúbitos regularmente;¹⁴¹ - Considerar fisioterapia;¹⁴⁰ - Balancear as atividades para evitar fadiga.¹²⁸

7. Monitorizar nutrição e hidratação	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a nutrição e hidratação;^{81, 132, 138, 140, 152} - Reforçar a ingestão hídrica;^{125, 128, 144, 149, 152, 153} - Reconhecer precocemente os sinais de desidratação;^{92, 125} - Tratar as necessidades nutricionais^{128, 140, 152, 153} – ex. oferecer suplementos, quando adequado.
8. Garantir a segurança	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e proteção constantes para prevenir lesões contra si próprio - colocar o doente próximo da sala de enfermagem;^{128, 130, 145, 147} - Remover objetos perigosos que o doente possa utilizar contra si próprio ou outros;^{143, 147} - Evitar restrições físicas, reservando a sua aplicação apenas para quando é estritamente necessário e pelo menor tempo possível;^{81, 125, 132, 136, 145, 147, 149, 152, 153} - Nunca utilizar restrições físicas porque são um fator de risco precipitante para <i>delirium</i> e podem escalar os comportamentos ao invés de aliviá-los;¹³⁷ - Disfarçar os cateteres e sistemas de soro ou escondê-los sob a roupa ou dobrá-los sob os cobertores;¹²⁸ - Usar alarmes na cama ou “vigilantes”;^{128, 136} - Recorrer a voluntários, quando indicado, para garantir a segurança do doente;¹⁴⁰ - Colocar o colchão no chão, se houver preocupação com quedas (as grades da cama aumentam a altura da queda, sem reduzir os riscos)^{128, 147} – esta decisão deve ser bem ponderada uma vez que pode ser considerada indigna para o doente; - Prevenir quedas.¹⁵³
9. Promover a autonomia e dignidade da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que o doente participe nos seus cuidados diários, executando tarefas simples como comer, mas não solicitar demandas excessivas devido à sua fragilidade emocional;^{128, 135, 147, 152} - Sempre que possível, planejar os cuidados com os próprios indivíduos para melhor alcançar uma abordagem centrada na pessoa;¹⁴² - Tentar replicar a rotina do doente.^{128, 135}
10. Estimular a cognição	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atividades cognitivamente estimulantes 3x/dia, como discussões de eventos atuais, terapia de reminiscência, jogos de palavras e revisão de vida.^{81, 92, 125, 132, 134, 138, 148}
11. Oferecer apoio psicológico e espiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer os sentimentos do doente;¹⁴⁵ - Transmitir confiança, segurança e tranquilidade, dizendo algo como “Está seguro, nós estamos aqui e gostamos muito de si”;^{127, 133, 136, 137, 139, 145, 147, 150, 152} - Oferecer apoio espiritual, respeitando as crenças do doente;^{130, 131} - Estar atento aos medos, angústias e alucinações e ajudar a corrigir ou superá-las;¹⁵² - Mostrar disponibilidade.¹⁵²
12. Comunicar eficazmente	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar de forma clara, simples e concisa^{145, 147, 133, 135} - “Sente-se confuso?” ou “sente-se desorientado?”; - Fomentar a sensação de controlo explicando previamente a natureza e o propósito de cada intervenção de enfermagem^{133, 136, 145, 147, 150} - Orientar continuamente para a realidade, através de lembretes verbais da hora, dia e lugar e nomeação do próprio e dos cuidadores;^{81, 92, 125, 128, 132, 136, 137, 141, 144, 145, 147, 149, 150-153} - Não orientar para a realidade durante alucinações ativas ou em caso de <i>delirium</i> grave ou persistente;^{126, 127, 129, 130}

	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar uma abordagem menos interventiva - dar ao doente bastante espaço, literalmente;¹⁴³ - Evitar causas precipitantes ou confrontos - abordagem relaxada e flexível, recorrendo ao redirecionamento não confrontacional;^{136, 143, 147, 152} - Evitar validar o conteúdo de uma alucinação ou ilusão, mas integrar a realidade do doente e reconhecer a sua experiência;^{128, 136, 138} - Falar em tom calmo, gentil e relaxado;^{126-128, 138} - Manter contacto com os olhos;¹²⁸ - Evitar "olhar nos olhos", olhando e não olhando;¹⁴⁷ - Utilizar o toque gentil;^{127, 138} - Fazer perguntas com cuidado, evitando várias questões;^{126, 143} - Oferecer apoio;¹²⁶ - Utilizar técnicas de comunicação específicas para doentes com défice auditivo.¹²⁵
13. Educar e esclarecer dúvidas	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações concisas ao doente acerca da natureza e do tratamento do <i>delirium</i>, comunicando abertamente acerca do plano e metas de cuidados, ao longo da evolução da doença;^{127, 136, 149} - Informar e educar doentes para serem capazes de analisar os benefícios versus a sobrecarga de realizar exames de diagnóstico e determinadas intervenções;¹³⁸ - Aproveitar os períodos de lucidez para explicar e esclarecer questões do doente.^{147, 150}
Intervenções de Enfermagem - Ambiente	
1. Disponibilizar dispositivos corretivos, diariamente	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar óculos ou lentes de aumento a doente com défice visual;^{81, 92, 125, 132, 133, 135-137, 140, 143, 149, 150} - Disponibilizar próteses auditivas a doente com défice auditivo;^{81, 92, 125, 132, 133, 135-137, 140, 143, 149, 150} - Disponibilizar prótese dentária, para facilitar a alimentação e a comunicação;^{133, 140} - Garantir que os dispositivos corretivos estão em boas condições de funcionamento e devidamente posicionados para maximizar a comunicação;¹³⁸ - Disponibilizar equipamento adaptável - telemóveis com ecrãs grandes e iluminados, livros impressos com letras grandes, fita fluorescente na campanha de chamada.^{125, 148}
2. Providenciar objetos de orientação junto do doente	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar um relógio e calendário bem visíveis no quarto do doente;^{81, 123, 126, 128, 131-133, 135-138, 140, 144, 145, 148, 149, 150-153} - Permitir a presença de objetos pessoais e familiares;^{81, 123, 127, 128, 131-133, 135-137, 140, 145, 147, 149, 150-153} - Colocar quadro de orientação com cronograma do dia;^{81, 125} - Utilizar placas identificativas nos profissionais e sinalização clara nas divisões;^{125, 133, 138, 148, 153} - Disponibilizar bloco de notas para ser utilizado pelos doentes e familiares;¹⁴⁸ - Criar e ajudar a preencher um folheto que contenha detalhes biográficos relacionados à família, eventos de trabalho/vida, necessidades, preferências, gostos e desgostos do doente associados à vida quotidiana, colocando-o junto do doente e acessível à equipa que presta cuidados – Folheto “Este sou eu”.¹⁴⁸

<p>3. Ajustar o ambiente do quarto, de acordo com as necessidades do doente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar a iluminação do quarto, de acordo com o ciclo diurno/noturno;^{123, 124, 126, 128, 131, 133, 135-137, 139, 140, 145, 147, 150-153} - Colocar o doente, quando possível, num quarto com janela para reforçar o ciclo diurno;¹²⁷ - Evitar mudanças de quarto ou transferências para outras unidades;^{123, 128, 135, 140, 145, 149, 153} - Garantir a privacidade do doente;¹⁴⁵ - Colocar, sempre que possível, o doente num quarto individual;¹⁵⁰ - Colocar um sinal específico na porta do quarto para alertar todos os membros da equipa e voluntários sobre o estado cognitivo do doente;¹⁴⁸ - Implementar estratégias de redução de ruído - abaixo de 45 dB durante o dia e menos de 20 dB à noite;^{92, 124-128, 131-133, 135, 138, 140, 145, 147, 150, 152} - Evitar cheiros intensos;¹³⁸ - Evitar pisos molhados;¹²⁸ - Garantir a segurança e proteção do doente;^{126, 133, 137, 139} - Manter temperatura confortável entre 21,1°C e 23,8°C^{124, 131, 147} – previne o “fenómeno de sundowning” nos doentes com Alzheimer;¹⁴⁷ - Colocar campainha de chamada e outros itens essenciais visíveis e ao alcance do doente;^{133, 137, 140} - Providenciar um “quarto de <i>delirium</i>” - especializado e livre de restrições, com enfermagem permanente.⁸¹
<p>4. Criar ambiente tranquilo e reconfortante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar música suave e de acordo com as preferências do doente;^{124, 125, 127, 128, 131, 132, 134, 136-139} - Realizar técnicas de relaxamento;^{125, 132, 134, 149} - Ler orações ou passagens pessoais de livros favoritos^{131, 145} - Realizar massagem;^{125, 128, 132, 134, 137, 138, 149, 152} - Realizar toque terapêutico;¹³¹ - Utilizar óleos essenciais, no ambiente ou através da massagem – aromaterapia;^{128, 131, 134, 137-139} - Oferecer bebidas quentes antes de dormir;^{125, 132, 134, 149} - Evitar a sobrestimulação sensorial, promovendo o equilíbrio entre privação e sobrecarga sensorial – Ex. Desligar aparelhos de televisão e fechar portas.^{127, 135, 147, 152}
<p>Intervenções de Enfermagem - Família</p>	
<p>1. Promover o envolvimento e a presença da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir a presença dos familiares e pessoas significativas junto do doente;^{123, 124, 127-129, 131, 136, 137, 140, 145, 150, 152} - Envolver os familiares no processo de tomada de decisão, quando não é possível discutir os desejos com o próprio doente;¹⁴² - Ajudar a família a compreender o plano e as metas de cuidado à medida que a doença evolui, envolvendo-a no mesmo;^{127, 129, 153} - Discutir com a família a possibilidade de serem contactados para virem acalmar o doente, no caso de uma grave explosão comportamental^{133, 143} - Incentivar a família a tranquilizar o doente através da voz e do toque;^{124, 131} - Aceitar sugestões da família acerca de intervenções não farmacológicas específicas, com base no seu conhecimento íntimo do que consolou ou ajudou o doente no passado¹⁴⁶ - Ex.: deitar-se de um lado específico, ouvir música ou ser tocado de uma maneira especial pode reduzir a agitação; - Incentivar os familiares a conversar com o doente sedado que ainda pode ouvir, mas não consegue responder;¹⁴⁶

	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar a família acerca de um evento familiar importante (aniversário) ou de eventuais “tarefas inacabadas” que possam originar ansiedade no doente, incentivando-a a tranquilizar o doente e ajudar, sempre que possível, a resolvê-las;¹³⁹ - Pedir à família para ajudar a preencher o folheto “Este sou eu”.¹⁴⁸
2. Apoiar e comunicar eficazmente com a família	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a família;^{129, 130, 142, 146} - Apoiar os familiares que optam por não estar junto do doente;^{133, 137} - Permitir a partilha das suas preocupações;¹⁴² - Escutar ativamente a família;¹⁴² - Responder às suas questões de forma aberta e honesta quando for oportuno;^{142, 150, 153} - Tranquilizar a família acerca de fenómenos comuns em fim de vida;¹³⁰ - Aceitar e valorizar a perceção e o entendimento das famílias sobre a situação do doente;^{142, 146, 150} - Trabalhar os medos e angústias dos familiares;¹⁴⁷ - Recorrer à terapia de suporte-expressão na redução do sofrimento dos membros da família;¹³³ - Identificar e validar os sentimentos expressos e seus significados;¹⁵³ - Ajudar a família a gerir sentimentos de culpa, impotência e exaustão durante o processo de <i>coping</i>;¹³⁸ - Atender as necessidades da família;^{139, 150, 153} - Abordar com a família a importância de dizer adeus e de dar permissão para parar de lutar.¹³⁹
3. Educar e esclarecer dúvidas acerca do <i>delirium</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar e clarificar a família acerca do <i>delirium</i>, nomeadamente as causas, características, sintomas e intervenções terapêuticas;^{150, 152} - Explicar à família que, caso seja necessário utilizar sedativos, estes têm como objetivo promover conforto e controlo de sintomas e não o prolongamento ou encurtamento da vida;^{142, 146} - Educar a família sobre o processo de morrer e agitação terminal. Explicar que a confusão e a agitação são expressões de mau funcionamento do cérebro, não de sofrimento, e que pode levar entre 3 a 4 dias para controlar os sintomas;^{131, 139} - Explicar à família que a agitação terminal pode ser um sinal de morte iminente, mantendo-a informada de quaisquer alterações no estado do doente para que possam decidir se devem ou não deixar a sua cabeceira;¹⁴⁶ - Explicar aos familiares que o <i>delirium</i> é involuntário, temporário e potencialmente reversível e que os comportamentos desadequados do doente não fazem parte da sua personalidade;^{133, 139, 145} - Ensinar os familiares a ajudar nos cuidados de enfermagem e a comunicar com o doente^{127, 135, 145, 149, 152} - instruir os membros da família a não contradizer ou contestar o que o doente diz, mas a aproveitar os seus períodos de lucidez para fornecer orientação, segurança, explicação e esclarecimento; - Explorar junto da família a sua interpretação dos sintomas do doente, para resolver informações e suposições incorretas em torno da agitação terminal, a sua possível causa e a sua gestão;¹⁴⁶ - Discutir e esclarecer palavras como sedação, sofrimento e agitação, pois podem ter significados diferentes para cada membro da família;¹⁴⁶ - Oferecer folhetos informativos à família, acerca dos sintomas e causas de <i>delirium</i>, conselhos sobre como cuidar de alguém com <i>delirium</i> e informação sobre o processo de morte, incluindo agitação terminal;¹⁵⁰

	<ul style="list-style-type: none"> - Informar e educar os familiares para serem capazes de analisar os benefícios versus a sobrecarga de realizar exames de diagnóstico e determinadas intervenções ao doente.¹³⁸ - Abordar áreas importantes como: objetivos do tratamento e expectativas dentro do contexto crítico do doente e o efeito esperado da medicação sedativa nos padrões de comunicação entre o doente e a família;¹⁴⁶ - Disponibilizar informação atualizada (artigos científicos, media...) acerca do <i>delirium</i> para doentes, familiares, cuidadores e visitantes, quando apropriado.¹⁴⁸
Intervenções de Enfermagem – Enfermeiro	
1. Planear os cuidados, centrando-os nas necessidades do doente	<ul style="list-style-type: none"> - Minimizar as interrupções de sono - ex. alterar o horário de administração de medicamentos, a verificação de sinais vitais ou a realização de procedimentos;^{81, 92, 125, 126, 128, 132, 140} - Promover rotinas consistentes;¹⁴⁰ - Sempre que possível, garantir que o doente tem consistentemente os mesmos cuidadores;^{127, 128, 131, 132, 135, 140, 147, 148, 150, 153} - Reduzir intervenções de enfermagem ao mínimo e comunicar com a família e toda a equipa multidisciplinar, incluindo voluntários, sobre esta questão do cuidar^{135, 143, 147} - Restringir visitas, em caso de <i>delirium</i> hiperativo estimulado por visitantes;^{135, 140, 147, 152} - Coordenar os cuidados de acordo com os níveis de consciência ao longo do dia;¹³⁸ - Gerir a presença;¹³⁹ - Observar e distinguir sinais de dor e <i>delirium</i> em doentes não comunicantes;¹⁵⁰ - Evitar colocar doentes com <i>delirium</i> no mesmo quarto;¹⁵²
2. Organizar e envolver a equipa interdisciplinar nos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver a equipa no planeamento dos cuidados ao longo da evolução da doença;¹²⁷ - Rever e garantir rácios adequados de pessoal, sobretudo nos turnos da noite^{143, 147} - Garantir o trabalho conjunto da equipa multidisciplinar (enfermeiros, psiquiatras, assistentes sociais, assistentes operacionais, fisioterapeutas...) na identificação dos doentes em risco, implementação de estratégias de prevenção, no diagnóstico do distúrbio, na identificação e tratamento da causa e na manutenção da segurança do doente;¹⁴⁰ - Transmitir feedback diário sobre intervenções e cuidados eficazes a toda a equipa.¹⁴⁸
3. Realizar registos de enfermagem de forma clara e sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar sinais e sintomas da alteração da consciência e cognição;¹⁵² - Registrar os fatores predisponentes e precipitantes, bem como as possíveis causas de <i>delirium</i>;¹⁵² - Registrar nas notas “doente não incomodado, deliberadamente”, quando são reduzidas intervenções ao mínimo necessário;¹⁴³ - Mencionar nos registos os resultados obtidos pela aplicação de instrumentos de avaliação;¹⁵² - Referir nas notas a abordagem farmacológica e não farmacológica utilizada;¹⁵² - Registrar a avaliação dos resultados obtidos.¹⁵²

<p>4. Educar a equipa interdisciplinar e desenvolver e implementar protocolos de cuidados paliativos ao doente com <i>delirium</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educar os enfermeiros e outros profissionais de saúde na área do <i>delirium</i>, de modo a promover o seu despiste e gestão;^{133, 150, 150} - Desenvolver uma política de cuidados paliativos sobre como gerir doentes com problemas comportamentais graves;¹⁴³ - Conversar com a equipa após um incidente violento ou desagradável, pois a discussão pode ajudar a moldar a política de cuidados;¹⁴³ - Treinar a equipa em habilidades de comunicação¹⁵⁰ - Ex.: manter os canais de comunicação abertos, ouvir ativamente, dar sentido aos sintomas; - Implementar a aplicação de protocolos de cuidados ao doente com <i>delirium</i>;¹⁵⁰ - Promover a formação regular da equipa, através de formações internas e externas especializadas em cuidados na demência e <i>delirium</i>;¹⁴⁸ - Organizar e disponibilizar a todos os funcionários artigos científicos, notícias e informação dos media acerca do <i>delirium</i>;¹⁴⁸ - Fazer atualizações regulares por e-mail para toda a equipa, com o objetivo de manter os problemas atualizados e os funcionários envolvidos na iniciativa.¹⁴⁸
<p>5. Atuar precocemente na prevenção do <i>delirium</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores de risco para <i>delirium</i>;¹⁴⁷ - Incentivar a atividade cognitiva e ajudar os doentes a orientarem-se para o espaço, tempo e pessoa;^{125, 140, 147, 153} - Fomentar a presença de objetos familiares juntos dos doentes;¹⁵³ - Melhorar o sono e aliviar ansiedade através uma combinação de intervenções não farmacológicas, tais como: técnicas de relaxamento e respiração; música tranquila na hora de dormir; reduções na luz ambiente, ruído e outros fatores que podem acordar o doente à noite; bebidas quentes;^{125, 128, 140, 147, 153} - Reduzir a imobilidade, incentivando o levante e deambulação, quando possível ou realizando movimentos ativos de amplitude, bem como limitando o uso de cateteres, restrições ou infusões endovenosas contínuas;^{125, 128, 140, 147, 153} - Compensar défices sensoriais, fornecendo óculos e aparelhos auditivos;^{128, 140, 147} - Monitorizar a administração de medicamentos novos;¹²⁸ - Incentivar a ingestão de líquidos/ hidratação;^{128, 140, 147, 153} - Manter uma boa oxigenação;¹⁴⁷ - Educar os profissionais para garantir o reconhecimento imediato do <i>delirium</i>.^{147, 153}

Quadro 8 - Intervenções de Enfermagem referenciadas

4. Discussão de resultados

Através da análise dos dados, constata-se que não é somente pelo recurso a uma técnica isolada, mas sim articulando um conjunto de intervenções que é possível gerir esta síndrome eficazmente. Esta abordagem multidimensional é referida em vários artigos e tem o seu foco no doente, na família, no ambiente e no enfermeiro. Incide, essencialmente, na avaliação neurológica, na identificação e tratamento da(s) causa(s) subjacente(s) (quando apropriado), no controlo de sintomas e promoção de conforto e bem-estar, na estimulação da mobilidade precoce, na monitorização da nutrição e hidratação, na gestão da segurança, na estimulação cognitiva, na comunicação eficaz, na gestão do ambiente e manutenção do equilíbrio sensorial, na interação com a família, na educação do doente e família e na formação e organização dos cuidados com envolvimento de toda a equipa interdisciplinar. Alguns dos artigos^{125, 128, 140, 147, 153} analisados mencionam ainda o papel do enfermeiro na prevenção do *delirium*, devendo ser essa a principal abordagem adotada, particularmente perante a população de cuidados paliativos que apresenta grande vulnerabilidade. Durante a análise também se constatou que a grande maioria das intervenções estão mais direcionadas a doentes internados, dado a generalidade dos estudos explorarem o contexto hospitalar e de unidades de cuidados paliativos.

A. Avaliação do *Delirium*

Como já foi abordado anteriormente, o *delirium* é um sintoma comum em cuidados paliativos, mas frequentemente negligenciado e subdiagnosticado pelos profissionais de saúde,¹⁵⁴ nomeadamente os enfermeiros. Isso pode ser devido à falta de reconhecimento das características do *delirium*, sobreposição com as características clínicas da depressão e da demência em particular, a ocorrência de intensidade flutuante dos sintomas e lucidez transitória, sendo agravado pelo rastreio inadequado do *delirium* ou pela ausência de rastreio regular.¹⁵⁵ Ainda existe falta de consenso na melhor abordagem de avaliação do *delirium*,⁴⁴ todavia a deteção do *delirium* pode ser melhorada pelo uso sistemático de ferramentas de rastreio observacional pela equipa de enfermagem e ferramentas de rastreio cognitivo ou breves testes de atenção.¹⁵⁶ Afinal, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para auxiliar na avaliação do

delirium, em virtude de seu contacto contínuo com doentes e familiares/prestadores de cuidados durante os períodos de hospitalização.¹⁵⁷

Vários artigos^{128,136-138,140,144,145,150,152} mencionam a importância dos instrumentos de avaliação, dado estes puderem ser uma boa ajuda no diagnóstico do *delirium*. Desde que os critérios do DSM e do ICD foram amplamente aceites para propósitos clínicos, o enfoque foi para o desenvolvimento de ferramentas de avaliação mais sofisticadas para investigação ou uso clínico, com o objetivo de aumentar o diagnóstico e classificar a gravidade do *delirium*.¹⁵⁸ A escolha da ferramenta clínica pode, em parte, ser determinada pelo nível de treino necessário para a equipa, facilidade de administração e nível potencial de sobrecarga para os doentes, familiares e profissionais.¹⁵⁷ Em cuidados paliativos, a vulnerabilidade dos doentes e famílias requer uma atenção especial a este último ponto. Este é um cenário desafiante, onde o ónus da avaliação e da investigação deve ser balanceado com a necessidade de rigor e com o benefício esperado para a qualidade de vida.¹⁴⁹ Além disso, os níveis de comorbidades tendem a aumentar com a progressão da doença, assim como os níveis de fragilidade, caquexia, fadiga e dor, que coletivamente se somam ao desafio de realizar uma avaliação diagnóstica completa do *delirium*.¹⁵⁶ A abordagem ideal para fazer o diagnóstico de *delirium* em cuidados paliativos é conduzir uma entrevista clínica, obter a história colateral junto da família e avaliar a cognição do doente de maneira sistemática,²² o que em conjunto permite ao avaliador operacionalizar os critérios de diagnóstico de *delirium* do DSM-5.¹⁵⁶

Nem todas as escalas referidas no capítulo anterior foram validadas para a população de cuidados paliativos, sendo que muitas delas podem ser morosas para estes doentes. Dos instrumentos de avaliação mencionados apenas o CAM, o MDAS e o BCS foram validados em contexto de cuidados paliativos.^{41, 61, 159} Todavia, o uso relatado do BCS em cuidados paliativos tem sido relativamente limitado, enquanto a utilização do MDAS e CAM tem sido frequentemente relatada.¹⁵⁷ O BCS é um instrumento breve, fácil de usar e de dois itens, que avalia o nível de alerta e um teste de atenção, e que não requer treino especial.

Na prática clínica, o CAM é frequentemente usado como uma ferramenta de diagnóstico,¹⁵⁶ sendo referido em todos os artigos que mencionam instrumentos de avaliação.^{128,136-138,140,144,145,150,152} Em grande medida, este instrumento praticamente operacionaliza os critérios de *delirium* do DSM-5, o que é evidenciado pela sua concordância significativa.¹⁶⁰ É o instrumento mais suportado pela evidência apresentando uma sensibilidade de 94% e especificidade de 89% e ainda com valor prognóstico.⁵⁹ A versão completa do instrumento CAM possui um total de nove itens, com base nos critérios DSM-III-R. Esta ferramenta de avaliação do *delirium* encontra-se traduzida e validada para a população portuguesa.¹⁶¹ O algoritmo de diagnóstico de CAM consiste em quatro itens do CAM completo e foi validado em cuidados paliativos.⁶¹ Para identificar um *delirium* positivo, são necessárias as duas características essenciais de “início agudo e curso flutuante” e “desatenção”, além de “pensamento desorganizado” ou “alteração do nível de consciência”. O CAM é usado como uma ferramenta de rastreio e diagnóstico, não fornecendo uma pontuação da gravidade do *delirium*. Foi projetado para ser administrado com uma breve ferramenta de avaliação cognitiva, como o MMSE ou o SOMCT, pois os distúrbios cognitivos também são um critério de diagnóstico para o *delirium*.^{156, 157} É essencial o treino formal deste instrumento, para garantir a confiabilidade, uma vez que a sua utilização depende da habilidade do avaliador.⁶¹ A sensibilidade da ferramenta pode ser baixa quando administrada por enfermeiros com treino desadequado.^{111,162}

O MMSE avalia orientação, memória, atenção, concentração e linguagem, mas não acomoda a inclusão de distúrbios psicomotores ou fenómenos psicóticos.¹⁶³ Além disso, falta sensibilidade e especificidade ao *delirium*, o que é em parte resultado do peso significativo da orientação. Por outro lado, o MMSE pode ser difícil de usar em alguns doentes em cuidados paliativos devido à exigência de habilidades motoras.¹⁵⁷ Não obstante, é recomendada na maioria dos estudos encontrados.^{131,136,137,140,144,150,152}

A DRS-R-98 foi desenvolvida a partir da *Delirium Rating Scale* e é a ferramenta fenomenológica de *delirium* mais detalhada disponível.¹⁶⁴ É útil como escala de diagnóstico e como escala de gravidade.^{137,152} Também permite medições repetidas e, como tal, é uma ferramenta popular para avaliar mudanças ao longo do tempo em

estudos de tratamento. É uma escala de 16 itens, com classificação clínica, com 13 itens de gravidade, incluindo cinco domínios cognitivos e três itens de diagnóstico (início temporal dos sintomas, flutuação dos sintomas e distúrbio físico); e é uma medida válida da gravidade do *delirium* em uma ampla gama de sintomas.¹⁵⁷ Foi originalmente projetada para ser administrada por médicos com formação em psiquiatria e *delirium*, mas também pode ser utilizada por enfermeiros e psicólogos, desde que estes tenham recebido treino adequado na avaliação da fenomenologia psiquiátrica em doentes.¹⁵⁷ Possui alta confiabilidade, validade, sensibilidade e especificidade entre avaliadores para distinguir *delirium* de populações neuropsiquiátricas mistas, incluindo demência, depressão e esquizofrenia,¹⁶⁴ e tem sido usada na avaliação de doentes em cuidados paliativos.¹⁵⁷

A MDAS é uma escala com classificação clínica projetada para avaliar a gravidade do *delirium*.^{67,130} Os 10 itens incluem excitação e nível de consciência, funcionamento cognitivo (memória, atenção, orientação e distúrbios do pensamento) e atividade psicomotora. Os seus itens abrangentes capturam o *delirium* hipoativo e hiperativo. A MDAS é relativamente breve, exigindo 10 minutos para ser concluída¹³⁶, excluindo o tempo necessário para desenvolver afinidade, rever o processo clínico e obter a história colateral dos familiares. Além de monitorizar a gravidade do *delirium*, também tem sido usada como ferramenta de diagnóstico.¹³⁰ Embora tenha sido originalmente projetada para administração por psiquiatras, tem sido utilizada por outros profissionais de saúde devidamente treinados.¹⁵⁷ A MDAS foi validada em oncologia e cuidados paliativos, demonstrando diferentes níveis de sensibilidade, especificidade e ponto de corte diagnóstico.⁴¹ Apesar de detetar adequadamente o *delirium* do tipo hipoativo, a avaliação da perturbação do estado de vigília só pode incluir um nível reduzido de consciência, não detetando estados hiperativos.¹⁵⁷ Ao contrário do DRS-R-98, a MDAS não inclui itens como início temporal ou flutuação dos sintomas, necessários para diagnosticar o *delirium* e ajudar a diferenciá-lo da demência ou depressão.

Embora seja uma das ferramentas menos referidas,^{137,140} a DOS é digna de menção como uma ferramenta potencial de rastreio para ser utilizada por enfermeiros. Foi projetada para capturar sinais precoces de *delirium* por enfermeiros durante os

cuidados de rotina e leva menos de cinco minutos para ser concluída.¹⁶⁵ Os enfermeiros classificaram o uso prático da DOS como significativamente mais fácil de usar do que a escala de confusão NEECHAM.¹⁶⁶ Originalmente, consistia em 25 itens, mas foi reduzida para 13 itens. Foi demonstrado que possui evidências satisfatórias de validade e confiabilidade, incluindo alta consistência interna, em medicina geriátrica e também em população de cuidados paliativos.^{157, 167} Recentemente, um estudo realizado com doentes com cancro avançado confirmou o rigor deste instrumento nesta população, tendo demonstrado uma sensibilidade superior a 99% e uma especificidade de 99,5%.¹⁶⁸ Para além da sua aplicação ser rápida e fácil, o que é vantajoso em contexto de cuidados paliativos, não necessita de treino específico. Todavia, a maioria dos itens do DOS precisa de doentes verbalmente ativos para realizar as observações corretamente.¹⁶⁷ Além disso, esta escala ainda não foi validada para português, ao contrário das mencionadas anteriormente (CAM, MMSE, DRS-R-98 e MDAS).

Apesar das suas limitações, as ferramentas de avaliação possibilitam uma abordagem sistemática e padronizada para avaliar o *delirium* e uma linguagem comum para a comunicação com os membros da equipa. No entanto, nenhuma ferramenta isolada provavelmente capturará as extensas complexidades do *delirium* em doentes em cuidados paliativos. Existirá sempre um compromisso entre abrangência e funcionalidade.¹⁵⁷ Uma das limitações, especialmente neste contexto de cuidados, é o facto dos testes usados para avaliar a cognição poderem ser angustiantes e embaraçosos, tanto para os doentes quanto para seus familiares.¹⁶⁸ Todavia, sem o uso de uma ferramenta estruturada, o *delirium* não é detetado por enfermeiros em pelo menos 75% dos doentes hospitalizados, o que pode acarretar ainda mais sofrimento.¹⁶⁸ Como o *delirium* tem um curso flutuante e algumas ferramentas de avaliação são baseadas em sinais e sintomas manifestados durante um período predeterminado (por exemplo, Nu-DESC), a melhor imagem do estado mental de um doente é fornecida por avaliações sistemáticas e repetidas. A posição estratégica ocupada pelos enfermeiros oferece uma oportunidade ideal para observar e registar os indícios flutuantes desta síndrome.¹⁶⁸ Tal como mencionado anteriormente,¹⁶⁸ também pode ser extremamente útil obter junto de um cuidador/ familiar, o histórico da função cognitiva habitual do

doente⁹² e solicitar aos cuidadores que relatem qualquer mudança aguda no estado mental à equipa de saúde.¹⁵⁶ O olhar atento dos enfermeiros e o cuidar em parceria podem fazer toda a diferença, permitindo intervir atempadamente no controlo do *delirium*.

B. Identificação e tratamento da(s) causa(s) subjacente(s)

Uma das intervenções mais frequentemente mencionadas pelos estudos analisados é a identificação e tratamento da(s) causa(s) subjacente(s).^{81, 124, 128, 131, 136-139, 141, 143, 145, 152} Embora aproximadamente 50% dos episódios de *delirium* possam ser revertidos em doentes em cuidados paliativos,^{41,133} especialmente quando os precipitantes são medicamentos, infeções ou hipercalcemia, a decisão de iniciar o tratamento na tentativa de reverter a(s) causa(s) subjacente(s) para *delirium* depende do prognóstico estimado e dos objetivos do tratamento de um doente.¹⁵⁶ Um dos dilemas clínicos mais desafiantes, mesmo para médicos experientes, é determinar se a pessoa com doença avançada com *delirium* está na iminência de morrer ou se tem um *delirium* reversível; e em muitos casos, à cabeceira, estas duas situações podem apresentar-se muito similares.¹⁶⁹ Segundo Agar¹⁶⁹, a decisão sobre tentar ou não o tratamento ativo do(s) precipitante(s) de *delirium* é um ato de equilíbrio, considerando possíveis benefícios e danos, bem como a probabilidade de reversibilidade do evento clínico em questão. A autora reforça ainda a importância de avaliar em cada situação aquilo que o doente pode considerar "oneroso" e quais foram as suas preferências e desejos expressados. Em alguns casos, uma prova terapêutica por "tempo limitado", com um prazo claro para reavaliação dos sinais de melhoria, pode ser útil.¹⁶⁹

Nos artigos analisados, foram encontrados acrónimos como o MEDICINE¹³¹ (*Medications* - medicação, *Electrolyte imbalance* - desequilíbrio eletrolítico, *Dehydration* - desidratação, *Ischemia* - isquemia, *Constipation/Impaction* – obstipação/ impactação, *Infection* - infeção, *Neoplasm of brain* - neoplasia cerebral, *Effects from liver or renal failure* -insuficiência renal ou hepática) e CHIMBOP¹⁴¹ (*Constipation* - obstipação, *Hypovolemia/Hypoglycaemia* - hipovolemia/hipoglicémia, *Infection* - infeção, *Medications* - medicação, *Bladder* – Bexiga, *Oxygen level* - nível de oxigénio e *Pain* - dor) que visam facilitar o despiste de causas reversíveis. No geral, as causas reversíveis mais

frequentemente mencionadas e que merecem atenção pelos enfermeiros são: medicação, desnutrição e desidratação, desequilíbrio eletrolítico (hipercalcemia), neoplasia ou metastização cerebral, hipoxemia e hipoglicemia, retenção vesical e obstipação/impactação fecal, infecção, insuficiência renal ou hepática e dor. É raro tratar-se de uma causa isolada, estando frequentemente mais do que um fator envolvido.⁴¹

Medicação

Um dos fatores de risco mais frequentes para o aparecimento do *delirium* é a medicação,¹⁷⁰ nomeadamente as benzodiazepinas, os opioides, os anticolinérgicos e os corticoides.¹⁷¹ Habitualmente, o *delirium* induzido pela medicação é facilmente reversível.¹⁷¹ Apesar da prescrição farmacológica ser do âmbito da medicina, os enfermeiros devem estar atentos ao plano terapêutico e fazer uma avaliação cuidadosa do perfil atual e recente de medicamentos dos doentes, despistando fármacos potencialmente causadores de *delirium*.^{81, 92, 124, 130-132, 136, 145, 150,152,156, 172} Reveste-se de grande importância estar ciente das consequências latentes da administração e avaliação destes fármacos no que concerne a esta sintomatologia. Estes devem ser discutidos com a equipa médica, a fim de considerar a redução da dose e/ou a descontinuação. Não é função do enfermeiro a prescrição da terapêutica, contudo acaba por ser este profissional de saúde quem vai gerir a mesma, vigiar os efeitos secundários possíveis e executar a monitorização hemodinâmica.

Importa mencionar que a maioria das pessoas em cuidados paliativos com doença em estágio terminal exigirá tratamento com opioides para dor e/ou dispneia. A neurotoxicidade induzida por opioides é uma síndrome de efeitos adversos neuropsiquiátricos que podem ocorrer com a terapia com opioides e é exacerbada por uma grande dose ou aumento rápido da dose de opioides e desidratação. As suas características são sedação severa, comprometimento cognitivo, *delirium*, alucinações, mioclonia, convulsões, hiperalgesia e alodinia.¹⁵⁶ Pode ser resolvida pela redução da dose de opioides, se a dor estiver bem controlada ou pela rotação do opioide, com uma diminuição na dose equianalgésica do novo opioide em pelo menos um terço por causa da tolerância cruzada incompleta.^{133, 173} Como complemento, também pode ser ponderada a hidratação por via endovenosa ou subcutânea (hipodermoclise).¹³³

Desnutrição e Desidratação

Alguns estudos desenvolvidos em outros contextos de cuidados, apontam a desnutrição e a desidratação como fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento do *delirium*.^{174, 175, 176} A nutrição é essencial para todas as funções do corpo. Evidências emergentes provam que deficiências de certos nutrientes podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento de problemas cognitivos graves.¹⁷⁷ Sabe-se que micronutrientes e outras deficiências vitamínicas, como niacina ou tiamina, têm impacto no início do *delirium* devido a alterações na neurotransmissão e que a diminuição da proteína plasmática está associada a concentrações séricas elevadas de fármacos, normalmente ligados a proteínas.¹⁷⁸

A ingestão insuficiente de água conduz à desidratação, que é a causa subjacente a diversas condições, estando na origem não apenas da confusão, como também da obstipação, quedas, infecções urinárias, desnutrição e úlceras de pressão.¹⁷⁹ A causa da desidratação é multifatorial, relacionando-se com a dificuldade de deglutição, ausência de sede, compromisso cognitivo, limitações físicas (incluindo restrições) e uso indevido de diuréticos.¹⁸⁰ No estudo desenvolvido por Ocádiz-Carrasco et al.¹⁷⁵ emerge a importância da adoção de intervenções que fomentam o consumo de água e promovem a nutrição e a manutenção da boca limpa, fresca e hidratada, diminuindo a incidência de *delirium*.

Desequilíbrio eletrolítico

Entre outros fatores precipitantes, o *delirium* pode estar associado a diversas alterações eletrolíticas.^{131,140} Em doentes com cancro, estas alterações podem ocorrer como um fenómeno paraneoplásico - como hipercalcemia tumoral maligna - como resultado da quimioterapia ou em associação com vários outros fatores iatrogénicos.²² As alterações eletrolíticas com o potencial de precipitar o *delirium* mais comuns nesta população são a hipercalcemia, a hiponatremia e a hipomagnesemia. Essas alterações podem ser tratadas efetivamente com: bifosfonatos, no caso de hipercalcemia; restrição hídrica, consoante as circunstâncias, e administração de solução salina hipertónica ou antagonista da vasopressina no caso de hiponatremia; e reposição de magnésio no caso de hipomagnesemia.^{22,147}

O desequilíbrio mais mencionado é a hipercalemia.^{92, 124, 126, 131, 135, 143, 147,150} Em pessoas com cancro avançado, níveis de cálcio corrigido acima de 3,0 mmol/L geralmente causam problemas significativos, incluindo *delirium*. O tratamento depende da gravidade dos sintomas, dos desejos do doente e da expectativa de vida estimada e inclui hidratação parentérica com solução salina e tratamento com bisfosfonato ou calcitonina.¹⁸¹ O uso de denosumab subcutâneo, um anticorpo monoclonal que atua contra o ativador de recetor do ligante fator nuclear jB (RANK), foi recentemente relatado em 33 doentes com cancro avançado com hipercalemia refratária a bisfosfonatos.¹⁸² Neste estudo, verificou-se que o denosumab reduziu os níveis séricos de cálcio em 64% dos doentes em 10 dias.¹⁸² Apesar da administração da terapêutica depender sempre da prescrição médica, é relevante o enfermeiro saber as opções terapêuticas disponíveis, monitorizando os resultados e eventuais efeitos adversos.

Neoplasia cerebral ou metastização cerebral

Embora os próprios corticosteroides tenham efeitos neuropsiquiátricos, incluindo o *delirium*, eles são frequentemente usados para reduzir o edema peri-tumoral¹⁴⁷ (Ex.: dexametasona 4-8 mg por dia em doses divididas). Em alguns doentes com tumores cerebrais primários, por exemplo, doentes com sintomas progressivos de glioblastoma multiforme intracraniano, podem ser necessárias doses mais altas de corticosteroides.¹⁵⁶ Também pode haver um papel para a radioterapia paliativa, dependendo da condição geral da pessoa e da sobrecarga e objetivos do tratamento.¹⁵⁶

Hipoxemia e Hipoglicémia

Crê-se que os distúrbios no ambiente interno do cérebro, particularmente a interferência no metabolismo do oxigénio e da glicose, estão subjacentes à maioria dos casos de *delirium*.^{124, 131, 141, 183} A hipoxemia constitui um sinal objetivo acerca da oxigenação dos tecidos, sendo as definições variáveis conforme autores: alguns autores definem valores < 94%, outros < 92% ou ainda < 90% em oximetria periférica.¹⁸⁴ Nesta situação, os resultados encontrados recomendam manter a via aérea permeável e oxigenioterapia, quando necessário.^{81, 131, 132, 140, 147, 152} De facto, em cuidados paliativos, recomenda-se que o quadro de dispneia e hipoxemia na pessoa com doença avançada seja preferencialmente tratado com oxigénio (em caso de dispneia sem hipoxemia a

oxigenioterapia não está recomendada).¹⁸⁵ Segundo orientações de referência, como a do *National Clinical Guideline Centre - NICE* e a da *British Thoracic Society Emergency Oxygen Guideline Development Group*, a oxigenoterapia deve ser utilizada em doentes hipoxémicos selecionados e titulada conforme oximetrias periféricas, com valores-alvo diferentes, consoante se trate de doentes com ou sem risco de desenvolver hipercapnia.¹⁸⁴ Como qualquer outro medicamento, o oxigénio deve ser administrado após avaliação cuidada das suas indicações, benefícios pretendidos e possíveis danos.¹⁸⁶ De facto, enquanto intervenção terapêutica, a oxigenoterapia não se encontra livre de efeitos adversos e riscos, designadamente ser um potencial promotor de ansiedade pela dependência do equipamento, cuja eventual falha pode ser um foco ansiogénico.¹⁸⁴ Pode ainda provocar a secura de mucosas, com possíveis lesões na mucosa ocular, nasal e oral, trauma pelo contacto com o equipamento, incluindo lesões de pressão, ou desconforto pelo ruído associado, perda de independência e de mobilidade, com acréscimo do risco de isolamento social.¹⁸⁴ Assim, para além de monitorizar a oximetria periférica com a regularidade ajustada a cada situação clínica, quando administra oxigenioterapia, o enfermeiro deve verificar a sua prescrição, vigiar e intervir perante estes efeitos adversos.

A hipoglicémia também foi brevemente mencionada em alguns dos artigos analisados,^{124, 131} enquanto causa de delirium. De facto, não são raros os casos de *delirium* secundário a hipoglicémia em pessoas com Diabetes Mellitus, apesar de também existirem alguns relatos de *delirium* secundário em contexto de hiperglicemia.¹⁸⁷ O cérebro é altamente dependente da glicose para o seu metabolismo e é particularmente vulnerável a hipoglicémia, especialmente nos idosos e em pessoas com doença avançada,¹⁸⁸ que apresentam frequentemente padrões alimentares irregulares e uma ingestão calórica imprevisível. Cabe ao enfermeiro gerir a avaliação de glicémia capilar e prevenir episódios de hipoglicémia e conseqüente confusão mental. As metas glicémicas devem ser individualizadas, levando em consideração o estado geral e a expectativa de vida dos indivíduos.¹⁸⁸

Retenção vesical e obstipação/impactação fecal

Alterações na eliminação vesical e intestinal são referidas em grande parte dos estudos como uma das causas de *delirium*.^{131, 133, 135, 138, 139, 152} A distensão da bexiga, associada à retenção urinária, pode contribuir para esta síndrome devido ao aumento do tónus simpático e aumento da catecolamina desencadeado pela tensão na parede da bexiga.¹⁸⁹ A descompressão da bexiga por cateterismo pode melhorar os sintomas,^{131, 139, 152} contudo, sempre que possível deve evitar-se a colocação de cateteres urinários em doentes delirantes e idosos.¹⁹⁰ Embora frequentemente sejam mais convenientes para a equipa de enfermagem e, às vezes, solicitados pelos próprios doentes, estes cateteres limitam a mobilidade do doente, são um potencial nicho de infeção e demonstraram aumentar o risco de *delirium*.¹⁹¹ Não obstante, o cateterismo intermitente ser preferível para controlo da retenção urinária,¹⁹² em cuidados paliativos a algaliação “permanente” deve ser considerada se trazer maior conforto ao doente, nomeadamente nas pessoas com dor à mobilização. O enfermeiro também deverá estar atento à permeabilidade de sondas vesicais preexistentes.

A obstipação é um fator precipitante frequente^{81, 131, 139, 140, 152} e muitas vezes esquecido do *delirium* que pode ser causada por muitos fatores, incluindo imobilidade, comorbilidades, como diabetes mellitus ou cancro do colon, anormalidades eletrolíticas, medicamentos e até depressão.¹⁹³ Uma causa frequente de obstipação em cuidados paliativos é a medicação opioide utilizada para a dor ou dispneia, daí a importância da administração profilática de laxantes, a menos que exista uma contra-indicação.¹⁹⁴ Uma história cuidadosa e exame físico, incluindo um exame retal considerando a desimpactação,¹³⁹ podem ser úteis na avaliação e gestão de pessoas com *delirium*.¹⁸⁹ O enfermeiro deve assim monitorizar a frequência e características das dejeções, incentivando uma ingestão hídrica e nutricional adequadas.

Infeção

Num estudo¹⁷⁰ realizado em 140 doentes oncológicos com alteração do estado mental, verificou-se que em 46% da população estava presente infeção sistémica, sendo uma das causas precipitantes de *delirium* mais comuns^{128, 131, 138, 141, 147} e também uma das mais associadas à sua persistência. De facto, cerca de 70% dos doentes com bacteremia

apresentam sintomas neurológicos que variam desde letargia ao coma e mais de 80% apresentam alterações no eletroencefalograma.^{195, 196} O recurso à administração de antibioterapia prescrita pode nem sempre ser o mais óbvio, pois mais uma vez deve ser levado em conta o prognóstico da pessoa e o seu plano de cuidados, pesando os riscos e benefícios. Num estudo prospetivo de 237 doentes com cancro hospitalizados, o *delirium* devido a uma infeção e tratado com antibióticos padrão apresentou uma menor taxa de reversibilidade do que o *delirium* relacionado com medicamentos ou hipercalcemia.¹⁸³ Não obstante, de acordo com as recomendações de especialistas, enquanto fator precipitante do *delirium*, a infeção deve ser tratada com antibioterapia de largo espectro (quando se desconhece o organismo associado), se de acordo com os objetivos de cuidado do doente e a sua trajetória de doença.¹⁷¹

Insuficiência hepática ou renal

A patologia mais frequentemente associada à etiologia do *delirium* é a insuficiência hepática.^{92, 131, 138, 183} Este distúrbio afeta vários sistemas orgânicos, conduzindo frequentemente a insuficiência renal.¹⁹⁷ É comum em cuidados paliativos, especialmente em fim de vida, existirem alterações a nível hepático e renal, o que torna esta população ainda mais vulnerável. Um dos problemas decorrentes destas patologias é o facto de, em conjunto com o excesso de medicação e desidratação, resultar em alterações no metabolismo e na excreção que levam a níveis tóxicos de medicamentos para o organismo.¹³⁵ Torna-se assim importante que, perante estes distúrbios, o enfermeiro monitorize mais atentamente o balanço hídrico, bem como o regime farmacológico e eventuais sinais de neurotoxicidade. Em situações de doença hepática aguda ou crónica pode surgir como complicação grave a encefalopatia hepática que engloba um continuum de alterações neuropsiquiátricas, nomeadamente o *delirium*.¹³⁸

Dor

A dor mal controlada é outra das causas do *delirium*,^{45, 81, 128, 132, 139, 140, 198} sendo por isso importante a sua avaliação regular, especialmente neste contexto de cuidados. Os enfermeiros dispõem de diversas escalas para o efeito mediante o estado neurológico do doente. Em doentes que não conseguem comunicar, estes dois sintomas são frequentemente confundidos pelos enfermeiros que têm dificuldade em avaliar as suas

diferentes características. De acordo com Robinson,¹⁵⁰ de modo geral, quando se trata de dor, os doentes não comunicantes expressam-se gemendo e choramingado, apresentam um fâcies tenso, fazendo caretas ou franzindo a testa, ficam inquietos balançando o corpo ou em posição de defesa, retraindo-se. Recusam-se a comer e podem apresentar alterações hemodinâmicas, bem como suores e rubor ou palidez. Também é possível evidenciarem feridas cutâneas, áreas de pressão, contraturas ou artrite. Em quadro de *delirium*, estes doentes expressam-se com resmungos e gemidos, podendo parecer assustados ou perturbados, com tremores associados. Mais confusos, tentam frequentemente retirar cateteres, sair da cama e apanhar objetos do ar. Este comportamento agrava-se durante o período noturno e é comum apresentarem o ciclo sono-vigília revertido.¹⁵⁰

C. Controlo de sintomas e promoção de conforto e bem-estar

A par com a identificação e tratamento da(s) causa(s) subjacente(s), esta é uma das primeiras medidas que deve ser adotada pelos enfermeiros. Como já foi abordado, em cuidados paliativos o tratamento da(s) causa(s) pode não ser viável ou possível, devido ao processo da doença e aos objetivos dos cuidados que mudarão à medida que a doença progride. Contudo, o bem-estar e conforto do doente são a pedra angular de excelentes cuidados paliativos de enfermagem.¹³⁷ Não se resume apenas em administrar a terapêutica prescrita para controlar o *delirium*, quando necessário, mas também em garantir que todos os sintomas angustiantes do doente são aliviados com a maior rapidez e eficácia possível.¹⁴⁶ A dor é um dos sintomas mais difíceis de gerir, sobretudo nestes doentes.¹⁹⁹ É, assim, primário que o enfermeiro saiba geri-la eficazmente,^{81, 128, 132, 139, 140} pois não se trata apenas de uma das causas associadas a esta síndrome, como também um dos sintomas mais prevalentes em pessoas com doença crónica avançada. Não devem ser impostos cuidados que as pessoas não desejam nem intervenções desconfortáveis para o doente.^{125, 137, 142} Nos doentes em fim de vida, é importante que o enfermeiro monitorize a terapêutica e discuta com a equipa médica a possibilidade de descontinuar fármacos que não são mais úteis ou consistentes com os objetivos dos cuidados e que possam estar a interferir com aqueles que promovem o conforto.¹³⁰ Ainda que por vezes seja difícil prever situações de fim de

vida, é necessário ponderar a realização de intervenções ou exames invasivos e despropositados.⁹² O *delirium* interfere com a capacidade de o doente tomar decisões sobre o seu plano de cuidados,²⁰⁰ por isso o enfermeiro deve atuar como advogado do mesmo e promover o envolvimento de pessoas significativas.

Apesar do *delirium* ser comum em idosos e pessoas com doença avançada, fazendo parte do processo de morrer, os enfermeiros podem oferecer intervenções significativas para reduzir o sofrimento e proporcionar conforto e bem-estar ao doente.¹³⁷ Algumas delas passam por manter a integridade articular e da pele, prevenindo o aparecimento de feridas;^{140, 152, 153} manter a temperatura corporal;^{147, 152} prevenir infeções, nomeadamente do trato urinário;¹⁴⁰ realizar cuidados à boca;¹⁴⁰ e promover um bom padrão e higiene do sono.^{81, 132, 140, 141, 147}

Nesta dimensão do cuidar também deve ser levado em conta o bem-estar psicológico, emocional e espiritual. O *delirium* está associado a sofrimento emocional, pois as pessoas com *delirium* costumam estar ansiosas, zangadas ou mesmo deprimidas.^{131,137} O enfermeiro deve procurar informação junto do doente e da família, acerca de eventuais causas existenciais e questões não resolvidas, que podem causar angústia mental e despoletar sentimentos de raiva, tristeza ou medo.^{124, 131} Cabe também ao enfermeiro a responsabilidade de oferecer apoio psicológico, através do reconhecimento dos sentimentos do doente,¹⁴⁵ transmitindo disponibilidade,¹⁵² confiança, segurança e tranquilidade.^{127, 133, 136, 137, 139, 145, 147, 150, 152} Deve ainda oferecer apoio espiritual, de acordo com as crenças do doente^{130, 131} e estar atento aos seus medos, angústias e alucinações, de forma a ajudá-los.¹⁵²

Perante a perda de controlo associada a esta síndrome, e mesmo à doença crónica progressiva, a autonomia e dignidade da pessoa podem ficar afetadas. Daí a importância de estimular o doente a participar nos seus cuidados diários, através de tarefas simples como vestir ou comer,^{128, 135, 147, 152} planeando os cuidados com os próprios, a fim de alcançar uma abordagem centrada na pessoa.¹⁴² Sempre que possível, o enfermeiro deve tentar replicar a rotina do doente e ser flexível, possibilitando que o doente possa fumar ou beber álcool (mas não excessivamente), assistir televisão à noite e assim por diante, se é isso que eles habitualmente fazem e querem fazer.^{128, 135}

D. Mobilização precoce

A mobilização precoce é referenciada em vários dos estudos analisados^{81, 92, 125, 128, 132, 140, 141, 144, 147, 149, 153} enquanto atividade a adotar, uma vez que reduz o risco de confusão mental.¹⁷² Os enfermeiros devem estimular e ensinar movimentos de amplitude no leito, realizar alternância de decúbitos¹⁴¹ ou, conforme tolerado, encorajar a deambulação (com vigilância).^{81, 92, 125, 128, 132, 140, 144, 147, 149, 153} Todavia, apesar da deambulação e exercícios na cama serem incentivados, estes devem ser adaptados à capacidade do doente.²⁰¹ Nalguns doentes a mobilização pode ser desaconselhada, nomeadamente em situações de fim de vida, devendo por isso ser bem ponderada. Quando faz sentido, deve ser balanceada para evitar fadiga¹²⁸ (sintoma também comum em cuidados paliativos). O enfermeiro deve articular com os restantes membros da equipa interdisciplinar, considerando a possibilidade de realização de fisioterapia.¹⁴⁰ Outra questão que deve levar em conta é o cuidado em minimizar o uso de equipamentos imobilizadores, como cateteres vesicais e venosos e infusões contínuas.^{81, 92, 125, 128, 132, 135, 140} Todavia, mais uma vez, esta é uma decisão que deve ser ponderada pois a sua presença pode providenciar conforto quando é doloroso a mobilização e necessário terapêutica contínua.

E. Monitorização da nutrição e hidratação

Como já foi discutido anteriormente, a desnutrição e desidratação são fatores precipitantes do *delirium* que merecem a atenção do enfermeiro. A monitorização da nutrição e hidratação foi outra intervenção mencionada na bibliografia analisada,^{81, 132, 138, 140, 152} sendo uma dimensão na qual o enfermeiro pode mais facilmente intervir. Para além de reforçar a ingestão hídrica^{125, 128, 144, 149, 152, 153} e tratar as necessidades nutricionais,^{128, 140, 152, 153} através da oferta de suplementos por exemplo, o enfermeiro deve estar atento e reconhecer precocemente sinais de desidratação.^{92, 125} Os primeiros sinais e sintomas de desidratação incluem a sensação de sede, boca seca, cefaleias, redução da concentração e urina mais escura e concentrada.¹⁷⁹

Apesar desta intervenção aparecer algumas vezes mencionada, é pouco explorada pelos autores. De acordo com Cambell,¹⁷⁹ algumas das formas de prevenir a desidratação e desnutrição passam pelo enfermeiro: garantir que a escolha preferida dos doentes de

bebidas e alimentos esteja disponível o tempo todo; oferecer assistência e incentivo adequados, bem como disponibilizar equipamentos para beber e permitir interações sociais; e aumentar a consciencialização da equipa de cuidados, doentes e familiares sobre a importância da hidratação, através da educação. Pereira et al.²⁰² acrescentam ainda que os enfermeiros devem incentivar a alimentação pela via oral sempre que possível, quer seja adaptando o tipo de dieta à condição e às preferências dos doentes, quer seja mantendo uma higiene e hidratação da mucosa oral adequadas. Devem ainda permitir e estimular a utilização das próteses dentárias dos doentes durante o internamento, de modo a facilitar a alimentação pela via oral.²⁰²

A desidratação é reconhecida como uma causa de delirium, mas o uso de fluídos em cuidados paliativos ainda é controverso.²⁰³ No artigo encontrado de LeGrand⁹², o autor refere que muitas unidades de cuidados paliativos consideram essa terapia prolongadora de vida, não utilizando rotineiramente “ressuscitação fluída”. Um estudo clássico demonstrou que não se verificaram melhorias nos indicadores de hidratação (urina e plasma) e no estado de consciência de doentes oncológicos terminais que levaram infusões intravenosas em comparação com aqueles que não levaram.²⁰⁴ Também Bruera e os colegas²⁰⁵ no seu estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, em 129 pessoas com cancro avançado, verificaram que a hipodermoclise de 1000 ml de solução salina normal não melhorou os sintomas de *delirium*. Noutro estudo observacional prospetivo multicêntrico,²⁰⁶ com o objetivo principal de avaliar a qualidade de vida de 161 doentes com cancro abdominal avançado, 5,3% dos doentes que receberam hidratação parenteral de 1L/dia, conforme diretrizes locais, desenvolveram *delirium* hiperativo 48 horas antes da morte, em comparação com 17,3% dos doentes que receberam menos de 1L/dia. Por outro lado, alguns autores consideram que a desidratação contribui para o *delirium*, secundário ao metabolismo alterado de medicamentos, e que este tratamento diminui a incidência de *delirium* terminal.²⁰⁷ De facto, não se sabe se a hidratação parentérica sistemática do doente em fim de vida com *delirium* é benéfica ou se traz mais problemas, como o aparecimento de secreções,²⁰⁸ mas os resultados propõe a sua consideração.^{81, 92, 131, 132, 136, 147} Por

outro lado, é também mencionada a importância de evitar a presença de sistemas de soro para segurança do doente.^{81, 128}

F. Gestão da segurança

Garantir a segurança do doente e da equipa é fundamental perante um episódio de *delirium* ou na sua antecipação.^{126, 133, 137, 139} De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (DGS),²⁰⁹ a segurança do doente é definida como a redução do risco de danos desnecessários, relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.²⁰⁹

Durante um período de confusão, a distorção da realidade pode tornar o doente um risco para si próprio e para outros. Isto exige uma observação e proteção constantes para prevenir lesões ou quedas.^{128, 130, 145, 147, 153} As quedas são reconhecidas como um problema de saúde pública, com consequências pessoais (estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão), familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde.²¹⁰ Em situações de internamento, colocar o doente próximo da sala de enfermagem¹²⁸ ou recorrer a um familiar ou voluntário para vigiar o doente^{140, 211} permite aos enfermeiros ter uma maior vigilância, precavendo a ocorrência de incidentes. Todavia nem sempre isso é possível, o que dificulta a gestão da segurança. Frequentemente, os enfermeiros recorrem à contenção, apesar desta medida não ser recomendada, de acordo com os resultados encontrados.^{81, 125, 132, 136, 137, 145, 147, 149, 152, 153} Considerando as alternativas e o impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente, deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas.²¹² De acordo com os artigos analisados, esta só deverá ser utilizada quando a condição do doente ameaçar a sua segurança ou a de terceiros. A DGS²¹² recomenda que para se proceder, excecionalmente e após prescrição médica, à realização de contenção, esta deverá sempre ser limitada no tempo e ser, sempre que possível, consentida pela família ou pessoa significativa do doente.

De acordo com a DGS,^{212(p.3)} existem vários tipos de contenção:

“Contenção terapêutica: medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.

Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.

Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.

Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.

Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.”

Frequentemente, os profissionais de saúde confundem a contenção mecânica com a física. Nas referências encontradas esta intervenção também aparece frequentemente descrita como “contenção física”, mas é provável que englobe também a mecânica, ou seja, a utilização de equipamentos imobilizadores. Na verdade, este tipo de contenção pode aumentar em 2,82 vezes a probabilidade de desencadear o *delirium*,¹⁷² motivo pelo qual evitar ou não realizar de todo esta ação é uma das intervenções mais relatadas. Para além de aumentar a incidência desta síndrome nos doentes internados, também está associada à sua persistência,^{50,213} podendo inclusive escalar os comportamentos ao invés de aliviá-los. Em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível.²¹²

Para além de evitar as restrições físicas,^{81, 125, 132, 136, 145, 147, 149, 152, 153} as principais medidas de enfermagem para garantir a segurança do doente passam por: remover objetos perigosos que o doente possa utilizar contra si próprio ou outros;^{143, 147} disfarçar os cateteres e sistemas de soro ou escondê-los sob a roupa ou dobrá-los sob os cobertores;¹²⁸ usar alarmes na cama ou “vigilantes”;^{128, 136} e colocar o colchão no chão,^{128, 147} se houver preocupação com quedas (as grades da cama aumentam a altura

da queda, sem reduzir os riscos). Esta última intervenção deve ser bem ponderada e discutida uma vez que pode ser considerada indigna para o doente.

A presença de dispositivos invasivos também deve ser, sempre que possível, minimizada^{81, 92, 125, 128, 132, 135, 140} no processo de tratamento dos doentes e, os enfermeiros em particular, devem sensibilizar os restantes profissionais para a sua real necessidade, refletindo em equipa sobre os ganhos potenciais e os riscos decorrentes.²⁰²

A presença de algalias, cateteres ou sistemas de soros surge como um fator de risco potencial para o *delirium*. Ao minimizar ou afastar estes dispositivos, os enfermeiros contribuem para a manutenção de um ambiente mais seguro.^{172, 201}

G. Estimulação cognitiva

A estimulação cognitiva é uma intervenção não regulamentada que promove o processamento cognitivo para restaurar a função cognitiva.²¹⁴ Esta foi uma das intervenções mais mencionadas nos artigos analisados,^{81, 92, 125, 132, 134, 138, 148} através da realização de atividades cognitivamente estimulantes três vezes por dia, como discussões de eventos atuais, terapia de reminiscência, jogos de palavras e revisão de vida. O estudo de investigação ação de Bolton e Loveard¹⁴⁸ desenvolveu uma caixa de atividades que estava ao dispor dos membros da equipa ou da família para permitir o envolvimento com a pessoa com défice cognitivo. Nesta caixa poderiam ser selecionadas uma série de atividades como: cartões fáceis de fazer, botões e missangas para ordenar, quebra-cabeças fáceis e apropriados para adultos, aquarelas adaptadas a adultos, DVDs projetados especificamente para pessoas que vivem com demência, livros ilustrados e capas de discos interessantes para examinar e estimular a discussão, dominós e cartões grandes para jogar, panos para dobrar, documentos para arquivar e até xícaras de chá para incentivar uma bebida quente e uma conversa. De acordo com estes autores, este tipo de envolvimento provou diminuir significativamente a incidência de angústia por confusão ou agitação durante o internamento. Também em ensaios clínicos e outros estudos, a realização de atividades personalizadas demonstraram repetidamente a capacidade de estar alerta, de aumentar a atenção e de envolver pessoas, nomeadamente com demência.²¹⁵²¹⁶²¹⁷

H. Comunicação eficaz

A comunicação faz parte do quotidiano dos enfermeiros, sendo um dos pilares dos Cuidados Paliativos. Nesta síndrome, é fulcral o enfermeiro saber comunicar eficazmente com o doente e educar outros profissionais de saúde e familiares para tal. As várias estratégias enunciadas pela literatura analisada enfocam sobretudo na utilização de um tom de voz calmo, gentil e relaxado,^{126-128, 138} comunicando de forma clara, simples e concisa^{145, 147, 133, 135} e recorrendo ao toque gentil,^{127, 138} quando apropriado. As perguntas devem ser colocadas com cuidado, evitando várias questões^{126, 143} e todas as intervenções de enfermagem devem ser previamente explicadas.^{133, 136, 145, 147, 150} O profissional deve procurar uma abordagem menos interventiva, relaxada e flexível,^{136, 143, 147, 152} dando ao doente bastante espaço (literalmente)¹⁴³ e evitando causas precipitantes ou confrontos. É imprescindível adotar uma postura não confrontacional¹³⁶ com doentes confusos, de modo a não escalar comportamentos agressivos ou defensivos. Para tal, o enfermeiro deve ouvir e reconhecer os sentimentos do doente,^{128, 136, 138} através de uma atitude empática, respeitando-o e evitando opinar sobre questões fora do seu controlo.²¹⁸ Dois artigos diferiram na questão de manter contacto com os olhos. Enquanto Henry¹²⁸ sugere manter contacto com os olhos do doente, Macleod¹⁴⁷ defende que se deve evitar olhar diretamente nos olhos, olhando sem fixar o olhar, de forma ao doente não encarar o profissional como uma ameaça. Não foi encontrado na literatura evidências que suportem alguma destas intervenções.

Relativamente à orientação para a realidade, esta é referida na maioria dos artigos, através da utilização de lembretes verbais da hora, dia e lugar, bem como da nomeação do doente e dos cuidadores.^{81, 92, 125, 128, 132, 136, 137, 141, 144, 145, 147, 149, 150-153} Todavia, alguns estudos encontrados alertam para não recorrer a este método durante alucinações ativas ou em caso de *delirium* grave ou persistente,^{126, 127, 129, 130} pois corrigir a perceção do doente pode aumentar a sua ansiedade e agitação. De facto, ao longo do tempo, várias diretrizes na gestão do *delirium* têm recomendado a utilização de estratégias de orientação para a realidade durante episódios de *delirium*, supondo-se que nenhum dano advenha do seu uso. No entanto, as pessoas que sofreram um episódio de *delirium*

e conseguem lembrar essa experiência, descrevem que esta abordagem pode levar à desconfiança e ao distanciamento da equipa de saúde e família, impedindo assim o relacionamento com os cuidadores.²¹⁹ As experiências destas pessoas desafiam a ênfase atual na orientação para a realidade como estratégia de cuidado durante um episódio de *delirium*. Nestas situações, os profissionais devem antes tranquilizar o doente, usando comentários como "Estamos aqui consigo. Está seguro".^{127, 133, 136, 137, 139, 145, 147, 150, 152} É também relatada a importância de evitar validar o conteúdo de uma alucinação ou ilusão, mas antes integrar a realidade do doente e reconhecer a sua experiência.^{128, 136, 138}

I. Gestão do ambiente e manutenção do equilíbrio sensorial

A manipulação do ambiente e manutenção do equilíbrio sensorial surgem como das principais intervenções não farmacológicas na gestão do *delirium*.^{123-128, 131, 133-140, 145, 147, 150-153} O ambiente hospitalar ou de internamento agrava o desenvolvimento desta síndrome, dado tratar-se de um contexto diferente daquele a que o doente está habituado. Perante um quadro de confusão, o doente deve ser mantido calmo, com todos os esforços para mantê-lo familiarizado com o ambiente, e para isso é necessário garantir um cenário familiar.²⁰¹ Na verdade, permitir a presença de objetos pessoais e familiares está amplamente divulgada na literatura.^{81, 123, 127, 128, 131-133, 135-137, 140, 145, 147, 149, 150-153} Outra estratégia que aparece na maioria dos artigos analisados é disponibilizar um relógio e calendário bem visíveis no quarto do doente,^{81, 123, 126, 128, 131-133, 135-138, 140, 144, 145, 148, 149, 150-153} de forma a promover a sua orientação temporal. Recomenda-se ainda a utilização de placas identificativas e sinalização clara das divisões,^{125, 133, 138, 148, 153} bem como a colocação de um quadro de orientação com o cronograma de atividades do dia.^{81, 125} Um dos artigos¹⁴⁸ menciona também a relevância de sinalizar a porta do quarto do doente para alertar todos os membros da equipa e voluntários sobre o estado cognitivo do mesmo.

Faz também parte do papel do enfermeiro ajustar o ambiente do quarto, de acordo com as necessidades do doente, nomeadamente a sua luminosidade de forma a promover a distinção clara entre o ciclo diurno e noturno.^{123, 124, 126-128, 131, 133, 135-137, 139, 140, 145, 147, 150-153} Já no início do século XX, Nightingale²²⁰ descreveu a luz e o ritmo da noite e do dia

como dois fatores importantes no apoio e na restauração da saúde do doente. Sono e vigília são o ritmo circadiano mais óbvio em humanos e quando alterados podem ter consequências graves no funcionamento cognitivo. Às vezes, a iluminação é usada em níveis altos à noite, durante tratamentos, exames e atividades de enfermagem e isso pode arriscar interromper o ritmo circadiano.²²¹ A redução do ruído,^{92, 124-128, 131-133, 135, 138, 140, 145, 147, 150, 152} preferencialmente abaixo de 45 dB durante o dia e menos de 20 dB à noite, também deve ser uma preocupação da equipa de enfermagem, uma vez que é outro fator que conduz à sobrestimulação sensorial e privação do sono. A manutenção da temperatura para valores confortáveis (entre 21,1°C e 23,8°C) aparece igualmente referida,^{124, 131, 147} uma vez que parece prevenir o “fenómeno de sundowning” nos doentes com Alzheimer.¹⁴⁷

As mudanças de ambiente podem ser desestabilizadoras para as pessoas com alterações cognitivas. Sempre que possível, os enfermeiros devem evitar mudanças de quarto ou transferências para outras unidades.^{123, 128, 135, 140, 145, 149, 153} O estudo de Goldberg, Straus, Hamid e Wong²²² veio provar esta medida, associando um número elevado de transferências de quarto a um aumento da incidência de *delirium* entre doentes idosos hospitalizados. Apesar de um dos artigos encontrados¹⁵⁰ sugerir a colocação do doente num quarto privado, estes autores²²² não encontraram associação entre estar num quarto individual e incidência de *delirium*. Outro artigo⁸¹ mencionou ainda a possibilidade de colocar o doente num quarto específico, livre de restrições e com enfermagem permanente. Esta medida é apoiada pela literatura²²³ todavia pode ser difícil de executar devido às condicionantes dos serviços.

Os défices sensoriais podem agravar o *delirium*. Por este motivo, Henao-Castaño e Amaya-Rey²²⁴ defendem que os enfermeiros devem favorecer a utilização de próteses visuais e auditivas, nos doentes previamente dependentes destes dispositivos, melhorando a sua capacidade de perceção e interação com o meio ambiente, prevenindo desta forma o desenvolvimento de *delirium*. De facto, disponibilizar óculos ou lentes de aumento,^{81, 92, 125, 132, 133, 135-137, 140, 143, 149, 150} próteses auditivas^{81, 92, 125, 132, 133, 135-137, 140, 143, 149, 150} e dentárias,^{133, 140} bem como garantir que os dispositivos corretivos estão em boas condições de funcionamento e devidamente posicionados

para maximizar a comunicação,¹³⁸ são algumas das intervenções mais citadas. Dois artigos^{125, 148} referem ainda o uso de equipamento adaptável, como telemóveis com ecrãs grandes e iluminados, livros impressos com letras grandes, fita fluorescente na campainha de chamada, como facilitadores deste processo. Todos os itens essenciais, nomeadamente a campainha, devem estar visíveis e ao alcance dos doentes.

Para além das intervenções anteriormente descritas, a maioria dos artigos aborda a importância de proporcionar um ambiente tranquilo e reconfortante, através de música suave e de acordo com as preferências do doente,^{124, 125, 127, 128, 131, 132, 134, 136-139} do recurso a técnicas de relaxamento,^{125, 132, 134, 149} toque terapêutico¹³¹ e massagem^{125, 128, 132, 134, 137, 138, 149, 152}, da utilização de aromaterapia^{128, 131, 134, 137-139} (no ambiente ou através da massagem), da leitura de orações ou passagens pessoais de livros favoritos,^{131, 145} bem como da oferta de bebidas quentes antes de dormir.^{125, 132, 134, 149} Algumas destas medidas são suportadas pela literatura, tendo já sido provado que a massagem facial e de cabeça pode diminuir a severidade do *delirium*,²²⁵ bem como a musicoterapia,^{226, 227} sendo recomendado o seu uso como terapia complementar. Também alguns estudos recentes^{228, 229} evidenciaram que o uso de aromaterapia, particularmente com óleo de lavanda, conduziu a melhoria de quadros de agitação e *delirium*. É igualmente relevante que o enfermeiro promova um ambiente terapêutico que faça o equilíbrio entre privação e sobrecarga sensorial,^{127, 135, 147, 152} desligando aparelhos de televisão ou fechando as portas, por exemplo. Macleod¹⁴⁷ afirma que um cérebro esgotado, tal como um coração doente, beneficia da redução da carga de trabalho; por isso é desejável limitar, mas não privar, as informações sensoriais.

J. Interação com a família

É reconhecida a importância de integrar os familiares no processo de enfermagem, sendo este um direito e dever dos profissionais de saúde no contexto das suas práticas. Esta deve atuar enquanto parceira dos cuidados, devendo para isso ser devidamente envolvida e educada. A falta de comunicação entre enfermeiros e familiares pode conduzir à dificuldade em prevenir ou detetar o *delirium*,²³⁰ uma vez que os familiares possuem um maior conhecimento sobre o estado mental habitual do doente e acabam por dedicar-lhe mais tempo e atenção. A falta de suporte familiar é também um fator

de risco independente para o desenvolvimento de *delirium*, estando os doentes mais propensos quando o apoio familiar é pobre.¹⁷⁵ Rosenbloom-Bruton, Henneman e Inouye²³¹ afirmam que é indispensável incorporar a família na prevenção e no tratamento do *delirium* e que esta estratégia permitiu reduzir a sua incidência. Uma vez que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam junto dos doentes e que estão em melhor posição para fazer a sua ligação à família, Henao-Castaño e Amaya-Rey²²⁴ defendem que os enfermeiros deverão não só facilitar, como também promover as visitas dos familiares.^{123, 124, 127-129, 131, 136, 137, 140, 145 150, 152} Para além disso, a interação destes com os doentes também deve ser estimulada, nomeadamente através de intervenções que os orientem, quer seja através do diálogo sobre temas atuais, quer seja apelando à memória e relembrando o passado, quer seja visualizando em fotografias ou ainda permitindo aos doentes ouvir músicas que gostem^{175, 231} Quando o enfermeiro consente e fomenta a presença dos familiares/pessoas significativas, possibilita um ambiente mais confortável e seguro para o doente.¹⁷² O envolvimento da família passa ainda por aceitar sugestões da mesma acerca de intervenções não farmacológicas específicas, com base no seu conhecimento íntimo do que consolou ou ajudou o doente no passado,¹⁴⁶ bem como ajudá-la a compreender o plano e as metas de cuidado à medida que a doença evolui,^{127, 129, 153} promovendo a sua participação nos cuidados e no processo de tomada de decisão.^{124, 131, 133, 142, 143}

Não obstante a importância de envolver e incluir a família nos cuidados, o enfermeiro deve estar desperto para a sobrecarga associada a um evento tão stressante. Cohen et al.⁹⁴ entrevistaram 37 cuidadores de adultos com cancro avançado que tinham recuperado recentemente de um episódio de *delirium*. Os cuidadores que “esperavam” confusão “acharam a experiência menos angustiante”. Os membros da família precisam de apoio da equipa de saúde, nomeadamente de conselhos sobre como responder a um doente em *delirium*, estratégias não farmacológicas, bem como informações sobre esta síndrome.⁹⁷ De facto, o apoio à família enquanto intervenção de enfermagem na gestão do *delirium* é relatado em vários dos estudos analisados,^{129, 130, 133, 137, 142, 146} uma vez que o doente não é o único foco dos cuidados. Para tal, é necessário que o enfermeiro permita a partilha de preocupações,¹⁴² escute ativamente a família,¹⁴² responda às suas

questões de forma aberta e honesta,^{142, 150, 153} aceite e valorize a sua perceção da situação^{142, 146, 150} e trabalhe os seus medos e angústias.¹⁴⁷ Em cuidados paliativos, a proximidade da morte traz alguns fenómenos comuns que devem ser explicados de forma a tranquilizar a família, tais como alucinações visuais com entes queridos que já morreram.¹³⁰ Apesar de num episódio de *delirium* as atenções estarem voltadas para o doente, também é necessário atender as necessidades da família,^{139, 150, 153} ajudando-a a gerir sentimentos de culpa, impotência e exaustão durante o processo de coping.¹³⁸ Fornecer apoio e educação para os cuidadores familiares não é apenas essencial na gestão do *delirium*, como também é importante na potencial redução de internamentos e sofrimento familiar.²³²

K. Educação do doente e família

Tal como abordado anteriormente, educar faz parte do papel do enfermeiro, sendo mesmo crucial para aliviar a angústia associada a esta alteração mental. Os enfermeiros têm a responsabilidade de orientar a família acerca do *delirium* e do seu curso flutuante,^{150, 152} instruindo-a de forma apropriada sobre as características próprias e por vezes dissimuladas desta síndrome.¹⁷² Educar o cuidador/membro da família sobre os esforços que podem fazer para diminuir a agitação e apoiar o doente ao longo do processo ajudará durante a recuperação e diminuirá o stress perante uma situação já por si difícil.²⁰¹ Informar os familiares de um doente sobre *delirium* é essencial para que compreendam as opções de tratamento e para envolvê-los nos cuidados práticos e emocionais do doente.¹⁶⁸ É crucial explicar que o *delirium* é involuntário, temporário e potencialmente reversível e que os comportamentos desadequados do doente não fazem parte da sua personalidade.^{133, 139, 145} Os membros da família devem ser instruídos a não contradizer ou contestar o que o doente diz, mas antes a aproveitar os seus períodos de lucidez para fornecer orientação, segurança, explicação e esclarecimento.^{127, 135, 145, 149, 152} Em cuidados paliativos, é necessário abordar ainda determinadas questões relacionadas com o processo de morrer e agitação terminal. O enfermeiro deve explicar à família que a agitação terminal pode ser um sinal de morte iminente, mantendo-a informada de quaisquer alterações no estado do doente para que possam decidir se devem ou não deixar a sua cabeceira.¹⁴⁶ É também importante

explicar que a confusão e a agitação são expressões de mau funcionamento do cérebro, não de sofrimento, e que pode levar entre três a quatro dias para controlar os sintomas.^{131, 139} Caso seja necessário recorrer a fármacos sedativos, deve ser abordado com a família que estes têm como objetivo promover conforto e controlo de sintomas e não o prolongamento ou encurtamento da vida^{142, 146} e que vão condicionar a comunicação com o doente. Palavras como “sedação”, “sofrimento” e “agitação” devem mesmo ser discutidas e esclarecidas pois podem ter significados diferentes para cada membro da família.¹⁴⁶ Também a sua interpretação dos sintomas do doente deve ser explorada para resolver suposições incorretas em torno da agitação terminal.¹⁴⁶ Porém, não é apenas a família que carece de informação. Também o doente que se recupera desta situação e a recorda, muitas vezes com grande angústia, merece ter informações concisas acerca da natureza e tratamento do *delirium*. O enfermeiro deve comunicar abertamente acerca do plano e metas de cuidados, ao longo da evolução da doença,^{127, 136, 149} educando os doentes para serem capazes de analisar os benefícios versus a sobrecarga de realizar exames de diagnóstico e determinadas intervenções.¹³⁸ Os períodos de lucidez devem ser aproveitados para explicar e esclarecer questões do doente.^{147, 150} O suporte verbal informal apoiado em folhetos informativos¹⁵⁰ acerca do *delirium*, preferencialmente específicos para cuidados paliativos, foram relatadas como intervenções psicoeducacionais benéficas para a família^{232, 233, 234} e para os doentes que se recuperaram de um episódio.⁹⁰

L. Formação e organização dos cuidados

Dos estudos analisados a grande maioria refere-se a intervenções a doentes internados, mencionando, como tal, a importância do papel do enfermeiro na gestão dos cuidados. Ainda que neste contexto existam algumas limitações, seja devido ao rácio de profissionais (que particularmente nestas situações deve ser revisto),^{143, 147} seja devido a protocolos e rotinas preestabelecidas, é importante que os enfermeiros planeiem os cuidados, tendo em conta as necessidades destes doentes. Embora a pessoa com *delirium* precise de monitorização constante, procedimentos desnecessários (como exames de sangue excessivos ou avaliação da pressão arterial) devem ser evitados e quaisquer estímulos potencialmente agravantes (como excesso de luz, ruído ou

comoção) devem ser minimizados ou removidos.²⁰¹ Além de saber gerir a sua presença¹³⁹ e reduzir intervenções de enfermagem ao mínimo,^{135, 143, 147} o enfermeiro deve comunicar com a família e toda a equipa multidisciplinar, incluindo voluntários, sobre esta questão do cuidar.^{135, 143, 147} Os cuidados devem ser coordenados de acordo com os níveis de consciência do doente ao longo do dia,¹³⁸ mas mantendo rotinas consistentes.¹⁴⁰ Em caso de *delirium* hiperativo estimulado por visitantes, o enfermeiro deve ponderar restringir visitas,^{135, 140, 147, 152} dado que nesta situação se tratam de um fator agravante do *delirium*. Outra intervenção muito aconselhada é a de garantir, sempre que possível, que o doente tem consistentemente os mesmos cuidadores,^{127, 128, 131, 132, 135, 140, 147, 148, 150, 153} para permitir que se sinta num ambiente familiar.

Promover uma boa higiene do sono, minimizando a sua interrupção é uma medida altamente recomendada na gestão do *delirium*.^{81, 92, 125, 126, 128, 132, 140} O sono é uma função biológica essencial, importante para o descanso fisiológico e bem-estar emocional. Os distúrbios do sono são comuns em doentes com *delirium*. E, embora a privação do sono seja considerada um fator de risco potencialmente modificável para o desenvolvimento desta síndrome, também é provável que o próprio *delirium* contribua para os distúrbios do sono. Os doentes hospitalizados geralmente apresentam sono de baixa qualidade, com dificuldades para iniciar o sono, fragmentação do sono, despertares matinais e diminuição do tempo total de sono.²³⁵ Esta questão é ainda subvalorizada, não sendo devidamente considerada pela maioria dos profissionais de saúde.²³⁵ Promover uma boa higiene do sono deve, por isso, ser uma prioridade dos enfermeiros, ajustando as suas intervenções (ex.: alterar o horário de administração de medicamentos, a verificação de sinais vitais ou a realização de procedimentos).^{81, 92, 125, 126, 128, 132, 140} Atividades como permitir períodos de sono contínuo durante a noite, evitar a inversão do ciclo de sono, reduzir o ruído (diminuir e desligar alarmes dos equipamentos o mais rápido possível, evitar falar alto e atender de imediato os telefones) e organizar procedimentos de enfermagem a realizar, fazem parte das estratégias a adotar na gestão desta síndrome.¹⁷²

Importa ainda referir a relevância do enfermeiro realizar registos de forma clara e sistemática. Os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em

enfermagem, revestindo-se por isso de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, afinal são o testemunho escrito da prática de enfermagem.²³⁶ É através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional.²³⁶ Todavia, apenas um dos artigos¹⁵² explora realmente o que deve constar nos registos de enfermagem acerca de um doente com *delirium*: os sinais e sintomas observados da alteração da consciência e cognição, os fatores predisponentes e precipitantes, bem como as possíveis causas de *delirium*, os resultados obtidos pela aplicação de instrumentos de avaliação, a abordagem farmacológica e não farmacológica utilizada e a avaliação dos resultados obtidos. Outro artigo¹⁴³ acrescenta ainda a importância de registar nas notas de enfermagem que o “doente não foi incomodado, deliberadamente”, quando são reduzidas intervenções ao mínimo necessário. Além deste registo, o enfermeiro deve transmitir o feedback diário sobre intervenções e cuidados eficazes a toda a equipa.¹⁴⁸

De facto, é crucial o envolvimento da equipa interdisciplinar no planeamento de cuidados ao longo da evolução da doença.^{127, 140} A equipa interdisciplinar pode ser definida como um grupo de profissionais de diferentes disciplinas, com uma finalidade comum, que na tomada de decisão integra as várias perspetivas profissionais. Caracteriza-se pela interdependência, coordenação e interação, onde é feita uma divisão de papéis baseada no conhecimento de cada profissional e onde se vive um clima de colaboração.²³⁷ O enfermeiro deve assumir o papel de garantir este trabalho conjunto entre enfermeiros, médicos, psiquiatras, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde na identificação dos doentes em risco, implementação de estratégias de prevenção, no diagnóstico do distúrbio, na identificação e tratamento da causa e na manutenção da segurança do doente.¹⁴⁰ Para tal, é necessário primeiro compreender as necessidades de formação,¹⁴⁸ tendo em vista a excelência e uniformização dos cuidados. Em 2014, um grupo de investigadores italianos realizou um estudo para avaliar os conhecimentos na área do *delirium*, através de um questionário aplicado a médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas.²³⁸ Os enfermeiros e fisioterapeutas não souberam definir corretamente *delirium* e apenas 50,3% dos

médicos e 24,4% dos enfermeiros conseguiram enumerar 9 etiologias possíveis de *delirium* (fármacos, infeções, desidratação, retenção urinária, obstipação, algaliação, perturbações do sono, desnutrição e dor).²³⁸ Na verdade, os profissionais de saúde ainda demonstram pouca confiança na abordagem desta síndrome tão comum, mas subvalorizada.²³⁹ Daí a relevância em educar os enfermeiros e outros profissionais de saúde na área do *delirium*, de modo a promover o seu despiste e gestão.^{133, 150, 150} Desenvolver uma política de cuidados paliativos sobre como gerir estes doentes,¹⁴³ treinar a equipa em habilidades de comunicação¹⁵⁰ e fomentar a discussão em grupo de incidentes violentos ou desagradáveis¹⁴³ (que devem ajudar a moldar a política de cuidados) fazem parte das intervenções mencionadas. Ao implementar a aplicação de protocolos de cuidados à pessoa com doença avançada com *delirium*¹⁵⁰ e ao promover a formação regular da equipa, através de formações internas e externas especializadas em cuidados na demência e *delirium*,¹⁴⁸ é possível modificar de modo mais abrangente as práticas de cuidados e ajudar a diagnosticar e tratar devidamente esta síndrome.

M. Prevenção do *Delirium*

A prevenção é a chave para reduzir a incidência do *delirium* em 30%-40% dos doentes em risco.²⁴⁰ Apesar de ter sido explorada apenas em cinco dos artigos analisados,^{125, 128, 140, 147, 153} esta deve ser uma das maiores preocupações do enfermeiro em cuidados paliativos, dado tratar-se de uma população de grande vulnerabilidade. As diretrizes de 2010 do NICE para a prevenção de *delirium* (que excluíram doentes em fim de vida) sugerem treze recomendações para a prevenção de *delirium* em adultos em risco e também mostraram que essa abordagem era rentável do ponto de vista económico.¹⁰⁴ Esta abordagem multidimensional pode ser aplicada por todos os membros da equipa interdisciplinar, com formação apropriada e estruturas de sistema de saúde de suporte.¹⁵⁶

A maioria das intervenções de enfermagem analisadas para prevenir o *delirium* vão ao encontro das referidas ao longo deste capítulo, mantendo-se a aposta numa abordagem multidimensional focada nos fatores de risco,¹⁴⁷ na estimulação cognitiva,^{125, 147, 153} na presença de objetos familiares,¹⁵³ na melhoria do sono e ansiedade (através de ajustes no ambiente),^{125, 128, 140, 147, 153} na redução da imobilidade,^{125, 128, 140, 147, 153} na

compensação de défices sensoriais,^{128, 140, 147} na monitorização de terapêutica nova,¹²⁸ na promoção da hidratação^{128, 140, 147, 153} e oxigenação¹⁴⁷ e na educação dos profissionais.^{147, 153} De facto, uma metanálise realizada em 2015 mostrou que uma abordagem não farmacológica multidimensional reduziu a incidência de *delirium* em mais de 40%, em idosos (sem doença terminal), hospitalizados ou internados em unidades de cuidados de longa duração.¹⁰⁵ Já em 1999, Inouye e a sua equipa²⁴¹ relataram uma intervenção multidimensional para seis fatores de risco para *delirium* (compromisso cognitivo, privação de sono, imobilidade, deficiência visual e auditiva e desidratação) em 852 pacientes hospitalizados com 70 anos de idade, que resultaram numa redução significativa na incidência de *delirium* no grupo de intervenção (9,9% vs. 15% no grupo de cuidados habituais) e duração dos episódios de *delirium*. A partir desta abordagem criaram um modelo de cuidados para doentes idosos hospitalizados denominado HELP.²⁴² Este programa inclui vários protocolos, incluindo protocolos de orientação, atividades terapêuticas, reposição de líquidos, mobilização precoce, assistência alimentar, otimização da visão, audição e do sono e revisão de medicamentos psicoativos, sendo liderado por voluntários treinados e familiares.²⁴³

Apesar da sua pertinência, neste momento, a eficácia e aplicabilidade destas intervenções na gestão do *delirium* para doentes terminais ainda não é clara.^{69,105} Todavia, pode ser ainda razoável implementar estas medidas quando apropriado, uma vez que intervenções para prevenir a desidratação, promover a mobilidade precoce e estimular a cognição provavelmente têm baixo risco de danos e poderiam fornecer benefícios significativos, independentemente do *delirium*.²⁴⁴ De facto, se a evidência não é clara e convincente e as implicações práticas não são definitivas, os enfermeiros ainda devem ser incentivados a difundir à equipa as evidências disponíveis, para discussão dos riscos e benefícios da intervenção e adequação do seu uso no plano de cuidados de um indivíduo.¹³⁴

5. Limitações e sugestões para futuras investigações

Ao concluir esta investigação, importa salientar algumas limitações encontradas ao longo deste estudo, assim como, realizar algumas recomendações para o desenvolvimento de futuras investigações.

Uma das limitações iniciais deste trabalho foi o número e diversidade de bases de dados consultadas, bem como o facto de o estudo estar dependente da existência de publicações em repositório aberto ou nas bases de dados disponibilizadas pela Universidade. Apesar de ser considerável a abrangência das bases de dados utilizadas, não foram consideradas outras fontes onde poderia estar literatura cinzenta relevante (como o motor de busca “Google Académico”), ficando assim a dúvida sobre o alcance de publicações com critérios de inclusão ter sido suficientemente alargado. A revisão pode estar sujeita ao “viés de publicação”, sendo provável que os estudos que tenham obtido resultados estatisticamente significativos sejam mais facilmente publicados. A língua poderá, também, constituir uma possível limitação, uma vez que um dos critérios de inclusão de publicações foi a restrição aos idiomas inglês, português e espanhol.

Outra lacuna desta investigação foi durante a metodologia não ter sido incluído a última etapa de “consultar as partes interessadas”, recomendada pela JBI,¹¹⁹ uma vez que era inviável tratando-se de uma dissertação de mestrado com limite temporal. Esta fase do processo seria uma mais valia para este estudo, pois permitiria reforçar a sua validade, ao mesmo tempo que possibilitaria uma transmissão e permuta de conhecimento com a comunidade envolvida.¹¹⁶

Por outro lado, existem limitações inerentes à metodologia de *scoping review*, nomeadamente o facto de não se realizar uma avaliação sistemática da qualidade dos artigos incluídos. Isto impede que os resultados encontrados sejam usados como base para conclusões e, conseqüentemente, não possam ser utilizados para recomendar políticas ou práticas. Todavia, permitiu entender a natureza e a abrangência das evidências encontradas.

De facto, a maioria das referências encontradas apresentam baixo nível de evidência, tratando-se maioritariamente de revisões de literatura narrativa. Isto veio demonstrar a importância de produzir conhecimento científico de alta qualidade nesta área de

cuidados. Embora as estratégias não farmacológicas de *delirium* devam intuitivamente ser parte integrante de cuidados de qualidade ao doente, o seu papel na gestão do *delirium*, em contexto de cuidados paliativos, não é claro; ainda são necessárias evidências de resultados em termos da sua eficácia nesta população de doentes.¹⁵⁶ Assim, sugere-se a realização de estudos randomizados controlados que testem a aplicabilidade e eficácia destas intervenções neste contexto de cuidados, incluindo na prevenção do *delirium*. Importa ainda ressaltar que a maioria dos resultados encontrados se centraram em intervenções a pessoas internadas, existindo poucas referências aos cuidados em ambulatório. Outra sugestão seria então a publicação de mais estudos que envolvam equipas de enfermagem que atuam na comunidade e acompanhem este tipo de doentes, a fim de compreender o tipo de intervenções específicas neste contexto de cuidados. Foi igualmente constatado que o instrumento de avaliação DOS tem vindo a demonstrar especificidade e sensibilidade elevadas em Cuidados Paliativos, ganhando relevo no seio da enfermagem paliativa, contudo ainda é uma escala não validada e testada para a população portuguesa, podendo também essa ser uma possível área de investigação.

CONCLUSÃO

A realização de um estudo desta natureza permitiu aprofundar o conhecimento até então produzido acerca das intervenções de enfermagem e não farmacológicas à pessoa com *delirium* em cuidados paliativos. Inicialmente, foi considerado a realização de uma revisão sistemática de literatura, mas a ausência de estudos de evidência elevada tornou clara a necessidade de elaborar antes uma *scoping review*. Este tipo de revisão possibilitou responder à questão de investigação formulada (“Quais são as intervenções de enfermagem a implementar na pessoa com *delirium*, em cuidados paliativos?”) e ir ao encontro do objetivo proposto (Identificar as intervenções de enfermagem que devem ser implementadas na pessoa com *delirium*, em cuidados paliativos), possibilitando ainda sintetizar o conhecimento existente, bem como identificar os tipos de evidências e as lacunas presentes.

Os resultados encontrados evidenciaram que tanto a prevenção como a gestão desta condição angustiante têm por base uma abordagem multidimensional que implica que o enfermeiro atue simultaneamente em diferentes áreas. Isto comprova a complexidade do *delirium*, que resulta de uma miríade de mecanismos fisiopatológicos. Verificou-se que esta abordagem multidimensional, focada no doente, família, ambiente e enfermeiro, incide, essencialmente, na avaliação neurológica, na identificação e tratamento da(s) causa(s) subjacente(s) (quando apropriado), no controlo de sintomas e promoção de conforto e bem-estar, na estimulação da mobilidade precoce, na monitorização da nutrição e hidratação, na gestão da segurança, na estimulação cognitiva, na comunicação eficaz, na gestão do ambiente e manutenção do equilíbrio sensorial, na interação com a família, na educação do doente e família e na formação e organização dos cuidados com envolvimento de toda a equipa interdisciplinar. A literatura tem demonstrado que esta síndrome continua a ser subreconhecida e subdiagnosticada, sendo por isso o primeiro passo a realização de uma avaliação do *delirium* eficaz e sistemática, preferencialmente recorrendo a instrumentos específicos, pois apenas desta forma é possível tratá-la devidamente. É assim necessário que o enfermeiro compreenda as características desta síndrome, conheça os instrumentos de avaliação existentes e atue nos fatores de risco e precipitantes, antes,

durante e após um episódio de *delirium*. O profissional deve recordar que os cuidados paliativos assentam em quatro pilares. E, para além, do controlo sintomático é importante lembrar o seu papel no envolvimento e apoio à família, no trabalho em equipa, bem como na comunicação adequada. Estes quatro fundamentos funcionam apenas enquanto um todo, uma tentativa de prestar cuidados paliativos em que um dos pilares seja esquecido ou tenha a primazia sobre os restantes conduzirá ao insucesso.

Esta *scoping review* permitiu também perceber que os cuidados domiciliários à pessoa com *delirium* em cuidados paliativos foram poucos estudados, existindo um maior foco nos doentes em regime de internamento. Isto pode dever-se ao facto desta síndrome apresentar maior prevalência nos doentes internados, colocando a hipótese de o ambiente familiar e o envolvimento da família realmente contribuir para prevenir e gerir mais eficazmente o *delirium*. Contudo, a evidência demonstra a sobrecarga associada a cuidar deste tipo de doentes, fazendo por isso sentido explorar a intervenção do enfermeiro neste contexto específico, sobretudo junto da família, ainda que muitas medidas encontradas possam ser replicadas em ambulatório.

Não obstante a pertinência e a lógica das intervenções encontradas, a sua aplicabilidade e eficácia nesta população de doentes ainda não foi devidamente comprovada. Todos os estudos encontrados apresentavam baixos níveis de evidência científica, tratando-se a maioria de revisões de literatura narrativa. Esta revisão demonstrou, então, a necessidade de realizar estudos randomizados controlados que testem a aplicabilidade e eficácia destas medidas neste contexto de cuidados, incluindo na prevenção. A intervenção na pessoa com *delirium* não se esgota nem deve resumir-se ao tratamento farmacológico. A necessidade de encontrar abordagens não-farmacológicas eficazes e centradas na pessoa para minimizar o sofrimento destes doentes está a tornar-se cada vez mais patente, sobretudo porque as evidências questionam as abordagens farmacológicas atuais para o controlo desta síndrome em cuidados paliativos.

Conclui-se, assim, que existe ainda um longo percurso a percorrer para suportar os achados encontrados e permitir a sua extrapolação para a prática de cuidados e a sua utilização na elaboração de políticas em saúde. Todavia, pode ser ainda razoável implementar estas medidas quando apropriado, uma vez que têm baixo risco de danos

e poderiam fornecer benefícios significativos. Ainda que os resultados apresentados não sejam conclusivos, devem ser analisados e discutidos pelos enfermeiros, que devem difundir os resultados à restante equipa de cuidados, de modo a pesar os riscos e benefícios da sua inclusão no plano de cuidados da pessoa com *delirium*, em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. London: Worldwide Palliative Care Alliance; WHO; 2014 [citado em 2020 Jan 20]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
2. Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população residente em Portugal 2000-2050. Lisboa: INE; 2003 Jun 12. [citado em 2020 Jan 20]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=7046325&PUBLICACOESmodo=2
3. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2ª ed. Geneva: WHO; 2002 [citado em 2020 Jan 20]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>
4. Watt CL, Momoli F, Ansari MT et al. The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: a systematic review. *Palliat Med* 2019; Set; 33(8): 865–77. DOI: 10.1177/0269216319854944.
5. Murray AM, Levkoff SE, Wetle T, et al. Acute delirium and functional decline in the hospitalised elderly. *J Gerontol* 1993;48(5):M181–M186. DOI:10.1093/geronj/48.5.m181
6. Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, et al. Prognostic significance of delirium in frail older people. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005;19(2-3):158–163. DOI:[10.1159/000082888](https://doi.org/10.1159/000082888)
7. Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002 Mai-Jun; 43(3):183-194. DOI: 10.1176/appi.psy.43.3.183
8. O'Malley G, Leonard M, Meagher D, et al. The delirium experience: a review. *J Psychosom Res* 2008;65(3):223–228. DOI:10.1016/j.jpsychores.2008.05.017
9. Day J, Higgins I. Mum's absence(s): conceptual insights into absence as loss during a loved one's delirium. *J Clin Nurs* 2016 Jul; 25(13-14):2066-73. DOI: 10.1111/jocn.13268.

10. Flagg B, Cox L, McDowell S, et al. Nursing identification of delirium. *Clin Nurse Spec* 2010;24(5):260-266. DOI:10.1097/NUR.0b013e3181ee5f9
11. Mc Donnell S, Timmins F. A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. *J Clin Nurs* 2012;21(17-18):2488–2498. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04130.x
12. Rainsford S, Rosenberg JP, Bullen T. Delirium in advanced cancer: screening for the incidence on admission to an inpatient hospice unit. *J Palliat Med.* 2014;17(9):1045-48. DOI: 10.1089/jpm.2013.0646.
13. Agar M, Draper B, Phillips PA, et al. Making decisions about delirium: a qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliat Med* 2012;26(7):887–896. DOI:10.1177/0269216311419884
14. Hosie A, Agar M, Lobb E, et al. Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: a qualitative study using critical incident technique. *Int J Nurs Stud* 2014;51(10):1353-65. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2014.02.005
15. Brajtman S, Higuchi K, McPherson C. Caring for patients with terminal delirium: palliative care unit and home care nurses' experiences. *Int J Palliat Nurs* 2006;12(4):150–156. DOI: [10.12968/ijpn.2006.12.4.21010](https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.4.21010)
16. Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. Delirium: uma perspectiva histórica. *Rev psiquiatr clín* 2005;32(3):97-103. DOI:10.1590/S0101-608320050003000014
17. Lipowski ZJ. *Delirium: acute confusional states*. New York: Oxford University Press; 1990.
18. Hosie A, Agar M, Phillips J. Re-thinking our approach to care of the dying person with delirium, and their family: time for a new care paradigm. *Int J Palliat Nurs* 2016;22(10):472-473. DOI: 10.12968/ijpn.2016.22.10.472
19. Hardy K, Brown M. Delirium: a diagnostic dilemma. Part 1. *Br J Nurs* 2015;24(16):S9-S14. DOI: 10.12968/bjon.2015.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 5^a ed. Washington, DC: APA; 2013.

21. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Geneva: WHO; 2016 [Citado em 2018 Jul 9]. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
22. Lawlor PG, Bush SH. Delirium diagnosis, screening and management. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2014;8(3):286–95.
23. Inouye SK. Delirium in Older Persons. *N Engl J Med* 2006;354(11):1157–65. DOI:10.1056/nejmra052321.
24. Lipowski ZJ. Transient cognitive disorders (delirium, acute confusion states) in the elderly. *Am J Psychiatric* 1983;140(11):1426-1436. DOI:[10.1176/ajp.140.11.1426](https://doi.org/10.1176/ajp.140.11.1426)
25. Macleod AD. Delirium: the clinical concept. *Palliat Support Care* 2006;4(3):305-312. DOI: [10.1017/S147895150606038X](https://doi.org/10.1017/S147895150606038X)
26. Gonçalves JF. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. 2ª Edição. Lisboa: Coisas de ler; 2011.
27. McCurren C, Cronin SN. Delirium: elders tell their stories and guide nursing practice. *Medsurg Nurs* 2003 Out;12(5):318-323.
28. Concelho Internacional de Enfermeiros. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2016.
29. Herdman TH, Kamitsuru S. (Eds.). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell;2014.
30. Lipowski ZJ. Current concepts—geriatrics: Delirium in the elderly patient. *N. Engl. J. Med* 1989;320(9):578-582. DOI:[10.1056/NEJM198903023200907](https://doi.org/10.1056/NEJM198903023200907)
31. National Institute for Health and Care Excellence. *Delirium: diagnosis, prevention and management (CG 103)*. UK: NICE;2010 Jul 28 [Citado em 2018 Jun 20]. Disponível em: <http://tinyurl.com/posars3>
32. Bernardo, A. O delírio em cuidados paliativos. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19(1):46-53. DOI: [10.32385/rpmgf.v19i1.9904](https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i1.9904)
33. Edwards N. Differentiating the three D's: delirium, dementia, and depression. *Medsurg Nurs [Internet]* 2003 [Citado em 2018 Jul 9];12(6):347-357. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14725146>

34. Registered Nurses' Association of Ontario (Ed.). Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care. 2^a ed. Ontario: RNAO; 2016 [Citado a 2018 Jul 9]. Disponível em: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/RNAO_Delirium_Dementia_Depression_Older_Adults_Assessment_and_Care.pdf [
35. Fang CK, Chen HW, Liu SI, et al. Prevalence, detection and treatment of delirium in terminal cancer inpatients: a prospective survey. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38(1):56–63. DOI: 10.1093/jjco/hym155
36. Spiller JA, Keen JC. Hypoactive delirium: assessing the extent of problem for inpatient specialist palliative care. *Palliat Med* 2006;20(1):17-23. DOI:0.1191/0269216306pm1097oa
37. Peritogiannis V, Bolosi M, Lixouriotis C, et al. Recent insights on prevalence and correlations of hypoactive delirium. *Behav Neurol* 2015; 2015(2):1-11. DOI:10.1155/2015/416792
38. Nagase M, Okamoto Y, Tsuneto S, et al. A retrospective chart review of terminal patients with cancer with agitation and their risk factors. *J Palliat Med* 2012;15(11):1185-1190. DOI: 10.1089/jpm.2012.0114
39. Bush SH, Leonard MM, Agar M, et al. End-of-life delirium: issues regarding recognition, optimal management, and the role of sedation in the dying phase. *J Pain Symptom Manage* 2014;48(2):215-30. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2014.05.009
40. Maluso-Bolton T. Terminal Agitation. *J Hosp Palliat Nurs* 2000;2(1):9-20. DOI: 10.1097/00129191-200002010-00004
41. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini I, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2000;160(6):786–94. DOI:10.1001/archinte.160.6.786
42. Pereira J, Hanson J, Bruera E. The frequency and clinical course of cognitive in patients with terminal cancer. *Cancer* 1997;79(4):835-842. DOI:10.1002/(SICI)1097-0142(19970215)79:4<835::AID-CNCR21>3.3.CO;2-D

43. De la Cruz M, Ransing V, Yennu S, et al. The frequency, characteristics, and outcomes among cancer patients with delirium. *Oncologist* 2015;20(12):1425–1431. DOI: 10.1634/theoncologist.2015-0115
44. Hosie A, Davidson PM, Agar M, et al. Delirium prevalence, incidence and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings. *Palliat Med* 2013;27:486-98. DOI:10.1177/0269216312457214
45. Inouye S, Westendorp R, Saczynski J. Delirium in elderly people. *Lancet Lond Engl* 2014 Mar 8;383(9920):911–22. DOI:10.1016/S0140-6736(13)60688-1.
46. Agar M, Quinn S, Crawford G, et al. Predictors of Mortality for Delirium in Palliative Care. *J Palliat Med* 2016; 19(11):1205-9. DOI: 10.1089/jpm.2015.0416
47. Maldonado, JR. Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(12):1190–222. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.09.005
48. Watt D, Budding DE, Koziol LF. Delirium. Em: Noggle CA, Dean RS (Eds). *The neuropsychology of psychopathology*. NY: Springer Publishing Company; 2012: 425–440.
49. Trzepacz PT. Is there a common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000;5(2):134-48. DOI:[10.153/SCNP00500132](https://doi.org/10.153/SCNP00500132)
50. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*. 1996;275:852–7. DOI:10.1001/jama.1996.03530350034031
51. Marques da Gama G, Barbosa A. Delirium. Em: Barbosa A, Neto I. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
52. Inouye SK. Delirium in hospitalised older patients: recognition and risk factors. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol* 1998;11(3):118–125. DOI:[10.1177/089198879801100302](https://doi.org/10.1177/089198879801100302)

53. Clegg A, Westby M, Young JB. Underreporting of delirium in the NHS. *Age Ageing* 2011;40(2):283–286. DOI: 10.1093/ageing/afq157
54. Steis MR, Fick DM. Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *J Gerontol Nurs* 2008;34(9):40–8. DOI: [10.3928/00989134-20080901-12](https://doi.org/10.3928/00989134-20080901-12)
55. Kennelly SP, Morley D, Coughlan T, et al. Knowledge, skills and attitudes of doctors towards assessing cognition in older patients in the emergency department. *Postgrad Med J* 2013;89(1049):137–141. DOI:10.1136/postgradmedj-2012-131226
56. Braithe F, El Osta B, Palmer JL, et al. Characteristics, findings, and outcomes of palliative care inpatient consultations at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med* 2007;10(4):948–955. DOI: [10.1089/jpm.2006.0257](https://doi.org/10.1089/jpm.2006.0257)
57. Leonard MM, Nikolaichuk C, Meagher DJ, et al. Practical assessment of delirium in palliative care. *J Pain Symptom Manag.* 2014;48(2):176–90. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.024
58. Brown M, Hardy K. Delirium: assessment and treatment of patients with cancer. PART 2. *Br J Nurs* 2016;25(4):2-5. DOI: 10.12968/bjon.2016.25.4.S4
59. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, et al. The confusion assessment method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56:823–30. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x
60. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, et al. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *JAMA* 2010;304(7):779–86. DOI:10.1001/jama.2010.1182
61. Ryan K, Leonard M, Guerin S, et al. Validation of the confusion assessment method in the palliative care setting. *Palliat Med* 2009;23:40–45. DOI: 10.1177/0269216308099210
62. Waszynski CM. Confusion Assessment Method (CAM). *Medsurg nursing* 2004;13(4):269-70. DOI: 10.3928/0098-9134-20020401-04
63. Thomas C, Kreisel SH, Oster P, et al. Diagnosing delirium in older hospitalized adults with dementia: adapting the Confusion Assessment Method to international classification of diseases, tenth revision, diagnostic criteria. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(8):1471–77. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04066.x

64. Steis MR, Evans L, Hirschman KB, et al. Screening for delirium using family caregivers: convergent validity of the family confusion assessment method and interviewer-rated confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(11):2121–26. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04200.x
65. Mitchell AJ, Shukla D, Ajumal HA, et al. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36(6):627-33. DOI:10.1016/j.genhosppsy.2014.09.003
66. Trzepacz PT, Baker RW, Greenhoues J. A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Res* 1988;23(1):89–97. DOI:10.1016/0165-1781(88)90037-6
67. Breitbart W, Rosenfield B, Roth A, et al. The memorial delirium assessment scale. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13(3):128-37. DOI:[10.1016/s0885-3924\(96\)00316-8](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(96)00316-8)
68. Mistarz R, Elliott S, Whitfield A, et al. Bedside nurse–patient interactions do not reliably detect delirium: an observational study. *Aust Crit Care* 2011;24(2):126–132. DOI: 10.1016/j.aucc.2011.01.002
69. Gagnon P, Allard P, Gagnon B, et al. Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. *Psychooncology*. 2012;21(2):187–94. DOI: 10.1002/pon.1881.
70. George J, Lee S. Delirium in terminal illness. *Eur. J. Palliat. Care* 2005;12(5):185-7.
71. Morita T, Takigawa C, Onishi H, et al. Opioid Rotation from Morphine to Fentanyl in Delirious Cancer Patients: An Open-Label Trial. *J Pain Symptom Manage* 2005;30(1):96-103. DOI:[10.1016/j.jpainsymman.2004.12.010](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.12.010)
72. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996;153(2):231-237. DOI: [10.1176/ajp.153.2.231](https://doi.org/10.1176/ajp.153.2.231)
73. Clegg A, Young JB. Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age Ageing* 2011;40(1):23-29. DOI: 10.1093/ageing/afq140
74. Crawford GB, Moroni M, Wilcock A, et al. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: net effect of haloperidol for delirium. *J Palliat Med* 2013;16(11):1335–1341. DOI: 10.1089/jpm.2013.0230.

75. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, et al. Olanzapine vs. haloperidol: treating delirium in a critical care setting. *Intensive Care Med* 2004;30(3):444-9. DOI: [10.1007/s00134-003-2117-0](https://doi.org/10.1007/s00134-003-2117-0)
76. Elsayem A, Bush SH, Munsell MF, et al. Subcutaneous olanzapine for hyperactive or mixed delirium in patient with advanced cancer: a preliminary study. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(5):774-782. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.02.017
77. Overshott R, Karim S, Burns A. Cholinesterase inhibitors for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:1-12. DOI:10.1002/14651858.CD005317.pub2.
78. Platt MM, Breitbart W, Smith M. Efficacy of neuroleptics for hypoactive delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994;6(1):66-67. DOI:[10.1176/jnp.6.1.66](https://doi.org/10.1176/jnp.6.1.66)
79. Kang J, Shin S, Bruera E. Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treat Rev* 2013;39(1):105-1. DOI: 10.1016/j.ctrv.2012.08.001
80. Gagnon B, Low G, Schreier G. Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium: a prospective clinical study. *J Psychiatry Neurosci* [Internet]. 2005 [Citado em 2018 Jun 28];30(2):100-107. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC551162/>
81. Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012;30(11):1206–1214. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.8784
82. Leonard M, Raju B, Conroy M, et al. Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. *Palliat Med* 2008;22(7):848-54. DOI:10.1177/0269216308094520.
83. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2017;177(1):34–42. DOI:10.1001/jamainternmed.2016.7491
84. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol* 2012;30(12):1378-1383. DOI: 10.1200/JCO.2011.37.3795

85. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10(1):67–85. DOI: [10.1089/jpm.2006.0139](https://doi.org/10.1089/jpm.2006.0139)
86. Cherny N, Radbruch IL, The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23(7):581–593. DOI: [10.1177/0269216309107024](https://doi.org/10.1177/0269216309107024)
87. Morita T, Bito S, Kurihara Y, et al. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med* 2005;8(4):716–29. DOI: [10.1089/jpm.2005.8.716](https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.716)
88. Centeno C, Vara F, Sanz A, et al. Presentación clínica e identificación del delirium en el cáncer avanzado. *Med Paliativa* [Internet] 2003 [Citado em 2017 Nov 20];10(1):24–35. Disponível em: https://scholar.google.com/scholar?cluster=13487610884407840871&hl=pt-PT&as_sdt=0,5
89. Bruera E, Bush SH, Willey J, et al. Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer* 2009;115(9):2004–12. DOI: [10.1002/cncr.24215](https://doi.org/10.1002/cncr.24215)
90. Partridge JS, Martin FC, Harari D, Dhesi JK. The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(8):804–12. DOI: [10.1002/gps.3900](https://doi.org/10.1002/gps.3900)
91. Crammer JL. Subjective experience of a confusional state. *Br J Psychiatry* 2002;180(1):71–75. DOI: [10.1192/bjp.180.1.71](https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.71)
92. LeGrand SB. Delirium in palliative medicine: a review. *J Pain Symptom Manag* 2012;44(4):583–94. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2011.10.013](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.013)
93. Namba M, Morita T, Imura C, et al. Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med*. 2007;21(7):587–94. DOI: [10.1177/0269216307081129](https://doi.org/10.1177/0269216307081129)
94. Cohen MZ, Pace EA, Kaur G, et al. Delirium in advanced cancer leading to distress in patients and family caregivers. *Palliat Care* [Internet] 2009 [Citado em 2018 Jun

25];25(3):164–71.

Disponível

em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19824277>

95. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(6):579–89. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.01.012
96. Buss MK, Vanderwerker LC, Inouye SK, et al. Associations between caregiver-perceived delirium in patients with cancer and generalized anxiety in their caregivers. *J Palliat Med* 2007; 10(5):1083-1092. DOI: [10.1089/jpm.2006.0253](https://doi.org/10.1089/jpm.2006.0253)
97. Finucane AM, Lugton J, Kennedy C, et al. The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review. *Psychooncology*. 2017;26(3):291–300. DOI: 10.1002/pon.4140.
98. Lou MF, Dai YT. Nurses' experience of caring for delirious patients. *J Nurs Res* 2002;10(4):279–290. DOI: 10.1097/01.JNR.0000347609.14166.84
99. Belanger L, Ducharme F. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nurs Crit Care* 2011;16(6):303–315. DOI:10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
100. Fagerberg I, Jönhagen M. Temporary confusion: a fearful experience. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9(3):339–346. DOI: 10.1046/j.1365-2850.2002.00498.x
101. Instituto Nacional de Estatística, I.P. (Ed.). *Estatísticas da Saúde 2016*. Lisboa: INE;2018. [Citado em 2018 Jun 26]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277095050&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2
102. Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, et al. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Arch Intern Med* 2008;168(1):27–32. DOI: 10.1001/archinternmed.2007.4
103. Witlox J, Eurelings LS, De Jonghe JF, et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a metaanalysis. *JAMA* 2010;304(4):443–51. DOI: 10.1001/jama.2010.1013

104. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, et al. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med*. 2011;154(11):746–51. DOI: 10.7326/0003-4819-154-11-201106070-00006
105. Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):512–20. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.7779.
106. Cerejeira J, Mukaetova-Ladinska EB. A clinical update on delirium: From early recognition to effective management. *Nurs Res Pract* 2011;2011(875196):1-12. DOI:10.1155/2011/875196
107. Ordem dos Enfermeiros (Ed.). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: OE; 2015 [Citado em 2018 Jul 9]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R EPE_29102015_VF_site.pdf
108. Registered Nurses Association of Ontario (Ed.) Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression (With revised 2010 supplement) Ontario: RNAO;2004 Jun [Citado em 2018 Jul 10]. Disponível em: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Caregiving_Strategies_for_Older_Adults_with_Delirium_Dementia_and_Depression.pdf
109. Alfaro-Lefebre R. Critical thinking and clinical judgment: a practical approach to outcomefocused thinking. 4ª ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2004.
110. Mc Carthy MC. Detecting acute confusion in older adults: comparing clinical reasoning of nurses working in acute, long-term, and community health care environments. *Res Nurs Health* 2003;26(3):203–212. DOI:[10.1002/nur.10081](https://doi.org/10.1002/nur.10081)
111. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med* 2001;161:2467-73. DOI: 10.1001/archinte.161.20.2467
112. Rando EV. Delirium in elderly cancer patients: Nursing management. *Dimen Oncol Nurs* [Internet]. 1990 [Citado em 2018 Nov 19];4(2):5–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2206366>

113. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol* 2014;67(12):1291-1294. DOI:10.1016/j.jclinepi.2014.03.013
114. Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies?: a review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud* 2009;46(10):1386-1400. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.01
115. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005; 8(1):19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
116. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5(69). DOI:10.1186/1748-5908-5-69
117. Daudt HM, Van Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med Res Methodol* 2013;13(48). DOI: 10.1186/1471-2288-13-48.
118. Pham MT, Rajic A, Greig JD, et al. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods* 2014;5(4):371–385. DOI: [10.1002/jrsm.1123](https://doi.org/10.1002/jrsm.1123)
119. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' manual 2015 edition/ supplement: methodology for JBI scoping reviews. South Australia: JBI; 2015 [Citado em 2018 Jan 9]. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
120. Nunes L. Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS – Setúbal; 2013 [Citado em 2018 Jan 8]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303686244_Consideracoes_eticas_a_atender_nos_trabalhos_de_investigacaoacademica_de_enfermagem
121. Fundação para a Ciência e Tecnologia. Código de Conduta. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência;2015. [Citado em 2018 Jan 8]. Disponível em: <http://cedis.fd.unl.pt/wp-content/uploads/2014/08/C%C3%93DIGO-DE->

CONDUTA-RESPONS%3%81VEL-EM-INVESTIGA%3%87%3%83O-
CIENT%3%8DFICA-30072015.pdf

122. European Science Foundation, All European Academies. The European Code of Conduct for Research Integrity. Estrasburgo: ESF e AEA; 2011. [Citado em 2018 Jan 8]. Disponível em: <http://paspk.org/wp-content/uploads/2015/12/Dual-Use-of-Education.pdf#page=33>
123. Abrahm JL. Promoting symptom control in palliative care. Semin Oncol Nurs 1998 Mai;14(2):95-109. DOI:[10.1016/s0749-2081\(98\)80015-6](https://doi.org/10.1016/s0749-2081(98)80015-6)
124. Travis SS, Conway J, Daly M, et al. Terminal restlessness in the nursing facility: assessment, palliation, and symptom management. Geriatr Nurs 2001 Nov-Dec;22(6):308-12. DOI: 10.1067/mgn.2001.120996
125. Casarett DJ, Inouye SK, American College of Physicians–American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel. Diagnosis and Management of Delirium near the End of Life. Ann Intern Med. 2001;135:32–40. DOI: 10.7326/0003-4819-135-1-200107030-00011
126. Paice J. Managing psychological conditions in palliative care: dying need not mean enduring uncontrollable anxiety, depression, or delirium. Am J Nurs 2002 Jan 1;102(11):36-42. DOI:10.1097/00000446-200211000-00023
127. Coyne P, Lyne M, Watson A. Symptom management in people with AIDS. Am J Nurs. 2002;102:48-57. DOI: 10.1177/1055329004269477
128. Henry M. Descending into delirium. Am J Nurs 2002 Mar;102(3):49-56. DOI:10.1097/00000446-200203000-00021
129. Wheeler MS. Palliative care is more than pain management. Home Healthc Nurse 2004 Abr;22(4):250-5. DOI:10.1097/00004045-200404000-00011
130. Fairbrother CA, Paice JA. Life's final journey: the oncology nurse's role. Clin J Oncol Nurs 2005 Out;9(5):575-9. DOI: 10.1188/05.CJON.575-579
131. Blanchette, H. Assessment and Treatment of Terminal Restlessness in the Hospitalized Adult Patient With Cancer. Medsurg Nursing [Internet]. 2005 [Citado em 2018 Jun 7];14(1):17-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15779736>

132. Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". *JAMA* 2008 Dez 24;300(24):2898-910. DOI:10.1001/jama.2008.885.
133. Bush SH, Bruera E. The assessment and management of delirium in cancer patients. *Oncologist* 2009 Out;14(10):1039-49. DOI:10.1634/theoncologist.2009-0122.
134. Bookbinder M, McHugh ME. Symptom management in palliative care and end of life care. *Nurs Clin North Am* 2010 Set;45(3):271-327. DOI: 10.1016/j.cnur.2010.04.002.
135. Moyer DD. Terminal delirium in geriatric patients with cancer at the end of life. *Am J Hospice Palliat Med* 2011;28:44-51. DOI: 10.1177/1049909110376755
136. Lynch M, Dahlin C, Bakitas. Bowel obstruction and delirium: managing difficult symptoms at the end of life. *M Clin J Oncol Nurs* 2012 Ag;16(4):391-8. DOI: 10.1188/12.CJON.391-398.
137. Close JF, Long CO. Delirium: Opportunity for comfort in Palliative Care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2012; 14(6): 386-394. DOI: 10.1097/NJH.0b013e318262f5ba
138. Coggins CC, Curtiss CP. Assessment and management of delirium: a focus on hepatic encephalopathy. *Palliat Support Care*. 2013; 11:341-52. DOI: 10.1017/S1478951512000600
139. Freeman B. CARES: an acronym organized tool for the care of the dying. *J Hosp Palliat Nurs* 2013;15(3):147-153. DOI:10.1097/NJH.0b013e318287c782
140. Faught DD. Delirium: the nurse's role in prevention, diagnosis, and treatment. *Medsurg Nurs* 2014 Set-Out;23(5):301-5.
141. Bobb B. Dyspnea and Delirium at the End of Life. *Clin J Oncol Nurs* 2016 Jun 1;20(3):244-6. DOI: 10.1188/16.CJON.244-246.
142. Shury, A. Managing delirium in the palliative care of older people. *Nurs Older People* 2002;14(4):16-8.
143. Blackburn D, Williams L, Bake J. Behavioural problems in palliative care patients. *Eur J Palliat Care* 2004; 11(2):65-8.

144. Lawley H, Hewison A. An integrative literature review exploring the clinical management of delirium in patients with advanced cancer. *J Clin Nurs*. 2017 Dez;26(23-24):4172-4183. DOI: 10.1111/jocn.13960.
145. Brown S, Degner LF. Delirium in the terminally-ill cancer patient: aetiology, symptoms and management. *Int J Palliat Nurs* 2001;7(6):266-8, 270-2. DOI: [10.12968/ijpn.2001.7.6.9023](https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.6.9023)
146. Brajtman S. Helping the Family Through the Experience of Terminal Restlessness. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2005 Mar-Abr;7(2):73-81. DOI:10.1097/00129191-200503000-00010
147. Macleod AD. The management of terminal delirium. *Indian J Palliat Care*. 2006;12(1):22-28. DOI: 10.4103/0973-1075.25915
148. Bolton L, Loveard T. Te Kete Marie-the peaceful basket: an initiative for supporting people with dementia or delirium. *Int J Palliat Nurs* 2016 Mar;22(3):130-6. DOI: 10.12968/ijpn.2016.22.3.130.
149. Michaud L, Burnand B, Stiefel F. Taking care of the terminally ill cancer patient: delirium as a symptom of terminal disease. *Ann Oncol* 2004;15(Suppl 4):iv199-203. DOI: 10.1093/annonc/mdh927
150. Robinson J. Terminal Delirium. *Australian Journal of Cancer Nursing*. 2011; 12(2):18-25.
151. Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, et al. Management of delirium in palliative care: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2015 Mar;17(3):550. DOI:10.1007/s11920-015-0550-8.
152. Almeida AC. Intervenções de Enfermagem prestados ao cliente/família com delirium internados na unidade de cuidados paliativos do hospital Esperança [Dissertação de Mestrado na Internet]. Setúbal (Portugal): Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; 2014 Mar [citado em 2019 Mai 24]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6669>
153. Prayce R, Quaresma F, Neto IG. Delirium: O 7º Parâmetro Vital?. *Acta Med Port* 2018 Jan;31(1):51-58. DOI:10.20344/amp.9670

154. Hosie A, Agar M, Lobb E, et al. Improving delirium recognition and assessment for people receiving inpatient palliative care: a mixed methods meta-synthesis. *Intl J Nurs Stud*. 2017;75:123–9. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.007
155. Lawlor PG, Bush SH. Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*. 2015;12(2):77–92. DOI:10.1038/nrclinonc.2014.147
156. Bush SH, Tierney S, Lawlor PG. Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*. 2017; 77:1623–1643. DOI 10.1007/s40265-017-0804-3
157. Leonard M, Agar M, Spiller JA, et al. Delirium diagnostic and classification challenges in palliative care: subsyndromal delirium, comorbid delirium–dementia and psychomotor subtypes. *J Pain Symptom Manage* 2014;48(2):199–214. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.03.012
158. Adamis D, Sharma N, Whelan PJ, et al. Delirium Scales: a review of current evidence. *Aging Ment Health* 2010 Jul; 14(5):543-555. DOI:10.1080/13607860903421011
159. Sarhill N, Walsh D, Nelson KA, et al. Assessment of delirium in advanced cancer: the use of the Bedside Confusion Scale. *Am J Hosp Palliat Care* 2001;18:335-41. DOI: 10.1177/104990910101800509
160. Adamis D, Rooney S, Meagher D, et al. A comparison of delirium diagnosis in elderly medical inpatients using the CAM, DRS-R98, DSM-IV and DSM-5 criteria. *Int Psychogeriatr* 2015 Jan 20; 27(6):883–9. DOI:10.1017/S1041610214002853
161. Sampaio FM, Sequeira CA. Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Rev Enf Ref* 2013;serIII(9):125-34. DOI: 10.12707/RIII12127.
162. Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, et al. Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:685-89. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00667.x

163. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Minimal state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
164. Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, et al. Validation of the Delirium Rating Scale revised 98: comparison with the delirium rating scale and cognitive test for delirium (DRS-R-98). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2001;13:229-242. DOI:10.1176/jnp.13.2.229
165. Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett L, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract* 2003;17:31-50. DOI: 10.1891/rtnp.17.1.31.53169
166. Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, et al. The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation and clinical testing. *Nurs Res* 1996;45: 324-30. DOI: 10.1097/00006199-199611000-00002
167. Detroyer E, Clement PM, Baeten N, et al. Detection of delirium in palliative care unit patients: a prospective descriptive study of the delirium observation screening scale administered by bedside nurses. *Palliat Med.* 2014;28:79–86. DOI: 10.1177/0269216313492187
168. Neefjes EC, Van der Vorst, MJ, Boddaert, MS, et al. Accuracy of the Delirium Observational Screening Scale (DOS) as a screening tool for delirium in patients with advanced cancer. *BMC Cancer* 19, 160 (2019) DOI:10.1186/s12885-019-5351-8
169. Agar MR. Delirium at the end of life. *Age and Ageing.* 2020 Jan; afz171:1–4. DOI:10.1093/ageing/afz171
170. Tuma R, DeAngelis LM. Altered mental status in patients with cancer. *Arch Neurol* 2000;57:1727–31. DOI: 10.1001/archneur.57.12.1727
171. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology.* 2018; 29(4):iv143–iv165. DOI: 10.1093/annonc/mdy147.
172. Bento M, Marques R, Sousa P. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado – una revisión bibliográfica. *Enferm Glob* 2018; 17(4):640-688. DOI: 10.6018/eglobal.17.4.302971

173. Indelicato RA, Portenoy RK. Opioid rotation in the management of refractory cancer pain. *J Clin Oncol*. 2002;20(1):348–52. DOI:10.1200/JCO.2002.20.1.348
174. Torres D, De Sánchez CR, Zarco, IA. Identificación de los factores de riesgo encontrados en pacientes mayores de sessenta años que desarrollaron delirium durante suhospitalización en el Hospital Universitario de San Ignacio, en Bogotá, Colombia. *Universitas Médica*. 2012;53(4):365-374. DOI:10.11144/Javeriana.umed53-4.ifre
175. Ocádiz-Carrasco J, Gutiérrez-Padilla RA, Páramo-Rivas F, et al. Preventive program for postoperative delirium in the elderly. *Cirugía Y Cirujanos*. 2013; 81(3):181-186.
176. Raats JW, Van Eijnden WA, Crolla RM, et al. Risk factors and outcomes for postoperative delirium after major surgery in elderly patients. *PLoS One*. 2015;10(8) DOI: 10.1371/journal.pone.0136071.e0136071
177. Engelborghs S, Gilles C, Ivanoiu A, et al. Rationale and clinical data supporting nutritional intervention in Alzheimer’s disease. *Acta Clin Belg*. 2014;69(1):17–24. DOI: 10.1179/0001551213Z.0000000006.
178. Ringaitiene D, Gineityte D, Vicka V, et al. Impact of malnutrition on postoperative delirium development after on pump coronary artery bypass grafting. *J Cardiothorac Surg*. 2015;10:74. DOI: 10.1186/s13019-015-0278-x
179. Cambell N. Recognising and preventing dehydration among patients. *Nursing Times* [Internet] 2014 [Citado em 2019 Jun 20]; 110(46):20-21. Disponível em: <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2014/11/121114-Recognising-and-preventing-dehydration-among-patients.pdf>
180. Weinberg AD, Minaker KL. Dehydration: evaluation and management in older adults. *JAMA*.1995;274:1552-56. DOI: 10.1001/jama.274.19.1552
181. Delgado-Guay MO, Yennurajalingam S, Bruera E. Delirium with severe symptom expression related to hypercalcemia in a patient with advanced cancer: an interdisciplinary approach to treatment. *J Pain Symptom Manag*. 2008;36(4):442–9. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.11.004

182. Hu MI, Glezerman IG, Leboulleux S, et al. Denosumab for treatment of hypercalcemia of malignancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(9):3144–52. DOI: 10.1210/jc.2014-1001.
183. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2001; 22(6):997-1006. DOI: 10.1016/s0885-3924(01)00360-8
184. Frade L, Carreira N, Tosatto V, et al. Oxigenoterapia na doença avançada: conhece a evidência? *Medicina Interna.* 2019 Out/Dez; 26(4):320-25. DOI: 10.24950/rspmi/Revisao/75/19/4/2019
185. Fardy HJ. Oxygen therapy in palliative care. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2016;26:150-73. DOI: 10.1038/npjpcrm.2015.73
186. Moss BJ, Sargsyan Z. Things we do for no reason: supplemental oxygen for patients without hypoxemia. *JHM* 2019 Out; 23. DOI: 10.12788/jhm.3314
187. Lopes R, Pereira BD. Delirium and psychotic symptoms associated with hyperglycemia in a patient with poorly controlled type 2 diabetes mellitus. *Innov Clin Neurosci* 2018;15(5–6):30–33.
188. Abdelhafiz AH, Rodríguez-Mañas L, Morley JE, et al. Hypoglycemia in older people: a less well recognized risk factor for frailty. *Aging Dis* 2015 Mar; 6(2):156-67. DOI 10.14336/AD.2014.0330
189. Rosen T, Connors S, Clark S, et al. Assessment and management of delirium in older adults in the emergency department: literature review to inform development of a novel clinical protocol. *Adv Emerg Nurs J.* 2015;37(3):183-96. DOI: 10.1097/TME.0000000000000066
190. Young J, Murthy L, Westby M, et al. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *British Medical Journal.* 2010 Jul; 341(c3704):247-49. DOI: [10.1136/bmj.c3704](https://doi.org/10.1136/bmj.c3704)
191. Waardenburg IE. Delirium caused by urinary retention in elderly people: a case report and literature review on the “cystocerebral syndrome. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56(12): 2371–72. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02035.x

192. Hogan DB, Gage L, Bruto V, et al. National Guidelines for Seniors' Mental Health—The assessment and treatment of Delirium. *Canadian Journal of Geriatrics*. 2006; 9(Suppl 2):542–551.
193. Morley JE. Constipation and irritable bowel syndrome in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2007; 23(4):823–32. DOI:10.1016/j.cger.2007.06.008
194. Ross DD, Alexander CS. Management of common symptoms in terminally ill patients: part II. Constipation, delirium and dyspnea. *American Family Physician*. 2001; 64(6):1019–26.
195. Young GB, Bolton CF, Austin TW et al. The encephalopathy associated with septic illness. *Clin Invest Med*. 1990; 13: 297–304.
196. Young GB, Bolton CF, Archibald YM, et al. The electroencephalogram in sepsis-associated encephalopathy. *J Clin Neurophysiol* 1992; 9(1): 145–52. DOI:10.1097/00004691-199201000-00016
197. Shawcross DL, Wendon JA. The neurological manifestations of acute liver failure. *Neurochem. Int*. 2012;60:662–71. DOI: 10.1016/j.neuint.2011.10.006
198. Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. *Front Neurol* 2012 Jun;3:101. DOI: 10.3389/fneur.2012.00101
199. Tullman DF, Mion LC, Fletcher K, et al. Delirium: prevention, early recognition, and treatment. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, et al. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*, 3rded. New York: Springer Publishing; 2008:111-125
200. Paolini CA. Symptom management at the end of life. *J Osteopath Assoc*. 2001;101(10):609-615.
201. El Majzoub I, Abunafeesa H, Cheaito R, et al. Management of altered mental status and delirium in cancer patients. *Ann Palliat Med* 2019;8(5):728-739. DOI: 10.21037/apm.2019.09.14
202. Pereira J, Barradas F, Sequeira R, et al. Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Rev Enferm Referência*. 2016 Maio;serIV(9):29–36. DOI: 10.12707/RIV16006

203. Good P, Richard R, Syrmis W, et al. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:1-27. DOI:10.1002/14651858.CD006273.pub
204. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994;272(16):1263-6. DOI: 10.1001/jama.272.16.1263
205. Bruera E, Hui D, Dalal S, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(1):111–8. DOI: 10.1200/JCO.2012.44.6518
206. Yamaguchi T, Morita T, Shinjo T et al. Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2012; 43: 1001–1012. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2011.06.028
207. Lawlor PG. Delirium and dehydration: some fluid for thought?. *Support Care Cancer* 2002;10(6):445-54. DOI: [10.1007/s00520-001-0334-z](https://doi.org/10.1007/s00520-001-0334-z)
208. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2015;9:346–54. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000171.
209. Direção-Geral da Saúde. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico. Lisboa: DGS; 2011.
210. Ministério da saúde. Despacho n.º 1400-A/2015. Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República.* 2015 Fev 10; 2(28): 3882-(2)-3882-(10)
211. Wilber ST, Ondrejka JE. Altered Mental Status and Delirium. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 2016;34(3):649–65. DOI: 10.1016/j.emc.2016.04.012
212. Direção-Geral da Saúde. Orientação nº021/2011: prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DGS; 2011.
213. Pan Y, Jiang Z, Yuan C, et al. Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study. *J Clin Nurs* 2018; 27:1950–57. DOI: 10.1111/jocn.14334

214. Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2004; 14:385–401. DOI: 10.1002/14651858.CD003260
215. Kolanowski A, Buettner L, Costa P. Capturing interests: Therapeutic recreation activities for persons with dementia. *Ther Recreation J* 2001; 35(3):220–236.
216. Kolanowski AM, Litaker M, Buettner L. Efficacy of theory-based activities for behavioral symptoms of dementia. *Nursing Research*. 2005; 54(4):219–228. DOI: 10.1097/00006199-200507000-00003
217. Kolanowski A, Litaker M, Buettner L, et al. A randomized clinical trial of theorybased activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jun;59(6):1032-41. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03449.x
218. Iroku-Malize T, Grissom M. The agitated patient: Steps to take, how to stay safe. *J Fam Pract*. 2018 Mar;67(3):136-147.
219. Day J, Higgins I, Keatinge D. Orientation strategies during delirium: are they helpful?. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20(23): 3285-3294. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03849.x
220. Nightingale F. *Notes on nursing: what it is, and what it is not* Harrison. London: Harrison; 1912.
221. Dunn H, Anderson MA, Hill PD. Nighttime lighting in intensive care units. *Crit Care Nurs*. 2010;30:31-37. DOI: 10.4037/ccn2010342.
222. Goldberg A, Straus SE, Hamid JS, et al. Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case-control study. *BMC Geriatr* 2015;15 (69). DOI:10.1186/s12877-015-0070-8
223. Flaherty J.H. The Delirium Room: a restraint-free model of care for older hospitalized patients with delirium. In: Malone M, Capezuti E, Palmer R. *Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America*. New York: Springer; 2015. p. 281–85.

224. Henao-Castaño AM, Amaya-Rey MC. Nursing and Patients with Delirium: a literature review. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(1): 148-156. DOI: 10.1590/ S0120-53072014000100017
225. Makinian M, Mirzaei T, Ravari A. The effects of head and face massage on delirium among elderly women hospitalized in coronary care units. *J Crit Care Nurs*. 2015;8(3):125-32.
226. McCaffrey R, Locsin R. The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *J Clin Nurs*. 2004;13:91–6. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01048.x
227. Cheong CY, Tan JA, Foong YL, et al. Creative music therapy in an acute care setting for older patients with delirium and dementia. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2016;6(2):268–275. DOI: 10.1159/000445883
228. Mashouf S, Aflaki M, Esmaeilpour Zanjani S, et al. The effects of aromatherapy by lavender oil on agitation and hemodynamic parameters in mechanically ventilated patients in ICU. *Trad Integr Med*. 2017; 2(3):119-128.
229. Salehi SS, Lorigooini Z, Jivad N, et al. Effect of aromatherapy with lavender 10% essential oil on motor function, speech and delirium in patients with acute thrombotic cerebral ischemia. *Caspian J Neurol Sci*. 2019; 5(2):49-55. DOI: 10.29252/CJNS.5.17.49
230. Faustino T, Pedreira L, Freitas Y, et al. Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016 [citado em 2020 Jan 6];69(4):725–32. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27508479&lang=pt-br&site=ehost-live>. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690416i.
231. Rosenbloom-Brunton D, Henneman E, Inouye S. Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 2010; 36(9):22-33. DOI: 10.3928/00989134-20100330-02
232. Boland JW, Kabir M, Bush SH, et al. Delirium management by palliative medicine specialists: a survey from the association for palliative medicine of Great Britain and

- Ireland. *BMJ Support Palliat Care* 2019 Mar 4. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001586
233. Gagnon P, Charbonneau C, Allard P, et al. Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *J Palliat Care*. 2002;18(4):253–61.
234. Otani H, Morita T, Uno S, et al. Usefulness of the leaflet-based intervention for family members of terminally ill cancer patients with delirium. *J Palliat Med*. 2013;16(4):419–22. DOI: 10.1089/jpm.2012.0401
235. Watson PL, Ceriana P, Fanfulla F. Delirium: Is sleep important? *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol*. 2012;26:355–366. DOI: 10.1016/j.bpa.2012.08.005.
236. Dias A, Mendes C, Mourinho E, et al. Registos de Enfermagem. *Servir* 2001;49(6):267-271.
237. Abramson JS, Bronstein L. Teamwork. Em: Mizrahi YT, Davis L. *Encyclopaedia of Social Work*. New York: Oxford University Press; 2008.
238. Bellelli G, Morandi A, Zanetti E, et al. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. *Int Psychogeriatr* 2014 Dez; 26(12):2093–102. DOI 10.1017/S1041610214001653
239. Sato K, Inoue Y, Umeda M, et al. A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Jpn J Clin Oncol*. 2014;44:718–28. DOI: 10.1093/jjco/hyu075
240. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol* 2009; 5(4):210–220. DOI: 10.1038/nrneurol.2009.24.
241. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier P, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*. 1999;340(9):669–76. DOI: 10.1056/NEJM199903043400901
242. Inouye SK, Bogardus SJ, Baker D, et al. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Hospital Elder Life Program*. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(12):1697–706. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb03885.x

243. Yue J, Tabloski P, Dowal S, et al. NICE to HELP: operationalizing National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines to improve clinical practice. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(4):754–61. DOI: 10.1111/jgs.12768
244. Hui D. Delirium in the palliative care setting: “sorting” out the confusion. *Palliat Med* 2019 Set;33(8):863-864. DOI: 10.1177/0269216319861896

APÊNDICES

Apêndice I – Quadro de análise de resultados

Título do estudo	Autor(es)	Ano	País	Objetivo	População	Metodologia	Principais conclusões
A1. Promoting symptom control in palliative care	Abrahm JL	1998	EUA	Descrever a gestão de sintomas comuns que ocorrem em doentes com cancro avançado.	Doentes com cancro avançado.	Revisão de literatura narrativa	Gestão <ul style="list-style-type: none"> - Ter um amigo ou membro da família sentado com o doente; - Transferi-lo para uma divisão conhecida e iluminada - Ter relógio, calendário e objetos familiares à vista.
A2. Delirium in the terminally-ill cancer patient: aetiology, symptoms and management	Brown S, Degner LF	2001	Canadá	Examinar a etiologia e sintomas e sinais associados ao <i>delirium</i> ; rever os instrumentos de avaliação de <i>delirium</i> atualmente existentes que se adequam a esta população; e examinar as intervenções de enfermagem no <i>delirium</i> .	Doentes oncológicos em estado terminal.	Revisão de literatura narrativa	Avaliação <ul style="list-style-type: none"> - <u>Instrumentos de avaliação:</u> DRS; CAM; DSI; CRS. Gestão: <ul style="list-style-type: none"> - Tratar a causa subjacente: monitorizar medicação e avaliar oximetria de pulso. <u>Intervenções Ambientais:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente tranquilo e privado ou um quarto individual com iluminação adequada (melhora a acuidade perceptiva). - Implementar estratégias de redução de ruído para diminuir a privação do sono. - Disponibilizar um relógio, um calendário e objetos familiares. - Impedir mudanças de quarto ou distrações desnecessárias. <u>Intervenções Psicossociais e de suporte:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Observação e proteção constantes para prevenir lesões contra si próprio. - Evitar imobilizadores (tendem a aumentar a agitação). - Comunicar de forma clara e simples. - Reconhecer os sentimentos do doente. - Fomentar a sensação de controlo explicando a natureza e o propósito de cada intervenção - Transmitir segurança. - Atenuar o isolamento, encorajando visitas curtas e frequentes da família e amigos. - Reorientar continuamente para a realidade, através de lembretes verbais da hora, dia e lugar. - Explicar aos familiares que o <i>delirium</i> é involuntário, temporário e potencialmente reversível e que os comportamentos desadequados do doente não fazem parte da sua personalidade. - Ensinar familiares a ajudar nos cuidados de enfermagem e a comunicar com o doente.

<p>A3. Terminal restlessness in the nursing facility: assessment, palliation, and symptom management</p>	<p>Travis SS, Conway J, Daly M, Larsen P</p>	<p>2001</p>	<p>EUA</p>	<p>Fornecer uma visão geral da agitação terminal, oferecer diretrizes de avaliação para idosos em situações de cuidados prolongados que estão em fim de vida e descrever estratégias de gestão de conforto e sintomas para esses indivíduos.</p>	<p>Idosos em situações de cuidados prolongados que estão em fim de vida.</p>	<p>Revisão de literatura narrativa</p>	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rever problemas físicos comuns que devem ser tratados ou descartados como agentes causadores: dor, náusea, dispneia, retenção urinária ou obstipação. - Avaliar causas existenciais, como preocupações não resolvidas acerca da morte, bem como o significado e o propósito da vida. Esta informação deve advir de conhecimento prévio da história do doente, de conversas anteriores com o mesmo ou membros da família e do plano avançado de cuidados. - Despistar desidratação e hipoglicemia. - Despistar reações adversas a medicamentos (ex. anticonvulsivos) ou abstinência causada pela cessação repentina de fármacos. <p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar conforto e controlo sintomático, quando tratar as causas não fizer sentido ou for desejado. - Manter silêncio, iluminação adequada e temperatura confortável. - Dar à família privacidade e a oportunidade de manter contato próximo com o doente através do toque. - Criar espaço reconfortante (música suave, oração ou ler passagens pessoais de um livro favorito) - Monitorizar terapêutica e despistar aquela que não é essencial em fim da vida (não interferir com os medicamentos que proporcionam conforto e alívio).
<p>A4. Diagnosis and Management of Delirium near the End of Life</p>	<p>Casarett DJ, Inouye SK, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel.</p>	<p>2001</p>	<p>EUA</p>	<p>Através de um estudo de caso, este artigo tem como objetivo desenvolver estratégias para o diagnóstico e tratamento do <i>delirium</i>, descrever as etapas para o seu diagnóstico e avaliar causas potenciais.</p>	<p>Mulher de 42 anos com cancro em estadio IV que começou a evidenciar sinais de <i>delirium</i>.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Prevenção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a atividade cognitiva e ajudar os doentes a orientarem-se para o espaço, tempo e pessoa. - Melhorar o sono através uma combinação de intervenções não farmacológicas, como técnicas de relaxamento e respiração; música tranquila na hora de dormir; e reduções na luz ambiente, ruído e outros fatores que podem acordar o doente à noite. - Reduzir a imobilidade quando possível (incentivar o levante; realizar movimentos ativos de amplitude; limitar o uso de cateteres, restrições ou infusões endovenosas contínuas). <p>Intervenções não farmacológicas (fatores de risco específicos): devem ser adaptadas às necessidades dos doentes em final de vida (consistentes com as metas de cuidado).</p> <p>Défice cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Protocolo de orientação:</u> quadro de orientação com o nome dos membros da equipa e o cronograma do dia; reorientar

							<ul style="list-style-type: none"> • <u>Protocolo de atividades terapêuticas</u>: atividades cognitivamente estimulantes 3x/dia, como discussões de eventos atuais, terapia de reminiscência ou jogos de palavras. <p>- Privação de sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Protocolo não farmacológico do sono</u>: na hora de dormir, fornecer bebida quente (leite ou chá de ervas), gravações de relaxamento ou música e massagem nas costas • <u>Protocolo de melhoria do sono</u>: estratégias de redução de ruído em toda a unidade (ex.: trituradores de comprimidos silenciosos, telemóveis em modo vibratório, redução de ruído no corredor) e ajustar a programação para promover o sono (ex. reagendar a administração de medicamentos, a verificação de sinais vitais ou a realização de procedimentos) <p>- Imobilidade precoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Protocolo de mobilização</u>: deambulação ou exercícios ativos de amplitude de movimento 3x/dia; minimizar uso de equipamentos imobilizadores (ex. cateteres vesicais, restrições físicas) <p>- Déficit visual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Protocolo de visão</u>: recursos visuais (ex. óculos, lentes de aumento) e equipamento adaptável (ex. telemóveis com ecrãs grandes e iluminados, livros impressos com letras grandes, fita fluorescente na campainha de chamada); reforçar diariamente o uso de adaptações <p>- Déficit auditivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Protocolo de audição</u>: dispositivos auditivos; desimpactação de cera; e técnicas de comunicação; reforçar diariamente o uso de adaptações <p>- Desidratação</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Protocolo de desidratação</u>: reconhecimento precoce e medidas de hidratação (Ex. reforçar a ingestão de líquidos)
A5. Managing delirium in the palliative care of older people	Shury A	2002	Reino Unido, Inglaterra	Descrever um episódio de <i>delirium</i> no final de vida, experienciado por um idoso, a sua esposa, família e equipa de saúde, tendo como objetivo levantar questões a considerar na prática de	Pessoa em final de vida, com <i>delirium</i> terminal.	Estudo de caso	<p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolver os familiares no processo de tomada de decisão (quando não é possível discutir os desejos com o próprio doente). - Explicar à família que, caso seja necessário utilizar sedativos, estes têm como objetivo promover conforto e controlo de sintomas e não o prolongamento da vida. - Apoiar a família e permitir a partilha das suas preocupações. - Sempre que possível, planear os cuidados com os próprios indivíduos para melhor alcançar uma abordagem centrada na pessoa. - Não impor cuidados que as pessoas não desejam, evitando sofrimento adicional desnecessário.

				cuidados em casos semelhantes.			- Trabalhar com a família implica saber escutar, não julgar os seus sentimentos ou o modo de pensar acerca da situação, responder às suas questões de forma aberta e honesta quando for oportuno.
A6. <i>Managing psychological conditions in palliative care: dying need not mean enduring uncontrollable anxiety, depression, or delirium</i>	Paice JA	2002	EUA	Fornecer aos enfermeiros informações sobre como identificar, distinguir e gerir ansiedade, depressão e <i>delirium</i> em doentes terminais.	Mulher de 55 anos, divorciada, com cancro de mama em estadio IV, com sintomas de dor, confusão e agitação.	Estudo de caso	Gestão: - Promover ambiente seguro e silencioso. - Durante o dia, o quarto do doente deve estar bem iluminado e com relógios visíveis; à noite, diminuir as luzes e minimizar as interrupções. - A orientação para a realidade não é considerada eficaz com doentes com alucinações ativas (corrigir as percepções do doente pode aumentar a ansiedade e a agitação). Em vez disso, os cuidadores devem falar em tom calmo e relaxado, fazer perguntas com cuidado e oferecer apoio.
A7. <i>Symptom management in people with AIDS: assessing and differentiating dyspnea, cough, dementia, and delirium</i>	Coyne PJ, Lyne ME, Watson AC	2002	EUA	Descrever quatro etapas que podem ajudar a aprimorar a avaliação e a gestão dos sintomas, concentrando-se em quatro sintomas comuns na SIDA em estadio terminal: dispneia, tosse, demência e <i>delirium</i> .	Mulher de 32 anos, que está em final de vida devido a infeções complexas e linfoma causados pela SIDA.	Estudo de caso	Gestão - A comunicação entre todos os membros da equipa, o doente e a família deve ser uma prioridade contínua, para que todos compreendam o plano e as metas de cuidado à medida que a doença evolui. - Controlar os sintomas e promover o conforto, quando o tratamento da causa não for possível ou desejado. - Proporcionar um ambiente calmo, seguro e favorável. - Acalmar os doentes usando um toque e voz tranquilizantes. - Objetos familiares e a presença de entes queridos. - Quando possível, designar os mesmos membros da equipa ao doente com <i>delirium</i> . - Colocar o doente num quarto com janela (reforçar o ciclo diurno). - Música serena e familiar (promover sensação de paz). - Desligar aparelhos de televisão e fechar portas (reduzir a sobrestimulação). - Nos casos de <i>delirium</i> grave ou persistente, não há benefício em tentar reorientar o paciente para o tempo e espaço. Nesse caso, a orientação deve concentrar-se na tranquilidade, usando comentários como: "Estamos aqui consigo. Está seguro". Os membros da família podem ser ensinados a observar e avaliar as respostas do doente a esses comentários.
A8. <i>Descending into delirium</i>	Henry M	2002	EUA	Explorar o <i>delirium</i> na pessoa idosa com demência, através de um estudo de caso e abordar intervenções	Mulher de 91 anos com história de insuficiência cardíaca,	Estudo de caso	Prevenção: - Compensar défices sensoriais, fornecendo óculos e aparelhos auditivos. - Promover a deambulação ou movimentos de amplitude 3x/dia. - Monitorizar medicamentos novos.

				<p>de enfermagem a nível da prevenção, reconhecimento e tratamento do <i>delirium</i>.</p>	<p>depressão e múltiplos infarctes cerebrais, recentemente diagnosticada com demência vascular. Apresentou vários episódios de <i>delirium</i> relacionados a infeções.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Minimizar o uso de dispositivos imobilizadores, como cateteres internos e restrições físicas. - Incentivar a ingestão de líquidos (hidratação). - Recorrer a leite morno, chás de ervas, técnicas de relaxamento, música e massagem para induzir o sono e aliviar a ansiedade. <p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumento: CAM. <p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamento duplo: 1) identificar e tratar a origem (ex. medicamentos, infeções, distúrbios metabólicos); 2) fornecer cuidados de suporte. - Minimizar o número de procedimentos invasivos e a exposição a elementos ambientais que podem ser mal interpretados pelo doente, como ruídos (televisões, intercomunicadores, encerradoras e alarmes de monitores) ou pisos molhados. - Não tentar convencer o doente que aquilo que ele percebe é falso. É mais benéfico fazer parte da realidade de doentes confusos e agitados do que insistir que eles integrem a nossa. - Integrar declarações simples de orientação nas conversas com o doente, tais como "Não está bonita esta manhã?" ou "Realmente parece quente para março". - Permitir que o doente participe nos seus cuidados (Ex. lavar o rosto e o tronco, escovar os dentes). - Usar uma voz baixa, clara e calmante e manter contato com os olhos. - Maximizar a nutrição e hidratação. - Administrar alimentação intermitente e medicação endovenosa em vez de infusões contínuas; recorrer a membros da família ou voluntários para consolar o doente enquanto está a ser administrada a alimentação ou medicação endovenosa. - Incentivar visitas familiares e garantir que o doente tem consistentemente os mesmos cuidadores. - Disfarçar os cateteres e sistemas de soro ou escondê-los sob a roupa ou dobrá-los sob os cobertores. - Usar alarmes na cama ou "vigilantes". - Colocar o colchão no chão, se houver preocupação com quedas. - Colocar o doente próximo da sala de enfermagem para estar em constante observação. - Promover a deambulação frequente do doente para minimizar a urgência urinária ou o desejo de sair da cama. - Administrar analgesia prescrita.
--	--	--	--	--	---	---

							<ul style="list-style-type: none"> - Tentar replicar a rotina do doente (ex. levá-lo para passear depois do café da manhã, fazer uma sesta depois do almoço ou permitir que ele assista às notícias à hora de jantar). - Balancear as atividades para evitar fadiga. - Criar um ambiente mais familiar ao trazer objetos de casa (fotos de família, uma manta ou cadeira favorita, livros, pequenas decorações). - Fornecer relógios e calendários para ajudar a manter a orientação. - Usar luz (natural ou artificial) para distinguir a noite e o dia. - Minimizar o número de trocas de quartos e transferências do doente para outras unidades. - Permitir períodos ininterruptos de sono. - A musicoterapia, especificamente adaptada às preferências do doente (eficaz na diminuição da agitação geral e da agressividade durante o banho). - Fazer massagem (com óleos essenciais - aromaterapia - foi sugerida como um método para aumentar o relaxamento, mas pode ter pouco efeito em pessoas com demência, nas quais a capacidade de diferenciar odores é diminuída. Nalguns casos, o toque aplicado durante a massagem pode agravar a agitação).
A9. Palliative care is more than pain management	Wheeler MS	2004	EUA	Apresentar aos médicos de cuidados domiciliários e hospice o conceito de cuidados paliativos, de um modo geral, abordando especificamente o controlo de sintomas físicos de dispneia, náuseas/vómitos e delirium.	Doentes em cuidados paliativos	Revisão de literatura narrativa	<p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vozes familiares num ambiente calmo, presença de uma pessoa significativa e lembretes gentis de membros da família. - Não recorrer à reorientação para o tempo, durante episódio de confusão. - Apoiar os cuidadores durante esta mudança drástica de condição, planeando os cuidados à medida que o delirium evolui.
A10. Behavioural problems in palliative care patients	Blackburn D, Williams L, Bake J	2004	Reino Unido	Rever o tratamento de pessoas com problemas comportamentais graves, a sua melhor gestão e as questões éticas que podem estar envolvidas.	Pessoas com problemas comportamentais graves e doença maligna avançada (tipicamente masculino,	Revisão de casos	<p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procurar e corrigir qualquer condição desencadeante que seja reversível. - Rever e garantir rácios adequados de pessoal. - Procurar uma abordagem menos interventiva. Dar ao doente bastante espaço (literalmente) e evitar fazer muitas perguntas. - Reduzir intervenções de enfermagem ao mínimo (registar nas notas "doente não incomodado, deliberadamente" e comunicar com a família e toda a equipa multidisciplinar, incluindo voluntários, sobre esta questão do cuidar).

					com idade entre 50 e 70 anos - n = 7)		<ul style="list-style-type: none"> - Evitar causas precipitantes ou confrontos - abordagem relaxada e flexível (ex. permitir que o doente possa fumar, beber álcool moderadamente, assistir televisão à noite...) - Tornar o ambiente seguro (ex. remover objetos que o doente possa utilizar contra si próprio ou outros). - Procurar ativamente sinais de alerta e lidar com os mesmos adequadamente (frustração ou divagação podem ocorrer antes de um episódio de distúrbio comportamental) - Tentar maximizar a orientação e os sentidos do doente (visão e audição). - Considerar ligar para um parente no caso de uma grave explosão comportamental, pois é mais provável que eles acalmem a situação do que a equipa. - Desenvolver uma política de cuidados paliativos sobre como gerir doentes com problemas comportamentais graves (abordagem consistente). - Conversar com a equipa após um incidente violento ou desagradável. A discussão pode ajudar a moldar a política acima.
A11. Taking care of the terminally ill cancer patient: delirium as a symptom of terminal disease	Michaud L, Burnand B, Stiefel F.	2004	Suiça	Sintetizar a informação relacionada com a gestão do <i>delirium</i> nos doentes com cancro terminal.	Doentes com cancro, em fase terminal	Revisão de literatura narrativa	<p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliações repetidas do doente, complementadas por uso de questionários. - Observação cuidadosa do <u>nível de consciência</u> (O doente tem um nível de consciência ligeiramente diminuído? Às vezes ele está com sono ou é impossível despertar?), da <u>capacidade de manter, focalizar ou mudar a atenção</u> (É capaz de acompanhar uma conversa? De se concentrar num texto? Ou de cumprir tarefas diferentes, como lavar-se de forma coerente?), bem como do <u>funcionamento cognitivo e perceptivo</u> (Tem dificuldade em lembrar-se de assuntos relevantes? Está desorientado no tempo ou no espaço ou está a ver ou ouvir coisas estranhas?). <p>Gestão</p> <p><u>Intervenções não-farmacológicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorientar regularmente o doente sobre hospitalização, pessoas e ações (relógios, calendários e outros meios) - Incentivar a ingestão oral de líquidos (desidratação) - Fornecer informações concisas ao doente e representantes acerca da natureza e do tratamento do <i>delirium</i> e sobre como a família deve comunicar com o doente (evitando excesso e subestimulação); - Mobilizar o doente; - Disponibilizar óculos e aparelhos auditivos; - Proporcionar um ambiente estável (mesmo quarto e mesma equipa) - permitir personalizar o quarto;

							<ul style="list-style-type: none"> - Evitar o uso de restrições; - Promover o sono usando protocolos (bebida quente antes de dormir, massagem, relaxamento, etc.)
A12. <i>Life's final journey: the oncology nurse's role.</i>	Fairbrother CA, Paice JÁ	2005	EUA	Ajudar enfermeiros de oncologia a avaliar e gerir os sintomas comuns de fim de vida, bem como alertar para o risco de burnout (não explicito no documento).	Doentes oncológicos em fim de vida.	Revisão de literatura narrativa	<p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a medicação do doente para detectar agentes que causam <i>delirium</i>, incluindo corticosteróides, neurolépticos e anticolinérgicos. Como podem ocorrer interações medicamentosas, os fármacos que não são mais úteis ou consistentes com os objetivos dos cuidados devem ser descontinuados (ex. fármacos anticolésterolémicos raramente são benéficos no final da vida). - Proteger os doentes contra danos - ambiente silencioso, com proteção contra acidentes e lesões pessoais. - A reorientação costumava fazer parte do plano de tratamento, mas já não é considerada útil e pode contribuir para a agitação do doente. - Apoiar e tranquilizar as famílias acerca de fenómenos comuns em fim de vida (ex. os doentes podem ter alucinações auditivas ou visuais sobre os entes queridos que morreram antes deles – estas podem ser reconfortantes para o doente, mas desconcertantes para a família). - Consultar ministro, rabino, padre, imã, capelão de hospital ou outro consultor espiritual.
A13. <i>Assessment and treatment of terminal restlessness in the hospitalized adult patient with cancer</i>	Blanchette H	2005	EUA	Explorar fatores de risco, apresentações, causas e tratamentos do <i>delirium</i> terminal.	<p>1) Uma mulher idosa com cancro de cólon com metástases cerebrais, em fase terminal.</p> <p>2) Homem de 51 anos com mieloma múltiplo, em fase terminal.</p>	Estudo de caso	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: MMSE, DRS, MDAS e CRS. - Identificar causas reversíveis (acrónimo MEDICINE – medicação, desequilíbrio eletrolítico, desidratação, isquémia, obstipação, infeção, neoplasia cerebral, insuficiência renal ou hepática). - Despistar fatores emocionais, psicológicos ou espirituais que possam contribuir para agitação terminal (medo de morrer ou perder o controlo, raiva, tristeza por deixar a família, angústia espiritual, questões não resolvidas geralmente associadas à culpa) <p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar bisfosfonatos (hipercalcemia). - Tratar retenção urinária (cateterização vesical) ou garantir a permeabilidade de sonda vesical preexistente. - Tratar obstipação (laxantes orais ou retais) e pesquisar fecalomas. - Oferecer apoio espiritual através de visitas de capelães, orações, leituras ou outros rituais religiosos apropriados à crença do doente. - Administrar fluidos endovenosos, quando apropriado e se o doente e a família desejarem tratamento (a desidratação pode exacerbar a hiponatremia e hipercalcemia)

						<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar glicémia capilar em doentes com diabetes ou que tomam esteroides. - Administrar oxigénio (cianose e dispneia) – consultar a família pois a máscara pode irritar o doente. - Garantir a presença de parentes ou cuidadores familiares, pessoalmente ou em fotografias - Incentivar a família a tranquilizar o doente através da voz e do toque. - Limitar as mudanças de equipa; - Colocar música suave; - Reduzir o excesso de ruído; - Ler passagens pessoais de um livro favorito; - Usar aromaterapia ou toque terapêutico; - Fornecer sala bem iluminada a uma temperatura confortável com calendário e relógio - Educar a família sobre o processo de morrer e agitação terminal. Explicar que a confusão e a agitação são expressões de mau funcionamento do cérebro, não de sofrimento, e que pode levar entre 3 a 4 dias para controlar os sintomas. 	
A14. Helping the family through the experience of terminal restlessness	Braitman S	2005	Canadá	Explorar e descrever o impacto da agitação terminal e a gestão dos membros da família que testemunharam o evento; ilustrar o papel significativo que os enfermeiros desempenham sobre a qualidade da experiência de morrer para o doente com <i>delirium</i> terminal e para a sua família.	Familiares de pessoas com <i>delirium</i> terminal que já faleceram (n=26) e profissionais de saúde (4 enfermeiros, 1 médico e 1 assistente social)	Estudo qualitativo	<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aliviar os sintomas angustiantes do doente com a maior rapidez e eficácia possível para garantir a conforto do mesmo e reduzir a ansiedade da família. - Explorar junto da família a sua interpretação dos sintomas do doente, para resolver informações e suposições incorretas em torno da agitação terminal, a sua possível causa e a sua gestão. - Abordar áreas importantes como: objetivos do tratamento e expectativas dentro do contexto crítico do doente e o efeito esperado da medicação sedativa nos padrões de comunicação entre o doente e a família. - Esclarecer os objetivos da medicação sedativa e enfatizar que não está a ser utilizada com o objetivo de acelerar a morte. - Discutir e esclarecer palavras como sedação, sofrimento e agitação, pois podem ter significados diferentes para cada membro da família. - Valorizar a perceção e o entendimento das famílias sobre a situação do doente e incorporar essas informações na sua avaliação do estado do doente e das suas necessidades de cuidados. - Aceitar sugestões da família acerca de intervenções não farmacológicas específicas, com base no seu conhecimento íntimo do que consolou ou ajudou o doente no passado (Ex.: deitar-se de um lado específico, ouvir música ou ser tocado de uma maneira especial pode reduzir a agitação)

							<ul style="list-style-type: none"> - Explicar à família que a agitação terminal pode ser um sinal de morte iminente, mantendo-a informada de quaisquer alterações no estado do doente para que possam decidir se devem ou não deixar a sua cabeceira. - Incentivar os familiares a conversar com o doente sedado que ainda pode ouvir, mas não consegue responder. - Apoiar os familiares que optam por não estar junto do doente
A15. The management of terminal delirium	Macleod AD	2006	Nova Zelândia	Descrever o fenómeno do <i>delirium</i> e a atuação no mesmo, tendo por base o alívio de sintomas e intervenções a nível ambiental, psicológico e farmacológico.	Doentes oncológicos terminais	Revisão de literatura narrativa	<p>Prevenção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educar os profissionais para garantir o reconhecimento imediato do <i>delirium</i>; - Recorrer a estratégias como: orientação, higiene do sono, redução de ruído, mobilização, hidratação, oxigenação e aparelhos auditivos e visuais. - Identificar os fatores de risco para <i>delirium</i>; <p>Gestão</p> <p><u>Criar um ambiente seguro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar restrição física (aumenta a agitação e os riscos de TVP e EAM). Se inevitável, deve ser apenas um procedimento de emergência muito breve. - Colocar o colchão no chão (seguro, mas indigno; as grades da cama aumentam a altura da queda, sem reduzir os riscos). - Gerir a deambulação (andar com o doente e redirecioná-lo). - Evitar confrontos desnecessários, proteger o espaço pessoal do doente e evitar "olhar nos olhos" (olhando e não olhando). - Remover objetos perigosos do quarto; - Adequar os rácios de profissionais, sobretudo no turno da noite; - Intervenções que transmitam tranquilidade; - As observações devem ser discretas, mas frequentes. <p><u>Tratamento das causas e alívio dos sintomas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar eventuais causas, se possível (administrar terapêutica – insulina (hiperglicemia) ou antibiótico (infecção)) - Paliar sintomas físicos (realizar soroterapia, administrar oxigénio e terapêutica – ex. corticoides, antipiréticos, bifonatos). <p><u>Estratégias ambientais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Restringir, mas não privar, a entrada sensorial (equilíbrio sensorial moderado e ambiente inequívoco são preferíveis à sobrestimulação sensorial). - Controlar a iluminação do quarto. - O nível de ruído deve estar abaixo de 45 dB durante o dia e menos de 20 dB à noite. - Limitar as interações da equipa com o doente, minimizar as alterações da equipa e restringir visitas. - Tornar ambiente mais familiar (artefatos e objetos pessoais).

							<p>- Regular a temperatura, mantendo-a entre 21,1°C e 23,8°C (“fenómeno de sundowning” nos doentes com Alzheimer).</p> <p><u>Intervenções psicológicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar repetidamente uma comunicação simples e firme, aproveitando todos os períodos lúcidos, focados na orientação, segurança, explicação e esclarecimento. - Promover a sensação de controlo e competência do indivíduo. - Trabalhar os medos e angústias dos familiares.
A16. Agitation and delirium at the end of life: “We couldn’t manage him.”	Breitbart W, Alici Y	2008	EUA	Dar a conhecer estratégias de gestão do <i>delirium</i> em pessoas com doença crónica avançada em fase final de vida, nomeadamente a nível do diagnóstico, avaliação e intervenções farmacológicas e não farmacológicas.	Doente de 59 anos com cancro pulmonar em estadio IV, com evidência de <i>delirium</i> .	Estudo de caso	<p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administração de oxigénio - Administração de fluidos e eletrólitos - Monitorização do funcionamento vesical e intestinal - Monitorização da nutrição e hidratação - Mobilização precoce, para prevenção da imobilidade - Tratamento da dor - Orientação frequente - Utilização de dispositivos auditivos e visuais - Modificações ambientais para melhorar a sensação de familiaridade (sala silenciosa e bem iluminada com objetos familiares, música favorita, relógio, calendário). - Possibilitar que o doente seja cuidado pelos mesmos enfermeiros, para facilitar a observação. - Evitar restrições físicas. - Minimizar a utilização de cateteres e infusões venosas. - Monitorizar a medicação. - Encorajar atividades cognitivamente estimulantes como jogos de palavras. - Promover medidas de higiene do sono, como música ou gravações de relaxamento, bebidas quentes e massagens. - Minimizar os ruídos e as intervenções na hora de dormir (ex.: alterar horário de medicação).
A17. The assessment and management of delirium in cancer patients	Bush SH, Bruera E	2009	Canadá/ EUA	Atualizar oncologistas sobre a avaliação clínica e o tratamento do <i>delirium</i> com foco no <i>delirium</i> induzido por drogas.	Doentes com cancro avançado	Revisão de literatura narrativa	<p>Gestão:</p> <p><u>Ambiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve ser fisicamente seguro para o doente, funcionários e familiares - Minimizar o ruído, a luz e o escuro excessivos - Simplificar o ambiente do doente: <ul style="list-style-type: none"> ● Campanha de chamada e outros itens essenciais visíveis e dentro do alcance - Comunicar de forma simples, clara e concisa: <ul style="list-style-type: none"> ● Fornecer óculos, aparelho auditivo e/ou prótese dentária quando necessário ● Explicar cada intervenção antes de iniciar os cuidados

							<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o doente com frequência: <ul style="list-style-type: none"> ● Colocar um relógio e calendário visíveis da cama ● Tornar visível o nome do enfermeiro ● Presença de objetos familiares - Recrutar a família para ajudar na reorientação <p><u>Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Família - Enfermeiros - Outros profissionais de saúde <p><u>Assistência psicológica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Família <ul style="list-style-type: none"> ● Os familiares observam os comportamentos dos doentes e sentem angústia com mais frequência do que os profissionais de saúde e exigem educação contínua (especialmente em relação à desinibição dos doentes) e apoio psicossocial da equipa interdisciplinar. ● A terapia de suporte-expressão geralmente é útil na redução do sofrimento dos membros da família. - Doente, depois da resolução do <i>delirium</i> <ul style="list-style-type: none"> ● Os doentes necessitam de tranquilidade para ajudar a reduzir o seu sofrimento significativo.
A18. Symptom management in palliative care and end of life care	Bookbinder M, McHugh ME	2010	EUA	Analisar os principais sintomas em fim de vida (dispneia, obstipação, fadiga, dor e <i>delirium</i>), nomeadamente a sua definição, epidemiologia, fisiopatologia, instrumentos de avaliação e a sua gestão por parte dos enfermeiros.	Doentes paliativos, em fim de vida.	Revisão de literatura narrativa	<p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Internamento</u>: Estabelecer protocolos de sono que promovam o sono contínuo (massagem nas costas, leite quente ou chá de ervas e medidas de relaxamento - áudio ou vídeo). - <u>Domicílio</u>: Realizar programas como o <i>Namaste Care</i>, cujo propósito é oferecer atividades significativas para pessoas com demência avançada ou para aquelas que não conseguem se envolver nas atividades tradicionais. O programa tem lugar numa sala com pouca iluminação, com música ambiente e cheiro de lavanda.
A19. Terminal delirium in geriatric patients with	Moyer DD	2011	EUA	Explorar o <i>delirium</i> hiperativo e hipoativo, a sua fisiopatologia e as causas do <i>delirium</i>	Doentes oncológicos em fim de vida, com	Revisão de literatura narrativa	<p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover ambiente terapêutico que garanta o equilíbrio entre privação e sobrecarga sensorial. - Manter o ambiente físico consistente: evitando alterações no quarto ou na cama, mantendo as rotinas do doente e promovendo a continuidade da equipa

<i>cancer at end of life</i>				terminal; e discutir a utilização do CAM e MDAS, bem como medidas de tratamento não farmacológicas e farmacológicas. Apresentar um algoritmo para auxiliar o médico na identificação e tratamento do <i>delirium</i> terminal.	<i>delirium</i> terminal		<ul style="list-style-type: none"> - Evitar iluminação ambígua ajuda a prevenir ilusões e alucinações, portanto, é preferível uma sala bem iluminada. - O nível de ruído deve estar abaixo de 45 dB durante o dia e menos de 20 dB à noite. - Disponibilizar óculos e aparelhos auditivos para ajudar a corrigir as alterações de percepção do doente. - Fornecer itens pessoais, como edredons e travesseiros, para ajudar a promover a familiaridade com o meio ambiente. - Remover estímulos nocivos (ex. cateteres urinários, bombas infusoras) e evitar testes médicos (ex. monitorização da pressão arterial e temperatura) - Reduzir as visitas (<i>delirium</i> hiperativo estimulado pelos visitantes). - Disponibilizar relógio e calendário. - Comunicar de maneira simples e tranquilizadora (ex. “sente-se confuso?” ou “sente-se desorientado?”). - Estimular o doente a executar tarefas simples, como comer, mas não solicitar demandas excessivas devido à sua fragilidade emocional. - Realizar intervenções psicoeducacionais junto dos cuidadores, oferecendo-lhes diretrizes sobre como reagir quando o <i>delirium</i> ocorre para reduzir a sua sobrecarga. - Instruir os membros da família a não contradizer ou contestar o que o doente diz, mas a aproveitar os seus períodos de lucidez para fornecer orientação, segurança, explicação e esclarecimento.
A20. Terminal delirium	Robinson J	2011	Austrália	Explorar o <i>delirium</i> terminal, identificando fatores causais e a gestão deste sintoma. Discutir as dificuldades encontradas na avaliação do <i>delirium</i> terminal, comparando as suas características de apresentação com as de dor em fim de vida, no qual um doente não responde, exigindo avaliação	1) Senhor de 68 anos, admitido através do serviço de urgência, submetido a hemicolectomia direita (massa cecal), com complicações pós-operatórias. 2) Senhor de 78 anos com cancro na	Revisão de casos	<p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar avaliação estruturada e holística que inclua entrevista, avaliação física, medicação, padrões de sono, revisão psicossocial e revisão do ambiente físico. - Observar e distinguir sinais de dor e delirium em doentes não comunicantes (ver quadro 1) - Instrumentos: MMSE, MDAS, CAM, DRS e Nu-DESC. <p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os folhetos e outros materiais escritos podem melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e doentes e famílias, embora isso dependa da sua compreensão, que pode ser limitada. Os folhetos concentram-se no <i>delirium</i>, fornecendo informações sobre sintomas e causas e incluem conselhos sobre como cuidar de alguém com <i>delirium</i> e informação sobre o processo de morte (incluindo agitação terminal). - Deve ser implementada formação aos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e restante equipa de cuidados) na área do <i>delirium</i> de modo a promover o seu despiste e gestão.

				visual pelo profissional de saúde.	bexiga metastizado, que terá sido encaminhado para a consulta de cuidados paliativos, por dor mal controlada.		
A21. Delirium in palliative medicine: a review	LeGrand SB	2012	EUA	Analisar a fisiopatologia, etiologia, diagnóstico e tratamento do <i>delirium</i> nos cuidados paliativos.	Pessoas em cuidados paliativos	Revisão de literatura narrativa	<p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionar todas as partes envolvidas, especialmente a família, para compreender o nível funcional de referência do doente e quando se tornou diferente. - Procurar alterações, particularmente na medicação, que possam ter ocorrido antes da mudança no estado mental. Um fármaco previamente bem tolerado pode originar <i>delirium</i> se existir uma alteração na função renal e hepática ou alteração no nível de dor (radioterapia). Uma mudança na dose ou uma nova medicação devem sempre ser consideradas como potenciais causas. - Num doente em fase final de vida, pode ser despropositado sujeitá-lo a exames de investigação. <p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordagem multidimensional: <ul style="list-style-type: none"> • protocolos de orientação, atividades de estimulação cognitiva e medidas não farmacológicas promotoras do sono (silêncio nos corredores, modificar horários de administração de terapêutica ou colheita de análises); • mobilização precoce (pode ser desaconselhado nos doentes paliativos); • próteses auditivas e óculos; • reconhecimento de sinais de desidratação; - Em cuidados paliativos, a intervenção em fatores de risco como cateteres vesicais ou intravenosos/subcutâneos deve ser bem ponderada pois a sua presença pode providenciar conforto quando é doloroso a mobilização e necessário terapêutica continua. - A utilização de fluidos nos casos de desidratação ainda é controversa (a desidratação pode contribuir para o <i>delirium</i> resultante da alteração do metabolismo dos fármacos e o seu tratamento diminui a incidência de <i>delirium</i> terminal).

<p>A22. Bowel obstruction and delirium: managing difficult symptoms at the end of life</p>	<p>Lynch M, Dahlin C, Bakitas M</p>	<p>2012</p>	<p>EUA</p>	<p>Abordar os cuidados ao doente com obstrução intestinal e <i>delirium</i>, dois sintomas comuns em doentes com cancro avançado. Demonstrar ainda a integração dos cuidados paliativos e oncológicos para alcançar um plano de cuidados individualizado.</p>	<p>Mulher com doença oncológica avançada com os sintomas de obstrução intestinal e <i>delirium</i>.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos de avaliação: CAM, Nu-DESC, MDAS e MMSE. - Quando há suspeita de <i>delirium</i>, os primeiros parâmetros de avaliação são a segurança ambiental e a identificação do representante designado pelo doente para tomada de decisão. - Rever historial de saúde (medicamentos, problemas médicos e resultados de estudos diagnósticos recentes) - Realizar exame físico (febre, alterações na pressão arterial, saturação de oxigénio, congestão pulmonar ou feridas). <p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmitir segurança. - Tratar as causas identificadas (consistente com os objetivos de cuidados) - eliminação e modificação de medicamentos usados anteriormente, antibióticos para tratar infeções, hidratação e outras terapias. - Proporcionar ambiente relaxante que diminui estímulos estranhos (ex. iluminação suave, para evitar sombras, ou música, se for tranquilizante para o doente, mas não utilizar a televisão ou o rádio como ruído de fundo). - Permitir a presença de uma pessoa significativa. - Promover a reorientação (relógios e calendários, lembretes verbais sobre o dia da semana e a hora do dia e objetos familiares de casa -cobertor ou almofada favoritos, fotos). - Disponibilizar óculos ou próteses auditivas. - Fazer redirecionamento não confrontacional (gerir alucinações e delírios). - Evitar validar o conteúdo da alucinação ou ilusão, mas reconhecer a experiência do doente. - Avisar e dar explicações simples dos procedimentos. Mesmo os cuidados de rotina, como avaliar a pressão arterial, podem exigir preparação. - Evitar o uso de restrições físicas, mas utilizar alarmes de cama e outros meios para garantir a segurança. - Educar o doente, se possível, e a família.
<p>A23. Delirium: Opportunity for Comfort in Palliative Care</p>	<p>Close J, Long C</p>	<p>2012</p>	<p>EUA</p>	<p>O objetivo deste artigo é fornecer uma visão geral do <i>delirium</i>, prevalência, principais características, fatores de risco, subtipos,</p>	<p>Mulher de 88 anos, com insuficiência cardíaca terminal e várias comorbidades.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Instrumentos de triagem:</u> MMSE, NEECHAM, DOS e Nu-DESC. - <u>Instrumentos de diagnóstico:</u> CAM e a DRS-R-98 - <u>Instrumentos de classificação:</u> MDAS, BCS e <i>Delirium Index</i> <p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar e reverter as causas subjacentes, quando apropriado. - Evitar intervenções desconfortáveis para o doente. - Fornecer segurança, bem-estar e conforto ao doente.

				fisiopatologia, avaliação e intervenções de enfermagem baseadas na evidência, tanto farmacológicas como não farmacológicas.			<ul style="list-style-type: none"> - Manter um ambiente seguro e familiar para o doente, independentemente do contexto de cuidados. - A iluminação baixa e sem reflexos impedirá distorções visuais. - Rodear o doente com objetos familiares, como fotos de família ou objetos favoritos. - Ter um relógio e calendário à vista. - Colocar objeto de conforto ao alcance do doente. - Reorientar para o tempo, espaço e pessoa, quando e se apropriado - Promover ambiente terapêutico (música suave e relaxante) - Garantir ao doente que o manterá seguro. - Os óculos e os aparelhos auditivos devem estar em boas condições de funcionamento e devidamente posicionados para maximizar a comunicação. - Permitir presença da família, especialmente se o ambiente não for familiar. - Restrições físicas nunca devem ser usadas porque são um fator de risco precipitante para <i>delirium</i> e podem escalar os comportamentos ao invés de aliviá-los. - Educar e apoiar a família que pode não entender os comportamentos dos seus entes queridos. - Imagens, sons, cheiros e toques familiares (sensação de segurança) - Aromaterapia (Ex. o óleo de sândalo pode ser eficaz na redução da ansiedade quando usado como óleo de massagem). - Uma massagem suave nas mãos e/ou pés pode ajudar a aliviar a ansiedade e o <i>delirium</i> hipoativo.
A24. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer	Breitbart W, Alici Y	2012	EUA	Apresentar recomendações baseadas em evidências com base nos resultados de estudos farmacológicos e não farmacológicos do tratamento e prevenção do <i>delirium</i> .	Doentes com cancro	Revisão de literatura narrativa	<p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar causas potencialmente reversíveis de <i>delirium</i>. - Obter um histórico detalhado junto da família e equipa acerca do estado mental habitual do doente. - Questionar acerca do abuso de álcool ou outras substâncias, a fim de reconhecer e tratar adequadamente o <i>delirium</i> associado a abstinência. - Monitorizar os medicamentos que possam contribuir para o <i>delirium</i>, particularmente analgésicos opióides, benzodiazepinas e anticolinérgicos, em idosos e em doentes terminais. - Rever fatores predisponentes como idade avançada, fragilidade, múltiplas comorbilidades médicas, demência, infecção ou desidratação, deficiência visual, hipoacusia, polimedicação, insuficiência renal e desnutrição. <p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Providenciar um “quarto de <i>delirium</i>” - especializado e livre de restrições, com enfermagem permanente.

							<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar terapêutica para evitar polimedicação; - Controlar a dor; - Promover um bom padrão e higiene do sono; - Monitorizar a desidratação e alterações hidroeletrólíticas; - Monitorizar a nutrição; - Corrigir os défices sensoriais, (aparelhos visuais e auditivos). - Incentivar a mobilização precoce (minimizar o uso de cateteres, sistemas venosos e restrições físicas - as restrições físicas devem ser evitadas tanto em doentes com risco de desenvolver <i>delirium</i> quanto naqueles com <i>delirium</i>); - Monitorizar o funcionamento vesical e intestinal; - Reorientar o doente com frequência; - Colocar um quadro de orientação, relógio ou objetos familiares nos quartos dos doentes; - Incentivar atividades cognitivamente estimulantes.
A25. Assessment and management of delirium: a focus on hepatic encephalopathy	Coggins CC, Curtiss CP	2013	EUA	Abordar a avaliação, diagnóstico e tratamento do <i>delirium</i> em geral e em particular na encefalopatia hepática.	Doentes em cuidados paliativos, com <i>delirium</i> resultante de encefalopatia hepática.	Revisão de literatura narrativa	<p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar ao longo do tempo e reconhecer mudanças subtis associadas ao <i>delirium</i> hipoativo; - Instrumentos de avaliação: CAM, DRS e DRS-R-98, MDAS e NEECHAM. - O exame físico deve incluir: sinais vitais, comparando com as referências do doente; avaliação neurológica; e despiste de eventual infeção, falência orgânica, retenção urinária, obstipação ou obstrução. - Avaliar se o doente está ativamente a morrer ou a manifestar <i>delirium</i> terminal (influenciar o grau de agressividade das medidas de diagnóstico). <p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar e educar doentes e família para serem capazes de analisar os benefícios versus a sobrecarga de realizar exames de diagnóstico e determinadas intervenções. - Reduzir a sintomatologia associada a défice cognitivo, perturbações no sono, défice sensorial e desidratação. - Encorajar os cuidadores a respeitar o mundo subjetivo dos doentes e coordenar os cuidados de acordo com os níveis de consciência ao longo do dia. - Promover orientação (calendários, relógios, placas identificativas) e realizar atividades terapêuticas (rever eventos presentes, jogos de palavras ou discussões de revisão de vida); - Ajudar a família a gerir sentimentos de culpa, impotência e exaustão no processo de coping. - Providenciar ambiente tranquilo com monitorização de barulho excessivo e cheiros intensos. - Colocar a música preferida do doente.

							- Utilizar óleos essenciais em combinação com a massagem.
A26. CARES: An Acronym Organized Tool for the Care of the Dying	Freeman B	2013	EUA	O objetivo do artigo é dar a conhecer uma ferramenta de cuidado em enfermagem: CARES. CARES é um acrónimo que atende às necessidades prioritárias de conforto (<i>Comfort</i>), via aérea (<i>Airway</i>), agitação e <i>delirium</i> (<i>Restlessness and delirium</i>), apoio emocional e espiritual (<i>Emotional and spiritual support</i>) e autocuidado (<i>Self-care</i>). O formato de sigla do CARES foi desenvolvido para ajudar os enfermeiros a manter o foco e fornecer um método para organizar as intervenções necessárias a serem realizadas durante os últimos dias e horas de vida de um doente, muitas vezes caóticos e stressantes.	Doentes em fim de vida	Revisão de literatura narrativa	<p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rever todas as causas possíveis de inquietação ou <i>delirium</i> do doente. - Garantir medidas de proteção ao doente. - Atender as necessidades da família. - Gerir eficazmente a dor. - Providenciar atmosfera calma e não estimulante (iluminação reduzida). - Despistar impactação fecal. - Monitorizar retenção vesical e colocar sonda vesical se necessário; - Colocar a música preferida do doente; - Comunicar com um tom gentil e gerir o toque e a presença; - Considerar a aromaterapia; - Confortar o doente dizendo algo como “Está seguro, estamos aqui e gostamos muito de si”. - Explicar que o <i>delirium</i> terminal é comum no processo de morte. - Abordar com a família a importância de dizer adeus e de dar permissão para parar de lutar; - Questionar a família acerca de um evento familiar importante (aniversário) ou de eventuais “tarefas inacabadas” que possam originar ansiedade no doente; - Incentivar a família a tranquilizar o doente e ajudar, sempre que possível, a resolver "tarefas inacabadas". - Educar a família para o facto de o doente não ter consciência do seu comportamento e de poder estar confuso, mas tranquilo.
A27. Intervenções de Enfermagem prestados ao cliente/família	Almeida A	2014	Portugal	Descrever e expor uma reflexão crítica sobre as competências	Pessoa em situação crónica e paliativa	Relatório projeto (Mestrado)	<p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado físico: observação física e neurológica, revisão dos sinais vitais e da história médica, monitorização dos medicamentos e a sua correlação com as mudanças de comportamento.

<p>com delirium internados na unidade de cuidados paliativos do hospital Esperança</p>			<p>comuns e específicas em enfermagem à pessoa em situação crítica, as competências específicas em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa e as competências do mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), baseou-se na uniformização dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente/família com delírium internados na UCP do hospital Esperança, com o recurso à utilização da escala CAM. Teve como objetivo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes e famílias na unidade supracitada, como a uniformização dos registos de enfermagem do delírium e a sua</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Estado mental: entrevistas e testes cognitivos. - Exames complementares de diagnóstico - Instrumentos de avaliação: DRS, CAM, MDAS e MMSE. - Após a confirmação do <i>delirium</i>: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores predisponentes e precipitantes, assim como as causas do <i>delirium</i>, através de uma colheita de dados minuciosa • Implementar as intervenções de enfermagem ao cliente/família com <i>delirium</i>; • Avaliar os resultados esperados <p>Gestão</p> <p><u>Relativamente ao cliente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar restrições físicas e confrontações; -Facilitar a reorganização no tempo, espaço e pessoa (tratar pelo nome, informá-lo do momento do dia e organizar as rotinas diárias); -Transmitir confiança e segurança; -Promover a autonomia nas atividades de vida diárias; - Estar atento aos medos, angustias e alucinações e ajudar a corrigir ou superá-las; - Mostrar disponibilidade; - Facilitar o descanso nocturno através de técnicas de relaxamento e de massagens; - Manter a via aérea permeável; - Manter o equilíbrio hídrico; - Tratar as necessidades nutricionais; - Manter a integridade da pele e articular; - Manter a temperatura corporal; - Prevenir a retenção urinária e promover a função intestinal; - Monitorizar e tratar as complicações potenciais. <p><u>Relativamente ao ambiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a estimulação externa (ruído, luz, demasiadas visitas, alarmes, telefones, telemóveis, conversas cruzadas...); - Colocar um calendário e relógio num local visível; - Colocar objectos pessoais (fotografias, entre outros); - Evitar doentes com delírium no mesmo quarto; <p><u>Relativamente ao familiar/cuidador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar e clarificar a família acerca do delírium; - Envolvê-la nos cuidados; - Possibilitar a sua presença. <p><u>Registos de Enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas da alteração da consciência e cognitivas; • Resultados obtidos pela aplicação da escala CAM;
---	--	--	---	--	---

				monitorização, o diagnóstico de delírium através da escala CAM, a identificação dos fatores que desencadeiam o delírium e sua correção, diminuição dos riscos de queda do cliente, formação sobre estas temáticas, a divulgação dos resultados, entre outras.			<ul style="list-style-type: none"> • Fatores predisponentes e precipitantes; • Possíveis causas; • Abordagem terapêutica e não terapêutica utilizada; • Avaliação dos resultados obtidos
A28. Delirium: The nurse's role in prevention, diagnosis, and treatment.	Faught D	2014	EUA	Abordar o papel do enfermeiro na prevenção, diagnóstico e tratamento do <i>delirium</i> .	Pessoas com risco elevado de desenvolver <i>delirium</i> , nomeadamente aquelas que recebem cuidados pós cirúrgicos, intensivos, de convalescença e paliativos.	Revisão de literatura narrativa	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar mudanças precoces no estado mental do doente (alterações na concentração, atenção e vigília – mais evidentes nas AVD's). - Vigiar sinais de alerta (letargia ou hiperatividade, dificuldade em acompanhar uma conversa ou responder a perguntas e alterações de memória, desorientação, pensamento ilusório, distúrbios de linguagem e julgamento distorcido). - Despistar distúrbios perceptivos (interpretações erradas, ilusões e alucinações). - Vigiar os padrões de sono e alimentação (irregulares). - Construir uma extensa história familiar, incluindo informações da família quando o doente tiver dificuldade na concentração ou memória. - Abordar condições preexistentes que possam contribuir para aumentar o risco (compromisso cognitivo, perdas sensoriais - audição e visão, uso de álcool e tabaco, abstinência de drogas e idade avançada). - Instrumentos de avaliação: MMSE, CDT, CAM, DOS e NEECHAM. <p>Estratégias de prevenção e intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar os bens pessoais; - Promover rotinas consistentes e continuidade da equipa; - Recorrer a voluntários, quando indicado, para garantir a segurança do doente; - Envolver a família (se o <i>delirium</i> for do tipo hiperativo, as visitas devem ser limitadas pois aumentam a agitação); - Disponibilizar relógios e calendários fáceis de ler, visíveis todo o dia;

							<ul style="list-style-type: none"> - Levantar o doente cedo e frequentemente; considerar fisioterapia e eliminar os dispositivos de retenção, incluindo a remoção precoce de sondas vesicais e cateteres venosos. - Manter a hidratação e o equilíbrio eletrolítico (monitorizando a ingestão e saída de líquidos). - Controlar a dor. - Incentivar o uso de óculos, se necessário. - Incentivar o uso do aparelho auditivo e garantir que as baterias estão carregadas. - Promover o estado nutricional, incentivando o uso apropriado de próteses, proporcionando bons cuidados à boca e oferecendo suplementos, conforme indicado. - Oferecer bons cuidados à pele, prevenir infeções do trato urinário e outras, monitorizar a eliminação e prevenir a obstipação. - Administrar terapêutica de anticoagulação - Administrar oxigénio conforme indicado (hipóxia). - Promover uma boa higiene do sono, fornecendo tempo ininterrupto para dormir, reduzindo o ruído e gerindo os ritmos diurnos e noturnos, alterando a luz consoante a hora do dia. - Evitar mudanças de cama e de quarto - A campanha da chamada, itens pessoais, óculos e aparelhos auditivos devem estar sempre acessíveis. - Garantir o trabalho conjunto da equipa multidisciplinar (enfermeiros, psiquiatras, assistentes sociais, assistentes operacionais, fisioterapeutas...) na identificação dos doentes em risco, implementação de estratégias de prevenção, no diagnóstico do distúrbio, na identificação e tratamento da causa e na manutenção da segurança do doente.
A29. Management of delirium in palliative care: A review	Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA, Caruso R, Riba M	2015	Itália	Realizar uma síntese dos dados relativos à gestão do <i>delirium</i> em cuidados paliativos	Doentes em cuidados paliativos	Revisão de literatura narrativa	<p>Intervenção comportamental e educacional</p> <p>- <u>Doente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente: ter o doente num quarto individual; reduzir os ruídos (atividade de enfermagem, telefones, alarmes, campainhas, ventiladores, etc), mantendo o quarto silencioso e bem iluminado; disponibilizar objetos familiares do doente (fotografias, figuras, objetos pessoais); disponibilizar próteses (óculos, aparelhos auditivos). • Orientação: reorientar os doentes para o tempo e espaço, repetindo a data e a hora e colocando no quarto um calendário e um relógio grandes; reorientar para o espaço, contexto e pessoas, repetindo onde o doente está, por que ele está lá e a identidade das pessoas que o assistem.

							<ul style="list-style-type: none"> • Informações: explicação regular dos procedimentos (Ex. exames de sangue, tratamento farmacológico e a sua via de administração, restrições quando necessário) e transmitir segurança; após a eliminação do <i>delirium</i>, o doente deve ser tranquilizado com informações sobre os sintomas e o seu significado. - <u>Família</u> • Permitir companhia: ajuda a tranquilizar o doente; reduz os seus sentimentos de abandono e estranheza; ajuda a equipa a reorientá-lo e a fornecer informações sobre a flutuação dos sintomas. • Informação e suporte: explicar à família as causas, características e sintomas do <i>delirium</i>; explicar sobre os procedimentos que a equipa está a aplicar; induzir e responder às preocupações, problemas e necessidades da família e identificar e aceitar as suas reações emocionais. - <u>Profissionais de saúde</u> • Horário: sempre que possível, evitar que o doente seja atendido por profissionais de saúde novos e desconhecidos mantendo aqueles que lhe são familiares na mesma ala. • Formação: treinar a equipa em habilidades de comunicação (Ex.: manter os canais de comunicação abertos, ouvir ativamente, dar sentido aos sintomas); treinar para o uso de ferramentas de avaliação de <i>delirium</i> (por exemplo, CAM), implementar a aplicação de protocolos.
A30. <i>Dyspnea and Delirium at the End of Life</i>	Bobb B.	2016	EUA	Aconselhar os enfermeiros de oncologia na gestão da dispneia e <i>delirium</i>	Doentes com cancro, em fim de vida	Revisão de literatura narrativa	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar uma eventual etiologia do <i>delirium</i>, para resolver causas reversíveis, utilizando o acrónimo CHIMBOP (“Constipation” (obstipação), “Hypovolemia/Hypoglycaemia” (hipovolemia/hipoglicémia), “Infection” (infecção), “Medications” (medicação), “Bladder” (Bexiga), “Oxygen level” (nível de oxigénio) and “Pain” (dor)); - Promover uma boa higiene do sono; - Reorientação frequente; - Alternar decúbitos regularmente; - Monitorizar funcionamento vesical e intestinal.
A31. <i>Te Kete Marie-the peaceful basket: an initiative for supporting people with dementia or delirium</i>	Bolton L, Loveard T.	2016	Nova Zelândia	Descrever o desenvolvimento de um kit de ferramentas para os membros da equipa interdisciplinar usarem para melhorar o atendimento a	Equipa interdisciplinar que trabalha com doentes com alteração cognitiva (incluindo enfermeiros, médicos,	Estudo de investigação ação	<p>Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover o treino regular da equipa (formações internas e externas especializadas em cuidados na demência e <i>delirium</i>). - Organizar e disponibilizar a todos os funcionários artigos científicos, notícias e informação dos media acerca desta temática. - Fazer atualizações regulares por e-mail para toda a equipa, com o objetivo de manter os problemas atualizados e os funcionários envolvidos na iniciativa. - Disponibilizar todas as informações para doentes, familiares, cuidadores e visitantes, quando apropriado.

				<p>peças com demência ou <i>delirium</i> num <i>hospice</i>. O seu propósito geral é estabelecer, reforçar e manter as melhores práticas de atendimento a pessoas com compromisso cognitivo num ambiente de curta permanência (Hospice Mary Potter-média de 11 dias). O objetivo deste artigo é compartilhar essas descobertas para permitir que a iniciativa seja duplicada em ambientes semelhantes.</p>	<p>profissionais de limpeza, assistentes operacionais, administrador e voluntários).</p>		<p>Folheto “Este sou eu”:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar detalhes biográficos relacionados à família, eventos de trabalho/vida, necessidades, preferências, gostos e desgostos do doente associados à vida cotidiana. - Preenchido por familiares, prestadores de cuidados e membros da equipa, com a maior participação possível dos doentes. - Colocar o folheto na unidade do doente (ajudar a equipa a fornecer atendimento individualizado e de alta qualidade). <p>Caixa de atividades: inclui uma série de atividades que podem ser selecionadas por membros da equipa ou da família para permitir o envolvimento com a pessoa com défice cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cartões fáceis de fazer ● Botões e missangas para ordenar ● Quebra-cabeças fáceis e apropriados para adultos ● Aquarelas adaptadas a adultos ● DVDs projetados especificamente para pessoas que vivem com demência ● Livros ilustrados e capas de discos interessantes para examinar e estimular a discussão ● Dominós e cartões grandes para jogar ● Panos para dobrar ● Documentos para arquivar ● Xícaras de chá para incentivar uma bebida quente e uma conversa <p>Recursos de orientação ambiental e para a realidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar quadro de datas, com mês, dia e data no idioma nativo do doente, junto com outros recursos, como um relógio grande, um telefone com teclas grandes e um bloco de notas para visitantes. - Utilizar sinalização clara para identificar divisões (casa de banho e a própria cama do doente). - Colocar um sinal específico na porta do quarto para alertar todos os membros da equipa e voluntários sobre o estado cognitivo do doente. <p>Planeamento de cuidados e microgestão de doentes individuais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir que o doente é tratado pela mesma equipa de enfermagem, se possível. - Transmitir feedback diário sobre intervenções e cuidados eficazes a toda a equipa.
<p>A32. An integrative literature review exploring the clinical management of</p>	<p>Lawley H, Hewison A</p>	<p>2017</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>Examinar evidências de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos</p>	<p>Pessoas com doença oncológica avançada</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Despistar o delirium através dos critérios do DSM-IV, CAM, MDAS ou MMSE. <p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar relógio visível nas áreas clínicas.

<i>delirium in patients with advanced cancer</i>				para <i>delirium</i> em pessoas com doença oncológica avançada para definir a prática baseada em evidências e destacar lacunas no conhecimento.			<ul style="list-style-type: none"> - Explicar aos doentes onde estão, apresentando-se a si e a outros membros da equipa, de modo a ajudar os doentes a manterem-se orientados no tempo e espaço. - Prevenir fatores precipitantes como obstipação e desidratação, planeando os cuidados para garantir que os doentes sejam mobilizados, incentivados a beber e que os seus movimentos intestinais sejam monitorizados.
A33. Delirium: O 7º Parâmetro Vital?	Prayce R, Quaresma F, Neto, IG	2018	Portugal	Sistematizar a definição, fisiopatologia e etiologia do <i>delirium</i> , principais ferramentas para o seu diagnóstico, prevenção e tratamento, bem como o seu impacto socioeconómico.	Doentes médicos e cirúrgicos e, em particular, a população geriátrica e paliativa, em contexto de internamento.	Revisão de literatura narrativa	<p>Prevenção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorientar os doentes. - Fomentar a existência de objetos pessoais e significativos junto dos doentes. - Promover um ciclo sono-vigília fisiológico com sono de qualidade. - Mobilizar precocemente. - Hidratar. - Treinar adequadamente os recursos humanos da saúde. <p>Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorientar o doente a nível temporo-espacial; - Garantir um espaço calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília, e que disponha de ajudas visuais que auxiliem a orientação (relógio, calendário ou placas indicativas da divisão), e que poderá ainda ser complementado com elementos pessoais e familiares. - Assegurar hidratação e alimentação adequadas - Otimizar as medidas de prevenção de úlceras cutâneas - Estimular a mobilização precoce com prevenção adequada de quedas. - Garantir uma equipa regular e evitar as mudanças frequentes de enfermaria. - Existem recomendações claras da DGS para se proceder, excecionalmente e após prescrição médica, à realização de contenção física, que deverá sempre ser limitada no tempo. - A família deverá ser alvo de intervenções por parte dos profissionais de saúde: (1) identificar e validar os sentimentos expressos e seus significados, (2) responder às suas necessidades, (3) promover comunicação aberta entre a família e a equipa (4) envolver a família no plano de cuidados e (5) educar a família.