



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Saúde  
Dr. Lopes Dias

# **Relatório da Prática Clínica**

## **Auto-Imagem dos Doentes em Cuidados Paliativos**

Mestrado em Cuidados Paliativos

Ana Margarida Rei Hipólito

**Orientadora**  
Maria del Carmen Aparicio

Setembro 2013





# **Relatório da Prática Clínica**

## **Auto-Imagem dos Doentes em Cuidados Paliativos**

Ana Margarida Rei Hipólito

### **Orientadora**

Maria del Carmen Aparicio

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica da Enfermeira Maria del Carmen Aparicio, Professora Convidada do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Setembro 2013**



## Composição do júri

Presidente do júri

Mestre Carlos Alberto Figueira de Chaves

Vogais

Professor Doutor Manuel Luís Capelas

Professor Adjunto da Universidade Católica Portuguesa

Mestre Maria del Carmen Lopez Aparício

Enfermeira Responsável pela Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz



Aos meus pais – as duas metades de mim.





## Agradecimentos

Agradeço, antes de todos e de todo o coração, à Enfermeira Joana Bragança que demonstrou uma paciência inesgotável comigo - provavelmente a aluna de Mestrado mais inexperiente na área que orientou. Obrigada pelas aulas *privadas*, pelas críticas oportunas, pelo companheirismo e pela confiança demonstrada nos momentos em que a minha segurança me atraçou. É raro encontrar Orientadores tão generosos.

À Enfermeira Maria Aparício, que com a sua frase *Força Hipólita!* me deu ânimo para continuar e à Enfermeira Nélia Trindade pelo apoio demonstrado.

Ao Hospital por me dar oportunidade de me fazer valer como Enfermeira, e durante os meses de Prática Clínica me deu oportunidade de voltar a ser aluna.

Agradeço aos meus pais, Mena e João, que me apoiaram desde o primeiro segundo que sugeri iniciar esta jornada, bem como em todas as maiores aventuras da minha vida. Sem eles nada seria possível, nem tão prazeroso.

À minha Tia Fá e Tio Fernando, que me abriram os braços da forma mais generosa possível quando iniciei o meu maior desafio laboral até agora.

A toda a minha família, que seguiram bem de perto as minhas pequenas vitórias e ajudaram a contornar as inseguranças.

Aos meus amigos, de sempre e de agora, que fazem parte de mim onde quer que estejam e me tornam uma pessoa melhor a cada dia que passa.

Às minhas colegas de trabalho que me motivaram a terminar este Mestrado, apesar da distância que separa as duas áreas de trabalho.

À minha Avó *Micá* e Avô Manuel, que me ensinam a importância de viver sem medo do futuro e sem arrependimentos.

À minha Avó *Mabi* e Avô Hipólito, que dão significado à palavra *saudade* e, involuntariamente, foram quem me guiou até aqui.



*We don't see things as they are,  
we see them as we are.*

Anaïs Nin



## Resumo

O Mestrado em Cuidados Paliativos pretende instruir e desenvolver competências a Profissionais de Saúde, para o exercício autónomo de cuidados especializados prestados a pessoas com problemas de saúde crónicos e com prognóstico limitado, sem esquecer a sua família.

No presente relatório reuni de forma clara e sintetizada as etapas de crescimento pessoal e profissional pelas quais passei durante a realização da Prática Clínica do curso, os objectivos inicialmente propostos e os concretizados, bem como as actividades realizadas para os alcançar. Apresento este trabalho sob uma metodologia substancialmente descritiva.

Tendo como objecto de estudo em particular o tema *Auto-Imagem dos doentes em Cuidados Paliativos*, pretendi abordar a temática de forma a justificar as actividades realizadas, gerais e específicas, para cumprir os objectivos iniciais. Para isso, recorri a autores e artigos científicos relativos maioritariamente à área de Cuidados Paliativos e Psicologia clínica.

Ao longo do trabalho apresento os objectivos delineados, as actividades desenvolvidas na Prática Clínica, bem como a descrição do local onde a desenvolvi e as dificuldades sentidas.

O Objectivo primordial da Prática Clínica era a aquisição de competências nos pilares de Cuidados Paliativos: Trabalho em Equipa, Controlo de Sintomas, Apoio à Família e Comunicação.

## Palavras chave

Auto-imagem, cuidados paliativos, imagem corporal, fim de vida.



## **Abstract**

The Master degree in Palliative Care pretend to teach and develop competences in Health Care Professionals to the autonome practice of specialized care to a particular group of patients with chronic disease and limited prognosis, without forgetting the family.

This Relatory pretends to reunite in a clear and sintetizes way the professional and personal stages that I lived during the practical part of the Master, the inically goals and achieved, well as the activities that I realizes to achieved them. I present this document by a descriptive method.

Having as main goal of this study in particular the theme of self-image in Palliative Care, I pretend to approach the theme in a way to justified the activities that I realized to fulfill the initial main goals. To do so, I resort to authors and cientific articles related mainly to the area of Palliative Care and Clinic Psychology.

In the curse of this document I presente the objectives outlined, the activities developed in clinical practice, as well as the description of the local that I developed them and the difficulties that I felt.

The main objective in the practice was to gain competences in palliative care pillars: team work, symptomatic control, family support and communication.

## **Keywords**

Self image, palliative care, body image, end-of-life.





# Índice

1. Introdução .....	1
2. Prática Clínica.....	3
2.1. Local de Estágio .....	3
2.1.1. Tipologia e Modelo Organizacional .....	4
2.1.2. A Equipa Multidisciplinar .....	6
2.1.2. Identificação dos objectivos e competências adquiridas.....	8
2.1.3. Actividades desenvolvidas e reflexão crítica .....	9
3. Área Temática: a Auto-Imagem em Cuidados Paliativos .....	37
3.1. A imagem corporal .....	38
3.1.1. A Auto-imagem.....	43
3.2. Questionários.....	45
4. Formação em serviço .....	47
4.1. A Auto-Imagem da Mulher e Cuidados Paliativos .....	47
4.2. Planeamento da Formação .....	48
4.2.1. Plano de formação.....	49
4.2.2. Desenvolvimento do Plano de Formação .....	50
4.2.3. Avaliação da Formação .....	50
5. Nota final .....	51
5. Referências bibliográficas.....	53
APÊNDICES.....	59
Apêndice I – Cronograma.....	61
Apêndice II – Horário realizado .....	63
Apêndice II – Apresentação da Revisão Sistemática da Literatura no <i>Journal Club</i> : “Factores que influenciam o Síndrome de <i>Burnout</i> nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos” .....	65
Apêndice V – Questionário aplicado aos Enfermeiros da UCCP .....	73
Apêndice VI - CASO CLÍNICO – <i>A Dona I</i> .....	79
Apêndice VII – Revisão da Literatura sobre “Auto-Imagem em Cuidados Paliativos” .....	83
Apêndice VIII – Cartaz divulgado da Formação em Serviço .....	93
Apêndice IX – Apresentação da Formação em Serviço .....	95
ANEXOS.....	103
Anexo I – Pedido de Autorização de Estágio .....	105
Anexo II – Planta do Hospital .....	107
Anexo III –Folha de Identificação do cliente.....	109
Anexo IV - Programa do Workshop “FERIDAS MALIGNAS” .....	111
Anexo V – Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde .....	113
Anexo VI – ESAS ( <i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i> ) .....	115
Anexo VII – Índice de Karnofsky.....	117

Anexo VIII – Escala de Barthel .....	119
Anexo IX – Escala de Braden.....	121
Anexo X – Protocolo Buckman.....	123
Anexo XI – Avaliação da Formação em Serviço.....	125

## Lista de abreviaturas e siglas

AAM – Auxiliares de Acção Médica

ADSE - Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

APA – *American Psychological Association*

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

C – Doente de cirurgia

CC – Cuidados Continuados

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

CTI – Cateter Totalmente Implantável

Dra. – Profissional de Medicina

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EM – Esclerose Múltipla

ESAS – *Edmonton Symptom Assessment System*

EV – Via endovenosa

M – Manhã, período entre as 8:00-16:00h

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEG – *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*

SECPAL – *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*

SC – Via subcutânea

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SOS – Medicação de resgate

T – Tarde, período entre as 15:30-23:00h

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

V – Vela, período entre as 22:30-8:00h



## 1. Introdução

No âmbito da Prática Clínica do I Mestrado em Cuidados Paliativos (CP), correspondente ao terceiro e último semestre do curso, foi-nos proposto a elaboração de um documento que reunisse todas as actividades realizadas ao longo do Estágio. Seguiu-se a construção do presente Relatório, que espero que represente de forma coesa e concisa a minha Prática Clínica, bem como apresentar todas as actividades que desenvolvi durante os últimos meses.

O início da jornada neste Mestrado resultou da enorme vontade de aprender mais sobre esta área, aprofundando conhecimentos e investindo no futuro, mesmo antes de iniciar a carreira de Enfermagem. Sabendo de antemão que viveria um impasse na profissão, interessou-me apostar numa área que, no meu ponto de vista, é uma área com muito para explorar e para evoluir no nosso país. Para além dos aspectos profissionais, pessoalmente senti que a área de CP seria uma mais-valia em termos humanos.

Relembro que na primeira aula teórica de Anatomia no primeiro ano do curso de Enfermagem, em 2007, o Professor E. – conhecido por nos apresentar dados científicos misturados com reflexões da vida quotidiana – disse que *os enfermeiros são pessoas que perderam alguém próximo ou viveram a doença de alguém, e que querem contribuir, ajudando outro alguém*. Provavelmente a citação não foi exactamente assim, mas este foi o sentido. O que nos leva a querer ajudar os outros como profissão? Hoje, creio que o que me trouxe até ao curso de Enfermagem foi ver e reconhecer a importância que os Enfermeiros tiveram na vida das pessoas que vi como *utentes* pela primeira vez – os meus Avós e o meu Tio António - na maneira como eles eram *cuidados* e a gratidão visível que tinham pelas equipas de saúde que os acompanhavam. Os três ensinaram-me algo que levarei para a vida: devemos sempre deixar que a família e os amigos permaneçam perto de nós e mostrando-lhes que são importantes, até ao final da viagem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) citada no Documento da Direcção Geral de Saúde (DGS) (2004, p. 7) os CP são cuidados “prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva”, uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e respectivas famílias, são cuidados que ainda carecem de divulgação junto da população e de Profissionais com formação avançada na área (Artigo 3º do Decreto de Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, p. 3857). Penso que ao investir nesta área tomei um passo importante na minha curta carreira e vida, decidindo ajustar a minha perspectiva de vida e morte, tentando difundir a filosofia e pilares dos CP. Como em qualquer outra área da medicina e da enfermagem, esta área pretende preparar Profissionais de Saúde para estes prestarem cuidados mais específicos, neste caso, no fim de vida.

Após dois semestres de formação teórica, entre 20 de Outubro de 2011 e 22 de Setembro de 2012, seguiu-se a realização da Prática Clínica, em Maio e Junho de 2013. No meu caso, realizei o Estágio na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP) de um hospital de cariz privado, em Lisboa, tendo como Orientadora do Projecto e Relatório de Estágio a Enf.ª M. A. e a Enf.ª J. B. como Orientadora do Estágio. Durante 26 turnos, de 6 de Maio até 27 de Junho de 2013, realizei 205 horas presenciais

como estagiária (Apêndice I). Uma vez que exerço funções no mesmo hospital por turnos, apenas foi preciso algum estudo e flexibilidade para conseguir encaixar os turnos durante os 2 meses de Estágio.

No presente Relatório apresento os objectivos projectados antes do início da Prática Clínica, como foram atingidos, bem como os planeados mas não concretizados e os não planeados, com respectivas justificações.

Segundo a Adenda relativa ao Regulamento do presente Mestrado, os objectivos do Relatório que foram estabelecidos foram os seguintes:

- ✓ Reflectir criticamente sobre a tipologia e o modelo de organização do serviço observado;
- ✓ Rever criticamente e de modo integrado as competências adquiridas pelo estudante, nas áreas-chave dos cuidados paliativos: comunicação, controle de sintomas, apoio à família e no trabalho em equipa;
- ✓ Demonstrar, pormenorizadamente, como as competências instrumentais, interpessoais e sistémicas foram adquiridas nas quatro áreas chave dos cuidados paliativos;
- ✓ Descrever o projecto de intervenção/formação em serviço desenvolvido no serviço a que pertence: área problema, objectivo, plano pedagógico da formação e de intervenção, fundamentando as suas diferentes etapas, desde o planeamento, à realização e avaliação;
- ✓ Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar.

O presente documento conta com mais três partes: caracterizo a Unidade onde realizei o Estágio e descrevo as actividades desenvolvidas, noutra exploro a área temática estudada e na última descrevo o desenvolvimento da formação no serviço onde exerço funções. Ao longo do texto vou realizando a reflexão crítica referente ao tema abordado, que é fundamental para um trabalho desta natureza.

Para desenvolver este trabalho recorri a fontes de informação com recurso a artigos científicos originais de autores de referência em CP, livros e revistas. Para outras referências sobre o serviço de Cuidados Paliativos, recorri aos Protocolos do serviço, disponíveis na intranet do Hospital onde realizei o Estágio.

O texto não cumpre as normas no Novo Acordo Ortográfico por razões de índole pessoal. A norma de referenciação bibliográfica utilizada no presente Relatório é segundo a *American Psychological Association* (APA) (2013).

## 2. Prática Clínica

Em Maio de 2012 iniciei funções como Enfermeira no serviço de internamento de Ginecologia e Obstetrícia num Hospital em Lisboa. Uma vez exercendo funções na mesma instituição e sabendo de antemão que o serviço era uma referência a nível nacional, optei pela UCCP do mesmo Hospital para realizar a Prática Clínica do Mestrado, através de um pedido presencial e informal da minha parte, e um pedido formal da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (Anexo I).

### 2.1. Local de Estágio

O Hospital em que desenvolvi a prática clínica é uma unidade hospitalar gerido por um grupo de saúde privado. Trata-se de um complexo com múltiplas valências clínicas, moderno do ponto de vista arquitetónico e promove fortemente a inovação e modernização no campo da investigação clínica, em todas as áreas da Saúde. São pilares fundamentais da Instituição a excelência, a inovação e o talento dos profissionais. Contíguo ao edifício principal existe um complexo de residências com fim a garantir o bem-estar, conforto, privacidade e segurança da população idosa. Por se tratar de um Hospital privado, o acesso a este serviço pode-se julgar difícil, porém hoje em dia existem vários acordos com seguradoras privadas e também com a Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

A UCCP iniciou as funções alguns meses depois, a 1 de Março de 2007, embora desde Setembro de 2006 já se iniciasse a formação da equipa. Esta unidade dedica-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação, ou com sofrimento decorrente da sua situação de doença grave, incurável e progressiva. Fomentando a importante presença da família durante a estadia do doente, da promoção do conforto e qualidade de vida destes, existem à disposição espaços perfeitamente cuidados e visualmente acolhedores.

Fisicamente, a UCCP encontra-se no quarto piso e tem acesso através de dois elevadores internos (para funcionários e transferência de doentes) e três externos para visitas e clientes não internados (Anexo II). Ao chegar através do elevador externo, as visitas encontram a sala de visitas, com enorme vista para a uma importante Avenida na zona metropolitana de Lisboa, e à sua esquerda está o balcão Administrativo e de Enfermagem.

O piso possui trinta e dois quartos, um refeitório disponível para os doentes e familiares, uma sala de actividades lúdicas (que recebe também as reuniões multidisciplinares), duas salas de visitas, duas salas de trabalho de enfermagem, duas salas de registos de enfermagem, um gabinete médico, um gabinete da coordenação de enfermagem, uma sala de pausa, uma sala de banho para os doentes em maca-banheira, uma casa de banho privada e três públicas.

Na actualidade, a UCCP engloba também os cuidados pré e pós-cirúrgicos, de acordo com as necessidades da instituição, mas a sua valência *major* é na área de Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos. Existem catorze quartos individuais, dezasseis quartos duplos e dois quartos de isolamento. Hoje em dia tem capacidade para quarenta e oito doentes.

Os quartos são iluminados pela luz natural graças à arquitectura do edifício, com uma das paredes constituída apenas por vidro, com uma pequena janela na parte superior, sem oferecer acesso ao exterior para a segurança de quem visita a instituição. Cada quarto tem uma cama hospitalar articulada para o doente, uma poltrona e um sofá pequeno - capaz de se transformar em cama de solteiro para o acompanhante - uma mesa de madeira, uma cadeira e uma casa de banho privada com duche, sanita e lavatório. Tem como objectivo ser confortável não só para o doente mas para receber as suas visitas. Os horários de visitas é bastante alargado comparativamente às minhas experiências anteriores em hospitais públicos. Das dez da manhã às dez da noite os familiares, cuidadores e/ou amigos das visitas podem entrar, sendo que os doentes podem ficar com um acompanhante durante a noite. Todas as condições são criadas para que o doente se sinta o mais confortável possível.

### 2.1.1. Tipologia e Modelo Organizacional

Relativamente à gestão do hospital este é criteriosamente hierarquizada, com a existência do Conselho de Administração, Direcção Clínica, Direcção de Enfermagem, Direcção de Produção I e II, Direcção Geral de Suporte Operacional, Direcção Administrativa e Financeira, e um outro grupo vasto de Direcções: de Organização e Sistemas de Informação, de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e Comunicação, Comercial, de Marketing, de Qualidade e de Logística. Adicionalmente, é constituído por várias comissões clínicas: Ética, Controlo de Infecção, Farmácia e Terapêutica, Ensino, Formação e Investigação, Qualidade Assistencial e Gestão do Risco Clínico, Oncológica, Nutrição, Emergência Médica e Reanimação, Transfusões e alternativas Transfusoriais.

Subdividindo a Coordenação nas diferentes áreas de Enfermagem, existem quatro: Actividades Cirúrgicas, Cuidados Continuados e Paliativos, Internamento Médico-Cirúrgico e Ambulatório e Urgência. A UCCP é coordenada pela Enf.<sup>a</sup> N.T. e a Responsável pela Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) é a Enf.<sup>a</sup> M.A..

O Decreto-Lei número 101/2006 de 6 de Junho caracteriza uma UCP como “uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num Hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e sofrimento, decorrentes de doença severa ou avançada, incurável e progressiva” (p. 3861).

A UCP é reconhecida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP, 2013), de acordo com os critérios recomendados:

“1) O líder de cada grupo profissional (Médico e Enfermeiro, pelo menos) deve possuir formação específica avançada ou especializada (formação teórica complementado com prática clínica);

2) Os elementos não líderes deverão possuir formação intermédia, embora se aceite na fase inicial a formação básica;

3) Disponibilidade de fármacos segundo lista da *International Association for Hospice & Palliative Care.*”

A UCP vai de encontro ao que está descrito na Lei, sendo uma unidade com espaço físico e recursos humanos próprios dentro do Hospital. Desde a admissão até ao momento da alta, o cliente em situação clínica complexa é acompanhado, realizando os tratamentos devidos, com supervisão clínica constante. Os cuidados são prestados não só ao cliente, bem como à sua família, de uma forma activa e personalizada, através de uma abordagem global, integral e interdisciplinar especializada (Artigo 25º do Decreto-Lei número 101/2006).



Conforme os critérios apresentados da Direcção Geral de Saúde (DGS) no Programa Nacional de CP, a UCCP é diferenciada, sendo de Cuidados nível III, uma vez que reúne as seguintes condições:

- Cuidados prestados em unidades de internamento próprio, por equipas diferenciadas que prestam directamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas;
- Cuidados prestados por equipa multidisciplinar com formação diferenciada em CP, que para além de Médicos e Enfermeiros, inclui técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global nas áreas de apoio social, psicológico e espiritual;
- Desenvolve programas estruturados e regulares de formação especializada em CP;
- Desenvolve actividade regular de investigação em CP;
- Possui equipas multidisciplinares alargadas, como capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de CP, assumindo-se como unidade de referência.

Nos protocolos do serviço relativos à UCCP, em particular da sua missão é “garantir apoio global à pessoa internada com doença grave, crónica, avançada e incurável, bem como à sua família, proporcionando-lhes cuidados de saúde rigorosos e humanizados, promotores de qualidade de vida e dignidade”.

As principais actividades assistenciais que a UCCP oferece e que podem ser lidas nas orientações internas do Hospital, e são elas:

- 1) Avaliação, acompanhamento e intervenção nos doentes internados, em função do nível de complexidade clínica avaliados;
- 2) Consultadoria e intervenção em doentes internados noutros serviços do Hospital (Atendimento Médico Permanente, Neonatologia, Oncologia);
- 3) Realização de Consulta Externa a doentes previamente internados na Unidade com necessidade de monitorização clínica em ambulatório, ou doentes sem internamento prévio que tenham sido referenciados para obter uma avaliação global de CP;
- 4) Realização de Consulta Externa pela Psicóloga da equipa para suporte psicológico a doentes previamente internados e respectivas famílias e cuidadores, principalmente no período de luto;
- 5) Apoio Telefónico aos profissionais do Hospital que necessitem de apoio para a resolução de casos;
- 6) Apoio Telefónico da Equipa para a monitorização pós-Alta aos familiares ou cuidadores do doente previamente internado;
- 7) Gestão Interna e Externa de recursos através de reuniões multidisciplinares regulares.

Como critério de admissão na UCP destaca-se primariamente doentes portadores de doença grave e avançada, confirmada e documentada com informação clínica actualizada e com evolução da patologia de base, acompanhada por descontrolo sintomático e/ou sofrimento existencial intenso. A exaustão e/ou claudicação dos familiares ou cuidadores principais também se encontra nos critérios de internamento, por períodos de aproximadamente 30 dias, bem como é essencial a aceitação do doente e família deste tipo de assistência.

Não são critérios de internamento uma abordagem clínica de doentes agudos e situações de doença de evolução estabilizada a carecer de internamento de longa duração.

A população-alvo abrange doentes com patologia oncológica, neurológica degenerativa (Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerose Múltipla (EM), Doença de Parkinson), insuficiência de órgão avançada (cardíaca, respiratória, renal, hepática), demência avançada, sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), patologia degenerativa progressiva, congénita ou da infância e doentes com Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) em estadio avançado.

Os indicadores globais de deterioração, que remetem para aumento das necessidades de cuidados de saúde e outros âmbitos são:

- A diminuição da capacidade funcional e dependência na maioria das actividades da vida diária;
- Co-morbilidades *major* determinantes de maior morbidade e mortalidade
- Doença avançada instável, com sintomas complexos e/ou deterioração progressiva
- Diminuição da resposta aos tratamentos convencionais
- Repetidos internamentos não programados
- Ausência de tratamento específico para a doença (por opção do doente ou por indicação médica)
- Eventos “sentinela” (quedas repetidas, recurso frequente a consultas de urgência, período de luto, transferência para infra-estrutura residencial/lar)
- Perda de peso progressiva (maior que 10%) nos últimos 6 meses.

Segundo Twycross (2003), os doentes de CP “são internados com vista a controlo dos sintomas, para aliviar a família ou para falecerem” (p.21), considerando que “cerca de metade dos internamentos termina com o regresso a casa do doente”. Na UCP, os últimos números davam conta de 44% de óbitos durante o internamento e 56% de altas dos doentes para casa ou instituições.

## 2.1.2. A Equipa Multidisciplinar

A equipa da UCCP era constituída por vinte e quatro enfermeiros de horário completo e vinte e um em regime de prestação de serviços (vinte a vinte e cinco horas por semana), dois médicos permanentes e a tempo inteiro de CP e dois a prestação de serviços, vinte e cinco auxiliares de acção médica (AAM) em que cerca de metade eram de horário completo, uma psicóloga em regime de prestação de serviços, um frei que se encontrava no serviço quando requisitado, três administrativas, uma fisioterapeuta, uma dietista, um farmacêutico e seis voluntários. Para o bom funcionamento do serviço, estavam presentes as auxiliares de alimentação, auxiliares de limpeza e manutenção. Existem à disposição cuidados de estética, comumente ao Hospital.

Na equipa de enfermagem existem profissionais com formação avançada: dezassete enfermeiros com formação avançada em CP (mestrado ou pós-graduação), três enfermeiros com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e os restantes enfermeiros têm formação básica na área.

Relativamente à organização do serviço, a atribuição dos doentes no turno da manhã e tarde dos dias úteis era da responsabilidade da Enf.<sup>a</sup> Responsável e Coordenadora do Serviço, ou pelo chefe de equipa na sua ausência. O rácio na manhã era de um Enfermeiro para cada quatro a seis doentes de CP, na tarde cinco a sete doentes e na noite oito a dez doentes. O chefe de equipa, elementos da UCCP com

experiência na área, ficavam com clientes atribuídos cuja exigência de cuidados lhe permitia exercer as funções de chefia.

Na passagem de turno da equipa de Enfermagem da manhã, cada Enfermeiro passava a informação completa sobre os clientes pelos quais ficou responsável ao Enfermeiro que o substituiu, na presença da Enf.<sup>a</sup> Responsável, Mestre em CP, ou Coordenadora da UCCP, Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Pessoalmente, pareceu-me que este facto se devia à maior complexidade da situação dos clientes, pelo que deste modo era possível realizar uma discussão sumária de cada caso, dando continuidade aos cuidados e recorrendo à formação avançada da Enfermeira Responsável e Coordenadora, de forma a supervisionarem os cuidados e pudessem ajudar a solucionar alguns dos problemas existentes, caso fosse necessário.

Na admissão ao serviço de internamento, realizava-se um acolhimento global ao cliente e respectiva família. Este acolhimento contemplava a informação sobre os horários das visitas, a apresentação do espaço físico do serviço, e recolha de dados do cliente, que era inserido num documento em folha A4, especificando o serviço (Cuidados Paliativos (CP), Cuidados Continuados (CC) ou Cirurgia (C)), o número do quarto, bem como os antecedentes pessoais, o diagnóstico, o motivo de internamento e a avaliação da pessoa em todos os domínios e tendo em conta sempre o seu contexto familiar (Anexo III).

Durante a passagem de turno, o Enfermeiro entregava a folha referente ao cliente internado e transmitia ao colega a informação do mesmo, bem como os episódios importantes sobre o período de internamento, os problemas relevantes que teriam surgido nos turnos anteriores e adianta quais as alterações ao plano de cuidados, à luz do que tenha sido discutido com a equipa multidisciplinar. Para além dos médicos de serviço, sempre que fosse necessário outras valências clínicas eram consultadas, como ortopedia, radiologia, oncologia, medicina interna e neurologia.

A área de CP é baseada no modelo multidisciplinar, composta por profissionais distintos que trabalham com objectivo comum (transdisciplinaridade) e com uma liderança definida, que tem como meta promover a realização pessoal dos membros da equipa (Bernardo, Rosado & Salazar citados em Barbosa & Neto, 2010). Após a passagem de turno, na manhã, existia troca de informações sobre os clientes com a equipe médica, fisioterapeuta, psicóloga, a dietista e o frei, caso se encontrassem presentes. Em relação aos auxiliares de acção médica, estes também tinham informações sobre os clientes e eram distribuídos por cada enfermeiro, sendo que trabalhavam a par deste a maior parte do tempo.

Pude reconhecer que existia uma grande aliança profissional entre os dois grupos de profissionais, bem como respeito mútuo. O papel dos AAM era fundamental para a boa organização de trabalho do Enfermeiro, nunca esquecendo que estes também possuem formação básica na área de cuidados a pessoas com dependência física.

O tempo médio de internamento na UCCP era de dezassete dias e existia um elevado número de reinternamentos. Por esta razão, existia um conhecimento aprofundado da situação do cliente internado, que é uma mais-valia para a avaliação do estado geral do cliente. Ao conhecer vários clientes durante as oito semanas de estágio, e conseguir acompanhá-los durante a maior parte dos turnos, deu-me a possibilidade de conhecer a sua situação, observar a sua evolução de doença, planear em conjunto com a Enfermeira Orientadora os cuidados que mais se adequavam a este e construir uma aliança terapêutica com o cliente.

### **2.1.3. Identificação dos objectivos e competências adquiridas**

É fundamental criar objectivos para chegar mais além em qualquer circunstância. Por isso, a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias seleccionou os objectivos gerais para o Mestrado, e uma vez que os locais de estágio foram diversos, a nós alunos coube-nos no projecto definir os objectivos específicos para a nossa Prática Clínica, de acordo com a nossa realidade e expectativa.

De seguida apresento os objectivos gerais, competências e objectivos específicos, com as respectivas actividades desenvolvidas mediante os pilares em CP: trabalho em equipa, controlo de sintomas, apoio à família e comunicação.

#### **2.1.3.1. Objectivos Gerais**

Como objectivos gerais, a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias delineou os seguintes:

1. Compreender e aplicar os valores e princípios dos CP na prática assistencial;
2. Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar.
3. Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à Prática dos CP.
4. Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes equipas de CP, em regime de internamento ou de apoio domiciliário.
5. Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da construção de um plano de implementação de uma equipa de CP.

#### **2.1.3.2. Objectivos Específicos**

No Projecto de Estágio delineei um grupo de Objectivos Específicos os quais passo a apresentar:

- 1) Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional do Serviço de CP do Hospital;
- 2) Integrar a Equipa Multidisciplinar;
- 3) Prestar cuidados especializados ao doente de uma Unidade de Internamento de CP;
- 4) Promover a Humanização dos Cuidados;
- 5) Desenvolver o pensamento crítico e reflexivo sobre os cuidados prestados;
- 6) Desenvolver competências sobre técnicas de comunicação e relação de ajuda;
- 7) Desenvolver competência no luto e apoio à Família;

8) Aprofundar conhecimentos sobre a importância da Auto-Imagem dos doentes internados.

Sob uma perspectiva actual, penso que poderia ter sido mais clara e objectiva, apresentando objectivos mais direccionados para os pilares de CP, o que facilitaria em termos de organização do Relatório.

### **2.1.3.2. Competências**

No final da Prática Clínica, o conjunto de competências delineados pela Escola e que terei de atingir são:

- Integrar os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;
- Analisar valores e crenças pessoais em diferentes contextos de Cuidados Paliativos;
- Avaliar e aliviar a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- Actuar como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- Avaliar e controlar necessidades psico-sociais e espirituais dos pacientes e família;
- Analisar em profundidade e actuar como consultor em aspectos éticos, legais e culturais inerentes aos Cuidados Paliativos;
- Comunicar de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde;
- Implementar programas de luto para pacientes e familiares;
- Implementar, avaliar e monitorizar planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de Cuidados Paliativos;
- Promover programas de formação em Cuidados Paliativos para diferentes profissionais de saúde;
- Estruturar e implementar programas em Cuidados Paliativos;
- Avaliar a qualidade dos serviços e programas implementados.

### **2.1.4. Actividades desenvolvidas e reflexão crítica**

Ao longo dos vinte e seis turnos realizados na UCCP, de Maio a Junho de 2013 (Apêndice II), realizei diversas actividades para dar resposta aos objectivos gerais e específicos, que passo a distribuir por cada objectivo específico que defini, respectivamente com a reflexão crítica.

## **1) Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do local da prática clínica.**

No início do Mestrado em 2011, quando nos disseram para escolher o local de Estágio a realizar a fase final do Mestrado, a minha vida laboral vivia um impasse, levando-me a atrasar a escolha do local. Em Maio de 2012, já a trabalhar em Lisboa, essa escolha foi facilitada e depressa me dirigi à UCCP para, informalmente, me apresentar e pedir para realizar a Prática Clínica.

Antes do início do Estágio, dirigi-me à unidade dia 22 de Abril de 2013 e fiquei a conhecer a minha Enf.<sup>a</sup> Orientadora do Estágio, J.B., e visitei o espaço físico do serviço, guiada pela Enf.<sup>a</sup> M. A., Responsável pela UCP e minha Orientadora da parte teórica - Projecto de Estágio e Relatório.

Durante a Prática Clínica tive à disposição na intranet do Hospital, os protocolos da unidade realizados pelos elementos da Equipa Multidisciplinar, bem como bibliografia disponível em papel. Entre os protocolos consultados, encontravam-se:

- Missão e Filosofia da Unidade de CP;
- Acolhimento ao Cliente e família à Unidade de CP;
- Compatibilidade de fármacos de administração subcutânea;
- Cuidados de Enfermagem em situação de Hemorragia, Cuidados de Enfermagem na utilização da via subcutânea;
- Cuidados ao Doente em Fase agónica;
- Conferência Familiar;
- Comunicação das Más Notícias;
- Escalas de Avaliação dos Doentes e Apoio no Luto.

A consulta das normas da unidade foi explorada consoante os casos que tinha em mãos, consoante as necessidades dos doentes. Por exemplo, na segunda semana de estágio foi necessário rever a bibliografia sobre estomaterapia, uma vez que a Dona M., com neoplasia digestiva apresentava ileostomia. Nesse caso, reforcei os meus conhecimentos sobre cuidados ao doente ostomizado e cuidados à ostomia, embora os turnos em que a senhora foi atribuída a mim foram os turnos da noite, no período de repouso, e por isso a nível de ensinamentos para o auto-cuidado na alta, não tive um papel tão participativo como gostaria.

Pude conhecer a funcionalidade e a organização da Unidade através de uma reunião no dia de apresentação no serviço juntamente com alunas de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (22 de Abril) e durante a participação nas passagens de turno, na organização do turno, no planeamento dos cuidados ao doente internado, nas reuniões da equipa e na constante interacção com a Enf.<sup>a</sup> J.B..

## **2) Integrar a Equipa Multidisciplinar.**

A 24 de Abril fui apresentada à Enf.<sup>a</sup> J.B. e tive acesso ao seu horário para planear a concretização dos mesmos e conjugar com o meu horário. Uma vez entregue a versão informatizada do Projecto de

Estágio à Orientadora Pedagógica (M. A.), a Orientadora do Estágio não viu necessidade de lhe ser entregue o mesmo documento, pois conhecia os principais objectivos.

Fui apresentada à equipa multidisciplinar da UCCP a 6 de Maio de 2013, em especial à Equipa de Enfermagem e AAM, com quem trabalhei durante mais tempo e de forma mais intensa junto dos doentes.

Nos protocolos do serviço podemos verificar que a Missão e Filosofia da Equipa multidisciplinar da UCP pretende garantir:

- O acompanhamento e tratamento numa perspectiva global e paliativos do cliente portador de doença severa e/ou crónica (oncológica ou não) que carece de cuidados paliativos e seus familiares;
- Demonstração de respeito pelo valor intrínseco de cada pessoa, como ser único e autónomo;
- Demonstração de acessibilidade e disponibilidade;
- Reflexão ética nos processos de decisão;
- Demonstração de interesse na excelência e na melhoria da qualidade;
- Contribuição para o trabalho em equipa interdisciplinar, demonstrando respeito pelos profissionais
- O desenvolvimento de actividades na área da consultadoria nos diferentes serviços de agudos;
- A avaliação/reavaliação periódica dos cuidados prestados;
- A colaboração com organismos estatais, sociedades científicas e profissionais credíveis na área de cuidados paliativos;
- A promoção de iniciativas (assistenciais, de investigação, formação e sensibilização), com vista à dinamização científica e da sociedade em geral, de temas no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Em qualquer equipa de saúde deve reinar o profissionalismo dos elementos, o rigor técnico, respeito, apoio interpessoal, a sua flexibilidade e adaptabilidade – estas são características descritas pela APCP nos Critérios de Qualidade. Pude verificar a presença destas características na UCCP, principalmente porque era uma equipa que se conhecia há vários anos, que realizou formação avançada sensivelmente na mesma altura e que junta formavam uma coesão que penso ser importante para a continuidade da qualidade dos cuidados praticados.

Ao conhecer a unidade como estagiária pude comprovar que todos os elementos enriqueciam a equipa com as suas experiências prévias, os elementos com formação avançada trocavam informação com outros elementos, os enfermeiros em regime de prestação de serviços que exerciam funções noutras instituições cruzavam conhecimentos dos serviços de origem, relacionados com casos presentes na UCCP.

Uma das principais fontes de *stress* na equipa multidisciplinar é a falta de definição do papel de cada elemento. Citadas em Barbosa & Neto (2010), Bernardo, Rosado & Salazar afirmam que os profissionais devem conhecer e reconhecer os demais elementos da equipa, para juntos articularem da melhor maneira possível os cuidados ao doente. Na UCP pude compreender, observar e analisar as actividades realizadas por outros elementos da Equipa, como a equipa de fisioterapeutas, médicos e auxiliares de acção médica.

No caso do Sr. V. T., submetido a cirurgia de prótese total da anca, com necessidade de reabilitação e de cuidados relativos a patologia renal e cardíaca, a fisioterapeuta realizava marcha assistida com ele pelo corredor, com necessidade de apoio bilateral, ao qual eu me voluntariei para participar. Para além

de ajudar a fisioterapeuta a realizar marcha com apoio bilateral com o Sr. V. T. melhorando a sua condição física e estimulando-o a manter uma postura mais anatómica, era notório que a sua confiança aumentava quando se sentia apoiado fisicamente e digno de atenção por parte dos profissionais.

Infelizmente, não participei em nenhuma atividade com a psicóloga do serviço, a não ser nas reuniões de equipa. Penso que tal se deveu ao facto de não ter realizado muitos turnos de manhã, uma vez que era o turno em que estava mais tempo presente. Como se encontrava em regime de prestação de serviços, o seu tempo na Unidade era limitado. Penso que poderia ter sido uma mais-valia pelo seu peso importante na comunicação com o doente e família no internamento.

A importância da existência de várias categorias de profissionais na equipa, bem como a comunicação entre eles é fundamental para o sucesso do caso dos doentes. Durante o turno da manhã, enfermeiros e auxiliares prestavam cuidados aos doentes, actualizavam informação acerca de alterações junto dos médicos presentes e no caso de existir alguma alteração, transmitiam ao colega seguinte. O mesmo ocorre a psicóloga e a fisioterapeuta, que antes de iniciar avaliação e treino com o doente, falavam com a equipa para saber se existiram alterações no estado de saúde do doente.

A minha adaptação ao serviço foi por isso crescente, pela disponibilidade dos colegas e dos restantes profissionais da equipa multidisciplinar, que trabalhava de forma interdisciplinar.

A equipa de enfermagem, ao acompanhar o doente durante as vinte e quatro horas diárias, conhecia a complexidade da sua história de saúde e de vida. Conhecia as pessoas significativas na vida do doente, interagia com estas e com outras visitas, e ao assumir a sua presença constante durante o internamento, assumia também um papel mediador da comunicação com os restantes elementos da equipa.

Todas as terças-feiras, cerca das 14:30h, a equipa multidisciplinar reunia-se na sala de actividades lúdicas para discutir os casos dos doentes mais instáveis clinicamente, com a presença de representantes das diferentes valências: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Dietista, Farmácia e Psicologia. Os objectivos segundo o protocolo do serviço eram:

- Fornecer e partilhar informação pertinente sobre os casos problema entre toda a equipa e discuti-los, tendo como objectivo a busca de estratégias de resolução dos mesmos;
- Acordar no processo de tomada de decisões sobre intervenção e plano de actuação;
- Proporcionar um espaço para partilha de sentimentos e dificuldades relativamente a esses mesmos casos e ao trabalho em equipa.

Era nesta reunião que se apresentam trabalhos, estudos de artigos recentes ou novidades na área de CP (*Journal Club*), e onde os alunos de Licenciatura e Mestrado mostravam os trabalhos realizados durante o estágio. Pude participar nas reuniões como observadora (7 de Maio, 18 e 25 de Junho) e activamente, dia 2 de Julho, apresentando a revisão sistemática da literatura realizada em Outubro (Apêndice III), em conjunto com uma colega de curso. O tema era *O Síndrome de Burnout nos Profissionais em Cuidados Paliativos* e pretendeu apresentar os estudos analisados, bem como reforçar a ideia de que é fundamental que a equipa trabalhe com objectivo comum (interdisciplinaridade) e construa mecanismos de protecção contra o síndrome de exaustão laboral - o *burnout*. No final, aplicámos um questionário elaborado por nós para avaliar a sessão, que se encontra no Apêndice IV.

A exposição à morte é uma constante, Monahan *et al* (2007) refere que para se protegerem, é necessário que principalmente os enfermeiros saibam realizar o luto após a morte do doente, avalie as diferenças que fez na vida deste e da respectiva família e tenha um sentido de objectivo expectável, pois a perda cumulativa pode desafiar o bem-estar e a sua satisfação profissional.



Fora das reuniões de equipa multidisciplinar, promovia-se a formação contínua dentro da equipa de enfermagem, com objectivo de fomentar a aprendizagem e o estudo de artigos recentes sobre diversos temas na área dos CP, bem como a reflexão sobre certas abordagens que tivessem sido realizadas nos doentes da unidade. Particpei na 2ª *Tarde Formativa*, dia 27 de Junho, onde foi apresentado um artigo sobre quimioterapia paliativa: *The role of chemotherapy at the end of life: "When is enough, enough?"*, uma apresentação sobre suporte transfusional no doente paliativo e estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

Outra oportunidade não planeada mas realizada foi a participação no Workshop sobre Feridas Malignas (Anexo IV), organizado pela equipa multidisciplinar da UCCP, que foi sem dúvida uma experiência enriquecedora e que contou com a elevada participação de enfermeiros e outros profissionais de diferentes instituições de saúde. Cada um levou consigo a sua experiência sobre o tema das feridas malignas e gerou-se uma troca de experiências muito interessante. Embora durante a minha prática clínica apenas tivesse realizado tratamento a uma ferida maligna que falarei mais à frente, é um tema que me atrai bastante pela complexidade adjacente.

Ainda para proporcionar momentos de relação extra laboral, que é fundamental para um trabalho mais produtivo, existia uma equipa constituída por elementos da equipa multidisciplinar do serviço que promovia actividades lúdicas para prevenção do *burnout*. Durante os dois meses de estágio promoveu-se dois jantares temáticos, várias corridas pela cidade e uma visita a um museu.

Posteriormente à entrega do presente relatório, era minha intenção participar novamente numa das reuniões multidisciplinares, apresentando o resultado dos questionários (Apêndice V) aplicados relacionados com o tema que estudei – A Auto-Imagem em CP.

### **3) Prestar cuidados especializados ao doente de uma Unidade de Internamento de CP.**

O papel do Enfermeiro em CP, principalmente numa unidade de internamento é ser perito em avaliação e controlo sintomático, através de ferramentas que ajudem a avaliar e intervir com exactidão, bem como não esquecer o papel importante que é estabelecer uma relação de confiança com o doente e família. A qualidade de vida e de morte digna podem ser garantidas através de um plano de tratamento que promova o bem-estar em todas as vertentes do ser humano: física, psicológica, social e espiritual (Monahan *et al*, 2007).

Nos primeiros cinco turnos realizados, observei e participei atentamente nas actividades desempenhadas pela Enf.ª J.B.. Na posição onde me encontrava, nunca assumi o papel de líder, o que levou a que na posição de aluna novamente, com a farda da licenciatura vestida, assumisse o estigma de aluna e me encontrasse submersa pela insegurança de quem nunca trabalhou numa unidade tão desafiadora em termos de cuidados de saúde. A Enf.ª J.B. ao observar essa faceta da minha parte, motivou-me diariamente a organizar os turnos e assumir o papel de Enfermeira com formação avançada na área a partir da segunda semana de estágio.

Com a proposta da Enf.ª J.B. consegui, aos poucos, ajustar-me ao papel, com evidente dificuldade. Primeiro porque sou totalmente inexperiente na área de CP, e em segundo porque a minha realidade profissional é totalmente diferente.

A minha prática em unidades de internamento cujos doentes apresentavam dependência para as actividades da vida diária tinha sido apenas no estágio curricular durante a licenciatura há três anos. Durante os dois meses de estágio vivi um processo de reaprendizagem bastante positivo e que me devolveu uma grande humildade e reconhecimento por uma área tão distante da minha realidade

diária. Embora a base teórica seja fundamental, foi na prática e em conjunto com outros colegas mais experientes, com gosto por partilhar a sua experiência e com formação avançada, que limei algumas questões e aprendi.

Em CP, existem quatro fundamentos pelos quais nos devemos seguir, em qualquer situação: controlo de sintomas, apoio à família, trabalho em equipa e comunicação (Neto citada em Barbosa & Neto, 2010; Twycross, 2003). No texto que se segue, irei expor a minha experiência no local de estágio, tendo como foco principal o controlo sintomático e o trabalho da equipa multidisciplinar em CP.

No terceiro turno que realizei, tive a oportunidade de realizar entrevista inicial de enfermagem a uma cliente admitida na UCP (Apêndice VI), colhi antecedentes pessoais, história clínica e identifiquei as necessidades físicas: apresentava diminuição da acuidade visual e auditiva, disfagia, disfasia e na marcha precisava de apoio unilateral. Durante os dias de internamento, pude identificar as necessidades psicológicas, sociais e emocionais da cliente: família presente mas com dificuldades na comunicação com a cliente, expressão de medo da cliente por ficar sozinha no quarto mesmo que por curtos períodos.

A maioria dos clientes da Unidade eram internados para controlo sintomático, que segundo Neto (2010) consiste em “saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões directas sobre o bem-estar do doente” (p. 62). Na minha prática, pude testemunhar a veracidade da afirmação, bem como aplicar os conhecimentos apreendidos nas aulas do mestrado.

Twycross (2003) sugere os princípios gerais do controlo sintomático da seguinte forma:

“- Avaliação: diagnóstico de cada sintoma antes do tratamento, questionando regularmente o doente relativamente à intensidade do sintoma.

- Explicação: ao doente antes do tratamento.
- Controlo: tratamento individualizado.
- Observação: avaliação contínua do impacto do tratamento.
- Atenção aos pormenores: não fazer juízos infundamentados” (p.79).

No doente paliativo, os sintomas podem ser causados pelo tratamento, pela evolução da doença e ou pela debilidade do doente (Twycross, 2003). Pode ocorrer com frequência um sintoma desencadear outro. No estágio pude verificar que o controlo de sintomas é um processo de extrema complexidade, pois ao atuar no alívio da dor, com a administração de um opióide, podemos estar a controlar a dor, mas com elevado risco de provocar no mesmo doente outros sintomas como a obstipação, náuseas, vômitos, alterações neurológicas e outras complicações inerentes à toxicidade opióide.

Dizer que os CP não são uma área com necessidade de formação é um erro crasso, e prova disso é a necessidade de conhecer os processos fisiopatológicos inerentes ao controlo sintomático e aos efeitos farmacológicos da medicação administrada. Por um lado temos fármacos que tratam um sintoma, mas que podem despoletar outro. Um dos princípios na prescrição de medicação que pude verificar, é a prescrição de fármacos SOS para sintomas que provavelmente poderão surgir no doente em questão, como por exemplo insónia, obstipação e agitação.

Num estudo realizado em 2003 por Jean Potter *et al*, os sintomas mais prevalentes em doentes referenciados para CP e internados num Hospital eram: 1) dor, 2) alterações do foro neuropsiquiátrico, 3) Náuseas, 4) Obstipação, 5) Vômitos e 6) Dispneia. O primeiro é sem dúvida o mais complexo, de maior desafio para os clínicos e o que mais perturba o bem-estar do doente internado.

Nos seguintes parágrafos irei dissecar o sintoma da dor, que foi o sintoma com que mais me confrontei durante a minha prática clínica de dois meses. Por ser um sintoma que apenas o cliente pode avaliar, é alvo de inúmeros estudos pela enorme complexidade que encerra.

A dor, segundo Monahan *et al* (2007), apresenta uma prevalência de 25% nos doentes hospitalizados, de intensidade moderada a intensa durante a maioria do tratamento. Já Gonçalves (2011) refere que a dor é experimentada por um terço até metade dos doentes oncológicos em tratamento activo e por mais de três quartos dos doentes com doença avançada. É influenciada pela idade do doente, tipo de neoplasia, localização, extensão a doença e a presença de metástases ósseas. Quando mal controlada, pode causar danos no bem-estar físico, psicológico e social, altera o padrão de sono e o humor.

A caracterização da dor é um dos objectivos do Enfermeiro numa UCCP, pois permitia-nos ter a noção do alvo que temos para recorreremos a armas à altura desse alvo. Relativamente à dimensão temporal, pode ser caracterizada em aguda ou crónica, se é limitada a um curto espaço de tempo como horas, dias, semanas ou caso se prolongue por meses e anos, respectivamente (Gonçalves, 2011).

Os mecanismos responsáveis são diferentes, logo existem diferentes categorias para agrupar os tipos de dor: nociceptiva, neuropática e idiopática. Na minha prática clínica na UCCP, o tipo de dor mais frequentemente descontrolado era a dor neuropática. Esta está associada a compressão ou lesão dos nervos e pode ter como causa a compressão ou infiltração cancerígena em nervos ou medula espinal, como consequência de quimioterapia (neuropatia periférica) ou radioterapia (plexopatia braquial) (Twycross, 2003).

No tratamento deste sintoma existia como referência o regime da OMS, em que o regime analgésico deve ser baseado na intensidade da dor – a Escada Analgésica da OMS (Anexo V). Num primeiro degrau, em que a dor é definida como ligeira, o tratamento a instituir serão analgésicos não opióides: paracetamol, anti-inflamatórios não esteróides (ibuprofeno, diclofenac, piroxicam) e salicilatos (ácido acetilsalicílico). O degrau 2 da escada analgésica será para dor moderada e agrupa o tramadol e codeína, fármacos designados como opióides fracos, mas que estão limitados por doses-tecto, ao contrário dos opióides fortes. No degrau 3 encontram-se os opióides fortes, para controlo da dor moderada a severa. Encontram-se neste grupo a morfina, buprenorfina, hidromorfona, oxicodeona, fentanil e metadona (Ferris, Gunten & Emanuel, 2002).

O único doente que cuidei a realizar tratamento analgésico opióide com metadona foi o Dr. J.M., doente de CP, para controlo de dor devido a ferida maligna no calcâneo, com perda de tecido muscular e apresentando uma área extensa de tecido desvitalizado, com bastante exsudado e com necessidade de realizar pensos diários no início e que com o controlo do exsudado, passou a ser realizado em SOS. As doses de metadona durante o internamento foram sendo ajustadas para desmame do opióide, substituído por morfina oral.

Como princípios de controlo da dor, deve-se ter em conta outros factores para além da intensidade, como a administração regular e profiláctica de medicação com doses de resgate, preferencialmente pela via oral e com uso de adjuvantes. Este último grupo de fármacos inclui os corticosteroides, antidepressivos e antiepilépticos, bloqueadores dos canais receptores, antiespasmódicos e relaxantes musculares (Twycross, 2003).

Gonçalves (2011) refere que ao utilizar-se a escada analgésica controlam-se cerca de 80% das dores no doente oncológico, o que leva a que nos restantes 20% seja necessário recorrer a outros fármacos.

Um dos adjuvantes de analgésicos que mais utilizei na prática clínica foi um corticosteróide, a dexametasona. Este tem efeito anti-inflamatório e era utilizado principalmente em doentes com dor

óssea metastática, dor neuropática devido a compressão nervosa e dor visceral. Os efeitos indesejáveis eram a presença de edemas, o aparecimento de equimoses, perturbações do sono, susceptibilidade a infecções e hiperglicémia (Gonçalves, 2011). Um dos cuidados a ter na administração de corticoides para além dos já referidos é o horário da sua administração. Tanto este grupo de fármacos como a furosemida, que aumenta o débito urinário no período nocturno, tendem a provocar insónia e devem ser administrados no período da manhã e início da tarde (Pereira citado em Barbosa & Neto, 2010). Na UCP esta medicação era sempre administrada no máximo até às 17 horas.

No caso do Sr. S., com neoplasia maligna metastática com origem gástrica, apresentava no momento da admissão ao serviço dor na região lombar e parésia dos membros inferiores e incontinência fecal e urinária. Este facto devia-se à compressão medular, que aumenta a dor em mais de 90% dos doentes e diminui o controlo de esfíncteres em mais de 40% (Twycross, 2003). A administração de dexametasona surtiu efeito, levando ao controlo do esfíncter vesical e ao controlo da dor. Por outro lado, levou ao aumento da glicémia capilar, descompensando a diabetes *mellitus* tipo II que o Sr. S. possuía como antecedente pessoal. Através do controlo diário do valor de glicémia capilar, aumento da dose do antidiabético oral e adequação da insulina lenta em esquema e rápida como SOS, conseguiu-se controlar as hiperglicémias. Um dado curioso era que o Sr. S. possuía sempre um pacote de palitos *la Reine* na cabeceira, o que podia não contribuir para o controlo da glicémia capilar, mas era sem dúvida um fármaco insubstituível para a alma.

Os antidepressivos são outro grupo de fármacos com efeito potenciador de analgesia da dor neuropática, administrados como adjuvante dos opióides. A amitriptilina, paroxetina e trazodona são exemplos de antidepressivos administrados em CP, e dos que mais lidei na UCP. A analgesia proporcionada aparecia aproximadamente uma semana após se ter atingido a dose eficaz, com necessidade de titular as doses durante duas semanas para limitar os efeitos secundários, como: sonolência, hipotensão postural, taquicardia e retenção urinária (Barbosa & Neto, 2010; Gonçalves, 2011; Twycross, 2003).

No controlo da dor neuropática, os anticonvulsivantes (gabapentina, clonazepam valproato de sódio) desempenham um papel bastante importante. Ao serem bloqueadores selectivos dos canais do cálcio e potenciarem mecanismos GABA-inibidores no corno dorsal, mostram-se bastante eficaz na dor neuropática disestética. Devido aos efeitos secundários como a sedação e hiponatremia, a função renal e hepática dos doentes deve ser testada periodicamente. Um dado relevante sobre a gabapentina está relacionado com o seu efeito sobre o padrão de sono, logo a maior parte da dose diária inicial deve ser dada à hora de dormir, para permitir que o doente não esteja sonolento durante o dia (Pereira citado em Barbosa & Neto, 2010; Gonçalves, 2011; Twycross, 2003).

Os antiespasmódicos como a butilescopolamina são usados na dor visceral, provocando o relaxamento da musculatura lisa intestinal. Aplicação de calor local e massagem também pode potenciar a analgesia (Twycross, 2003). O diazepam como relaxante muscular, por ser uma benzodiazepina, deve ser administrado com cuidado nos doentes idosos (Gonçalves, 2011), corroborando a ideia que a Dra. Ana Bernardo nos tinha transmitido nas aulas.

Na avaliação dos sintomas podem utilizar-se instrumentos para a avaliação. Para a dor existem vários, como: a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, Escala Quantitativa, a Descritiva Verbal e o Breve Inventário da Dor. Devem ter-se como princípios da dor os seguintes, segundo o Núcleo de CP da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2007):

- a) Evitar a demora;
- b) Tratar a dor de acordo com as necessidades específicas de cada doente;

- c) Prescrever doses extra para dor irruptiva;
- d) Abordar outros problemas: físicos, psicológicos, espirituais e sociais;
- e) Pelo relógio: horário regular e não apenas doses em resgate (SOS);
- f) Pela boca: usar a via oral sempre que possível;
- g) Pela escada: seguir a escada analgésica da OMS (Anexo V).

Para os sintomas sob numa perspetiva geral, existe a Escala de Sintomas de Edmonton (ESAS, Anexo VI), muito utilizada em doentes internados na UCP. Esta escala tem a vantagem de serem avaliados os sintomas mais prevalentes em CP. Os seus critérios de aplicação são: doentes com patologia oncológica internados em cuidados paliativos; sempre que possível, deve ser o doente a preenchê-la, uma vez que é de auto-avaliação; se o doente apresentar alterações cognitivas que o impossibilitem de preencher com coerência a ESAS, deixa de ter critérios de aplicabilidade; no caso o doente possua incapacidade funcional, este poderá ser auxiliado por um cuidados (família, profissional de saúde, outro), não devendo este ter nenhum juízo crítico sobre a avaliação do doente.

No caso da Dona I. (Apêndice V), verificou-se uma situação de incongruência, em que a doente referia permanentemente cefaleias de grande intensidade, com necessidade de analgesia opióide SOS pelo menos uma vez por turno. Na avaliação através da ESAS a sensação de falta de ar tinha um valor maior do que a dor, o que à observação não se verificava. O que se pode concluir que embora os sintomas respiratórios não provocassem desconforto à doente, para a família que auxiliou no preenchimento do questionário possivelmente seriam incómodos. Devemos ter conhecimento da pessoa que ajuda o cliente a preencher a Escala para evitar situações semelhantes.

Para avaliação da dor em doentes com incapacidade de comunicar verbalmente deve-se ter em conta o cuidador principal - que será a pessoa que mais conhece o doente - e que através do seu comportamento, associado a períodos de maior agitação, como identifica Feldt (2000) no seu artigo.

Para uma avaliação completa do sintoma do doente deve-se conhecer o mecanismo patológico subjacente, as tentativas anteriores de controlo não eficazes e o impacto do sintoma na vida do doente. Este tem direito à informação relativa ao seu estado de saúde, logo os profissionais devem saber explicar ao doente e família, de forma simples, as razões que levam ao aparecimento de determinados sintomas e discutir as hipóteses de tratamento. Este último deve incidir na correção do que pode ser corrigido, aliando fármacos a tratamentos não farmacológicos, tendo em conta os efeitos secundários possíveis (Twycross, 2003).

Para uma boa avaliação e tratamento sintomático, era fundamental rever se o tratamento instituído estava a ser de facto eficaz, ou se seria necessário realizar ajustes terapêuticos ou suspender determinado fármaco. Os médicos do serviço, em especial a Dra. I.G.N., Directora Clínica do serviço, após a passagem de turno reuniam individualmente com os enfermeiros de forma a rever a terapêutica instituída, actualizando o efeito no controlo sintomático de cada doente.

De acordo com a OMS a via preferida de administração de analgésicos deve ser a via oral, de forma a ser o mais confortável possível, sem que seja necessário usar fármacos injectáveis e oferecendo o máximo de autonomia ao doente e família (Gonçalves, 2011).

Na minha experiência pessoal neste estágio, o sintoma mais encontrado era a dor não controlada e cuidei de doentes a realizar tratamento com tramadol e morfina, maioritariamente. Ao realizar a titulação de morfina de um doente na unidade, a via preferencial era a subcutânea, com dose inicial de 2,5 miligramas cada 4 horas e como dose de resgate 1,25 miligramas. Embora na teoria se defenda a via oral como primeira escolha, a verdade é que numa situação de internamento por descontrolo sintomático, a via SC apresentava uma forma controlada e bastante segura de administração de

fármacos (Pereira citado em Neto, 2008). É um fármaco bastante estudado e conhecido ao longo dos anos e de baixo custo, o que leva a que seja eleito o opióide de eleição do grupo 3 (Gonçalves, 2011). Na prática, pude verificar que a via SC é uma ótima opção, rápida e segura, mesmo em doentes com a via oral disponível, mas com descontrolo sintomático. Após a titulação de morfina, uma vez que a via oral estivesse disponível e a dose certa do opióide estivesse ajustada, iniciava-se a administração de morfina oral.

Para a colocação de um acesso subcutâneo segui o protocolo do serviço: expliquei ao doente o procedimento e a finalidade da administração de soro, uma vez que o Sr. S. era um doente apenas limitado do ponto de vista físico, encontrando-se consciente, orientado e comunicativo, propus-lhe os locais de inserção do acesso – uma medida de oferecer controlo ao doente como uma estratégia promotora de dignidade (Barbosa & Neto, 2010). O Sr. S. optou pelo abdómen, e de seguida desinfectei o local com clorhexidina a 0,5%, efectuei prega cutânea, introduzi a agulha a 45º do plano da pele, retirei-a e fixei o cateter subcutâneo com adesivo, previamente expurgado com cerca de 0,3 mililitros de soro fisiológico, e com sistema de soro em curso para hipodermoclise, com contador de gotas com débito de 40 mililitros por hora.

Para a mais eficácia de gestão da via subcutânea, registava no próprio adesivo a data de colocação do acesso subcutâneo e na folha do cliente a data de remoção do mesmo. Embora o acesso possa permanecer até 7 dias, depende dos fármacos administrados. No caso da dexametasona (corticóide) o acesso SC só podia permanecer durante 3 dias, no caso da ceftriaxona (antibiótico) 5 dias, e em caso de soros exclusivamente ou outros fármacos, 7 dias.

Embora a via seja bastante cómoda e segura, comporta algumas complicações e limitações. O doente com hipodermoclise deve ter tecido subcutâneo suficiente para uma boa absorção local, em caso de aparecimento de edemas periféricos ou outras complicações sistémicas, como farfalheira, deve ser retirado. Deve ter-se sempre em conta o balanço de benefício/malefício para o doente (Neto, 2008).

Existem preconceitos quanto à morfina, como o medo da adição ao invés da compreensão da dependência física do fármaco. Deve ser explicado ao doente e família que após tratamento da dor crónica com opióide a resposta fisiológica será apresentada com sinais de abstinência, caso deixe de se administrar o fármaco. A preocupação sobre o efeito nocivo que poderá ter sob a cognição ou padrão respiratório da pessoa também são questões comuns, que não apresentam perigo caso o opióide seja iniciado segundo doses apropriadas, titulado de acordo com as directrizes (Barbosa & Neto, 2010) e tendo em consideração a vigilância dos sinais de toxicidade.

Um dos exemplos da necessidade de ajuste terapêutico era a presença de sinais de neurotoxicidade opióides, cujos efeitos secundários típicos são: sedação, mioclonias, alucinações, défices cognitivos e delírio. Nestes casos, deve-se reduzir a dose do opióide administrado, mudar o fármaco opióide e hidratar o doente para eliminação dos metabolitos tóxicos. Foi interessante aprender que o antagonista da morfina, a naloxona, raramente é utilizada numa situação de neurotoxicidade, a não ser que o doente apresente bradipneia com menos de 8 ciclos por minuto, miose marcada e nível reduzido de consciência (Barbosa & Neto, 2010).

Na prática clínica tive com dois doentes em que teve de ser revista a terapêutica opióide por quadro de desorientação. A opção adoptada foi de diminuir dose de opióide e hidratação dos doentes através de hipodermoclise ou com acesso venoso, uma vez que a situação não apresentava gravidade acentuada. Em doentes com pouco tecido subcutâneo, o que leva a maior dificuldade de absorção, optou-se por hidratação endovenosa. Em apenas um dia de hidratação endovenosa, pude comprovar que os doentes se apresentavam mais orientados comparativamente ao período de neurotoxicidade.

A morfina é um potente analgésico e não só, sendo também considerado um eficaz supressor de tosse. A tosse é um mecanismo de defesa no indivíduo saudável, mantendo as vias aéreas livres de corpos estranhos. Nos doentes oncológicos, é considerado um sintoma que altera o bem-estar do

doente. Pode ser classificada como aguda, se for inferior a 3 semanas, ou crónica, que se mantém ara além desse espaço de tempo. As características da tosse destacam-se a seca (sem presença de expectoração), a produtiva (com produção de expectoração) e a emetizante (indutora do vômito), entre outros (Gonçalves, 2011; Barbosa & Neto, 2010).

Em CP, a literatura afirma que a sua frequência é de 29 a 83% dos doentes. Pode ser causado pelo efeito directo do cancro (metástases, tumor primário, derrame pleural, infecção, aspiração), efeito do tratamento (pneumonite induzida pela radioterapia, fibrose induzida pela quimio ou radioterapia) e não directamente resultante do tumor (asma, doença pulmonar obstrutiva crónica). A tosse pode ser devida a excesso de produção de líquidos, inalação de material estranho ou por estimulação anormal dos receptores das vias aéreas (Gonçalves, 2011).

No tratamento deve-se ter em conta a origem da tosse. Se for um processo infeccioso, deve ser administrado um antibiótico, no caso de existirem secreções administra-se um expectorante ou mucolítico, aliado a fisioterapia (cinesiterapia) para facilitar a drenagem de secreções através da árvore brônquica. Na UCCP, o brometo de ipatrópio era bastante utilizado para tratamento da tosse. É um broncodilatador que reduz a motilidade ciliar e espessa o muco, logo deve ser utilizado com cuidado para evitar que caso existam secreções, estas se espessem na árvore brônquica e o doente não seja capaz de as mobilizar (Gonçalves, 2011; Twycross, 2003).

Uma das maiores aprendizagens durante o Mestrado foi conhecer fármacos cujos efeitos secundários são utilizados para controlar sintomas como a butilescopolamina, um antiespasmódico gastrointestinal administrado via subcutânea para controlo de secreções e a atropina, que utilizado em gotas pode controlar a sialorreia. A butilescopolamina é um fármaco que controla a produção de secreções e não actua nas secreções já existentes, deve-se por isso ter cuidados quanto à formação de “rolhões” na árvore brônquica do doente (Twycross, 2003; Neto citada em Barbosa & Neto, 2010).

Uma outra experiência relativa à medicação, que foi novamente uma aprendizagem, foi observar o efeito de iatrogenia. O termo *iatrogénico* refere-se a efeitos secundários dos medicamentos, no decurso do tratamento aplicado (Phipps, 2007). Um dos doentes da UCP que apresentou iatrogenia derivada de radioterapia paliativa como tratamento de dor causada por metástases cerebrais, apresentando anemia e trombocitopenia marcada (Gonçalves, 2011), ponderou-se um *pool* de plaquetas. Este doente foi posteriormente submetido a uma transfusão de dois concentrados de eritrócitos, uma prática que eu pensei que em durante o estágio de dois meses não fosse observar, tal não era a ideia pré-concebida de que se realizaria com a mínima frequência. Visto que o tempo de sobrevivência esperada do Sr. J.M. era de meses, o benefício da transfusão foi notório.

A insuficiência medular resultou da quimio e radioterapia realizadas previamente, e também foi acentuada pela má nutrição proteico calórica, uma vez que o ácido fólico é fundamental para a formação eritrocitária (Gonçalves, 2011). Este factor, aliado ao tratamento da úlcera de pressão de grau II que o doente apresentava na região sagrada, passou a introduzir-se suplementos ricos em proteínas na dieta do Sr. J.M., até então nutricionalmente limitada. Adicionar os suplementos na dieta, alternar os posicionamentos (e as zonas de pressão) e aplicar vitamina A topicamente no local, surtiu efeito e duas semanas depois a úlcera de pressão tinha regredido notoriamente.

Em doentes cuja mobilidade era reduzida, existia atenção redobrada na avaliação da Escala de Braden (Anexo VIII), que avalia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. No caso do Sr. J.M., o risco de desenvolver úlcera de pressão era considerado alto. As intervenções realizadas passavam por alternar decúbitos quando se encontrava no leito por longos períodos, incentivá-lo a alternar períodos na cama e no cadeirão onde permanecia por escassas horas, realizar massagem na superfície corporal com creme hidratante para promover a microcirculação vascular e o relaxamento após os cuidados de higiene e mudar a fralda de modo a manter a pele seca. Neste último item, a principal preocupação para além de registar o padrão de eliminação vesical e intestinal, era vigiar a presença de sinais de

perda de integridade cutânea, uma vez que as zonas expostas à humidade estão mais susceptíveis (Fernandes & Galvão citados em Barbosa & Neto, 2010).

Qualquer uma das escalas: ESAS (Anexo VI), Karnovsky (Anexo VII), Barthel (Anexo VIII), Braden (Anexo IX), são preenchidas semanalmente para avaliação da evolução do doente, para que sejam incluídas medidas no plano de cuidados caso existam um agravamento do estado do doente que o justifique, que normalmente se traduz pela alteração do risco ou do nível das escalas.

Uma observação curiosa que pude desmistificar na minha experiência foi o facto de se realizarem técnicas como punções venosas e aspiração de secreções, que na teoria são práticas que nada ou pouco se cultivam, por serem ligeiramente invasivas e provocarem desconforto ao doente. Ao avaliar um doente em CP, que apresenta desconforto relacionado com presença de secreções na região orofaríngea, fui confrontada com a questão: *Porque não realizar medidas que, embora sejam incómodas no momento, melhoram o conforto do cliente?* Claro que, deve ser uma técnica bastante ponderada e a par destas medidas devem ser movidas outras para evitar que a situação volte a ocorrer.

Quer seja a puncionar uma veia para hidratação endovenosa ou a aspirar secreções mucosas espessas na orofaringe, explicava ao doente o que iria acontecer e se for possível a sua colaboração, o benefício para o seu conforto superava o malefício do desconforto causado pela dor que estas técnicas acarretavam.

Neste contexto, relembro os princípios éticos em que se baseiam os CP, e que devem ser aplicados no âmbito do respeito pela vida e da aceitação da inevitabilidade da morte (Twycross, 2003):

- **Respeito pela autonomia do doente:** não se limitar à indicação médica;
- **Beneficência:** assegurar o melhor para o doente;
- **Não maleficência:** ter em atenção se os malefícios resultantes dos tratamentos para preservação da vida ultrapassam os benefícios potenciais;
- **Justiça:** uso criterioso dos recursos disponíveis.

Um dos aspectos fundamentais na prescrição de medicação analgésica na Unidade de CP é ter medicação pautada (de 4 em 4, de 6 em 6 ou de 8 em 8 horas), e medicação de resgate ou SOS, para controlo de períodos de agitação, insónia, dor irruptiva ou incidental, dispneia, obstipação e náuseas (Barbosa e Neto, 2010; Gonçalves, 2003; Twycross, 2003). De certa forma projecta os possíveis problemas que poderão vir a surgir, dando a garantia para que o doente não sofra.

Como uma forma de intervenção mais completa e profissional possível, devemos actuar nos sintomas com medidas não-farmacológicas (Gonçalves, 2011; Twycross, 2003). A mudança no posicionamento, a realização de massagem e de aplicação de calor ou frio local são métodos que utilizei na prática clínica e que evitaram ou adiaram a administração de SOS medicamentoso.

No início do estágio senti necessidade de rever toda a matéria relativa à administração de opióides, uma vez que nunca lidei com este tipo de fármacos e na realidade da UCCP se utiliza bastante. É necessário conhecer as doses seguras para o doente, orais e subcutâneas (a via SC apresenta o dobro da biodisponibilidade comparativamente à via oral), e desmistificar os mitos da morfina com os clientes ou familiares que tenham dúvidas relativamente à medicação opióide (Pereira citado em Barbosa & Neto, 2010).



A propósito da administração de opióides sempre a par da administração de laxantes, lembrei a frase da Dra. Edna Gonçalves quando nos lembrou que “com uma mão administramos o opióide, com a outra o laxante”. Assim verifiquei na prática, que os doentes com terapêutica opióide realizavam laxantes pautados, como lactulose e o docusato de sódio, com bisacodilo em SOS, primeiro através da via oral e caso não surtisse efeito, via rectal.

Do ponto de vista holístico, o conceito de dor total de Cecily Saunders, defende que devemos ter em conta a dimensão física, psicológica, social e espiritual do doente. É por esta razão que faz sentido ter um vasto leque de profissionais nos cuidados do doente paliativo, que dê resposta e soluções para os seus problemas.

A identificação, junto da Enf.<sup>a</sup> Orientadora, das situações que alteram a estabilidade dos clientes, sem causa aparente foi mais uma das experiências que vivi. No caso da Dona I. havia um descontrolo de dor sempre que as visitas se acumulavam no quarto, com necessidade de administração de SOS. Já no caso do Sr. A., um doente com défice cognitivo marcado desde a infância, a presença da esposa e a sua participação nos cuidados causava-lhe agitação evidente. Conhecendo a história do Sr. A., soube-se que o seu casamento nunca tinha sido apoiado pela família dele, uma família abastada, que defendia que a esposa só se interessava pela segurança financeira. Daí talvez se explique a diferença da agitação quando a mulher estava presente, junto de outros familiares.

Na UCCP as rotinas na avaliação de sinais vitais eram muito diferentes da realidade de outros serviços intra-hospitalares. No turno da manhã avaliava-se a pressão arterial, a frequência cardíaca e temperatura. Vigiava-se também a frequência respiratória em doentes com opióides pautados para despistar sinais de toxicidade. Nos turnos da tarde e da noite, a avaliação de sinais vitais é exclusiva para situações pontuais. As situações limitavam-se àquelas em que a nossa actuação poderia ser alterada conforme os resultados. Em doentes agónicos, cujo estado geral podia piorar de hora em hora e a nossa actuação era promoção de conforto do doente e o apoio à família, sem qualquer benefício a avaliação de sinais vitais. Por outro lado, um doente cuja situação estava estável, mantinha boa qualidade de vida e o prognóstico era de semanas a meses, uma alteração no estado geral levava a que se realizassem medidas que preservassem a sua qualidade de vida.

Através de alguns casos que acompanhei, pude compreender a veracidade da expressão de Twycross: “se a deterioração se faz de mês a mês, o prognóstico é de meses, (...) se é de semana a semana, o prognóstico é de semanas, (...) se é de dia para dia, o prognóstico é de dias” (p. 46). Nos casos de quadro de pré-agonia que testemunhei, o estado geral dos doentes piorava gravemente a cada turno que eu realizava, de dia para dia ou de dois em dois dias.

Nos doentes oncológicos pude aperceber-me que muitas vezes o declínio da sua situação clínica se processava nos últimos dias de forma bastante rápida. O caso da D. I. (Apêndice V) e do Sr. G. R. foram casos em que verifiquei essa situação. Ambos os internamentos foram relativamente curtos, de uma e três semanas respectivamente, e embora em termos clínicos se previsse que o desfecho seria para breve, ambos mantiveram vida de relação intensa com os familiares e os profissionais de saúde. A degradação no seu estado não foi gradual, foi um processo rápido.

A execução das intervenções planeadas, que no Hospital se prescreviam como Intervenções Autónomas de Enfermagem no sistema informático, que se seleccionavam individualmente, avaliando caso a caso, foram realizadas de acordo com o nível de dependência do doente. Pus em prática intervenções inseridas nos seguintes domínios da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que exponho para que se compreenda a sua organização:

- Respiração;
- Circulação/Temperatura;
- Alimentação;
- Volume de Líquidos;
- Eliminação;
- Tegumentos;
- Atividade motora;
- Sensação/Repouso;
- Avaliação da Pessoa.

Ao expor o domínio da alimentação do doente, lembro que um dos problemas com os quais nos confrontávamos diariamente numa unidade de internamento de CP era o impacto que a hidratação e alimentação do doente tinham na sua família, cuidadores ou visitas. Um dos desafios que achei interessante foi explicar à família do Sr. G.R., um doente com neoplasia hepática que o facto dele não se alimentar por incapacidade física, não significava que iria piorar o seu estado. Explicando que as necessidades nutricionais e de hidratação diminuía durante o processo de morrer, e que a falência orgânica levava à perda de capacidade de se alimentar e de digerir os alimentos, ajudou os familiares e visitas a compreender que essa não é uma prioridade nos cuidados.

Na UCP embora a percentagem de altas para domicílio fosse elevada, lidava-se muitas vezes com situações de agonia no fim de vida. A fase agónica é o período que antecede a morte no contexto de doença crónica, prolongada e irreversível. Esta é a última fase de vida que costuma ocorrer de forma gradual e natural, habitualmente quando o agravamento se testemunha de dia para dia, com deteriorização do estado geral (Neto citada em Barbosa e Neto, 2010).

Esta etapa final de vida tem grande impacto emocional no doente, respectiva família e equipa de saúde. É um período de expressão de sentimentos, de despedidas, encerrar ciclos, o que carece de tranquilidade e proximidade dos cuidadores que ele próprio escolhe (Barbosa & Neto, 2010).

Recordando a entrevista do actor Reynaldo Gianecchini ao jornalista Daniel Oliveira, que presenciou a morte do pai devido a doença prolongada numa altura em que ele próprio estava doente, e dizia que esse período das suas vidas foi “a oportunidade de resgatar uma relação, (...) como se tivesse zerado qualquer ausência anterior”.

O local mais indicado para esta fase ser vivida, caso exista uma boa rede de suporte, será o domicílio. Permite que o doente se sinta seguro e protegido, num ambiente que promova a sua autonomia e autocontrolo da sua situação, intimidade do seu espaço e a proximidade dos seus. Por outro lado, a necessidade de internamento devido a descontrolo sintomático, fadiga ou claudicação dos familiares, pedido do doente ou familiares e inexistência de cuidadores capazes de prestar cuidados leva a que os doentes sejam internados (Barbosa & Neto, 2010). Idealmente, esta situação deveria ser encaminhada para serviços adequados, de forma a existir continuidade de CP e não sujeitar o doente a cuidados desnecessários.

Segundo Barbosa e Neto (2010), a maior parte das situações de agonia duram horas ou dias (em inglês a expressão é *last days and hours of life*), porém nos casos de doentes jovens, com perfil de lutadores e nas pessoas com problemas não resolvidos, existe tendência para ser uma fase mais

demorada. As mudanças observáveis nos últimos dias de vida são de origem clínica, fisiológica e podem aparecer novos sintomas ou agravarem abruptamente os já apresentados pelos doentes.

Gonçalves (2011) define o doente agónico como o que apresenta astenia profunda, sonolência, desorientação, desinteresse em comer e beber, dificuldade em deglutir e se encontra acamado a maior parte do tempo.

Na UCCP existe o protocolo “Cuidados ao cliente em fase agónica”, que corrobora a informação do capítulo 22 do Manual de CP (2010) e define pontos importantes para caracterizar a fase da agonia no doente terminal:

- “Sinais de falência multiorgânica traduzida na diminuição da diurese, retenção urinária, aparecimento de edemas periféricos e farfalheira, alterações da temperatura corporal;
- Debilidade física, passando frequentemente a maior parte do tempo acamado;
- Incontinência e alteração da quantidade e coloração da urina;
- Diminuição ou ausência do reflexo da deglutição por debilidade crescente, desinteresse pelos alimentos sólidos ou líquidos;
- Circulação periférica comprometida;
- Alterações dos sinais vitais (hipotensão e bradipneia, polipneia ou apneia);
- Aparecimento de estertor (respiração ruidosa);
- Rotação dos olhos;
- Alteração do estado de consciência, frequentemente com flutuações (desorientação, agitação, dificuldades na comunicação, sintomas psico-emocionais: angústia, agitação, crises de medo ou pânico)” (p. 389 e 390).

No mesmo protocolo pode ainda ler-se a sequencia lógica dos procedimentos, como reavaliar e objectivar os sintomas presentes, identificar os problemas percebidos pelo cliente para responder às suas necessidades, contactar o médico para revisão de terapêutica e suspenda medidas inadequadas, implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas de conforto, avaliar as necessidades psicológicas da família e instituir um plano terapêutico virado para cliente e família.

Como princípios gerais de tratamento na fase agónica deve-se: simplificar tratamento, evitar induzir toxicidade ou desconforto, eliminar medicação irrelevante, manter apenas fármacos de utilidade imediata, alterar vias de administração dos fármacos se for necessário, posicionamentos com objectivo de conforto e manter cuidados orais (Gonçalves, 2011). O plano deverá assentar num dos princípios de CP, de não prolongar a agonia, bem como não abreviar a morte (Barbosa & Neto, 2010).

Na prática, conheci o Sr. J.S., um cliente com neoplasia do colón com metástases na aorta abdominal. O Sr. J.S. era um jornalista radicado em Timor durante quase duas décadas, que durante a vida toda se mostrou ausente da vida dos filhos, hoje jovens adultos. Na última fase da sua vida, já internado e apresentando deterioração do estado geral, teve a presença dos filhos mais assídua. Desconheço o que foi dito, o que ficou por dizer, o que foi compreendido nas entrelinhas, mas no juízo que fiz o Sr. J.S. possivelmente desejaria passar mais tempo com eles, talvez com arrependimento da sua ausência. Nos últimos dias de vida apresentou um quadro de agitação e angústia, com necessidade de administrar medicação SOS e de presença dos familiares por períodos mais longos.

O comportamento do Sr. J.S. era compatível com quadro de *delirium* terminal, com alterações do nível de consciência, perturbações das funções cognitivas (desorientação), perturbação do comportamento psicomotor (períodos de agitação e sonolência), alterações emocionais (ansiedade e

medo) e sintomas somáticos (sudorese). Na literatura, o *delirium* em fim de vida é bastante comum, é um síndrome definido como uma alteração da cognição que se desenvolve num curto espaço de tempo (horas a dias) com tendência a flutuações durante o dia. É um quadro mental agudo ou subagudo por disfunção orgânica cerebral difusa que afecta a cognição e a atenção, com diminuição do nível de consciência, uma actividade psicomotora anormalmente aumentada ou diminuída e uma perturbação do sono-vigília. A sua prevalência em doentes oncológicos hospitalizados é de 25%, em doentes internados em unidades de CP agudos é de 42% e em doentes em fase terminal atinge os 80%. (Gonçalves, 2011; Neto citada em Barbosa & Neto, 2010).

O seu tratamento passou por corrigir os factores predisponentes (revisão da terapêutica, controlo da dor, hidratação e oxigénio) para correcção metabólica possível, controlo de sintomas e prestar cuidados à família, que muitas vezes expressava preocupação com as alterações de comportamento do doente. Manter uma conduta de respeito, transmitir confiança e segurança, explicar os sintomas e tudo o que acontece com o doente, favorecendo sempre a comunicação entre os elementos da família devem ser os objectivos da equipa multidisciplinar (Barbosa & Neto, 2010).

Outro caso que registei foi o do Sr. G.R., um senhor italiano com neoplasia hepática metastática com agravamento da função hepática e renal, que nos últimos dias embora apresentasse períodos de sonolência cada vez mais longos, ao ser despertado nos mostrava o seu enorme sorriso. Lembro que vários conhecidos que visitavam o Sr. G. arranjavam estratégias para facilitar a ingestão de líquidos, como cortar a palhinha mais curta, e colocar-lhe chocolate em pedaços na cavidade oral. Foi-lhes explicado que o desinteresse por bebida é normal, e que a hidratação não era uma prioridade, uma vez que o desinteresse é consequência da doença e não a causa do agravamento da mesma, e que os órgãos do Sr. G. não seriam capazes de proceder a digestão das substâncias ingeridas e que o risco de engasgamento (disfagia a líquidos) era maior. Neste caso, o objectivo principal foi promover bem-estar do cliente, proporcionando, por exemplo, cuidados à boca (Neto citado em Barbosa & Neto, 2010).

Nos doentes de CP sem alteração da capacidade em deglutir existia na maioria dos casos uma dieta personalizada, uma vez que a anorexia, xerostomia, náuseas e vómitos são sintomas comuns em CP. Segundo a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2013) devem preferir-se os alimentos preferidos do cliente, em porções pequenas devido ao esvaziamento gástrico demorado, ou administrando o anti-emético cerca de trinta minutos antes (metoclopramida ou domperidona).

Outro assunto abordado com alguns familiares na fase agónica eram as alterações e flutuações do estado de consciência. Para mim foi uma aprendizagem total neste campo, verificar que nos últimos dias de vida quer o Sr. G.R., o Sr. M. ou a Dona F., apresentaram alterações da vigília cada vez mais agravadas. Ocorre entre 70 a 80% dos doentes e está relacionado com alterações metabólicas e efeitos de fármacos, agravadas consoante o estado avançado de debilidade (Barbosa & Neto, 2010).

Na experiência adquirida na UCP não assisti apenas a situações de acompanhamento de cuidados paliativos exemplares, segundo o conceito de complementaridade entre cuidados curativos e paliativos (tratamento e alívio do sofrimento) e apoio no luto, respondendo às necessidades do doente e não no seu prognóstico.

Na recta final da prática clínica conheci dois casos de doentes internados sob cuidado da medicina interna que foram transferidos para a UCCP poucas horas antes de virem a falecer. Um dos doentes, que tive oportunidade de cuidar, com neoplasia maligna do pulmão diagnosticada numa fase avançada da doença, já se encontrava no espaço físico do serviço, porém eram apenas os clínicos de medicina interna que o seguiam.

No único dia em que ficámos com o Sr. J.A. durante o turno da manhã foi o dia em que o doente foi transferido da medicina interna para CP. Ao entrar no quarto onde se encontrava, fui preparada para ver o que não são cuidados paliativos, e o que vi quando entrei foi um homem pálido, sem resposta motora ou verbal a estímulos e sem abertura ocular espontânea. Mantinha na face a máscara de Venturi, dreno torácico colocado no hemitórax à direita, apresentava edema generalizado e livores nos membros inferiores. Foi observado pela medicina interna e decidiu-se transferir o doente para CP. Nesse dia à tarde, a esposa e o filho visitaram-no, a esposa aparentava ansiedade relacionada com constatação da degradação do estado geral do Sr. J.A., e à noite o doente faleceu.

Nesse dia fui assaltada pela questão *qual a finalidade de transferir para o serviço de cuidados paliativos um doente em agonia?* As reacções dos profissionais que pude observar mostravam o desagrado pela situação, em que a equipa se viu muito limitada em termos de prestação de cuidados paliativos de qualidade, de atender e preparar convenientemente aquela família para a sua perda, de apoiar na totalidade, de ter como prioridade o conforto do doente.

Visto que a forma de ser assegurada a continuidade de cuidados numa unidade de internamento era a transmissão de informação entre os profissionais, participei activamente nas passagens de turno realizadas. Comunicando a história clínica, contexto familiar, motivo de internamento, plano de intervenção ao cliente e principais alterações durante o turno realizado. Foi um processo complexo, muito mais exigente do que a minha experiência até agora, com enquadramento familiar e multidisciplinar que exige alguma prática e que pude desenvolver durante o estágio.

Ao longo das oito semanas de estágio, participei de forma activa nos cuidados prestados junto dos clientes, a par da Orientadora ou com sua a supervisão, e realizando sempre que possível os registos relativos ao utente em questão. Relativamente a este tópico, a Enf.<sup>a</sup> J. B. fez questão de me por a pensar sobre a situação do cliente, exercitando a minha capacidade de avaliação e reflexão crítica. Podemos ter dois clientes com as mesmas patologias, mas iremos sempre encontrar dois contextos diferentes, com abordagens completamente distintas. Essa foi umas das lições que aprendi na experiência que tive na UCP.

Os *feedbacks* relativos ao decorrer e evolução do Estágio foram sendo realizados sistematicamente com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora da prática, com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora do Projecto forão realizados em menos número, pois o tempo de permanência com a Enf.<sup>a</sup> J.B. era muito maior. Nesse contexto, posso dizer que sempre que era necessário, senti confiança e segurança suficientes para discutir e esclarecer dúvidas junto da minha Enfermeira Orientadora. Com outros elementos da equipa de enfermagem, principalmente os enfermeiros com formação avançada com os quais trabalhei o sentimento de disponibilidade era semelhante.

Penso que no final do Estágio, afirmo que me tornei mais exigente em termos de cuidados prestados, principalmente por ter experimentado uma área distinta e colegas de trabalho com diferentes métodos, com os quais aprendi bastante. Ao ser exigido de mim o desenvolvimento de competências específicas, existiram inúmeros momentos de aprendizagem, em que achei que não saberia estar ao nível do que me era pedido e com os quais cresci.

#### **4) Promover a Humanização dos Cuidados.**

Humanizar significa dar a natureza humana, fazer bem, tornar mais humano. Nos cuidados de saúde é ter a pessoa que cuidamos como centro das nossas atenções e cuidá-la como ser único, não esquecendo que a pessoa é um todo, e não apenas alguém com determinada patologia (Piedade, 2009). O ser humano vai-se tornando homem porque se liga ao mundo, e mesmo em momentos de crise –

como é o caso de doença – não deixa de manter a sua dimensão relacional, social, psicológica, espiritual e física, como defende Cicely Saunders citada por Gonçalves (2011).

Como forma de promover a humanização nos cuidados do doente em fase terminal, Piedade (2009) cita Osswald quando diz que no âmbito da enfermagem cabe a cada um dos enfermeiros ser agente de humanização, em cada momento do seu agir. Embora a equipa multidisciplinar esteja sempre presente, os enfermeiros são quem mais tempo interage com os doentes e suas famílias.

Para que a humanização seja garantida nos cuidados, devemos personalizá-los e utilizar meios criativos durante a prestação dos nossos cuidados, diariamente. É sem dúvida um desafio para os enfermeiros mostrar permanentemente disponibilidade e empatia quando eles próprios são sujeitos a pressões laborais e pessoais. Segundo Piedade (2009) é necessário repensar as práticas, lembrando que nas acções de humanização deve estar presente todo o universo técnico, social, ético, educacional, psíquico e espiritual quer do enfermeiro, quer do doente.

Na minha prática clínica, confesso que não foi fácil conciliar o estágio, mantendo as minhas funções no meu serviço, a revisão bibliográfica e a elaboração dos trabalhos que me eram impostos no espaço de tempo que foi delineado. O cansaço insistia em acumular-se, bem como as exigências à minha volta. Contudo, se no início adotei uma postura menos aberta com os clientes, devido principalmente à insegurança face aos cuidados de doentes que necessitam de cuidados tão específicos, com o tempo penso que consegui colmatar essas falhas, com a individualização dos cuidados prestados.

Era importante não esquecer que *aquela* pessoa que estava a ser alvo dos nossos cuidados tinha uma família, estava inserida num contexto e que a doença era uma ínfima parte da sua vida. É comum encontrar situações em que isto tudo é esquecido, em que a parte mais importante da pessoa desde o momento que entra no Hospital é a solução para a sua doença e a procura da cura. Mas na UCCP pude constatar que tal não se verificava, existia um forte interesse em conhecer a maior parte da história da pessoa internada, uma vez que existiam casos em que o contexto familiar da pessoa era bem mais complexo do que a sua situação clínica.

Sapeta (2011) refere que na consolidação da relação entre enfermeiro e doente, vão-se criando momentos de partilha de aspectos da vida pessoal, num equilíbrio dinâmico, desviando o pensamento da doença e reencaminhando os assuntos relacionados com a Vida.

Este é outro exemplo de como a inexperiência me transmitiu insegurança, que só com o tempo fui conseguindo demover e criar um espaço em que pudesse sentir-me confortável o suficiente para me dar ao doente. Dar num sentido de não ser apenas a enfermeira que administrava a medicação para as dores, senão a Enfermeira Ana, que administrava a medicação e que conversava sobre a popular série dos anos oitenta *Allo Allo* com o Sr. J.M.. Foi com o tempo que aprendi a conciliar as duas partes e a compreender que para a relação enfermeiro-doente funcionar, necessitava de me envolver e me deixar envolver, encontrando um equilíbrio saudável e com ganhos para ambos os lados: o Sr. J.M. passou a ter mais facilidade em falar de outros assuntos para além do seu estado de saúde e eu a conhecê-lo melhor, bem como à esposa. Criou-se um ambiente favorável à expressão de sentimentos, medos e dúvidas.

A par da criação de aliança terapêutica tão necessário nesta área de cuidados, é necessário proteger sempre a intimidade do doente, pedindo sempre permissão para o despir ou visualizar algo no seu corpo, explicar os procedimentos, pedir a sua colaboração e aceitar que a pessoa negue esse acto. É importante para a manutenção da dignidade (Chochinov, 2006). A par deste respeito pela intimidade da pessoa, houve momentos em que também lhes devolvi o controlo da situação, dando a escolher – dentro das hipóteses existentes – o local da colocação do cateter subcutâneo, o lado para o qual gostariam de ficar posicionados, se queriam estar no cadeirão ou na cama, onde preferiam que fossem realizados os cuidados de higiene, entre outras.

Um dos conceitos-chave recorrente em CP é criação de estratégias promotoras de dignidade. Este conceito aparece frequentemente ligado a qualidade de vida, “aquilo que a pessoa considera como tal” e que está relacionada com “o grau de satisfação subjectiva que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade – física, psicológica, social e espiritual” (Twycross, 2003, p.19). Existem diversas escalas para avaliar a qualidade de vida, entre elas encontra-se a da OMS. Esta escala avalia a qualidade de vida recorrendo a outros temas como saúde, finanças, imagem corporal, actividade laboral, relações pessoais e local de habitação (OMS, 2004).

As estratégias promotoras de dignidade, tão proferidas pela Enf.<sup>a</sup> JB., têm origem nos trabalhos de Chochinov, psiquiatra e director da unidade de investigação da Universidade de Manitoba no Canadá. Este sugere intervenções ligadas à doença, ao eu e ao meio social, como:

- Monitorizar e controlar rigorosamente os sintomas: promover cuidados de conforto e outras medidas não farmacológicas;
- Partilhar as decisões terapêuticas com o doente e família, devolvendo o controlo de situação ao doente;
- Estimular a capacidade funcional e a autonomia, promovendo as adaptações necessárias e centrando-se naquilo que o doente ainda é capaz de fazer ao invés daquilo que já deixou de fazer;
- Mostrar interesse na pessoa, na sua história de vida, nos seus feitos, promover o reconhecimento do eu essencial apesar das mudanças;
- Ajudar a manter o orgulho próprio, autonomia e os papéis possíveis, aquilo que foi vivenciado não perde valor, é um património acumulado;
- Ajudar a viver o presente – *carpe diem*;
- Garantir fronteiras de privacidade individual;
- Questionar o doente sobre quem são as pessoas significativas para ele e incentivar para as interacções sociais possíveis;
- Incentivar os autocuidados dos cuidadores, valorizando o seu contributo e permitindo que saia da pele de cuidador e seja também alvo de cuidados para prevenir o desgaste (Neto, Aitken & Paldron, 2004).

Ao longo do Estágio pude observar estas estratégias por parte da equipa multidisciplinar e passei a pô-las em prática diariamente. Passei a incluí-las no meu dia-a-dia e espero que permaneçam como princípios para o futuro. Compreendi que para cuidar de alguém não chega por em prática as técnicas de enfermagem aprendidas na escola e tentar ser empática, é preciso mais. E aqui os CP mostram-se uma área bastante difícil e com necessidade de prática intensiva. Quem trabalha na UCCP tem um desafio contínuo: todos os dias lida com o final da vida de alguém, com familiares enlutados, com desesperança (falta de sentido da vida) e discursos negativos. Foi uma aprendizagem enorme saber o que dizer quando nos confrontam com a degradação do estado de saúde, quer sejam os familiares ou os próprios doentes.

O Sr. S., o amante de palitos *La Reine* que anteriormente apresentei foi um cliente com o qual eu senti que não possuía “estaleca” suficiente para o acompanhar. No primeiro dia, apresentava um comportamento retraído e mostrava veemente que não queria estar internado, nem naquela condição de dependência. O discurso que teve comigo no primeiro fez-se sentir como se tivesse a ser empurrada para longe, com poucas e secas palavras, sem dar azo a diálogo. Felizmente, há medida que os dias foram passando os sintomas foram estando mais controlados, a empatia foi crescendo e nos últimos dias de internamento dele acabámos por falar de assuntos relacionados com a sua profissão (greve dos

professores) e no meu último dia de Prática Clínica tirámos fotografias junto da equipa em que segurava um papel com as frases “Sou um teimoso!” e “Obrigada por tudo!”. Desta forma, promovi estratégias promotoras de dignidade personalizadas.

Outra questão relacionada com o conceito de dignidade é o sentido de vida. Neto, Aitken e Paldron (2004) citam Frankl e apresentam as três principais fontes de sentido na vida: criatividade (actividade laboral, realizações e feitos), experiências vividas (relações humanas, amor, desempenho de papéis) e atitude que se escolhe face ao sofrimento e aos problemas existenciais. A notícia de doença crónica, grave e progressiva tem um elevado impacto na vida do indivíduo e decerto que o sentido da vida é “sacudido”.

Na unidade, com o intuito de promover a humanização dos cuidados, existiam premissas importantes, como o reconhecimento positivo, a necessidade de segurança e as expectativas. As respostas eram dadas oportunamente, demonstrando atenção, interesse e empenho. O cliente devia sentir que o serviço é uma unidade em si mesma, em que os elementos adoptam a uniformização de atitudes e comportamentos.

Para um efectivo e eficaz acolhimento da família existia um protocolo no serviço, dando resposta aos seguintes pontos:

- Fornecer com exactidão e prontidão a informação necessária para que estes se sintam integrados na nova realidade de internamento;
- Fornecer informação tendo em conta a personalidade, nível de instrução, atitudes e expectativas de cada cliente/família, relativos a horários, formalidades e locais de acolhimento de familiares;
- A primeira impressão do doente e familiares é fundamental, é por isso importante a expressão facial, a voz, gestos, vocabulário, aparência e postura dos profissionais de saúde que comunicam com o cliente e família.

Ao chegar ao piso, o cliente e família eram admitidos pela Administrativa do piso, e depois do internamento era altura do Enfermeiro intervir, identificando-se (nome e categoria profissional), chamando o cliente por nome e título se for da sua preferência, explicando o funcionamento dos equipamentos presentes no quarto, informar o cliente e família das rotinas do serviço, por fim mostrar-se disponível para responder a dúvidas. O facto de exercer funções no mesmo hospital tornou este aspecto do acolhimento mais fácil.

Durante o internamento, a atenção ao cliente e respectiva família era uma constante. Em termos de cuidados, era exigido que cada profissional executasse as suas funções o melhor que soubesse, com o objectivo de garantir a qualidade de vida do doente. Não avaliávamos apenas sinais vitais e necessidades humanas básicas, disponibilizávamos acima de tudo a nossa atenção para além disso, para que o doente soubesse que era foco do nosso interesse.

Enric Benito, médico oncologista de Palma de Maiorca e nosso professor no Mestrado referiu como maiores medos dos doentes três dimensões: sofrimento físico, perda de autonomia e despersonalização. Chegados a um hospital, é muito fácil uma família sentir que é apenas *mais uma*, pela forma como são tratados pelos profissionais da mesma forma. Para colmatar isso, há que saber diferenciar cada família, fazê-la sentir única.

Através da minha experiência como Enfermeira aprendi um *método* para diferenciar os clientes, que começa por perguntar de onde são. Muitas vezes a presença de sotaque incrimina-os e leva-me a questionar sobre a sua localidade, da sua origem e muitas vezes a partir daí segue-se muito mais assunto: dos sítios onde foram, onde viveram, onde vivem os filhos e que profissão têm, entre muitos



outros. Tenho a percepção que desta forma ficam a sentir que eu sei quem eles são e não apenas o seu diagnóstico, a terapêutica que tenho de administrar ou os tratamentos a que vão ser sujeitos.

Este pode ser o início de uma aliança terapêutica, a par da relação de ajuda que estabelecemos com o doente. Os princípios que devem ser seguidos pelos profissionais são: ser atencioso, ser honesto, não ser condescendente, escutar, explicar, acordar prioridades e objectivos, discutir opções de tratamento e aceitar a recusa do mesmo (Twycross, 2003).

### **5) Desenvolver o pensamento crítico e reflexivo sobre os cuidados prestados.**

O sentido crítico e reflexivo tem enorme peso numa prática clínica, e deve ser presença permanente em qualquer pessoa que quer aprender mais e fazer melhor. Potter e Perry (2003) ao citar vários autores chegaram à definição que pensamento crítico é o processo cognitivo, activo, organizado, utilizado na análise, cuidada, do nosso raciocínio e do raciocínio dos outros. Os aspectos importantes neste domínio são a reflexão, a linguagem e a intuição.

A reflexão é a recordação de uma situação para descobrir o objectivo ou significado da mesma, requer por isso conhecimentos adequados e neste caso em particular, permite-me realizar um juízo sobre a minha performance pessoal e profissional, ao mesmo tempo que ajuda a tirar partido da experiência adquirida. Já a capacidade de usar a linguagem está intimamente ligada à capacidade de raciocínio coerente e lúcido. É exigido no pensamento crítico que a linguagem seja clara para quem a vai receber, desde os doentes até aos profissionais com quem trabalhamos (Potter & Perry, 2003).

Os mesmos autores referem que o último aspecto determinante para o pensamento crítico é a intuição, e esta penso que seja a minha maior lacuna durante o estágio. Esta aumenta à mesma proporção da experiência clínica e é guiada pela sensação interior de que algo não está bem, fundamentada posteriormente com mais informação (Potter & Perry, 2003). O prognóstico e o tempo de vida restante dos doentes é um exemplo da minha falta de intuição e foi interessante perceber isso através da Enf.<sup>a</sup> J.B., que tem sete anos de experiência na área. Embora a patologia fosse conhecida, o tempo de vida do doente era sempre diferente e muito variável.

Segundo a mesma fonte, as atitudes a reter para um pensamento crítico mais completo são: confiança, pensar de forma independente, imparcialidade, responsabilidade e responsabilização, assumir os riscos, disciplina, perseverança, criatividade, curiosidade, integridade e humildade. Penso que, com base nestas atitudes definidas por Paul (1993) citadas em Potter e Perry (2003), posso afirmar que o meu pensamento crítico durante a prática clínica foi efectivo.

Durante as semanas de prática clínica sempre foi possível, sem qualquer receio, expor dúvidas, tecer comentários acerca de atitudes encontradas no doente, família e cuidadores que me fizessem pensar no sucedido.

De forma a encontrar explicação para muitas das intervenções realizadas anteriormente à minha chegada ao serviço ou nos turnos em que eu não me encontrava presente, consultei as notas clínicas e de enfermagem disponíveis nos processos dos clientes, no sistema informático.

Nos casos em que a Enf.<sup>a</sup> J.B. me questionava acerca de algo e eu não soubesse dar resposta a essa questão, confesso que vontade de saber responder era maior e ia procurar, revendo nos livros de CP e pesquisar nos artigos que fui acumulando ao longo destes dois anos.

## 6) Desenvolver competências sobre técnicas de comunicação e relação de ajuda.

Se a comunicação em si já é de extrema importância na área da saúde, na área de CP torna-se uma ferramenta de utilidade extrema. É um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia, realizando-se através de canais sensorio-perceptuais: acústicos, visuais, olfactivos, tácteis e térmicos, não se limitando apenas à palavra. Comunicação não deve por isso ser confundida com informação, que se refere a uma parte da comunicação (Barbosa & Neto, 2010).

Comunicar tem como objectivos informar, orientar e apoiar o doente e a respectiva família. A SECPAL (2013) define que comunicar é transmitir a outra pessoa algo que se tem: informação, sentimentos, pensamentos ou ideias, defendendo que “o que não se tem não se pode transmitir”. Comunica-se mais eficazmente ao ouvir-se o outro (escuta activa), ao criar empatia, evitar o paternalismo, avaliar o grau de informação, evitar demasiada informação e emoção excessiva.

Em CP o dilema principal é o de informar o cliente de toda a verdade relativa a: diagnóstico e prognóstico, história natural da doença, controlo de sintomas, complicações da terapêutica, esperança e expectativas do tratamento, planificação para o futuro, manobras de ressuscitação e pedidos no fim de vida. São assuntos difíceis de abordar e para isso é necessário conhecer os meios mais eficazes de transmissão de más notícias - as que mudam invariavelmente a ideia que a pessoa tem da sua vida futura (Barbosa e Neto, 2010).

Tal como qualquer acto médico, dar más notícias requer uma estratégia para ser alcançada da melhor forma. Para isso, adopta-se na maioria dos casos o Protocolo Buckman presente como Anexo X no presente relatório. Existem capacidades que requerem treino adequado, presentes no artigo de Back *et al* (2005) são: a técnica *ask-tell-ask*, o pedir que o doente diga ao profissional mais do que sabe sobre a sua doença e o que sente, e responder à emoção do doente segundo a mnemónica NURSE – *Naming, Understanding, Respecting, Supporting e Exploring*. Servem para o cliente se sentir compreendido, validando e respeitando as suas emoções, mostrar disponibilidade e suporte do profissional de saúde durante a fase mais difícil da sua vida.

Aspectos não-verbais como a expressão facial, o contacto com os olhos, a postura, o tom e vivacidade da voz e o toque são essenciais e necessitam de treino adequado (Twycross, 2003).

A minha apresentação como enfermeira e aluna de mestrado aos familiares, cuidadores e/ou visitas que se encontravam no quarto junto dos clientes, apresentando uma postura de abertura face aos esclarecimento de dúvidas e apoio permanente ajudava ao processo de relação terapêutica.

Tive a oportunidade de realizar breves pontos de situação com familiares junto da Enf.<sup>a</sup> J.B. e comuniquei a situação de um cliente em fase pré-agónica ao seu filho, utilizando como referência os princípios do método de Buckman (Anexo X): percebi o que conhecia da situação do pai, devolvi a questão sobre como via a evolução do seu estado, mostrei disponibilidade e apoio incondicional da Equipa ao pai, permanentemente.

Rogers (1958), um psicólogo americano, define a relação de ajuda que se cria entre as pessoas a relação “em que pelo menos uma das partes pretende promover o crescimento, desenvolvimento, maturidade, melhorar o funcionamento e o *coping* do outro” (p. 1). É o tipo de relação que se cria entre um pai e um filho, mas também entre um professor e o aluno, entre o médico e o doente e tende a capacitar um ou ambos os intervenientes na relação.

As dez características essenciais à relação de ajuda são, segundo Rogers citado por Sapeta (2011): autenticidade, consistência, capacidade de estabelecer relações positivas, convicção, respeito pela autonomia, empatia, aceitação, segurança, sem julgamentos ver o outro como um ser em desenvolvimento.

Lazure (1994) defende que os enfermeiros devem saber que a assistência em saúde, *ajudar*, é assistir o cliente, orientá-lo e facultar-lhe as etapas do processo de decisão. Partir do princípio que o cliente é o único detentor dos recursos para resolver a sua situação, não o substituindo nem tomando decisões por ele. Escuta-o e fornece-lhe condições para que este consiga satisfazer as suas necessidades básicas. Estabelecer relação de ajuda é uma capacidade que se adquire com a prática.

A relação de ajuda é particularmente significativa, deseja-se que se crie um clima, em que a pessoa que necessita ser ajudada reencontre a sua coragem, se torne autónoma e evolua para um melhor bem-estar físico ou psicológico (Simões, Fonseca & Belo, 2004). Os mesmos autores citam Egan (1992) para identificar as fases da relação de ajuda: exploração e clarificação do problema, desenvolvimento de novas perspectivas, definição de metas a atingir e acção condutora em direcção a essas metas.

Na minha prática clínica, existiram alguns momentos de partilha, e penso que a imaturidade me deu aquilo que alguns profissionais mais experientes tendem a perder: a noção que ainda tenho tanto para aprender. Por muito que soubesse e que tenha aprendido no estágio, durante a minha prática sempre me propus a ajudar não como alguém que sabe mais do que o outro, mas alguém que quer aprender com o outro. E penso que nesse contexto, a minha relação de ajuda com os doentes foi sempre enriquecedora para ambas as partes.

## **7) Desenvolver competência no luto e apoio à família.**

No processo de luto são incluídos dois componentes principais: a perda e a reacção característica. A primeira pode ser real ou simbólica, dependendo se o que é perdido é fisicamente visível, como uma pessoa, animal ou objecto, ou se por outro lado é um ideal, uma expectativa ou uma potencialidade. A reacção característica processa-se por fases distintas, como: 1) choque/negação, 2) desorganização/desespero e 3) reorganização/recuperação (Barbosa & Neto, 2010).

As perdas associadas à doença terminal podem ser de índole emocional, psicológica, intelectual, física, social e espiritual (Barbosa & Neto, 2010). Ao longo do estágio conheci um doente que apresentava diminuição de força nos membros inferiores e incontinência fecal devido a neoplasia com origem gástrica e metastizada na coluna lombar. Apesar da sua perda física, conheci o Prof. S. numa fase em que o luto da sua perda funcional já tinha sido realizado, apenas mantinha uma certa postura demandante no que dizia respeito à toma da medicação, que era algo que gostava de ter sob controlo.

Com este cliente criou-se um mal-estar inicial pela sua forma de falar, negativa e hostil. Aos poucos fui sabendo que ele tinha sido Professor primário num país africano e antiga colónia portuguesa, e que a maneira quase agressiva de falar poderia ser *feitio*, e não um *defeito*. À medida que o tempo foi passando, com a relação terapêutica criada, fui compreendendo que era importante para ele ter o controlo de pequenas coisas: a elevação da cabeceira da cama articulada, a posição para comer e as horas das refeições, por exemplo. Da minha parte, como ele era diabético com necessidade de administração de insulina (quem lhe tirasse o pacote de palitos *la Reine* da mesinha de cabeira, tirar-lhe-ia tudo), dava-lhe a escolher o local de administração da insulina SC, ou o local da heparina de baixo peso molecular, ou o local de colocação de acesso subcutâneo, quando realizou hipodermoclise. Devolver o controlo como estratégia promotora de dignidade, como aprendi com a Enf.<sup>a</sup> J.B. tendo como referência o Pai do Modelo da Dignidade, Harvey Chochinov.

Relativamente ao luto, existe um protocolo do serviço, mais uma vez um protocolo realizado por elementos da equipa multidisciplinar, que identifica os princípios orientadores no apoio do luto, como:

- Compreender o processo de luto normal;
- Reconhecer que os cuidados prestados na doença terminal e no luto são influenciados pela história pessoal de cada profissional;
- Providenciar apoio e orientação para os recursos necessários no processo de luto;
- Preparar o luto antes mesmo de ocorrer a morte do cliente;
- Saber antecipar e identificar um luto complicado (que pode passar a patológico), de modo a poder referenciá-lo;
- Reconhecer a importância dos rituais inerentes a casa credo religioso e distintas características culturais;
- Compreender as necessidades específicas dos enlutados;
- Não esperar reacções idênticas, já que cada uma das pessoas poderá expressar a perda de forma diferente;
- Não comparar perdas;
- Programar contactos e/ou visitas em datas-chave.

No decorrer da prática clínica, não assisti a nenhum falecimento de doente, apenas observei doentes em fase agónica, acompanhados ao longo de algum tempo no serviço - à excepção de dois casos que falarei mais adiante.

Durante o internamento, era colocado em prática o que define o protocolo: estimulava-se a verbalização das perdas, escutava-se o cliente e família, mostrava-se disponibilidade, facilitava-se a verbalização de sentimentos, validava-se os esforços do cliente e família e promovia-se a reestruturação familiar.

Em doentes que estão em agonia - assisti a quatro casos bem distintos - os familiares mesmo que estivessem preparados para o acontecimento da morte, mostravam receio pelo sofrimento do doente. Nesses momentos eram escutados, resolvidas dúvidas relativas às alterações respiratórias normais no processo de morte, nas alterações de consciência e na inevitabilidade do processo natural de fim de vida.

Dos familiares enlutados pelo falecimento do cliente internado, não tive oportunidade de interagir, uma vez que no momento do conhecimento da morte nunca estive presente. Uma importante intervenção realizada na UCP é o apoio no luto, principalmente na prevenção de lutos complicados, como o caso de uma perda inesperada e em familiares com personalidade mais dependente do doente, por exemplo casos de esposas cujos cuidados prestados e atenções durante anos são exclusivamente para os maridos (Barbosa & Neto, 2010). Previnem-se lutos complicados ao informar e apoiar de forma congruente os familiares ao longo de todo o processo, pelos diferentes elementos da equipa de saúde.

Ao serem prestados cuidados no meio hospitalar, os profissionais de saúde devem promover o acompanhamento do doente pela família, alargando o tempo de visitas. Cuidar da família do doente terminal passa, sobretudo, por saber ouvir, mostrar disponibilidade e compreensão. (Barbosa & Neto, 2010). No Hospital, o período de visitas era definido das dez da manhã até às dez da noite. Nos quartos individuais de CP, a presença de um acompanhante durante o período noturno era possível. Prestação de cuidados pelas famílias ao doente era promovido, nos cuidados de higiene e conforto, na alimentação, nas transferências e nos posicionamentos.

Por vezes, pude observar que a presença de um familiar a tempo inteiro com o doente no meio hospitalar pode ser esgotante do ponto de vista psicológico, principalmente nos casos em que a pessoa internada tem um agravamento do estado geral de dia para dia. Um familiar acompanhar sozinho (no quarto) a agonia do seu familiar, deve ser uma escolha muito pessoal e particularmente difícil.

Quando os familiares se encontravam no serviço era sempre um bom momento para ponto de situação ou conferência familiar. No *ponto de situação* discutia-se de uma forma breve e individual as alterações ou actualizava-se a informação relativa ao estado de saúde do doente, junto do familiar. Desde o resultado de um exame complementar de diagnóstico a um evidente declínio no estado geral do doente, o ponto de situação era um bom momento para falar com a família caso não tenha existido oportunidade para planear a conferência familiar.

Nos turnos que realizei pude assistir a vários pontos de situação, quer com a Enf.<sup>a</sup> orientadora, quer com os médicos assistentes. Existia uma grande disponibilidade para falar com a família. Um dos momentos chamados à atenção pela Enf.<sup>a</sup> J.B. era a forma como os familiares e cuidadores dos clientes nos abordavam sistematicamente sobre a situação do cliente. Embora a situação clínica se mantivesse, muitos familiares precisavam de ouvir uma e outra vez que tudo estava a decorrer dentro do *normal*, do esperado. Este facto remete para a incapacidade que nós na generalidade temos em relação à capacidade de aceitar a morte como processo natural e lento. Somos seres mortais que não estão formatados para assistir à morte.

Já a conferência familiar é uma forma mais estruturada de intervenção na família, que pode ser utilizada nos seguintes casos:

- Clarificar os objetivos dos cuidados: interpretar novos sintomas, explicar opções de terapêutica, explorar expectativas e esperanças;
- Reforçar a resolução de problemas: detectar necessidades não satisfeitas, explorar dificuldades na comunicação;
- Prestar apoio e aconselhamento: validar esforços da família, convidar a expressão de sentimentos.

Os casos em que existe um agravamento do quadro clínico, proximidade da morte ou entrada em agonia, família demandantes ou agressivas, famílias com necessidades especiais (lutos repetidos, filhos menores), existência de conflitos intra-familiares e entre a equipa multidisciplinar e a família (Neto, 2003).

Pessoalmente, tive o privilégio de assistir à Conferência Familiar da cliente a quem realizei a entrevista inicial (14 de Maio de 2013). As pessoas presentes eram a doente, os dois filhos mais velhos, o marido, uma prima da doente, a médica assistente, eu e a Enf.<sup>a</sup> J.B.. Essa conferência ocorreu no quarto com a doente presente, numa situação que explico melhor no Apêndice V. Neste caso, o objetivo da conferência era explorar expectativas tendo em conta o contexto de agravamento clínico da doente.

Como elemento presente mas pouco participante da conferência, observei-a com atenção. Enquanto a Dra. R. explicava a situação clínica, o marido questionava sobre a possibilidade de realizar mais exames de diagnóstico, que foi explicado que traria mais dor e sofrimento do que benefício final da Dona I. Criou-se um ambiente de compreensão com a equipa multidisciplinar, mas com a família a pedir mais razões científicas de que o carcinoma estava controlado e que ainda havia mais a fazer. Existiu um momento em que a Dra. R. confrontou com a possibilidade de morte da Dona I. a qualquer momento, ao que o marido e filhos responderam que sim, sabiam ser possível.

A conferência familiar foi registada detalhadamente informaticamente no processo do doente, num separador próprio para o efeito e em notas do registo clínico, e disponível a toda a equipa multidisciplinar.

Uma das principais preocupações enquanto Enfermeira num serviço de CP era transmitir à família os aspectos principais dos CP, como afirmar a vida e aceitar a morte como processo natural, sem a provocar ou atrasar e que tudo estávamos a fazer para que o doente estivesse o mais confortável, evitando medidas agressivas. Apoiá-los ao máximo para que compreendessem a situação e que os nossos cuidados eram principalmente direccionados para as necessidades do doente e não segundo o diagnóstico e prognóstico, em qualquer fase da doença (Barbosa & Neto, 2010).

Existiam vários tipos de alta dos clientes na UCP: alta para domicílio, transferência para outra instituição de saúde e morte. No caso de alta para domicílio, era entregue aos principais cuidadores um cartão com o número de telefone da unidade e a garantia de disponibilidade vinte e quatro horas por dia para atender telefonemas de familiares e/ou cuidadores com questões relativas terapêutica, feridas, entre outras. Após a morte do doente na UCP, existia uma preocupação pela família por parte da equipa, enviando uma Carta de Luto cerca de duas semanas a um mês após o falecimento do doente, baseada num texto de Gómez-Sancho, a qual não cheguei conhecer.

### **8) Aprofundar conhecimentos sobre a importância da Auto-Imagem dos doentes internados.**

Com o objectivo de me focar sobre a importância da auto-imagem no contexto de CP, realizei uma pesquisa bibliográfica intensa sobre este tema, que apresento sob a forma de Apêndice (Apêndice VII).

Ao observar os clientes admitidos no serviço, com alterações visíveis da imagem corporal, fiquei com a sensação que esta é uma dimensão já resolvida ou passada para outro plano de prioridades. Revendo a literatura que aborda este assunto, compreendia que os doentes que conhecem o seu diagnóstico há vários anos, as suas prioridades no momento eram principalmente a presença da família e o seu bem-estar físico.

Na UCCP compreendi que a qualidade de vida dos doentes passava por coisas mais significativas, como a presença da família, a ausência de dor e desconforto físico.

A formação contínua era fundamental para a optimização dos cuidados e existia a promoção de formação interna dos Enfermeiros com formação avançada na área de CP para os Enfermeiros com formação básica, como a Tarde Formativa em que participei e que referi anteriormente, no tópico 2) *Integrar a Equipa Multidisciplinar*.

Segundo D'Espiney (2003), a necessidade formar os profissionais de forma contínua tem como objectivo fazê-los repensar o seu processo de trabalho bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão. A formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem). Acima de tudo deve existir por parte do formando um saber-transformar, ou seja, uma interacção entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho. A interacção destes saberes com a evolução social, a actualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho, podem levar ao desenvolvimento de competências (Dias, 2004).

É um facto interessante, que previamente havia experimentado no meu serviço de origem: as sessões de formação em serviço promovem o desenvolvimento de competências na área de todos os elementos, aborda temas com a finalidade de sensibilizar para o mesmo e permite que cada elemento reflecta sobre o tema.

O que aconteceu foi que no final da tarde formativa todos os elementos participaram na discussão sobre tratamentos agressivos e manobras invasivas ao doente paliativo. As opiniões foram diversas, mas o importante foi existir um espaço para se discutir o assunto e estar de acordo quanto à premissa que todos trabalhamos em conjunto para ajudar o doente.





### 3. Área Temática: a Auto-Imagem em Cuidados Paliativos

Na fase de definição do Projecto de Prática Clínica, vários temas foram alvo do meu interesse: cuidados paliativos neonatais ou pediátricos, consulta externa, equipas domiciliárias e feridas malignas. Porém, a experiência do serviço de Obstetrícia e Ginecologia, em especial os casos de neoplasia da mama, sensibilizou-me para o tema da auto-imagem. Ao cuidar de mulheres que são confrontadas com a doença e com a perda ou alteração de parte de si fisicamente, fez crescer em mim uma série de dúvidas e uma certa *coragem de pioneira* para estudar melhor esta dimensão que é comum a todos nós.

Na minha curta experiência como Enfermeira a trabalhar há um ano no serviço de Obstetrícia e Ginecologia, deparo-me diariamente com clientes na fase de puerpério que passam por uma fase de adaptação à sua forma física pós-parto e com utentes em processo de luto devido à perda de um órgão fisicamente visível, ao confronto com a situação de doença, e invariavelmente com a sua própria morte.

A mulher com diagnóstico de neoplasia da mama passa por momentos de medo, ansiedade, frustração, angústia e insegurança quanto ao futuro desde o momento de diagnóstico. A neoplasia da mama influencia negativamente a percepção da sexualidade e da auto-imagem da mulher, mais do que qualquer outro tipo de neoplasia, pela importância da mama no contexto de representante exterior de sexualidade (Vianna, 2004).

Pereira (2002) apresenta como primeiro estadio da doença oncológica o pré-diagnóstico, da incerteza ansiosa que pode levar a medo, ansiedade e alterações do sono. Para fomentar a aceitação do diagnóstico é importante a comunicação, a promoção de coesão, suporte e comunicação mais aberta e eficaz. Possuir um suporte emocional de base é sem dúvida um factor protector para estes doentes.

Em CP encontramos utentes cujas alterações físicas podem ser um factor perturbador e de grande impacto na sua qualidade de vida, como neoplasias que alteram a imagem corporal (cabeça e pescoço, da mama), esclerose lateral amiotrófica, anorexia e caquexia, ostomias (cólon, íleo, ureteres), e todas as patologias que levam invariavelmente à perda de bem estar pessoal do doente, a par da perda de autonomia do utente em situação terminal.

Moos & Schaefer citados por Odgen (2000) afirmam que a doença física pode ser considerada uma crise, pois cria um ponto de viragem no indivíduo. Esta crise leva a mudanças de identidade, na localização, no papel e apoio social, e no futuro. Os mesmos autores afirmam que existem tarefas adaptativas após a cognição de doença, como preservar o equilíbrio emocional razoável, preservar a auto-imagem satisfatória e manter o sentimento de competência, manter relações com a família e amigos, e preparar-se para um futuro incerto.

Factores de *stress* provocados pela doença podem alterar a qualidade de vida do doente, que segundo a OMS é um conceito alargado que é afetado pela “saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais da pessoa e a relação com as características do meio” (Odgen, 2000, p. 389). A mesma fonte cita Fallowfield, que definiu em 1990 as quatro principais dimensões da qualidade de vida: psicológica (humor, sofrimento emocional, adaptação à doença), social

(relacionamentos, actividades sociais e de lazer), ocupacional (trabalho) e física (mobilidade, dor, sono e apetite).

Pereira e Lopes (2002) citam Stedeford (1986) ao apresentar como sintomatologia depressiva do doente terminal a diminuição de auto-estima, sentimento de inutilidade, tristeza, apatia, desesperança e sentimentos de culpa, que levam muitas vezes ao isolamento. O doente ao sentir que não tem valor poderá verbalizar sentimentos negativos sobre si, logo deverão ser reforçados os cuidados com o auto-conceito, a imagem e a valorização pessoal, bem como reflectir o sentido da sua vida, estabelecer objectivos adequados às suas limitações físicas, motivar e reforçar o doente para realizar pequenas actividades gratificantes.

A doença em si é geralmente considerada uma situação ameaçadora e limitante, gera ansiedade e exige esforço (Pinto & Spiri, 2008). Durante a sua evolução, o indivíduo atravessa por várias reacções: 1) Choque/Negação (Evitamento), 2) Desorganização/Desespero (Consciencialização) e 3) Reorganização /Recuperação (Restabelecimento). Ao longo deste processo, o doente terminal tem de se adaptar a várias situações: a confrontação com a própria morte, a alteração de papéis familiares e sociais e perdas sucessivas. Perdas de índole emocional e psicológica, física, social, espiritual e cognitiva. No grupo das perdas emocionais e psicológicas insere-se a auto-regulação emocional, a auto-imagem, a esperança, a privacidade e liberdade, e a importância dos papéis sociais (Barbosa & Neto, 2010).

Foi neste contexto que decidi voltar a minha atenção para a importância da auto-imagem no contexto dos CP, em que a alteração da imagem corporal e a alteração da sua perspectiva de vida podem sem dúvida perturbar o bem estar do doente.

### 3.1. A imagem corporal

A imagem corporal do ser humano é a imagem do nosso próprio corpo que se forma na nossa mente. É um fenómeno social, um processo dinâmico que se desenvolve ao longo do ciclo de vida, que influencia as reacções dos outros e afectam emoções, percepções e atitudes (Schilder, 1950; Lubdkin, 1995).

Neto (citada em Barbosa & Neto, 2010), recorre a diferentes autores para apresentar as principais fontes de sofrimento para os doentes terminais:

- Perda de autonomia;
- Sintomas mal controlados;
- Alterações da imagem corporal;
- Perda do sentido da vida;
- Perda da dignidade;
- Perda de papéis sociais e estatuto;
- Perda de regalias económicas;
- Alterações nas relações interpessoais;
- Modificação de expectativa e planos futuros;

- Abandono.

Para os doentes oncológicos, é considerado um dos problemas de cariz social e um componente importante na avaliação da sua qualidade de vida (Wright et al, 2002; Hopwood, Fletcher & Ghazal, 2000; Addington-Hall & Kalra, 2001).

Potter e Perry (2006) colocam a imagem corporal como componente do autoconceito, a par da auto-estima, papéis e identidade pessoal. Refere que cada uma delas se desenvolve a partir do nascimento e reflecte as transformações que ocorrem durante a vida.

Inserido no autoconceito, Lubdkin (1995) apresenta como influências da imagem corporal:

- Limites Corporais: as mulheres têm os limites corporais melhor estabelecidos do que os homens, são mais identificadas pela sua aparência e função devido à importância colocada nos seus atributos físicos (seios, pernas, face, cabelo);

- Cultura: diferencia o à vontade com que se expõe o corpo aos outros, em que se evidenciam as formas do corpo;

- Internas e Externas: doenças incapacitantes que não são observadas (artrite reumatóide) e a questão das mulheres serem mais críticas em relação ao seu corpo, mas reagirem melhor às alterações;

- Interação com os outros: o principal instrumento da relação da imagem corporal são os nossos olhos e os olhos dos outros, que proporcionam a primeira oportunidade de estabelecer uma relação social com o outro (Schilder, 1950);

- Cronicidade e imagem corporal: alterações externas, limitações funcionais, doença subida ou progressiva, influencia outros aspectos do *self*: auto conceito, auto estima, identidade e comportamento.

Os factores que influenciam a capacidade da pessoa se adaptar à alteração corporal sofrida são a idade, o género, os mecanismos de coping e as experiências anteriores (Lubdkin, 1995). Periyakoil (2010) insere a auto imagem na dignidade instrínseca, quando o sujeito apresenta auto-estima, quando é capaz de exercer autonomia e se o seu sentido de esperança e significado é preservado.

Os enfermeiros, como profissionais mais presentes na vida do doente internado têm um peso importante na sua percepção de imagem corporal e subsequente auto-imagem interna e externa. Como intervenções relacionadas com a imagem corporal dos doentes com patologias crónicas, Lubkin (1995) sugere:

- Comunicação: proporciona a oportunidade de falar, escuta activa, ouvir cliente e família;
- Toque terapêutico: ajuda o cliente a sentir-se mais aceite, apesar das mudanças corporais;
- Emoções positivas: são uma mais-valia a expressão do humor, riso, esperança, fé e amor no processo de adaptação à nova imagem corporal;
- Grupos de auto-ajuda: é importante para o doente partilhar experiências com pessoas que estejam a passar pela mesma situação;
- Auto-Cuidado: o cliente sente-se valorizado;
- Ensinar meios de se sentir bem consigo mesmo.

Um estudo australiano apurou que as mulheres com neoplasia da mama consideravam fraco o apoio dos profissionais de saúde no que dizia respeito à imagem corporal e sexualidade. Entre as várias razões, sentiam que a equipa estava *demasiado ocupada* com as questões médicas e que não considerava a imagem corporal e a sexualidade como dimensões significativas para os doentes e respectivos companheiros. A falta de tempo, falta de intimidade durante as consultas e a falta de competências para dar resposta a questões sobre este tema foram apontados como os principais problemas (National Breast Cancer Centre, 2004, p. 50).

A NANDA (2013) coloca na Classe 3 do Domínio 6 a Imagem Corporal, sendo que o Distúrbio na Imagem Corporal aparece como único diagnóstico com a definição confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa. Como características definidoras, apresentam:

- “Comportamentos de evitar o próprio corpo;
- Comportamentos de monitorar o próprio corpo;
- Comportamentos de reconhecer o próprio corpo;
- Resposta não-verbal a mudanças percebidas no corpo (aparência, estrutura ou função);
- Resposta não-verbal a mudanças reais no corpo (aparência, estrutura ou função);
- Verbalização de percepções que reflectem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função;
- Verbalização de sentimentos que reflectem uma visão alterada do próprio corpo (aparência, estrutura ou função)” (p. 219-220).

Dentro deste grupo de características existem dois subgrupos, as objectivas são:

- Comportamentos de monitorar e reconhecer o próprio corpo;
- Esconder de forma intencional ou não parte do corpo;
- Expor demasiado e de forma intencional ou não parte do corpo;
- Extensão dos limites do corpo para incorporar objectos do ambiente;
- Mudança no envolvimento social;
- Mudança real na estrutura;
- Mudança real na função;
- Não olhar para uma parte do corpo;
- Não tocar em partes do corpo;
- Perda de parte do corpo;
- Trauma em parte não funcional.

As características subjectivas são:

- Despersonalização de uma parte através de pronomes impessoais;
- Despersonalização de uma perda através de pronomes impessoais;
- Ênfase nos pontos positivos que permaneceram;

- Foco na aparência do passado;
- Foco na função do passado;
- Medo na reacção dos outros;
- Personalização de uma parte através de um nome;
- Personalização de uma perda através de um nome;
- Preocupação com a perda;
- Preocupação com mudança;
- Realizações aumentadas;
- Recusa em verificar mudança real;
- Sentimentos negativos em relação ao corpo (sentimentos de desamparo, desesperança ou impotência);
- Verbalização de mudança no estilo de vida.

Relacionado com a Perturbação da Imagem Corporal, Doenges & Moorhouse (1991) identificaram os resultados esperados após a integração da nova imagem corporal por parte do doente:

- Aceitação da doença evolutiva;
- Adaptação do doente à nova imagem;
- Compreensão das alterações corporais;
- Integrar correctamente as alterações, sem diminuir ou perder o seu conceito e auto-estima;
- Continuar activamente o seu crescimento pessoal;
- Reconhecer que é responsável por si mesmo.

Doenges & Moorhouse (1991) sugerem várias intervenções de enfermagem, não especificamente para doentes terminais, como:

1. Avaliar os factores etiológicos:

- Conhecer a doença;
- Procurar comportamento que sugira má relação com o corpo;
- Observar efeitos físicos e mentais;
- Notar crises de dor aguda e crónica.

2. Ajudar o paciente e a família a aceitar e regularizar os problemas de auto-conceito e auto-imagem:

- Adoptar atitude compreensiva;
- Criar clima de confiança;
- Avaliar com paciente as repercussões da doença na sua situação actual e de acordo com o seu estado;
- Incitar o paciente e o seu familiar de referência a comunicar os seus sentimentos;

- Aceitar a dependência, o luto e a hostilidade do paciente;
- Procurar soluções personalizadas e evitar estereótipos;
- Mostrar disponibilidade em escutar o doente e em responder às suas questões;
- Discutir abertamente com o doente as mudanças da aparência e os meios de adaptação;
- Incentivar o doente a tocar e olhar a parte do corpo alterada;
- Aceitar a recusa do cliente em cuidar, tocar e olhar zona afectada;
- Propor ao paciente roupas e meios que dissimulem as alterações corporais e melhorem a sua aparência;
- Incentivar a família a participar nos cuidados ao doente, tornando-os autónomos;
- Discutir possibilidades de manutenção (fisioterapia).

### 3. Promover educação para o melhor bem-estar do doente:

- Iniciar aconselhamento assim que possível;
- Incentivar o doente a aceitar o tratamento, assimilando-o com a sua vida quotidiana;
- Incentivar autonomia dentro das possibilidades;
- Reforçar positivamente o doente.

Apesar destas intervenções não abordarem apenas doentes de CP, esta foi a fonte com maior número de intervenções mais específicas sobre como actuar em casos de alteração da imagem corporal do doente.

Os tratamentos podem alterar a imagem corporal do indivíduo doente, o que leva à possível ruptura da pessoa com o seu corpo e como isso interage com o desafio de enfrentar a morte, que é a ameaça final à integridade corporal (Newell, 2002). O mesmo autor lamenta que não haja mais investigação relativa a este tema.

Para a avaliação da imagem corporal existe a Escala de Imagem Corporal de Hopwood (2000), cuja versão portuguesa esteve a cargo de Moreira & Canavarro (2007). Este questionário tem a particularidade de ser específico para doentes oncológicos, onde são colocadas dez questões ao doente sobre a forma como se tem sentido na última semana:

- 1) Tem-se sentido constrangido(a) ou inibido(a) com a sua aparência?
- 2) Sentiu-se menos atraente fisicamente devido `doença ou tratamento?
- 3) Tem-se sentido insatisfeito(a) com a sua aparência quando está vestido(a)?
- 4) Tem-se sentido menos masculino/feminina por causa da doença ou do tratamento?
- 5) Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nu(a)?
- 6) Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?
- 7) Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?
- 8) Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo menos completo?

9) Sentiu-se insatisfeito com o seu corpo?

10) Tem-se sentido insatisfeito(a) com a aparência da sua cicatriz? (se aplicável)

A imagem corporal envolve as experiências e atitudes relacionadas com o corpo, incluindo a aparência, as percepções sobre a masculinidade e feminilidade, as aptidões físicas e as capacidades e é marcadamente influenciada pelas normas socioculturais, o que cada pessoa considera ser aceitável. Se o corpo da pessoa se desvia das normas, a imagem corporal pode ser alterada, logo o auto-conceito será alterado também. Doente com ostomia, que tenham sofrido um acidente vascular cerebral, submetidos a mastectomia, com esclerose múltipla são doentes cuja imagem corporal se encontra fortemente alterada, e por isso mais susceptíveis de ter alterações na sua auto-imagem (Potter & Perry, 2003).

### 3.1.1. A Auto-imagem

Barbosa & Neto (2010) apresentam a auto-imagem como um dos tópicos de perdas associadas com a doença terminal, na vertente emocional e psicológica do ser humano. No mesmo grupo, insere-se a auto-regulação emocional, a esperança, as perspectivas de futuro, a privacidade e liberdade e os papéis sociais.

Oliver John descreve na apresentação do livro da autoria de Harary & Robinson (2005) que a personalidade do indivíduo compreende no “Eu interior que experimentamos em privado e o Eu público que mostramos aos outros; as mudanças no Eu por que lutamos e as que tememos; a maneira como nos vemos como cônjuges e amantes, amigos, profissionais, e no nosso relacionamento com os nossos filhos e os nossos pais; as diferentes formas em que nos mostramos aos outros, sejam eles nossos companheiros, familiares ou colegas de trabalho, e a impressão que fazem de nós; e, por último, de que modo todas estas perspectivas se fundem para formar o ser único que cada um de nós é” (p. 17).

Quando a pessoa não aceita o seu corpo como ele é, pode ocorrer um desequilíbrio desencadeando alteração da auto-imagem. Os sintomas indicadores da crise de auto-imagem podem passar pelo doente se mostrar mais constrangido, negativista, com dor específica ou não, anorexia, alteração do padrão de sono, agitado, com dificuldade em se adaptar a novos papéis, entre outros (Pinto & Spiri, 2008; Brandão et al, 2004; Gouveia et al, 2002; Bruges, 2003). Pode mesmo levar a isolamento da pessoa com alteração física da imagem (Vianna, 2004; Silva, Castro & Chem, 2009), pois a não aceitação da sua aparência induz a que as pessoas ao seu redor também não a aceitem (Pinto & Spiri, 2008).

A CIPE (2011) apresenta como diagnóstico a *auto-imagem negativa* ou *positiva* inserindo-a como resultado de manutenção do orgulho do indivíduo, e cita Paul Schilder (1950) quando refere que a auto-imagem é a “imagem mental do próprio corpo no seu todo ou em parte ou da aparência física do próprio” (p. 35). Nas intervenções de Enfermagem relativo a este tópico encontramos *Avaliar a Auto-Imagem*.

O modo como nos percebemos tem implicações vitais para o nosso desenvolvimento pessoal e na nossa saúde mental a longo prazo. Igualmente importante é a forma como os outros nos vêem, afectando directamente as oportunidades de desenvolvermos os nossos talentos e habilidades, interagirmos com outras pessoas num ambiente positivo e desenvolvermos um sentido básico de identidade, eficácia e valor próprio (Harary & Robinson, 2005).

A dimensão da auto-imagem influencia as reacções dos outros, afectam as emoções, percepções, atitudes e personalidade. É um processo dinâmico, não-estático que se desenvolve ao longo das etapas

do ciclo de vida. Os recém-nascidos não têm qualquer noção da imagem corporal, apresentam respostas sensoriais e de nível sentimental. A noção de imagem corporal inicia-se na fase da infância em que as crianças se distanciam dos cuidadores. As crianças no 1º ciclo começam a comparar-se aos seus pares na sala de aula e no recreio, começam a receber reacções positivas e negativas relativamente ao seu aspecto, quer dos seus pares, quer dos adultos (professores, pais) (Lubdkin, 1995). A imagem construída na infância está profundamente inserida no funcionamento psíquico global, o que contribui para as reacções emocionais perante a alteração do corpo (Pinto & Spiri, 2008).

Na adolescência começa o aperfeiçoamento da imagem corporal, ocorrem várias e rápidas alterações na sua aparência, levando os adolescentes a preocuparem-se mais com as suas características. Nesta fase é muito importante o reconhecimento e aceitação dos seus pares em grupos definidos. A imagem corporal é um estágio de constante revisão em que os adolescentes tentam alcançar o balanço ideal através da sua perspectiva de aceitável. A idade adulta aumenta a estabilidade, uma vez que a aparência pouco se altera e está mais incorporada no seu autoconceito. Um adulto que tem bem integrada a sua aparência está melhor preparado para as advertências da vida. Uma vez que a imagem corporal e o self estão estabelecidos, existe uma reacção mais positiva às alterações da imagem corporal (Lubdkin, 1995; Slatman, 2011).

Como factores de adaptação o mesmo autor destaca a idade, o sexo, os mecanismos de *coping* e as experiências anteriores como características importantes na auto-imagem que podem ajudar ou piorar a relação da pessoa com as alterações do seu corpo.

Um estudo revelou que os doentes mais jovens, cuja auto-imagem se encontra em construção e vivem uma fase em que as relações sociais são mais importantes, e as mulheres pelo exaustivo estudo do corpo são grupos mais vulneráveis no que diz respeito às alterações da auto-imagem (Pinto & Spiri, 2008, Cantinelli *et al*, 2006; Menossi & Lima, 2000).

A auto-imagem interior, ou a visão mais privada de nós próprios traduz os valores individuais e condiciona a forma de como agir em cada situação. A auto-imagem exterior - a ideia geral de como as outras pessoas nos vêem - permite adaptarmos as nossas acções, de modo a lidar com as limitações impostas pela forma como pensa que as suas acções serão interpretadas pelos outros. Neste sentido, ajuda-nos a desenvolver estratégias realistas que lhe permitam realizar as suas prioridades pessoais no contexto dos seus relacionamentos (Harary & Robinson, 2008).

Relativamente às zonas do corpo mais susceptíveis de alterar a auto-imagem da pessoa, uma das maiores será a cara, pois tem um lugar importante na imagem corporal: é a parte mais expressiva do corpo e a mais visível ao mundo. Os órgãos ligados à sexualidade, como seios e genitais são igualmente importantes para o indivíduo na relação consigo mesmo. (Schilder, 1950).

No final da minha experiência na Prática Clínica na UCCP, pude reflectir e chegar a diferentes conclusões. Os doentes internados estão, na sua maioria com descontrolo sintomático, o que me leva a pensar que a dimensão da imagem corporal alterada possa não ser um problema prioritário. Por outro lado, lidam com a sua doença há vários anos e o tempo de adaptação existiu, ajudando-os a redefinir e reorientar as prioridades numa situação de doença terminal.

No serviço de Ginecologia e Obstetrícia encontramos clientes que descobriram o seu diagnóstico recentemente. Ao serem submetidas a cirurgia de remoção de neoplasia, que vai para estudo patológico, é connosco que são confrontadas com a alteração física repentina, com a percepção real da perda e lidam com a vulnerabilidade característica de um doente internado.

No Apêndice VI desenvolvi uma revisão da literatura presente sobre o tema da imagem corporal e auto-imagem, com os artigos encontrados na área de Cuidados Paliativos e Oncologia. Após a entrega do relatório e aperfeiçoamento do artigo, tenho a intenção de enviar para publicação científica. Penso



que realizar um estudo sobre a influência da auto-imagem junto do próprio doente de CP não só em internamento hospitalar mas no domicílio seria igualmente interessante.

## 3.2. Questionários

Ao ser o profissional de saúde que mais tempo passa junto do doente e o principal prestador de cuidados no meio intra-hospitalar, o enfermeiro tem um papel fundamental nas situações de alteração da imagem corporal. Reconhece e detecta as alterações presentes no autoconceito e influencia o doente na aceitação da sua alteração. As suas palavras e acções podem transmitir interesse e têm um impacto profundo no cliente.

A resposta do enfermeiro, quer seja no estabelecimento da relação de confiança ou nos cuidados de higiene e conforto do doente, influencia a forma como os doentes com o aspecto físico alterado se vêem. Este tipo de doentes têm uma sensibilidade extrema às respostas verbais e não verbais, e o rosto do enfermeiro é o reflexo que os doentes tantas vezes procuram. Uma abordagem positiva e directa pode ser uma referência para o utente e família na aceitação de quaisquer alterações físicas (Potter & Perry, 2003).

Baseando-me nas intervenções dos diferentes autores, propus-me a realizar um questionário (Apêndice IV) para promover as intervenções relacionadas com a auto-imagem do doente. Foram no total entregues quinze questionários, dos dezassete profissionais previamente seleccionados. Tal resultou do facto de duas das enfermeiras se encontrarem de baixa médica, pelo qual enviei via correio electrónico um dos questionários a uma enfermeira que não cheguei a conhecer no local de estágio, que não chegou a ser respondido.

Foram recolhidos dez questionários, devidamente preenchidos e analisados. Nesta análise pode-se concluir que a maioria dos participantes preocupa-se em compreender o que o cliente sabe sobre o seu estado de saúde e procuram sinais que sugerem má relação com o seu corpo, bem como dar aos clientes a oportunidade de falar abertamente sobre as alterações sofridas na imagem corporal e que demonstram interesse nessa partilha.

Um número significativo respondeu que frequentemente discutia com o cliente e família a mudança na aparência e os meios de adaptação à mesma, na mesma resposta em que uma pessoa referiu que raramente o fazia.

Na afirmação sobre o toque terapêutico levantou algumas questões e foi mal colocada, uma vez que o toque uma vez “terapêutico” muda o sentido da pergunta. Apercebi-me do erro após a aplicação dos questionários. Cinco enfermeiros afirmam que nunca têm problemas em usar o toque terapêutico, dois responderam que frequentemente não tinha problemas em usá-lo, um respondeu “Raramente” e um respondeu com “Nunca”. Um dos participantes não respondeu.

A maioria refere que frequentemente incentiva o doente com alteração da imagem corporal a olhar e tocar a parte do corpo alterada, e até especificaram as intervenções que praticam, como incentivei o cliente a agir de forma natural e colostomia. Três enfermeiros responderam que raramente o realizavam. Quatro dos dez enfermeiros responderam que estimulam “Sempre” o cliente a cuidar da sua aparência nos cuidados de higiene e conforto, enquanto seis dizem que o fazem frequentemente.

Na afirmação de incentivar a família a participar nos cuidados ao cliente, três enfermeiros responderam que o fazem sempre, seis fazem-no frequentemente e um assumiu fazê-lo raramente.

Na utilização do humor na prestação de cuidados, três enfermeiros referem fazê-lo sempre, enquanto sete referiram que o fazem frequentemente. Recorrer ao sorriso em momentos de tensão é uma estratégia pouco utilizada. Dois enfermeiros referiram evitar sorrir sempre quando o ambiente era de tensão, quatro referiram que frequentemente o faziam, dois optaram pelo “raramente” e um enfermeiro referiu que nunca evitava sorrir face ao cliente com alteração da imagem corporal, mesmo que o ambiente fosse de tensão. Um enfermeiro incluiu no espaço próprio para o efeito que “O sorriso pode ser usado também em ambientes de tensão, depende”.

A maioria dos Enfermeiros assumiu que intervém frequentemente junto da família mal ajustada à imagem corporal do doente, apenas um opta por não o realizar. No reforço às mudanças positivas e as conquistas que o cliente faz diariamente, as respostas foram equilibradas entre “sempre” e “frequentemente”.

Sobre os grupos de auto ajuda, a maioria dos enfermeiros afirmou que na alta para o domicílio nunca propõe grupos de auto ajuda para o doente, enquanto um Enfermeiro apresentou duas soluções: “Apoio da Psicóloga” e “Estratégias promotoras de dignidade”, recorrendo a elas frequentemente. Penso que neste ponto a questão cultural estará envolvida, uma vez que no nosso país não é comum recorrer-se a grupos de auto ajuda.

Outra questão sobre o questionário deve-se ao facto de ter colocado espaços em branco para os Enfermeiros escreverem sobre intervenções mais específicas, que se mantiveram em branco pela maioria dos profissionais. Junto da Enfermeira Coordenadora e da Enf. Responsável da UCCP, foram da opinião que hoje em dia a maioria dos participantes não adere às questões em que se tenha de redigir algo. E possivelmente devido ao facto de aparecer pouco claro qual o objectivo do texto livre.

Uma vez que este se tratou do meu primeiro inquérito, e com a expectativa ligeiramente elevada, no final sinto que poderia ter alterado certos aspectos e melhorado a adesão dos enfermeiros participantes. Porém, penso que futuramente saberei elaborar questionário melhor graças a esta experiência.

No Apêndice V apresento o questionário e os resultados obtidos com percentagens e gráficos, de forma mais esclarecedora.

## 4. Formação em serviço

A formação em serviço, inicialmente não projectado, foi adquirindo forma nas últimas semanas de Estágio. Se no início eu julguei não estar à altura para me expor frente a colegas mais experientes e falar de um tema pouco desenvolvido na área de CP, esse sentimento foi-se dissipando com o tempo.

No período anterior ao estágio fui desenvolvendo uma revisão da literatura sobre a auto imagem do doente crónico e paliativo, e surgiram dados interessante que penso serem de grande utilidade para quem lida com doentes com alteração da imagem corporal, uma área que tem tanto para crescer.

Uma vez que a fonte de inspiração para o tema da prática clínica foi no meu serviço de origem, foi relativamente prático passar para a exposição da formação.

Embora tenha convidado através de envio de *e-mail* a equipa de enfermagem do meu serviço e da UCCP a participar na sessão, anexando o cartaz alusivo à sessão (Apêndice VIII), a adesão foi menor do que as expectativas, talvez devido ao facto de muitos profissionais estarem de férias e ficar num espaço distante à UCCP.

### 4.1. A Auto-Imagem da Mulher e Cuidados Paliativos

Na minha experiência ao longo de um ano a exercer funções no serviço de internamento de Obstetrícia e Ginecologia pude aperceber-me do número elevado de mulheres internadas em Ginecologia que apresenta dificuldade de adaptação a dois contextos novos para a maioria delas: o de enfrentar a doença oncológica e o de se adaptar à nova imagem no período pós-cirúrgico.

O diagnóstico de cancro é perturbador para todos os pacientes, e envolve mecanismos de adaptação especiais (Pacian, 2012; Newell, 2002). Em ginecologia, o tratamento médico normalmente afecta a imagem corporal associada ao feminino, causando perda de cabelo, infertilidade, menopausa prematura, aumento ou diminuição de peso, cicatrizes, desfiguração de partes genitais e caracteristicamente femininas, como os seios (Sacerdoti, 2010; Rhondali et al, 2012).

A nossa realidade envolve múltiplas experiências: desde mulheres submetidas a mastectomia, quadrantectomia, histerectomia, quistectomia, entre outros procedimentos a mulheres submetidas a cirurgia de remoção de focos de endometriose com necessidade de realização de colostomia provisória ou algaliação por período longo de tempo, que altera a sua percepção de saúde e compromete a sua imagem corporal.

Em termos de tempo de internamento, o serviço tem internamentos em média de 2 a 4 dias para estas mulheres, salvo raras excepções em que ficam internadas mais tempo por complicações pós-cirúrgicas. Partindo do princípio que podemos fazer a diferença com pequenas acções, mesmo que seja num curto espaço de tempo, decidi avançar com esta formação.

Mais do que as cirurgias a que são submetidas, existem doentes que não sabem o seu prognóstico real, que após análise na anatomia patológica têm de voltar para serem novamente submetidas a cirurgia e a tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia). Este facto implica uma enorme carga de stress, pelo confronto com a própria morte e pela incerteza quanto ao seu futuro. Não se trata apenas de cirurgia em si, a imagem corporal da mulher também pode ser alterada pelos tratamentos de quimioterapia e radioterapia que esteja a realizar (Silva, 2008). Vianna (2004) chega a afirmar que o cancro de mama é o tipo de neoplasia que mais altera negativamente a percepção de sexualidade e da auto-imagem, comparativamente aos demais.

Enquanto ser feminino, a mulher tem um peso importante na sociedade: é o símbolo de fertilidade humana e a sua anatomia está relacionada com actos de prazer, como amamentar, seduzir e acariciar (Silva, 2008; Secchi, 2009). Numa situação de cirurgia da mama, é a sua saúde e a sua identidade que estão em jogo.

Com o pensamento neste grupo de mulheres, aliado à vontade de difundir os Cuidados Paliativos no nosso serviço, sabendo de antemão que o novo modelo de prestação de cuidados defende uma aliança entre tratamento curativo e paliativo (Barbosa & Neto, 2010), decidi formar uma apresentação para sensibilizar e promover este tópico, tão pouco abordado nos manuais de enfermagem. Bittencourt *et al* (2009) refere que cada enfermeiro vai formar a sua própria imagem diante do que os seus olhos veem, cada um lançará estratégias para cuidar, pois cada Enfermeiro é singular e cuida da pessoa com abordagens diferentes.

É com o intuito de sensibilizar para o tema da auto-imagem no serviço de Ginecologia que apresento a formação em serviço, para que a atenção com a pessoa não seja limitada aos cuidados pericirúrgicos, mas cuidados globais e de qualidade, a este grupo de mulheres com elevado risco de sofrer de distúrbio na sua imagem corporal.

Os objectivos gerais da formação em serviço são:

- Difundir e sensibilizar a equipa de Enfermagem do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia para os Princípios de Cuidados Paliativos;
- Compreender a importância da auto imagem do doente;
- Reconhecer a importância das intervenções de Enfermagem na componente da auto imagem dos doentes.

## 4.2. Planeamento da Formação

Como forma de organizar a melhor forma a Sessão de Formação no serviço onde exerço funções, formei um plano que posteriormente apresentei à Enf.<sup>a</sup> M.A. e à Professora P.S., Directora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e coordenadora do Mestrado em CP.

### 4.2.1. Plano de formação

**Tema:** A Auto-Imagem em Cuidados Paliativos

**Formadora:** Enfermeira Ana Hipólito

**Destinatários:** Enfermeiras do Internamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital

**Data da realização:** 25 de Julho de 2013, às 14 horas.

**Duração:** aproximadamente 1 hora.

**Divulgação:** Cartaz (Apêndice VIII) e *e-mail* informativo aos elementos da equipa de enfermagem do internamento de Obstetrícia e Ginecologia e do serviço de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital onde exerço funções.

**Local:** Sala de Trabalho da Equipa de Enfermagem do piso de Internamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital.

Como objectivos pedagógicos esclareci que, no final da sessão de formação as Enfermeiras deverão ser capazes de:

- Conhecer e compreender os princípios, valores e filosofia dos Cuidados Paliativos;
- Identificar/Reconhecer situações que beneficiavam de acompanhamento pela parte de Cuidados Paliativos no serviço de internamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital;
- Conhecer os pilares dos Cuidados Paliativos;
- Saber avaliar as características do doente com alteração da auto-imagem;
- Reconhecer a importância da auto-imagem no âmbito de internamento de Obstetrícia e Ginecologia;
- Saber como interceder nas situações de processo de adaptação à nova situação de imagem corporal no doente com neoplasia e submetido a cirurgia;
- Desenvolver e incluir na prática diária intervenções de enfermagem com direccionadas com o processo de adaptação à nova imagem corporal.

Os conteúdos abordados na sessão de formação foram organizados da seguinte forma:

1. Contextualização e definição dos princípios de CP, missão e filosofia;
  - 1.1. Modelo de prestação dos CP;
  - 1.2. Definição dos pilares de CP e pontos-chave na organização de serviços;
  - 1.3. Definição de dor total e descrição das principais fontes de sofrimento;
  - 1.4. Identificação de casos específicos no serviço de Obstetrícia e Ginecologia de doentes com neoplasia do foro ginecológico;
2. Definição de Auto-imagem e imagem corporal;
  - 2.1. Contextualização da alteração da imagem corporal e CP;
  - 2.2. Classificação da auto-imagem: CIPE e NANDA;
  - 2.3. Intervenções de enfermagem no contexto da alteração da auto-imagem.

A metodologia lectiva pretendeu ser o mais próximo do público possível, principalmente por se tratarem das pessoas com quem trabalho há um ano e com quem tenho uma grande vivência, adicionando exemplos práticos. Os temas foram expostos com auxílio do sistema de Office®, através de programa PowerPoint®. O método adoptado foi expositivo oral directo e interactivo, com participação activa dos formandos na sessão, que se verificou. No Apêndice IX apresento a apresentação da formação.

A avaliação formativa foi realizada no final da sessão com aplicação de um questionário aplicado a todas as formações do serviço (Anexo XI), através da minha observação pessoal e com a participação verbal dos formandos. O feedback foi positivo, embora a audiência não fosse grande, a maioria das participantes referiu ter gostado principalmente da forma como me senti ligada ao tema exposto.

Os tempos lectivos definidos foram:

- Apresentação da formadora e contextualização da Formação: 10 minutos
- Objectivos gerais e específicos: 5 minutos
- Conteúdos: 30-40 minutos
- Exposição de dúvidas, opinião e diálogo de experiência dos formandos: 15 minutos.
- Aplicação de questionário de avaliação: 10 minutos.

Os recursos necessários e divulgação no período antes da formação e durante a foram simples: computador para envio de *e-mails* internos de divulgação, impressora para imprimir cartaz de divulgação e questionários de avaliação, computador portátil e projector para a apresentação. O espaço a realizar a formação foi na sala de trabalho da equipa de Enfermagem.

#### **4.2.2. Desenvolvimento do Plano de Formação**

A coordenação das formações no serviço de internamento de obstetrícia e ginecologia fica a cargo de dois Enfermeiros, que organizam as formações do serviço no ano anterior. Pedi-lhes directamente para, dentro das possibilidades, apresentar a minha formação dentro do mês de Julho uma vez que a Enf.ª M.A. estaria de férias de 26 de Julho a 19 de Agosto.

Em apenas uma semana, consegui organizar o plano de formação e formar a apresentação.

#### **4.2.3. Avaliação da Formação**

Para avaliação da formação no serviço, foi utilizado o questionário próprio do serviço, aplicado em todas as formações realizadas (Anexo XI). No anexo adicionei os resultados, que na sua maioria foram agradavelmente positivos. Quer no questionário, quer no *feedback* verbal, as minhas colegas disseram-me que tinham achado que eu me encontrava muito envolvida pelo tema apresentado.

## 5. Nota final

Realizar este Relatório permitiu-me rever mentalmente todas as actividades que desenvolvi, analisar as situações sob uma nova perspectiva e realizar uma reflexão crítica profunda a estas oito semanas de estágio e uma pesquisa bibliográfica exaustiva. Permitiu-me acima de tudo rever-me enquanto profissional que trabalha numa área completamente distinta e como pessoa que sou, e compreender que ainda estou no início de tudo e que crescer e aprender mais é a única solução.

A derradeira etapa do Mestrado em Cuidados Paliativos foi uma prova de resistência que dificilmente esquecerei. O tempo decorrido entre a conclusão da parte teórica e o início da parte prática, cerca de sete meses, levou inevitavelmente à minha desvinculação. Levou-me a pensar muitas vezes o porquê de ter começado uma formação para a qual não tinha experiência e para a qual não saberia sequer se teria frutos, uma vez que ainda não exercia a carreira de Enfermagem quando optei por iniciar o Mestrado.

Citando Phipps (2007), o movimento de Cuidados Paliativos “começou como uma filosofia de cuidados e está a evoluir para um sistema de prestação de cuidados” (p. 159). É uma realidade que me fez crescer enquanto profissional, sair da área de conforto e apostar numa área diferente, e este Estágio proporcionou-me tanto momentos de dúvidas, de incertezas e de insegurança como momentos de lucidez, auto-crítica e de desejo em querer ser melhor a cada dia que passa.

Para alguém cuja experiência profissional mais longa é um ano num serviço de Ginecologia e Obstetrícia, penso que a insegurança demonstrada no Estágio foi compreensível. Da minha parte, houve necessidade de voltar a ler os trabalhos realizados no início do curso (Outubro de 2011) para responder à questão *O que me levou até aqui?* O Porquê investir numa formação avançada sem experiência suficiente para compreender muitas das experiências que vivi, foram o meu calcanhar de Aquiles. A dificuldade *major* foi sem dúvida não ter experiência suficiente na área, nem numa área em que os utentes tenham um grau tão elevado de dependência e um elevado grau de complexidade. Voltar a ser aluna trouxe um certo estigma e tornou-me ciente de que sou imatura em tantas coisas e com vontade de continuar a aprender e de crescer.

Na perspectiva curricular, penso que o tempo de Estágio poderia ser maior e a minha prestação poderia ter sido melhor. Mas a verdade é que me realizou muito, percebi que tenho muito terreno para explorar. Passei a estar num serviço, que ao contrário do que estava habituada, não digo “Parabéns”, “Felicidades e bom regresso a casa” e “As melhoras”. E isso é difícil de ultrapassar, pelo menos para mim foi um passo largo mas importante.

Quando penso sob a perspectiva de vida, esta experiência foi a fase final de mudança do *chip*. A formatação de tratamentos curativos e exaustivos em prol da existência de vida ao invés de qualidade de vida que muitos de nós possuem mudou. A maior lição que aprendi foi que nós frequentemente nos apelidamos de *pobres mortais*, mas estamos muito longe de compreender a morte e aceitá-la verdadeiramente. Provavelmente não a aceitamos porque vivemos apaixonados pela vida, por quem nos rodeia, temos medo do desconhecido e não sabemos o que pode ficar quando nos formos embora. No final de todos os caminhos percorridos existe um rasto, uma presença que dura para além da passagem, e todos tendem a esquecer-se disso. Somos seres finitos e imperfeitos, mas podemos ser importantes na vida de alguém ou tornar a vida de alguém melhor.

Esta Prática Clínica foi diferente de todas as que vivi enquanto aluna da Licenciatura. Deu-me o privilégio de conhecer o Sr. A. – que no quarto vestia sempre a sua camisa interior de cavas até ao dia

em que foi almoçar ao refeitório com o seu fato e panamá brancos, com os óculos de sol colocados, tal qual um verdadeiro homem latino nas ruas de Havana; a Dona I.R. e o Sr. G.R. – que mesmo com o seu prognóstico bastante reservado nos abriam um sorriso enorme cada vez que entrávamos no quarto e imediatamente me sentia bem-vinda; o Sr. J.M. (septuagenário) que amavelmente cumprimentou a esposa com *Então miúda?*; e o Sr. V.T. – que adorava estar com o cadeirão à entrada do quarto para ver as pessoas que passavam no corredor. Não posso afirmar que tenha mudado algo neles através dos meus cuidados, mas sinto que ao cuidá-los me tornei uma pessoa melhor.

Estas pessoas mudaram a minha forma de viver e de trabalhar. Seja qual for o resultado qualitativo que tenha no fim desta jornada, sei que o meu benefício em acabar este Mestrado foi superior a qualquer “acidente de percurso” que tenha ocorrido e por muito que tenha falhado em certos aspectos, este foi sem dúvida um passo gigante para mim enquanto pessoa. Aprendi a priorizar necessidades, quer dos clientes, quer da minha vida pessoal.

No início do Estágio vi-me numa posição de inferioridade a nível de experiência na área que me levou a que fizesse uma comparação com o pequeno peixe *Nemo* – que vive no recife de coral, é separado do pai e transportado ao longo do oceano, passando a viver num Aquário com peixes diferentes do que os que conhecia, com experiências diversas. No fundo, no meu processo de aprendizagem prática ocorreu um choque inicial em termos de tipologia do serviço, que apenas a meio do estágio se dissipou. Penso que em termos de integração na equipa me destaquei pela positiva, principalmente por estes se mostrarem bastante receptivos e generosos.

A grande vantagem que vivi foi estagiar no meu local de trabalho, o que facilitou muito em termos de tempo e de deslocações. Por outro lado, conhecer o espaço físico e a política do Hospital optimizou a minha capacidade de adaptação à unidade.

Na recta final deste Mestrado posso concluir que com as ferramentas pessoais que possuo e com o que me foi proporcionado, atingi a maioria dos objectivos propostos inicialmente. Existiram pontos que podia ter desenvolvido de forma mais ambiciosa, mas que com a inexperiência e insegurança que ainda possuo nesta área, não me foi possível concluir da forma mais satisfatória possível.

Sinto que a maior dificuldade, além das supracitadas, foi a realização do relatório em termos de organização e de conteúdo. Sabia de antemão que seria um trabalho para apresentar as actividades que realizei bem fundamentadas com bibliografia de referência, mas foi difícil perceber até que ponto seria relevante desenvolver os temas. Todos os elementos que fui formando ao longo do tempo, tentei apresenta-los como apêndices para que nada se perdesse. Em termos de qualidade, sei que poderiam ser mais ricos.

Embora a minha área de trabalho actualmente seja uma área pela qual me sinto intimamente ligada e realizada, a verdade é que com a experiência que vivi na UCCP passei a reconhecer o trabalho praticado num serviço tão diferente. Sei agora que a necessidade de formação avançada e principalmente treino árduo são elementos basilares na prestação de cuidados paliativos de qualidade. Não basta a formação teórica, é preciso “sujar as mãos”, “saltar para a piscina”, errar, voltar a tentar e após tudo isto, ser melhor. Neste sentido, fui tímida no que diz respeito a arriscar e concordo com a minha Orientadora de Relatório quando me aponta esse como o maior obstáculo ao longo do Estágio.

Terminei a Prática Clínica com a sensação de ter aberto um caminho para algo mais e que tenho ainda tanto para aprender e viver. Ao ler as palavras escritas por Maria Goretti Maciel, Presidente da Associação Nacional de CP no Brasil, identifico-me com o Juramento de Paliativista, que diz:

*Juro por meus ancestrais, pelas forças da natureza e por todos os dons e riquezas desta vida que em todos os meus actos preservarei e respeitarei a vida do meu paciente (...) falarei de amor e com amor.*

*E aprenderei, com cada paciente, a amar cada vez mais.*

*Incondicionalmente.*



## 5. Referências bibliográficas

Addington-Hall, J., Kalra, L. (2001). Who should measure quality of life? *BMJ*, Volume 322. 1417-1420. Obtido a 30 de Outubro de 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120479/>

American Psychological Association (2013). Obtido a 5 de Agosto de 2013. <http://www.apastyle.org>

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2013). Equipas de Cuidados Paliativos Obtido a 1 de Junho de 2013. <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/equipasdecuidadospaliativos.html>

Back, A.L. *et al* (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. Volume 55. Number 3, 55: 164-177.

Barbosa, A., Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bittencourt, A., Alves, D. *et al* (2009). A Temática da Imagem Corporal na Produção Científica Nacional da Enfermagem: um Destaque para os Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Obtido a 30 de Outubro de 2012. [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v03/pdf/75\\_revisao\\_literatura2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/75_revisao_literatura2.pdf)

Brandão, C. *et al* (2004). A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC- FMUSP. Obtido a 30 de Outubro de 2013. <http://www.cepsic.org.br/revista/3/Artigos/v2n2a07.htm>

Bruges, M. L. (2004). *Mastectomia e Autoconceito*. Porto: Lusociência.

Buckman, R. (2005). Breaking Bad News: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 138-142. Obtido a 4 de Maio de 2013. <http://jco.imng.com/co/journal/articles/0202138.pdf>

Cantinelli, F. S. *et al* (2006). A Oncopsiquiatria no cancer de mama – considerações a respeito de questões no feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Volume 33 (3). 124-133. Obtido a 2 de Maio de 2013. <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a02v33n3.pdf>

Cavalieri, T.A. (2001). Ethical Issues at the End of Life. *JAOA: Special Focus Section*. Volume 101 (10), 616-622.

Chochinov, H. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. Volume 56 (2), 84-103.

D' Espiney, L. (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto editora, pp. 171-172.

Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?*. Loures: Lusociência, pp. 58.

Direcção-Geral de Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Obtido a 12 de Junho de 2013. [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano Nacional CP - Circular Normativa \(DGS 13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano Nacional CP - Circular Normativa (DGS 13-7-2004).pdf)

Dochterman, J. M., Bulechek, G. M. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4ª Edição. Artmed, 452-453.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. (1991). *Guide Pratique - Diagnostics Infirmiers et Interventions*. France: InterEditions.

Feldt, K.S. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *New Mexico Medical Review Association*. Obtido a 3 de Junho de 2013. [http://www.nmmra.org/resources/Nursing\\_Homes/156\\_1560.pdf](http://www.nmmra.org/resources/Nursing_Homes/156_1560.pdf)

Ferreira, M. de L., Mamedes, M. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana*. Volume Maio-Junho. Obtido a 30 de Outubro de 2012. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300006)

Ferris, F. D., Gunten, C. F., Emanuel, L. L. (2002). Ensuring competency in end-of-life care: controlling symptoms. *BMC Palliative Care*.

Gonçalves, J. F. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. 2ª Edição. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN: 978-989-8218-50-6.

Gouveia, V., Singelis, T., Coelho, J. (2002). Escala de Auto-Imagem: Comprovação da Sua Estrutura Fatorial. *Avaliação Psicológica*. 49-59. Obtido a 30 de Outubro de 2013. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712002000100006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712002000100006&script=sci_arttext)

Harary, K., Robinson, E. D. (2005). *Quem és tu, Quem sou eu?* 1ª Edição. Lisboa: Estrela Polar. ISBN 978-972-8929-84-8.

Hopwood, P. et al. (2000). A Body Image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*. Volume 37. 189-197. Obtido a 21 de Maio de 2013. <http://xa.yimg.com/kq/groups/21117992/193060218/name/Artigo+BIS+Hopwood%5B1%5D.pdf>

Johnson, M. et al (2009). *Ligações entre NANDA, NIC e NOC*. 2ª Edição. Artmed. ISBN 978-85-363-1769-4.

Konradsen, H. (2012). *Body Image and Cancer*. Gentofte University Hospital. Denmark. Obtido a 1 de Maio de 2013. [http://cdn.intechopen.com/pdfs/26733/InTech-Body\\_image\\_and\\_cancer.pdf](http://cdn.intechopen.com/pdfs/26733/InTech-Body_image_and_cancer.pdf)

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta.

Lubkin, I. M. (1995). *Chronic Illness – Impact and Interventions*. Jones and Bartlett Publishers.

Menossi, M. J., Lima, R. A. (2000). a Problemática do Sofrimento: Percepção do Adolescente com câncer. *Revista Escola de Enfermagem USP*. Volume 34 (1). 45-51. Obtido a 2 de Maio de 2013. <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v34n1/v34n1a06.pdf>

Monahan, F. D. et al (2007). *Phipps – Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-22-2.

Moorhead, S. et al (2008). *NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 4ª Edição.. Mosby, Elsevier. Brasil.

Moreira, H., Canavarro, M. C.. (2009). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) – Psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*. Obtido a 20 de Maio de 2013. <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/676/1/The%20Portuguese%20version%20of%20the%20Body%20Image%20Scale.pdf> DOI:10.1016/j.ejon.2009.09.007.

National Breast Cancer Centre and the National Cancer Control Initiative. (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. Australia. Obtido a 1 de Maio de 2013. <http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/publications/attachments/cp90.pdf>

National Breast Cancer Centre. (2004). Psychological impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer. Australia. Obtido a 6 de Agosto de 2013.

[http://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/pbi-psychosocial-impact-in-the-areas-of-body-image-and-sexuality-for-women-with-breast-cancer\\_504af02699ab1.pdf](http://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/pbi-psychosocial-impact-in-the-areas-of-body-image-and-sexuality-for-women-with-breast-cancer_504af02699ab1.pdf)

Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa Clínica Geral - Dossier de Cuidados Paliativos*. Volume 19. 68-74.

Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Artigos de Revisão*. Volume 15 (4) Outubro-Dezembro.

Neto, I. G., Aitken, H.-H., Paldron, T. (2004). *A Dignidade e o Sentido da Vida*. Cascais: Pergaminho.

Newell, R. (2002). Terminal illness and body image. Obtido a 30 de Outubro de 2012. <http://www.nursingtimes.net/terminal-illness-and-body-image/206449.article>

North American Nursing Diagnosis Association (2013). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e Classificação 2012-2014. Artmed. ISBN 978-85-65852-10-4.

Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. Obtido a 2 de Junho de 2013. <http://pt.scribd.com/doc/2529296/Recomendacoes-para-o-tratamento-farmacologico-da-dor>

Odgen, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-092-8.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta. ISBN: 978-92-95094-35-2.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor – Guia Orientador de Boa Prática. Obtido a 3 de Junho de 2013. <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (n.d.) WHO's Definition of Palliative Care. Obtido a 17 de Dezembro de 2013. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Organização Mundial de Saúde. (n.d.) WHO's Pain Ladder For Adults. Obtido a 3 de Junho de 2013. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.html>

Organização Mundial de Saúde. (2004) The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - Bref. Obtido a 5 de Maio de 2013: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/english\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf)

Pacian, A., et al (2012). Psychosocial aspect of quality of life of Polish women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, Vol 19, No 3, 509-512. Obtido a 30 de Outubro de 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23020048>

Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972.8485-92-4.

Pereira, M. G., Lopes, C. (2002). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Liaboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-064-2.

Periyakoil, V. S., Noda, A. M., Kraemer, H. C. (2010). Assessment of factors influencing preservation of Dignity at Life's End: Creation and the Cross-Cultural Validation of the Preservation of Dignity Card-Sort Tool. *Journal of Palliative Medicine*. Volume 13 (5). 495-500. Obtido a 30 de Outubro de 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938912/pdf/jpm.2009.0279.pdf> DOI: 10.1089=jpm.2009.0279.

Piedade, M. I. L. (2009). Humanização – Uma Reflexão na perspectiva dos cuidados paliativos. *Enformação*. 8-13. Obtido a 10 de Junho de 2013. <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/392/3/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009%2011%208.pdf>

Pinto, K.K., Spiri, W. C. (2008). A Percepção de Enfermeiros sobre o cuidar de pacientes com problemas físicos que interferem na sua auto-imagem: Uma abordagem fenomenológica. *Revista*

*Latino-Americana Enfermagem*. Obtido a 2 de Maio de 2013. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_12.pdf)

Potter, J. et al (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*. 310-314. Obtido a 4 de Maio de 2013. [http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/at%20least%20read/symptoms%20in%20400%20patients%20referred%20to%20palliative%20care%20services\\_prevalence%20and%20patterns.pdf](http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/at%20least%20read/symptoms%20in%20400%20patients%20referred%20to%20palliative%20care%20services_prevalence%20and%20patterns.pdf)

Potter, P., Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição. Loures: Lusociência. 514-531. ISBN: 972-8930-24-0.

Price, B. (2009). Understanding patient accounts of body image change. *Cancer Nursing Practice*. Obtido a 28 de Maio de 2013. <http://cancernursingpractice.rcnpublishing.co.uk/archive/article-understanding-patient-accounts-of-body-image-change>

Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 13-32. Obtido a 30 de Abril de 2013. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a02.pdf>

Rhondali, W. et al (2012). Association Between Body Image Dissatisfaction and Weight Loss Among Patients With Advanced Cancer and Their Caregivers: A Preliminary Report. *Journal Pain Symptom Manage*. Obtido a 30 de Outubro de 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23102755> DOI: 10.1016/j.jpainsymman-2012.06.013.

Ridner, S. H. (2009). The Psycho-Social Impact of Lymphedema. *Lymphatic Research & Biology*. Volume 7 (2). 109-112. Obtido a 1 de Maio de 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904185/pdf/lrb.2009.0004.pdf> DOI: 10.1089=lrb.2009.0004.

Rogers, C. (1958). The characteristics of a helping relationship. *Personnel and Guidance Journal*. Obtido a 3 de Setembro de 2013: <http://library.ncrtm.org/pdf/748.009.pdf>

Sacerdoti, R., Lagana, L., Koopman, C. (2010). Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional Psychological Research and Practice*. Volume 41(6). 533-540. Obtido a 30 de Outubro de 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572538>

Santos, D. B., Vieira, E. M. (2011). Imagem corporal de mulheres com Câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência&Saúde Colectiva*. Volume 16 (5). 2511-2522. Obtido a 25 de Abril de 2013. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a21v16n5.pdf>

Sapeta, A.P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930.

Schilder, P. (1950). *L'image du corps*. França: Gallimard, Collection Tel. ISBN 978-2-07-022481-4.

Secchi, K., Camargo, B.V., Bertoldo, R.B. (2009). Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Volume 25 (2). 229-236. Obtida a 2 de Maio de 2013. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a11v25n2.pdf>

Silva, L. C. da (2008). Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*. Volume 13 (2). 231-237. Obtido a 2 de Maio de 2013. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>

Silva, M. S., Castro, E. K., Chem, C. (2010). Qualidade de Vida e auto-imagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Universitas Psychologica*. Volume 11. 13-23. Obtido a 2 de Maio de 2013. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a02.pdf>

Simões, J. F. F. L., Fonseca, M. J., Belo, A. P. (2006). Relação De Ajuda: horizontes de existência. *Revista Referência*. Obtido a 2 de Setembro de 2013: [http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id\\_artigo=107&pesquisa](http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=107&pesquisa)

Slatman, J. (2011). The Meaning of Body Experience Evaluation in Oncology. *Health Care Anal.* Volume 19. 295-311 Obtido a 30 de Outubro de 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20640892>

Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. (2013). *Guía de Cuidados Paliativos*. Obtido a 10 de Junho de 2013: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-093-6.

Vianna, A. M. S. A. (2004) Avaliação Psicológica de pacientes em Reconstrução de Mama: Um estudo piloto. *Estudos de Psicologia*. Volume 21 (3). 203-210. Obtido a 2 de Maio de 2013. <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n3/v21n3a05.pdf>

Wright, E. *et al* (2002) Social problems in oncology. *British Journal of Cancer*. Volume 87 (10). 1099-1104 Obtido a 30 de Outubro de 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376184/>



## APÊNDICES





## Apêndice I - Cronograma

2013											
	Maio				Junho				Julho	Agosto	Setembro
Data	6-12	13-19	20-26	27-2	3-9	10-16	17-23	24-30	1-31	1-31	6
Prática clínica (nº de turnos)	4	3	4	4	3	1	3	3			
Objectivo 1											
Objectivo 2											
Objectivo 3											
Objectivo 4											
Objectivo 5											
Objectivo 6											
Objectivo 7											
Objectivo 8											
Revisão bibliográfica											
Desenvolver e aplicar os questionários											
Apresentação no Serviço (CP e 4HA)									Dia 2 Dia 25		
Redigir Relatório											
Entregar Relatório											Dia 6

## **Apêndice II - Horário realizado**

MAIO																										
D	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
T	T	M	T	-	V	-	-	V	T	-	-	V	-	-	T	-	V	-	V	T	T	-	V	-	-	M
H	7,5	8	7,5	0	10	0	0	10	7,5	0	0	10	0	0	7,5	0	10	0	10	7,5	7,5	0	10	0	0	8
D: dia H: horas realizadas Total de horas: 121 horas Total de turnos: 14																										

JUNHO																														
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
T	T	T	M	-	T	M	-	-	-	-	-	-	-	-	T	-	-	M	T	-	T	-	T	M	T	-	M	-	-	-
H	6	7,5	8	0	7,5	8	0	0	0	0	0	0	0	0	7,5	0	0	8	7,5	0	7,5	0	8	8	7,5	0	8	0	0	0
D: Dia H: Horas realizadas Total de horas: 99 horas Total de turnos: 13																														

**Apêndice II - Apresentação da Revisão Sistemática da Literatura no *Journal Club*: “Factores que influenciam o Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”**

**Revisão Sistemática da Literatura – Unidade Curricular 11**  
 I Mestrado de Cuidados Paliativos  
 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias  
 Instituto Politécnico de Castelo Branco



**FATORES QUE INFLUENCIAM O SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Realização: Outubro 2012  
 Apresentação: Julho 2013

Ana Hipólito e Daniela Ascensão

## RESUMO

**Problemática:** Estudo do impacto do trabalho na saúde física e mental do ser humano, ambiente laboral cada vez mais exigente, cujos objetivos centram-se na produtividade.  
 Pressão temporal e urgência temporal levam a Síndrome de Burnout.  
 Torna-se indispensável aos Profissionais de Saúde, em especial na área de Cuidados Paliativos, conhecer os fatores envolvidos neste Síndrome, de forma a definir e adotar estratégias de prevenção.

**Objetivo:** Identificar os fatores envolvidos no Síndrome de burnout em profissionais de saúde da área de Cuidados Paliativos.

**Desenho:** RSL

**Métodos:** Análise de 11 artigos científicos, de 2004 e 2012  
 Pesquisados em bases de dados com acesso ao resumo e ao texto integral, ou enviados pelos autores via e-mail.


**Resultados:** O burnout é influenciado por diversos fatores de natureza: pessoal, social e organizacional.

**Conclusões:** Existe uma série de fatores que influenciam o burnout nos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, no entanto, o nível deste síndrome neste grupo de profissionais em Cuidados Paliativos não é superior aos restantes profissionais.

**Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos, Burnout, Fatores, Profissionais de Saúde, Enfermeiros, Médicos.

## BURNOUT

*(burn: queimar; out: exterior)*  
 Fenómeno de stress ocupacional (Bradley)  
 Extinção da motivação/incentivo, onde a devoção para uma causa ou relacionamento falha na produção dos resultados desejados (Freudenberger, 1974)



Outros autores definem-no como uma resposta inadequada a um *stress emocional crónico*, em que se exhibe:

- **Esgotamento psicológico e físico;**
- **Atitudes frias e despersonalizadas** contra os doentes e membros da equipa (cinismo, distanciamento e culpabilização dos outros pelos seus problemas);
- **Sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional**

Em 1981 surge o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que define as dimensões do Burnout:

- **Exaustão Emocional:** refere-se à falta de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer à outra pessoa;
- **Despersonalização:** desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis para com os destinatários dos serviços;
- **Realização pessoal:** percepção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca a diminuição das expectativas pessoais, sentimentos de fracasso e baixa auto-estima.

Sinto-me emocionalmente dececionado com o meu emprego.  
 Sinto-me esgotado no final do dia de trabalho.  
 Sinto-me fatigado quando me levanto pela manhã e sei que vou trabalhar.  
 Trabalhar com as pessoas o dia todo é exaustivo para mim.

**Exaustão Emocional**  
 Sinto-me exausto no meu emprego.  
 Sinto-me frustrado com o meu emprego.  
 Sinto que trabalho demasiado pela minha profissão.  
 Trabalhar com pessoas directamente é altamente stressante para mim.  
 Sinto-me no limite das minhas capacidades.

Passo facilmente compreender como se sentem as pessoas que atendo.  
 Relaciono bem com os problemas das pessoas que atendo.  
 Sinto que consigo influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.  
 Sinto-me bastante vigoroso.

**Realização Pessoal**  
 Consigo facilmente criar uma atmosfera calma com as pessoas com quem lido.  
 Sinto-me estimulado depois de trabalhar perto das pessoas que atendo.  
 Consigo muitas coisas valiosas no meu emprego.  
 No meu emprego, lido com os problemas emocionais de forma descontrolada.

Sinto que trato as pessoas que atendo como se fosse "objetos" impessoais.  
 Tomei-me mais insensível desde que comecei esta empresa.  
 Preocupa-me que esta trabalho me torne emocionalmente mais frio.  
 Não me interessa o que acontece às pessoas que atendo.  
 Sinto que as pessoas que atendo me culparam por alguns dos seus problemas.


**Despersonalização**

Sinto-me parecido com as pessoas que atendo em muitas coisas.  
 Sinto-me pessoalmente envolvido com os problemas das pessoas.  
 Sinto-me desconfortável da maneira que tratei algumas pessoas.

**Envolvimento (opcional)**

## BURNOUT – Manifestações físicas e psicológicas

- Comportamentos rápidos
- Respiração superficial
- Tiques rápidos
- Movimentos repetitivos nervosos
- Tensão muscular
- Rigidez facial
- Perturbações do sono
- Alterações da concentração
- Irritabilidade
- Dificuldade em relaxar
- Incapacidade para escutar
- Impaciência para o ritmo das situações
- Tentativa de fazer várias coisas ao mesmo tempo
- Obsessão com o tempo
- Sentimentos de pressão temporal
- Humor depressivo
- Exaustão emocional



Barbosa & Neto, 2010


## BURNOUT

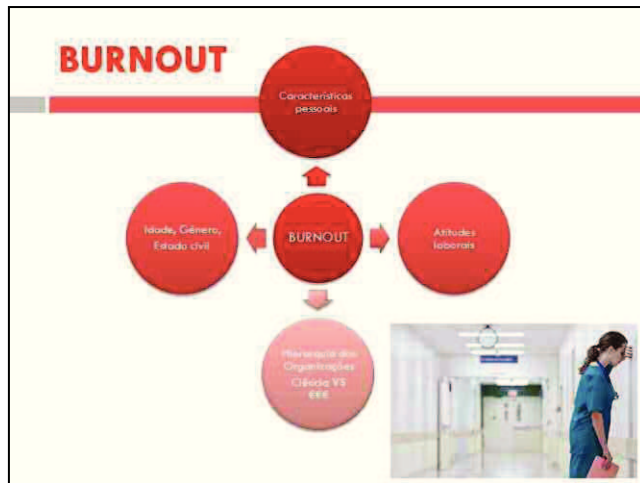
A *Health Education Authority* classificou a Enfermagem como a 4ª profissão mais stressante do sector público. (Murofsee et al, 2005)

**Factores identificados :**

- o nº reduzido de profissionais em relação à carga de trabalho
- os baixos salários
- a pouca autonomia no desempenho profissional
- problemas de relacionamento com as chefias
- problemas de relacionamento com colegas ou doentes
- conflito entre trabalho e família
- sentimento de desqualificação
- falta de cooperação da equipa

(Gomes et al, 2009)





## Revisão Sistemática da Literatura

Processo que se realiza um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um determinado domínio de investigação.

**Objetivos:**

- delimitar um domínio de investigação
- distinguir o que é conhecido e o que falta conhecer desse mesmo domínio

**Quais os fatores que influenciam o Burnout nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos?**

**Objetivos:** Identificar os fatores que interferem na síndrome de burnout nos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos.

**CRITÉRIOS DE SELECÇÃO**

**INCLUSÃO:** artigos científicos qualitativos e quantitativos sobre burnout; estudos com profissionais de saúde que exercessem Cuidados Paliativos; horizonte temporal: 2004 e 2012.

**EXCLUSÃO:** estudos desenvolvidos exclusivamente noutros serviços que não de Cuidados Paliativos; estudos com profissionais fora da área da saúde.

**Descritores de pesquisa:** *Burnout-palliative care; Burnout-health professionals; Burnout-organizational factors; burnout-social factors; burnout-doctors; burnout-nurses; burnout-factors; work stress-health professionals.*

## Revisão Sistemática da Literatura

1. Colocar as questões para a Revisão + PICOD
2. Identificar o trabalho relevante
3. Compreender a qualidade dos estudos
4. Resumir a evidência
5. Interpretar as conclusões

## PICOD

Na leitura, análise e resumo dos artigos considerámos os parâmetros imprescindíveis para a sua seleção.

P	Participantes	Quem foi estudado?	Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos
I	Intervenções	O que foi feito?	Conhecer os fatores que influenciam o burnout nos participantes
C	Comparações	Podem existir ou não	Entre os diferentes estudos
O	Outcomes	Resultados, efeitos e consequências	Fatores que contribuem para o aparecimento do burnout nos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos.
D	Desenho do estudo (Design)	Como foram colhidos os dados?	Qualitativo

**Palavras-Chave:**  
- Cuidados Paliativos,  
- Burnout,  
- Fatores,  
- Profissionais de Saúde,  
- Enfermeiros,  
- Médicos

**1 CAN ADDRESSING DEATH ANXIETY REDUCE HEALTH CARE WORKERS' BURNOUT AND IMPROVE PATIENT CARE?**

Intervenção	Resultado
<p><b>Intervenção:</b> Apoio psicológico e intervenção de suporte social baseada em família.</p> <p><b>Controlo:</b> Apoio psicológico e intervenção de suporte social baseada em família.</p>	<p><b>Resultado:</b> O estudo mostrou que a intervenção baseada em família reduziu o burnout e melhorou o cuidado do paciente em comparação com o controlo.</p>

↓ significativa nos níveis de exaustão nos profissionais de saúde

- ✓ Formação contínua
- ✓ Educação na comunicação
- ✓ Apoio psicológico
- ✓ Introspeção pessoal relativa à morte
- ✓ Bem-estar dentro da equipa de profissionais de saúde



Título do artigo	Intervenção	Resumo
 <p><b>II. UNDERSTANDING COMPASSION SATISFACTION, COMPASSION FATIGUE AND BURNOUT: A SURVEY OF THE HOSPICE PALLIATIVE CARE WORKFORCE</b></p> <p><b>Authors:</b> Doreen Dwyer, Sarah O'Connell, Victoria O'Connell, Anne Kelly</p> <p><b>Abstract:</b> OBJECTIVE: Compassion fatigue (CF) is a state of emotional exhaustion and reduced ability to empathize with others. It is a common phenomenon in the hospice and palliative care workforce. This study aimed to explore the prevalence of CF in the hospice and palliative care workforce in Ireland. DESIGN: A cross-sectional survey of hospice and palliative care workers in Ireland. SETTING: Hospices and palliative care services in Ireland. PARTICIPANTS: 100 hospice and palliative care workers in Ireland. MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: The prevalence of CF was 20.0%. The prevalence of CF was significantly higher in hospice workers than in palliative care workers. CONCLUSIONS: CF is a common phenomenon in the hospice and palliative care workforce in Ireland. It is important to recognize the signs and symptoms of CF and to provide support for those affected.</p>	<p>Compreensão da importância da satisfação e do burnout no contexto dos cuidados paliativos.</p> <p>1) Os níveis de burnout nos médicos são menores que nos enfermeiros, e os níveis de satisfação mais elevados.</p>	

- 1) Em regime de *part-time*, existe maior grau de satisfação e níveis mais baixos de burnout.
- 2) Os níveis de burnout nos médicos são menores que nos enfermeiros, e os níveis de satisfação mais elevados.

Título do artigo	Intervenção	Resumo
 <p><b>III. FACTORS ASSOCIATED WITH WORK STRESS AND PROFESSIONAL SATISFACTION IN ONCOLOGY STAFF</b></p> <p><b>Authors:</b> Susan Douglas, Roseanne, Dawn Kelly, Dawn Kelly, Dawn Kelly</p> <p><b>Abstract:</b> OBJECTIVE: The purpose of this study was to explore the factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. DESIGN: A cross-sectional survey of oncology staff in Ireland. SETTING: Oncology services in Ireland. PARTICIPANTS: 100 oncology staff in Ireland. MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: The prevalence of work stress was 30.0%. The prevalence of professional satisfaction was 70.0%. CONCLUSIONS: Work stress and professional satisfaction are common in oncology staff. It is important to recognize the factors associated with work stress and professional satisfaction and to provide support for those affected.</p>	<p>Existência de uma alta prevalência de stress, quer na Unidade de CP quer na Unidade de Oncologia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 55% de defende que <b>não têm tempo suficiente para fazer o luto do doente</b></li> <li>- &gt; 30% sente que <b>não tem recursos suficientes para lidar com o stress laboral.</b></li> </ul>	

Existente uma alta prevalência de stress, quer na Unidade de CP quer na Unidade de Oncologia

- 55% de defende que **não têm tempo suficiente para fazer o luto do doente**
- > 30% sente que **não tem recursos suficientes para lidar com o stress laboral.**

Após este levantamento, foram instituídas medidas para reduzir o stress na Unidade de Cuidados Paliativos:


- ✓ **Reihs anuais de Enfermagem**
- ✓ **Ronda de Ética**
- ✓ **Rondas de Morbilidade e Mortalidade para discussão dos casos clínicos mais difíceis**

Título do artigo	Intervenção	Resumo
 <p><b>IV. WORK AND HEALTH CONDITIONS OF NURSING STAFF IN PALLIATIVE CARE AND HOSPICES IN GERMANY</b></p> <p><b>Authors:</b> Doreen Dwyer, Sarah O'Connell, Victoria O'Connell, Anne Kelly</p> <p><b>Abstract:</b> OBJECTIVE: The purpose of this study was to explore the work and health conditions of nursing staff in palliative care and hospices in Germany. DESIGN: A cross-sectional survey of nursing staff in palliative care and hospices in Germany. SETTING: Palliative care and hospices in Germany. PARTICIPANTS: 100 nursing staff in palliative care and hospices in Germany. MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: The prevalence of work stress was 20.0%. The prevalence of professional satisfaction was 80.0%. CONCLUSIONS: Work stress and professional satisfaction are common in nursing staff in palliative care and hospices in Germany. It is important to recognize the factors associated with work stress and professional satisfaction and to provide support for those affected.</p>	<p>Os Enfermeiros que trabalham em Hospícios estavam psicologicamente e fisicamente mais saudáveis do que os que exerciam funções em serviços de Cuidados Paliativos.</p> <p>• <b>Fatores relacionados:</b> reconhecimento no local de trabalho, identificação com os valores da instituição, sentir pouca pressão laboral e terem bom ambiente no trabalho.</p>	

- Os Enfermeiros que trabalham em Hospícios estavam psicologicamente e fisicamente mais saudáveis do que os que exerciam funções em serviços de Cuidados Paliativos.
- **Fatores relacionados:** reconhecimento no local de trabalho, identificação com os valores da instituição, sentir pouca pressão laboral e terem bom ambiente no trabalho.

Título do artigo	Intervenção	Resumo
 <p><b>V. DIRECT EFFECTS OF WORKGROUP CULTURE DIFFERENTIALS ON BURNOUT, COMPASSION FATIGUE AND COMPASSION SATISFACTION: CAN ONE'S CULTURAL BELIEFS MITIGATE THESE EFFECTS?</b></p> <p><b>Authors:</b> Susan Douglas, Roseanne, Dawn Kelly, Dawn Kelly, Dawn Kelly</p> <p><b>Abstract:</b> OBJECTIVE: The purpose of this study was to explore the direct effects of workgroup culture differentials on burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction. DESIGN: A cross-sectional survey of workgroup culture differentials in oncology staff in Ireland. SETTING: Oncology services in Ireland. PARTICIPANTS: 100 oncology staff in Ireland. MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: The prevalence of burnout was 30.0%. The prevalence of compassion fatigue was 40.0%. The prevalence of compassion satisfaction was 70.0%. CONCLUSIONS: Workgroup culture differentials have direct effects on burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction. It is important to recognize the factors associated with workgroup culture differentials and to provide support for those affected.</p>	<p>✓ Diminuindo as diferenças entre a perspectiva individual versus grupo de trabalho, através do respeito para com a cultura do restante grupo e apoiando as crenças/práticas/identidade, atenuamos o impacto do burnout e da fadiga, aumentando assim a satisfação dos profissionais de cuidados de saúde.</p> <p>✓ A flexibilidade laboral (<i>part time</i>) tem efeitos semelhantes.</p> <p>✓ A interdisciplinaridade é fundamental para nos ajudar a perceber a capacidade necessária às relações, envolvendo stress, emoções e interações nestas profissões mais exigentes.</p>	

- ✓ Diminuindo as diferenças entre a perspectiva individual versus grupo de trabalho, através do respeito para com a cultura do restante grupo e apoiando as crenças/práticas/identidade, atenuamos o impacto do burnout e da fadiga, aumentando assim a satisfação dos profissionais de cuidados de saúde.
- ✓ A flexibilidade laboral (*part time*) tem efeitos semelhantes.
- ✓ A interdisciplinaridade é fundamental para nos ajudar a perceber a capacidade necessária às relações, envolvendo stress, emoções e interações nestas profissões mais exigentes.

Título do artigo	Intervenção	Resumo
 <p><b>VI. IMPACT OF DEATH AND DYING ON THE PERSONAL LIVES AND PRACTICES OF PALLIATIVE AND HOSPICE CARE PROFESSIONALS</b></p> <p><b>Authors:</b> Doreen Dwyer, Sarah O'Connell, Victoria O'Connell, Anne Kelly</p> <p><b>Abstract:</b> OBJECTIVE: The purpose of this study was to explore the impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. DESIGN: A cross-sectional survey of palliative and hospice care professionals in Ireland. SETTING: Palliative and hospice care services in Ireland. PARTICIPANTS: 100 palliative and hospice care professionals in Ireland. MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: The prevalence of impact of death and dying on personal lives was 30.0%. The prevalence of impact of death and dying on practices was 40.0%. CONCLUSIONS: The impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals is significant. It is important to recognize the factors associated with the impact of death and dying and to provide support for those affected.</p>	<p>Os participantes assumiram o quão difícil é o seu cargo, mas asseguram que as lições de vida que vivem são compensatórias, quer pessoal, quer profissionalmente.</p> <p>Os participantes sentem que ocupam um lugar privilegiado na descoberta do significado da vida, perto de quem têm a morte próxima e integrando a sabedoria de fim-de-vida na sua vida comum, em contraste com a perspectiva dos doentes terminais.</p>	

- ✓ Os participantes assumiram o quão difícil é o seu cargo, mas asseguram que as lições de vida que vivem são compensatórias, quer pessoal, quer profissionalmente.
- Os participantes sentem que ocupam um lugar privilegiado na descoberta do significado da vida, perto de quem têm a morte próxima e integrando a sabedoria de fim-de-vida na sua vida comum, em contraste com a perspectiva dos doentes terminais.

Título do artigo	Intervenção	Resumo
 <p><b>VII. NIVELES DE ESTRÉS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS</b></p> <p><b>Authors:</b> Doreen Dwyer, Sarah O'Connell, Victoria O'Connell, Anne Kelly</p> <p><b>Abstract:</b> OBJECTIVE: The purpose of this study was to explore the levels of stress in the nursing staff of palliative care units in Spain. DESIGN: A cross-sectional survey of nursing staff in palliative care units in Spain. SETTING: Palliative care units in Spain. PARTICIPANTS: 100 nursing staff in palliative care units in Spain. MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: The prevalence of stress was 30.0%. CONCLUSIONS: The levels of stress in the nursing staff of palliative care units in Spain are high. It is important to recognize the factors associated with stress and to provide support for those affected.</p>	<p><b>Dificuldades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formação insuficiente</li> <li>- falta de ordenamento na equipa</li> <li>- falta de formação específica</li> <li>- contacto direto com os pacientes</li> <li>- sistema de horas de trabalho</li> <li>- trabalho por turnos</li> <li>- remuneração baixa,</li> <li>- conflitos ao lidar com as famílias dos pacientes.</li> </ul> <p>✓ A exaustão emocional, pode estar relacionada com: o ambiente físico, o equilíbrio entre a vida pessoal e a situação de emprego, discussão com os pacientes e familiares, reprimendas dos superiores, discussão com colegas e despersonalização.</p> <p>✓ Aumentando o cansaço emocional, poderá aumentar os conflitos com familiares e pacientes.</p> <p>Os profissionais para alcançarem a sua realização pessoal e profissional têm de se compreender, definir qual o seu papel dentro da equipa e o papel dos restantes elementos.</p>	

- formação insuficiente
- falta de ordenamento na equipa
- falta de formação específica
- contacto direto com os pacientes
- sistema de horas de trabalho
- trabalho por turnos
- remuneração baixa,
- conflitos ao lidar com as famílias dos pacientes.
- ✓ A exaustão emocional, pode estar relacionada com: o ambiente físico, o equilíbrio entre a vida pessoal e a situação de emprego, discussão com os pacientes e familiares, reprimendas dos superiores, discussão com colegas e despersonalização.
- ✓ Aumentando o cansaço emocional, poderá aumentar os conflitos com familiares e pacientes.
- Os profissionais para alcançarem a sua realização pessoal e profissional têm de se compreender, definir qual o seu papel dentro da equipa e o papel dos restantes elementos.



País	Título do artigo	Intervenção	Resumo
	VIII. SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID	<p>Objetivo: Analizar el nivel de síndrome de burnout en profesionales sanitarios de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Método: Estudio descriptivo de cortejo transversal que involucra a 102 enfermeros de unidades de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Resultados: El 50,9% de los enfermeros presentaban síndrome de burnout. El 30,4% presentaban síndrome de burnout moderado y el 18,7% presentaban síndrome de burnout severo.</p> <p>Conclusiones: El síndrome de burnout es un problema de salud pública en enfermeros de unidades de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid.</p>	

- 1) Cansaço emocional maior nas mulheres, trabalhadores sem contrato fixo e nos trabalhadores com mais experiência
- 2) Realização pessoal maior nos homens
- 3) Despersonalização maior junto aos Enfermeiros

Medidas propostas para o desgaste profissional:

- diminuir a burocracia,
- estabelecer formas de participação dos profissionais nas tomadas de decisão
- favorecer a formação contínua
- valorizar os profissionais e contar com o apoio da Instituição para resolver questões de conflito.

País	Título do artigo	Intervenção	Resumo
	IX. IMPACTO DO MANEJO CLÍNICO DA DOR, AVALIAÇÃO DE ESTRESSE E ENFRENTAMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	<p>Objetivo: Avaliar o impacto do manejo clínico da dor na avaliação de estresse e enfrentamento de enfermeiros.</p> <p>Método: Estudo descritivo de cortejo transversal que envolveu 102 enfermeiros de unidades de cuidados paliativos de uma instituição de ensino superior.</p> <p>Resultados: O manejo clínico da dor impacta significativamente no estresse e no enfrentamento dos enfermeiros.</p> <p>Conclusiones: É necessário implementar estratégias para melhorar o manejo clínico da dor e reduzir o estresse dos enfermeiros.</p>	

✓ Os Enfermeiros possuem maior número de mecanismos de coping.

✓ É igualmente crucial organizar e oferecer cursos de formação permanente, destinados à capacitação e ao treino dessas equipas, que se fundamentem em pesquisas já desenvolvidas.

País	Título do artigo	Intervenção	Resumo
	X. ESTUDIO SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL PAÍS BASCO	<p>Objetivo: Estudiar el nivel de síndrome de burnout en enfermeros de cuidados paliativos del País Vasco.</p> <p>Método: Estudio descriptivo de cortejo transversal que involucra a 102 enfermeros de unidades de cuidados paliativos del País Vasco.</p> <p>Resultados: El 50,9% de los enfermeros presentaban síndrome de burnout. El 30,4% presentaban síndrome de burnout moderado y el 18,7% presentaban síndrome de burnout severo.</p> <p>Conclusiones: El síndrome de burnout es un problema de salud pública en enfermeros de unidades de cuidados paliativos del País Vasco.</p>	

- ✓ Os níveis de burnout dos Enfermeiros estudados são similares às outras áreas.
- ✓ A experiência profissional é um fator de proteção ao cansaço emocional.
- ✓ Os profissionais referem que deveria existir **mais formação e treino prático** na área.
- ✓ O estudo defende que os profissionais deveriam passar por um **processo de seleção e formação** com o intuito de prevenir o desgaste profissional.

País	Título do artigo	Intervenção	Resumo
	XI. PSYCHOLOGICAL MORBIDITY AND BURNOUT IN PALLIATIVE CARE DOCTORS IN WESTERN AUSTRALIA	<p>Objetivo: Avaliar a morbidade psicológica e burnout em médicos de cuidados paliativos na Austrália Ocidental.</p> <p>Método: Estudo descriptivo de cortejo transversal que envolveu 102 médicos de unidades de cuidados paliativos da Austrália Ocidental.</p> <p>Resultados: Os médicos de cuidados paliativos apresentam níveis elevados de morbidade psicológica e burnout.</p> <p>Conclusiones: É necessário implementar estratégias para reduzir a morbidade psicológica e burnout dos médicos de cuidados paliativos.</p>	

✓ A prática de medicina paliativa apresenta fatores de stress únicos que podem influenciar a saúde mental dos clínicos, porém os níveis de morbidade psiquiátrica e burnout não é superior do que nas outras especialidades.

✓ Devem ser construídos apoios, e investir-se na investigação para identificar as melhores estratégias para melhorar a saúde mental dos profissionais de CP.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 11 artigos, 6 eram de países anglo-saxónicos.



Os CP são uma realidade ativa há mais tempo, ao contrário de Portugal.



- 2004
- 2005
- 2007
- 2009
- 2011
- 2012

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- Os resultados mais observados sobre o burnout eram estudos em outras áreas: **Oncologia, Pediatria, Cuidados Intensivos, Serviço de Urgências, Centros de Queimados, Saúde Ocupacional**, cujos participantes eram maioritariamente **Enfermeiros e Médicos**.
- Amostra maioritariamente feminina nos profissionais de **Enfermagem**.
- Mais participantes do sexo masculino nos profissionais de **Medicina**.
- Estudo espanhol mostrou que os **homens** apresentam menor nível de cansaço emocional e maior realização pessoal, ao contrário das mulheres.
- Na **despersonalização**, o grupo mais afetado eram os profissionais de **Enfermagem**.
- Através da compreensão de personalidades e profissões teremos uma equipa multidisciplinar que trabalhará para alcançar os mesmos objetivos e desta forma saber responder melhor às necessidades dos doentes.

## Conclusões

### FACTORES QUE PREDISPÕEM O BURNOUT:

- Exposição ao sofrimento e ao final da vida
- Treino insuficiente
- Ausência de apoio emocional
- Problemas de organização
- Falta de formação e habilidades de comunicação
- Sistema de horas de trabalho (turnos)
- Falta de entendimento com os colegas de trabalho
- Falta de formação específica
- Remuneração baixa
- Conflitos ao lidar com as famílias dos pacientes

### FACTORES QUE PREVINEM O BURNOUT:

- Maior satisfação por maior contacto com os pacientes
- Trabalho em equipa
- Reuniões periódicas
- Opção pela área de cuidados
- Experiência profissional\*
- Segurança através da prática clínica
- Flexibilidade laboral
- Formação contínua

\*Apenas um estudo espanhol apresentou dados que mostravam níveis de despersonalização maiores entre os mais experientes.

## Artigos analisados

1. L.MELO, C.; OLIVEIRA, D. (2011) - Can Addressing Death Anxiety Reduce Health Care Workers' Burnout and Improve Patient Care? *Journal of Palliative Care* 27(4), p. 287-295.
2. ILIUCUM-GORI, S. (et al) (2011) - Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*. [Disponível em URL] <http://pmj.sagepub.com/content/20/1/12>; 116/0269215311431311.long
3. ILDOUGHREY, E. (et al) (2009) - Factors Associated With Work Stress and Professional Satisfaction in Oncology Staff. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Volume 26 Number 2 April/April, p.105-111.
4. IV. SCHRÖDER, C. (et al) (2004) - Work and health conditions of nursing staff in palliative care and hospices in Germany. *Psycho-Social-Medicine*, Vol. 1, ISSN 1614-2934. [Disponível em URL] <http://ojs.ubgpub.com/content/2/6/2/105.long>
5. V. HEMS WORTH, D. (et al) (2011) - Direct effects of workgroup culture differentials on burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction. Can one's cultural beliefs mitigate these effects? *International Journal of Business Research*, Algora, Vol. 11. [Disponível em URL] <http://www.ijbr.com/abstract/101-272-48-4973-direct-effects-of-workgroup-culture-differentials>
6. VL. SINGH, S. (2011) - Impact of death and dying on the personal lives and practice of palliative and hospice care professionals. *Canadian Medical Association*, February, 163 (2). [Disponível em URL] <http://www.cma.ca/content/163/2/160>
7. VIL CANTORNA, C. (et al) (2012) Níveis de estresse em personal de enfermagem de unidades de cuidados paliativos. *Gerontologia*, 28 (2): 59-62. [Disponível em URL] <http://scielo.sci.br/pdf/gero/v28n2/comunicacao2.pdf>
8. VIL GARCÍA, E. (et al) (2005) - Síndrome de Burnout em Profissionais Sanitários de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.
9. VIL NEBROMONTE, M., ARAÚJO, T. (2011) Impacto do manejo clínico da dor: avaliação do estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. *Rev. Latino-Americana Enfermagem* 19 (2). [Disponível em URL] [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pl\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pl_03.pdf)
10. X. GARCÍA, M. (et al) (2009) - Estudio sobre el síndrome de burnout en Profesionales de Enfermería de Unidades de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista de Medicina da Universidade de Navarra*, Vol. 53, nº 1, p.3-8 S. [Disponível em URL] [http://doi.org/10.1016/S0969-5654\(09\)70020-0](http://doi.org/10.1016/S0969-5654(09)70020-0)
11. XI. DUNWOODIE, D., AURET, K. (2007) - Psychological morbidity and burnout in palliative ca

## AGRADECIMENTOS

Ao longo da investigação dos artigos contactámos com os autores dos artigos que não se encontravam, na sua totalidade, disponíveis na internet, e dos cerca de vinte e-mails enviados, obtivemos 8 respostas dos autores a facultarem-nos o artigo integral. Num tempo em que tudo se compra e se vende, estas pessoas dispersas pelos mais diversos países mostraram-nos que a generosidade além-fronteiras ainda existe. O nosso Muito Obrigada!

- Carol Gouveia Melo (Portugal/Reino Unido)
- Sandra Pereira (Portugal)
- Karen Baranowski (Estados Unidos da América)
- Eva Santamaría (Espanha)
- AnneLoes van Staa (Holanda)
- Alun Charles Jones (Gales)
- Jim Henry (Estados Unidos da América)
- Kaori Shimoinaba (Austrália)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FREUDENBERGER, H.J. (1976) - Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, Vol. 30, p. 159-165.
2. MASLACH, C.; JACKSON, S. (1980) - Burnout in the health professions: a social psychological analysis. In: Sanders & Siro (Eds.), *Social psychology of health and illness*. New York: Erlbaum.
3. MACHO, M.; ABRAHÃO, E.; MARQUES, A. (2006) - Relações entre estresse e burnout e religião em enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Março-abril 12 (3), p. 288-301. [Disponível em URL] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/12n3a19.pdf>
4. DOMES, R.; CRUZ, J.; CABANEAS, S. (2009) - Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo em Enfermeiros Portugueses. Universidade de Minho. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 25(2), p. 28-33. [Disponível em URL] <http://www.uem.br/pdf/ptp/v25n2/a04-28-33.pdf>
5. FREUDENBERGER, H.J. (1976) - The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, Vol. 12, p. 73-82.
6. CAUHOUD, O. (1980) - Hospitalare high-stress employees. *Hospital*, Vol. 54 (12), p. 171-176.
7. VASQUES-MENEZES, L.; CODO, W.; NEDELOS, L. (1999) - O Conflito entre o trabalho e a família e o sofrimento psíquico. In: CODO, W. (Coord.). *Educação: espírito e trabalho*. Fundação Vozes.
8. LINSTROM, K. (1992) - Work organization and wellbeing of Finnish health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, Vol. 18 (2), p. 90-93. [Disponível em URL] <http://www.datatim.mnh.gov/pubmed/1314700>
9. DELBROUCK, M. (2006) - Síndrome de Eustress (Burnout). *Lições Clínicas*, edição, ISBN 978-794-228-9.
10. MAIA, O.; LOPES, W. (2000) - O enfermeiro e a morte. *Revista de Formação*, Centro de Enfermagem, Vol. 21 (Ano V), p. 30-33.
11. KUBLER-ROSS, E. (1969) - On death and dying. New York: Massillon.
12. OLIVEIRA, C.; FERREIRA, F.; ALFAIATE, M.; SILVA, L.; MATOS, T. (2008) - Os enfermeiros perante a morte. *Nurses and Death*, *Revista Nursing*, Lisboa: Seara Nova, ISBN 0871-6186.
13. BARROSA, A. (2006) - Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Centro de Bioética - Faculdade de Medicina de Lisboa.
14. OLIVEIRA, V. (2010) - Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Mestrado em Psicologia da Universidade de Porto, sessão em 24 de Junho de 2010. [Disponível em URL] <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88431/2/Silva%20-%20Barro%20-%20Matos%20-%20Oliveira%20-%20Codo%20-%20Domes%20-%20Dunwoodie%20-%20Hemsworth%20-%20Iliucum-Gori%20-%20Jones%20-%20Lopes%20-%20Melo%20-%20Machoch%20-%20Marques%20-%20Mendes%20-%20Menezes%20-%20Monte%20-%20Nebraska%20-%20Pereira%20-%20Pinto%20-%20Rei%20-%20Santamaria%20-%20Shimoinaba%20-%20Singh%20-%20Staa%20-%20Van%20Staa%20-%20Vilcantorna%20-%20Vilgarcia%20-%20Vilnebromonte%20-%20Woods%20-%20Zhang>
15. MASLACH, C. (1981) - The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*.
16. FORTIN, M.F. (1999) - O Processo de Investigação de conceitos e realidade. *Lusitânia*, 2ª Edição, p. 74-87. ISBN 978-83-83-10-X.
17. SAUNDERS, C. (1999) - Profissão de Livro de Oração dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos. SPAP, Lusitânia, Loures.
18. BARROSA, A.; NETO, I. (2010) - Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. 2ª Edição, p.774-783.
19. STAWAL, B.H. (2009) - Professional Quality of Life: Compassion, Satisfaction and Fatigue. *Work*, 32(3) [Disponível em URL] <http://www.tandf.co.uk/journals/10.1080/10717910903325320>

**Apêndice IV -Avaliação da Apresentação da Revisão Sistemática da Literatura no *Journal Club*: “Factores que influenciam o Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”**

## AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO

*Factores que influenciam o Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos*

Pedimos que preencha o seguinte questionário, de forma a conhecer a sua opinião sobre a apresentação. O nosso Obrigada pela sua colaboração.

Data e local: 2 de Julho de 2013, Piso 4HR

<b>1. Apresentação em Geral</b>	Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
1.1. Como avalia a articulação dos temas.				11	5
1.2. Como avalia a organização em geral.				11	5
<b>2. Conteúdo</b>	Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
2.1. Os temas apresentados tiveram interesse.				4	12
2.2. Os temas têm uma aplicação no meu desempenho.			1	5	9
2.3. Os temas abordados foram apresentados com profundidade.			3	9	4
<b>3. Material de apoio pedagógico</b>	Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
3.1. Como considera o material de apoio pedagógico.			2	11	3
<b>4. Apresentadores</b>	Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
4.1. Os apresentadores dominavam o tema.			1	7	8
4.2. Como considera a prestação geral dos apresentadores.			1	7	8

Pelos 16 questionários aplicados, pudemos chegar às seguintes conclusões:

- 11 pessoas avaliaram a articulação dos temas e a organização da apresentação em “Elevado” e 5 em “Muito elevado”;

- No conteúdo da mesma, 4 participantes deram valor de “Elevado” e 12 “Muito elevado” ao interesse dos temas apresentados;

- 1 Pessoa avaliou com “Médio” a aplicação do tema no seu desempenho, enquanto 5 avaliaram como “Elevado” e 9 “Muito elevado”;

- Na profundidade dos temas, 3 pessoas avaliaram como “Médio”, 9 pessoas definiram como “Elevado” e 4 como “Muito elevado”;

- O material de apoio pedagógico foi avaliado por 2 pessoas como “Médio”, por 11 como “Elevado” e por 3 “Muito elevado”;

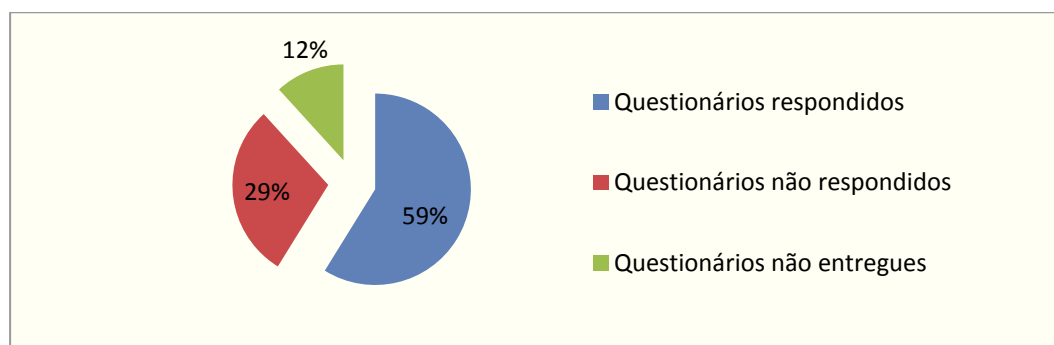
- 1 participante avaliou o domínio do tema e a prestação das apresentadoras como “Médio”, contrastando com a avaliação de 7 pessoas com “Elevado” e 8 que responderam “Muito Elevado”.

## **Apêndice V - Questionário aplicado aos Enfermeiros da UCCP**

## INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM A AUTO-IMAGEM DOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

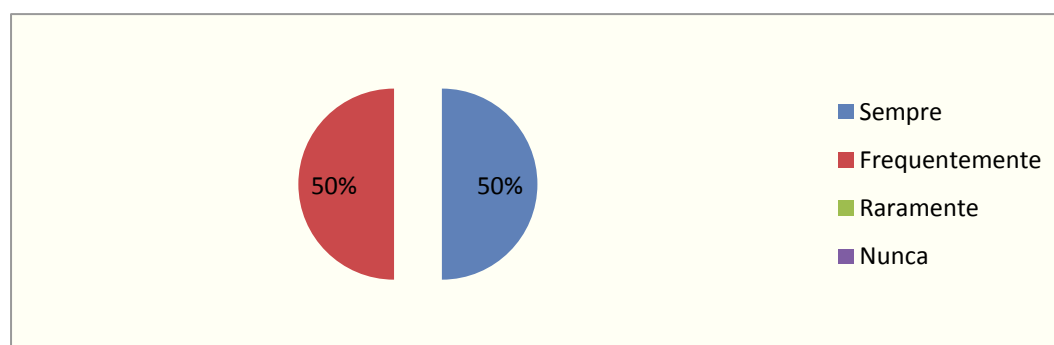
“Na sua experiência em Cuidados Paliativos, certamente encontrou vários casos de alteração da imagem corporal, em doentes de várias idades e de géneros diferentes, que o marcaram. Gostaria que reflectisse e me desse a conhecer as intervenções que realizou junto do doente. De acordo com a afirmação, coloque uma X na resposta que mais de aplica ao seu caso. Se considerar pertinente, identifique em texto livre outras intervenções que tenha realizado, caracterizando a sua frequência.”

Dos dezassete profissionais de Enfermagem com formação avançada em Cuidados Paliativos previamente seleccionados da UCP, foram entregues quinze, pois duas Enfermeiras encontravam-se de baixa médica. Após a aplicação dos questionários, foi realizada uma análise aos dez recolhidos no total. De seguida, apresento o inquérito com as respectivas percentagens de respostas que obtiveram no bordo inferior. Nos casos em que os participantes responderam no texto livre, apresento em itálico.

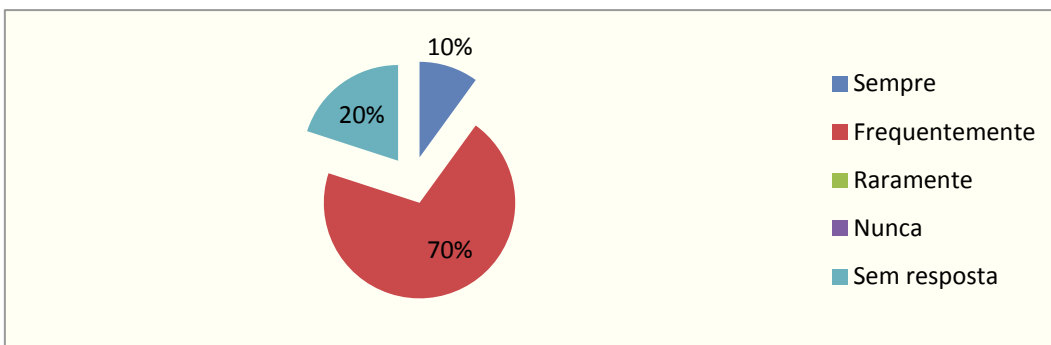


### 1. Avaliar factores

1.1. Dediquei parte do meu tempo a compreender o que o cliente sabe sobre o seu estado de saúde.

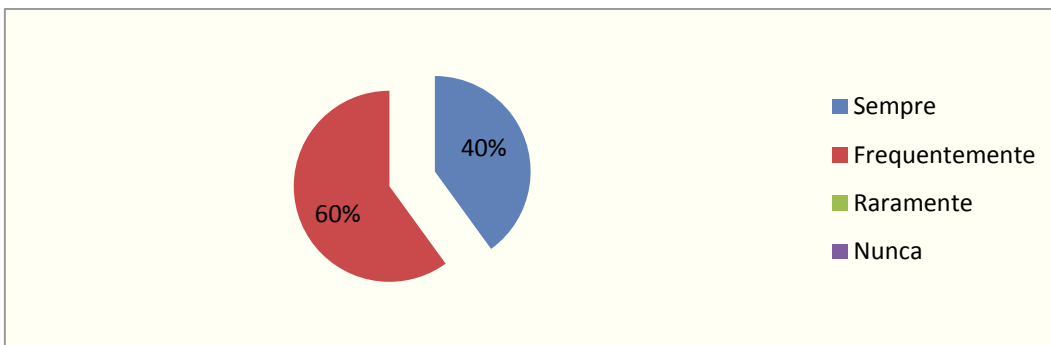


1.2. Procurei, no comportamento do cliente, sinais que sugeriram má relação com o corpo.

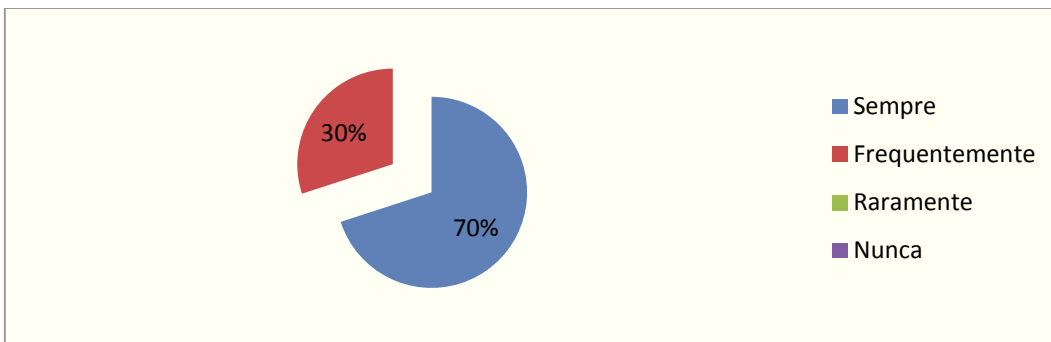


## 2. Comunicação

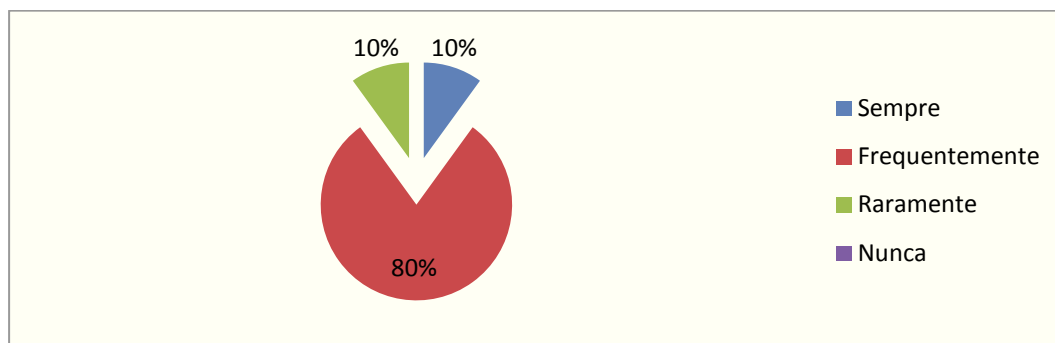
2.1. Dei aos clientes a oportunidade de falar abertamente sobre as alterações sofridas na sua imagem corporal.



2.2. Dediquei parte do meu tempo a escutar o cliente, de forma a que ele sinta que é foco do meu interesse

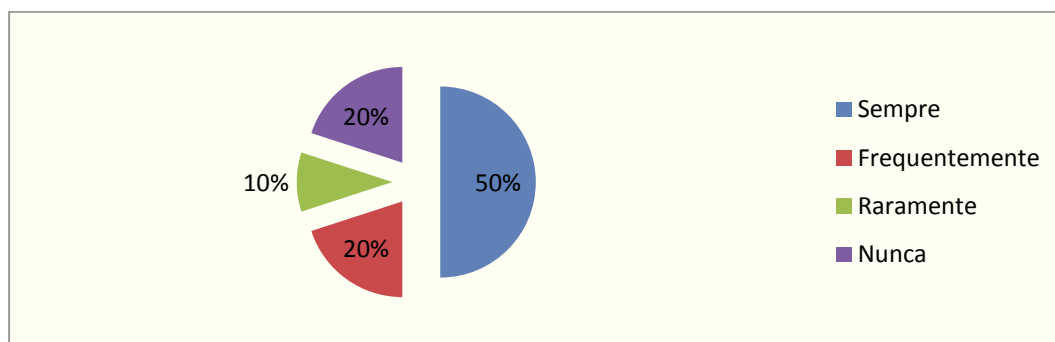


2.3. Discuti abertamente com o cliente e família a mudança na aparência e os meios de adaptação à mesma.



### 3. Toque

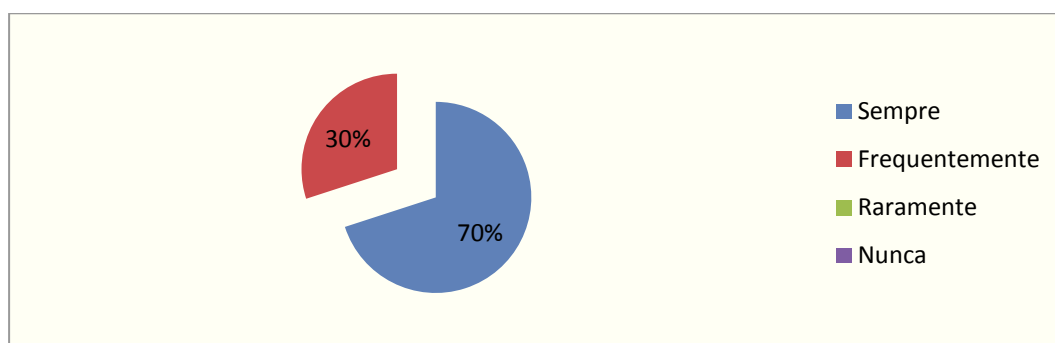
3.1. Não tive problemas em usar toque terapêutico no cliente com alteração marcada da aparência.



### 4. Incentivar o Auto-cuidado

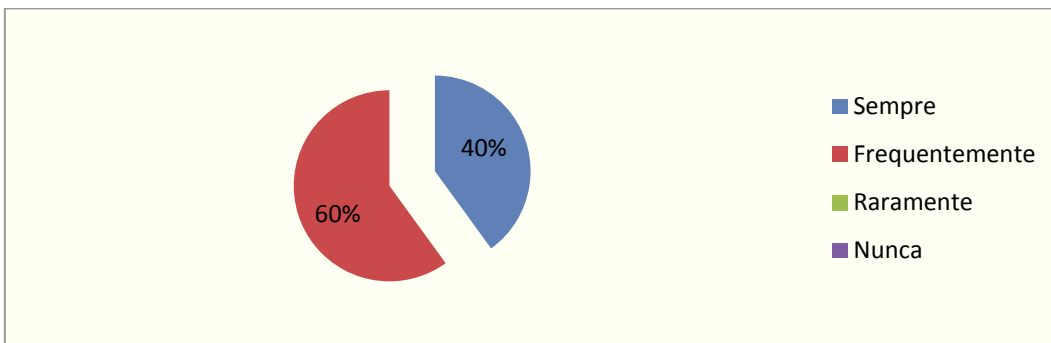
4.1. Incentivei o cliente a olhar e tocar na parte do corpo alterada.

*Incentivei o cliente a agir de forma natural; Colostomia - Frequentemente.*

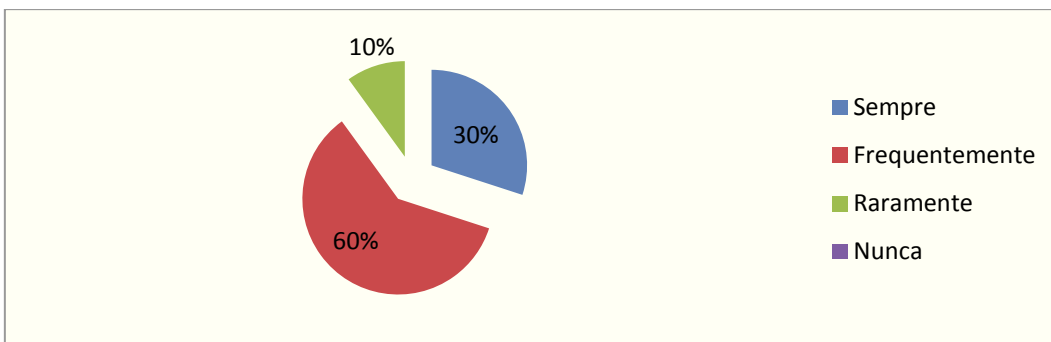




4.2. Estimulei o cliente a cuidar da sua aparência durante os cuidados de higiene e conforto.

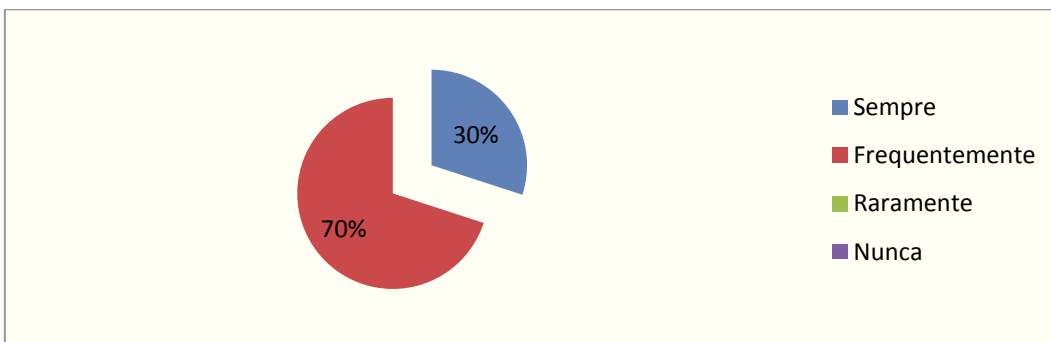


4.3. Incentivei a família a participar nos cuidados ao cliente.



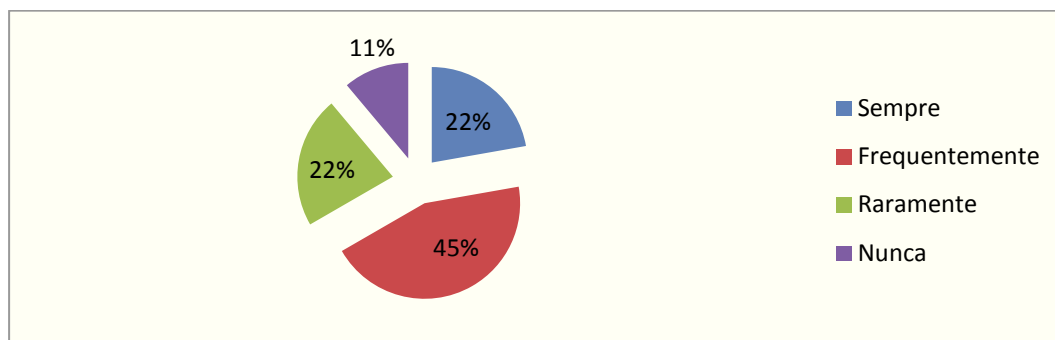
## 5. Emoções positivas.

5.1. Utilizei o humor oportuno nos cuidados ao cliente com alteração da imagem corporal.

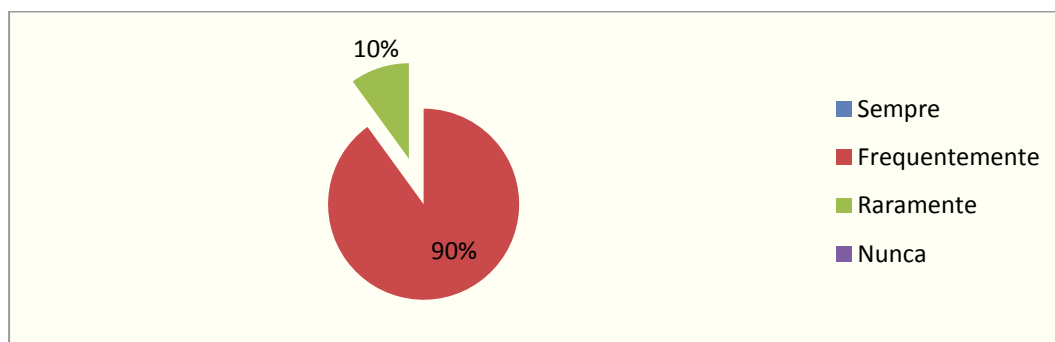


5.2. Evitei sorrir face ao cliente com alteração da imagem corporal quando o ambiente era de tensão.

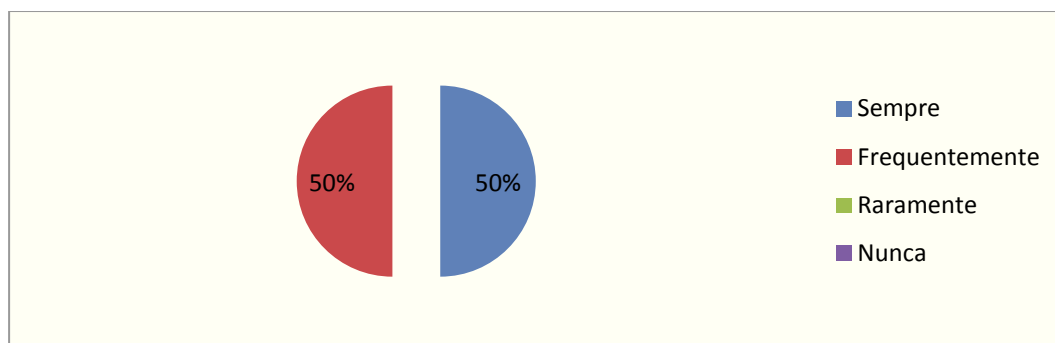
*O sorriso pode ser usado também em ambientes de tensão – depende.*



5.3. Intevi junto da família mal ajustada à imagem corporal do cliente.

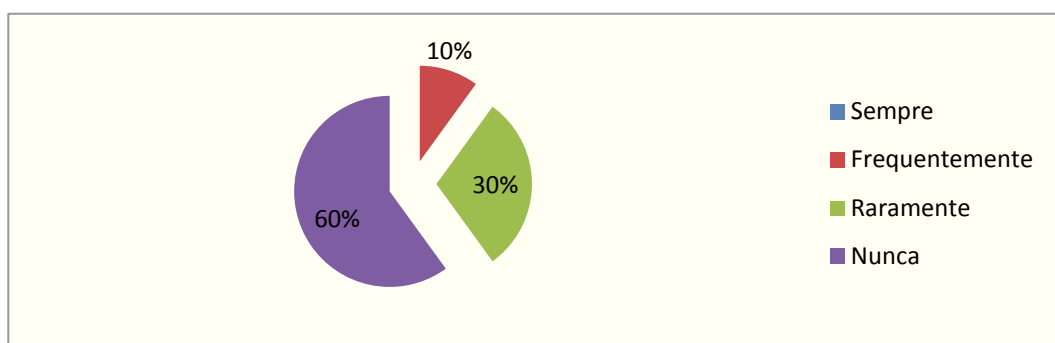


5.4. Reforcei as mudanças positivas e as conquistas que o cliente faz diariamente.



6. Grupos de auto-ajuda.

6.1. Propus grupos de auto-ajuda ao cliente na alta par domicílio.



## **Apêndice VI - CASO CLÍNICO - A *Dona I.***

## CASO CLÍNICO – A Dona I.

Achei pertinente expor o caso de uma cliente que na minha primeira semana de Estágio chegou à Unidade de CP, e permaneceu por 8 dias internada, até à sua morte. Um conjunto de factores pesou na decisão de colocar o caso dela no Relatório, mas talvez o principal seja que à vista de todos esta cliente teria todas as razões para estar triste, mas ao contrário do que julguei no início, era uma senhora muito resolvida com o que a vida lhe tinha dado a viver. E talvez porque não deixei de me identificar com os filhos dela, dois deles na mesma faixa etária que eu e perguntar-me *E se fosse a minha mãe?*

A Sra. I., 50 anos de idade, empresária, casada e com 4 filhos (25, 22, 19 e 14 anos). Em 2005, dirigiu-se até ao médico com cefaleias intensas, que através de um exame complementar foi-lhe diagnosticado carcinoma escamoso da nasofaringe não queratinizante (T3cN2M0). Em 2006 realizou tratamentos de quimio e radioterapia, seguida por médicos portugueses e com deslocações a Lille e Madrid para ouvir outras opiniões médicas. Submetida a linfadenectomia em 2009 e a cirurgia para remoção do carcinoma no final de 2012 em Hong Kong, com bypass carotídeo. Resultantes da cirurgia, surgiram várias complicações: lesão do nervo óptico à direita, com necessidade de aplicação de lubrificante do globo ocular, sensação de língua presa, disfagia, dificuldade em se expressar por região palatina comprometida e cefaleias e nos últimos dias aumento de tosse produtiva. O motivo de internamento era controlo sintomático e colocação de PEG.

Fisicamente, a Sra. I. apresentava-se emagrecida, com alopecia marcada (e cicatriz de grandes dimensões na região parietal à direita), rigidez muscular na região da coluna cervical, rinorreia, disfagia, xerostomia e sinais de desidratação.

Relativamente às necessidades:

**Respiração:** Eupneica em repouso, apresentava episódios de tosse produtiva que agravavam cefaleias.

**Circulação/Temperatura:** Sem alterações major, tinha CTI na região da subclávia direita para perfusão de soro polielectrolítico simples e colheitas de sangue para análise.

**Alimentação:** Por apresentar disfagia e xerostomia, a cliente pedia sopas e papas espessadas, sem apresentar apetite. Após colocação de PEG, alimentada sem intercorrências.

**Volume de Líquidos:** sem alterações.

**Eliminação:** Continente, urinava e evacuava na casa de banho.

**Tegumentos:** xerostomia moderada, que controlava com comprimidos (SST – *Saliva Stimulating Tablets*) e gel próprio; mantinha aplicação de lubrificante ocular à direita (invisual) e lágrima artificial no olho esquerdo.

**Actividade Motora:** dependência moderada, necessitava de apoio unilateral na deambulação;

**Sensação/Repouso:** apresentava períodos de ansiedade por medo de se engasgar no quarto sozinho; invisual do olho direito; apresenta surdez, utilizando um aparelho auditivo à esquerda.

**Avaliação da Pessoa:** vígil, tranquila, comunicava verbalmente com os filhos e por escrito com os profissionais (possuía um livro e caneta sempre por perto), orientada no tempo, espaço e pessoa, e colaborante.

Em relação às Escalas:

**Barthel:** dependência moderada;

**Braden:** sem risco;

**Quedas:** risco elevado.

**Karnofsky:** B50.

No dia de admissão no serviço mostrou-nos um sorriso gigante e uma calma inesperadas, tendo em conta a sua situação. Entrou para controlo sintomático (cefaleias) e colocação de PEG, que decorreu sem intercorrências. Os filhos, principalmente a filha de 22 anos, ficou várias noites a acompanhar a mãe e era a principal referência na comunicação, compreendendo a linguagem verbal da mãe.

Iniciou titulação de morfina subcutânea no primeiro dia, com controlo aparente da tosse e cefaleias. Durante os dias de internamento apresentou episódios de dor incidental, originada por acessos esporádicos de tosse produtiva, controlados com analgesia opióides e adjuvante, pautados e em SOS. Na avaliação da dor, questionei-a de como a caracterizava, demonstrando através de gestos e verbalmente que a dor irradiava da região frontal a cabeça para a cervical, com moderada intensidade, tipo “compressão” e originada principalmente pela tosse.

Os acessos de tosse produtiva verificaram-se principalmente após a colocação da PEG, uma vez que a cliente estaria a ter um maior aporte hídrico. Para controlar a produção de secreções, pautou-se a butilescopolamina subcutânea.

A estase gástrica é comum no cancro avançado, provocando cerca de 25% dos casos de náuseas e vômitos. Uma vez colocada a PEG, um dos fármacos pautados foi a metoclopramida, que tinha como objectivo acelerar o esvaziamento gástrico e melhorar o bem estar da doente.

Foi realizada conferência familiar no quarto com a Dona I. presente, sete dias depois do internamento. Estavam presentes a médica, os três filhos mais velhos, o marido, uma familiar chegada, a Enf.<sup>a</sup> J.B. e eu. O assunto abordado pela médica presente era a compreensão por parte da família dos sintomas existentes e que tudo poderia acontecer no caso da Dona I.. A família, principalmente o marido da cliente, na esperança de encontrar a solução (*cura?*) da esposa insistia num contacto entre a médica assistente no Hospital e o médico que tinha realizado a cirurgia em Hong Kong.

Nesse dia, foi necessário um SOS de analgesia durante a conferência, com cefaleias aumentadas e a pedido da Dona I., foi necessário transferi-la do cadeirão para a cama. A par desta situação de mal-estar, o aparelho auditivo estava danificado e penso que o que mais perturbou a Dona I. era saber que estava-se a falar da sua situação sem que ela pudesse participar nela.

Passados nove dias do internamento, durante a noite a Dona I. pede para ir à casa de banho, e com apoio da Enfermeira, apresentou reflexo vagal após miccionar, seguido de período de apneia e respiração de Cheyne-Stokes por breves momentos, até paragem cardiorrespiratória.

Este foi um caso que dificilmente irei esquecer, pela complexidade da situação e pelo ambiente calmo que rodeava a cliente, sempre com apoio presencial da família, e com presença constante dos filhos, os mais adaptados ao estado de saúde da mãe, no meu ponto de vista. Neste caso, embora não fosse previsível o falecimento da Dona I. num espaço de tempo tão curto, a verdade é que fomos assistindo a crises de dor incidental maiores.

Relativamente ao meu tema de estudo, esta senhora representava o que eu pensaria ser um elevado risco para desenvolver um distúrbio da imagem corporal. Pelo contrário: apresentava um comportamento de quem tinha resolvido esse tema há algum tempo. Embora não tenha tido tempo para abordar esse assunto com ela mais aprofundadamente, penso que a estabilidade e o apoio familiar que aparentemente a rodeava era a maior ajuda neste contexto.



## **Apêndice VII - Revisão da Literatura sobre “Auto-Imagem em Cuidados Paliativos”**

# AUTO-IMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

UMA REVISÃO DA LITERATURA

Ana Margarida Rei Hipólito

Enfermeira, Aluna do 1º Mestrado em Cuidados Paliativos da ESALD

MAIO DE 2013

## RESUMO

**Problemática:** Em contexto de Cuidados Paliativos a importância da Auto-Imagem não ocupa um lugar de destaque. O controlo sintomático, apoio à família, comunicação, entre outros tópicos tem sido mais estudados do que a preocupação sobre a percepção do doente de si próprio e da sua imagem, muitas vezes alterada fisicamente devido à patologia, outras vezes devido ao impacto da sua autonomia. Vivemos numa sociedade que pratica o culto ao corpo, *como será viver com alterações físicas permanentes devido a doença crónica?* Além da ansiedade gerada pelo diagnóstico, de todas as fases que um doente terminal vive até à alteração da sua imagem corporal pode ser um curto ou longo período de tempo que merece atenção por parte dos profissionais da área de Cuidados Paliativos, por comportar vertente biológica, psicológica e social.

**Objectivo:** Compreender o impacto a que os doentes com alterações da imagem corporal são sujeitos em Cuidados Paliativos.

**Desenho:** Revisão da Literatura.

**Métodos:** Foram analisados 33 documentos sobre influência da Auto Imagem em doentes oncológicos e com doença crónica e progressiva, com análise de cada um e selecção dos artigos sobre o tema, na área de oncologia e cuidados paliativos.

**Resultados:** a Imagem que temos de nós é influenciada pelo ambiente que nos rodeia, a nível de sociedade, cultura e sistema de valores.

**Conclusões:** Quando a Auto Imagem sofre alteração, provoca mudanças psicológicas que influenciam a vida social e comportamental.

**Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos, Imagem corporal, Efeitos Psicológicos, fim de vida.

## ABSTRACT

*Background: In Palliative Care context the importance of Self Image doesn't occupy a prominent place. The symptomatic control, family support, communication, among other topics have been more central questions than worrying about the patient's perception of himself and his image, often physically due to pathology, sometimes due to the impact of their autonomy. We live in a society that practices the cult of the body, how would be to live with permanent physical changes due to chronic illness? Besides the anxiety generated by the diagnosis, of all stages that terminally ill live up to change their body image can be a short or long period of time, that deserves attention from professionals in Palliative Care, by behaving biological aspect, psychological and social.*

*Aim: Understand the impact that patients with altered body image are subject in Palliative Care.*

*Design: Review of Literature.*

*Methods: Analysis of 33 documents about the influence of Self Image in cancer patients and patients with a chronic and progressive disease, with analysis of each one and selection of the articles by theme, in oncology and palliative care area.*

*Results: The Image that we conceive about us is influenced by the environment around us, the society, culture and our value system.*

*Conclusions: When the Self Image is changed, it causes psychological alterations that influence social life and behavior.*

*Keywords: Palliative Care, Body Image, psychological effects, end-of-life.*

O ser humano usa a imagem corporal e a aparência como uma forma de atrair o outro, de chamar e garantir a atenção dos demais. Quer em Biologia - em que existe a preferência pelo parceiro mais atractivo e a busca pelos melhores genes, quer em Publicidade - quem ganha é quem apresenta um produto mais sedutor. Queremos apreciar a perfeição, o belo, o bonito e saudável, em detrimento dos



defeitos físicos, da doença e da vulnerabilidade. O ser humano procura mudar o seu corpo de forma a mudar a sua identidade e é através dela que expressa os seus valores<sup>11</sup>. Nas pessoas saudáveis, a mudança ocorre de forma premeditada, com etiologia conhecida e de forma controlada, o que não acontece em casos de patologia crónica e progressiva. Como no caso de alguém obeso que decide perder peso, em comparação com alguém que sofre de anorexia induzida pelo cancro ou pela terapêutica. Uma questão pode formar-se: *Se num indivíduo saudável a alteração da imagem corporal já altera por si a identidade do próprio e o seu bem estar psicológico, o que acontece quando essa imagem é alterada forçosamente por uma patologia crónica e de carácter progressivo?*

Embora seja um tema não muito aprofundado, está presente em muitos aspectos da doença crónica e incurável. Quando algo se altera na aparência de alguém, os sinais externos mostram que algo se modificou. Caso haja problemas em aceitar a nova imagem, isso piora quando temos de dar explicações aos outros do *porquê* da mudança.

Num estudo levado a cabo por Wright et al (2002) pode-se concluir que os problemas sociais de doentes com cancro eram por ordem de relevância: 1) tarefas domésticas, 2) mobilidade, 3) emprego, 4) finanças, 5) subsídios, pensões e seguros, 6) actividades sociais de lazer e por último 7) imagem corporal<sup>36</sup>. Noutro estudo, Holland e Rowland, citados por Rebelo et al, referem que as reacções emocionais ao diagnóstico de cancro são: 1) morte; 2) dependência, 3) desfiguração; 4) incapacidade; 5) separação/rotura; 6) desconforto<sup>24</sup>.

Apenas nos anos 90 os investigadores começaram a dedicar-se ao estudo do impacto da imagem corporal nos doentes<sup>31</sup>. Antes, nos anos 60, era a importância da qualidade de vida que ganhava terreno, surgindo nos discursos poéticos após a Segunda Grande Guerra Mundial. Em 1986 a European Organization Research for Treatment of Cancer desenvolveu o *Questionário de Qualidade de Vida* para doentes oncológicos<sup>22</sup>.

O processo de luto da pessoa com doença irreversível começa no momento em que conhece o diagnóstico: perdem-se projectos de vida, esperança de conhecer as gerações futuras, de não acompanhar os filhos na idade adulta ou de não acabar o curso. A própria pessoa passa por um processo de perda gradual de expectativas futuras e potencialidades, enquanto a sua família inicia o processo de adaptação à sua ausência. As perdas associadas à doença terminal podem ser de componente física, social, emocional e psicológica, intelectual e espiritual. A nível emocional e psicológico, que abrange a auto-regulação emocional, a auto-imagem, a esperança, liberdade e papel em contexto familiar e social<sup>2,25</sup>.

O diagnóstico de uma doença crónica e progressiva tem um efeito no auto-conceito da pessoa, na forma como essa pessoa se vê e se mostra aos outros, afectando o seu *self* pessoal (a opinião sobre si próprio), o *self* social (percepção de como é visto pelos outros) e o *self* idealizado (a forma como a pessoa pensa que é vista pelos outros)<sup>7</sup>. É fácil então perceber como uma agressão ao corpo é uma ameaça ao bem-estar pessoal de alguém<sup>16</sup>. A nossa imagem é a forma como nos apresentamos ao mundo, e ao estar alterada, muda-nos interiormente<sup>32</sup>.

Segundo Shilder (1999) e Price (1990) citados por Silva (2012), a auto-imagem refere-se à representação cognitiva e emocional do corpo, apreendida pelo indivíduo. É uma visão multidimensional, que abrange a componente cognitiva, afectiva e comportamental de alguém. Os estudos mais realizados nesta área focam o aspecto da mulher mastectomizada, por ser um problema de alta prevalência no mundo actual<sup>15</sup>.

Slade definiu a imagem corporal como a imagem que nós interiorizamos do tamanho e formato dos nossos corpos, bem como os sentimentos que nutrimos pelas características e partes do corpo. Essa percepção é diferente para homens e mulheres, para os jovens e os adultos. O grau de recuperação psicológica de alguém que sofreu uma alteração irreversível no corpo não depende do grau de desfiguração, mas sim do apoio social e do grau da incapacidade, caso haja<sup>35</sup>.

A imagem corporal é a componente do auto-conceito e envolve a percepção e avaliação corporal e aparência. Doentes com neoplasias da mama, próstata, ginecológicas, cabeça e pescoço, laringeas e de pele são fortemente afectados pela alteração da sua imagem corporal com a evolução evidente da doença ou após cirurgia, bem como doentes a quem estão a ser realizados tratamentos de carácter paliativo (alopecia, anorexia e caquexia) <sup>27</sup>, aos quais foram submetidos a ostomias (ileostomia, colostomia, urostomia), bem como complicações do tratamento (linfedema) <sup>26</sup>.

A auto-imagem refere-se à representação cognitiva e emocional do corpo que é apreendida pelo indivíduo, como nos sentimos em relação à nossa aparência física e ao nosso corpo através de uma ideia de multidimensionalidade <sup>31</sup>. Relaciona-se directamente com auto-estima e qualidade de vida, que são termos que os Cuidados Paliativos defendem como fundamentais para a manutenção de dignidade <sup>10,33</sup>.

A imagem do corpo é influenciada pelo ambiente externo e as pessoas que nos rodeiam. É nas relações com o outro e na convivência social que se vai formando a nossa noção de imagem do corpo. A face, em especial, simboliza o sujeito e diferencia dos demais, sendo o foco de atenção na interacção com o outro <sup>31, 32</sup>. A doença crónica e progressiva causa alterações aparentes na pessoa ou mesmo alterações invisíveis. Ambas afectam significativamente a percepção individual da própria pessoa. No caso de ileostomia, a pessoa passa a ter o orifício de saída de conteúdo fecal no seu abdómen, embora possa esconder, a pessoa sabe que tem de o esvaziar, que ele pode desadaptar-se, que tem cheiro. São factores que podem incutir um grau de *stress* elevado e alterar de forma grave a auto-imagem e o estilo de vida da pessoa, levando-a a isolar-se como resposta <sup>12</sup>.

Em Oncologia, a alteração da imagem corporal está relacionada com perda de alguma parte integrante do corpo (exemplo: mastectomia) ou da imagem (exemplo: alopecia resultante de quimioterapia, aumento de peso devido à administração de corticoides, anorexia e caquexia relacionado com tratamento, linfedema), desfiguração, cicatrizes ou alterações cutâneas (relacionada com tratamentos de radioterapia) <sup>10</sup>. Quando ocorre uma alteração na auto-imagem, o indivíduo terá de redefinir a sua nova imagem a partir das experiências. Os sentimentos e as atitudes relacionadas com alteração da imagem corporal formam um conceito de corpo importante para a qualidade de vida, uma vez que a auto-estima está inteiramente relacionada com imagem corporal. Os tratamentos e os seus efeitos secundários estão associados a um efeito negativo quer na imagem corporal, quer na dimensão sexual <sup>25</sup>. No estudo desenvolvido por Pike *et al* (2012) concluiu-se que a alteração física da aparência pode ameaçar vários aspectos da vida da pessoa, como a imagem corporal e a auto-estima <sup>21</sup>.

A sexualidade, sendo uma componente do bem-estar da pessoa, é também ameaçada quando a auto-imagem se encontra distorcida<sup>7</sup>. Na pessoa sujeita a quimioterapia, existem os efeitos secundários com impacto psicológico marcado, que mexem com a imagem corporal, sexualidade e relação interpessoal. Alterações fisiológicas como o coito doloroso e diminuição da excitação sexual podem ser determinantes no bem-estar de uma mulher, principalmente numa mulher jovem, em que a quimioterapia pode afectar a sua fertilidade <sup>25,35</sup>.

Em casos cuja imagem corporal é gravemente afectada, o sujeito sente necessidade de se isolar dos outros, da sociedade que o faz sentir-se diferente <sup>32,35</sup>. Isolamento social é causado principalmente pela quebra de actividades relacionada com tratamentos, mais tempo passado no hospital, o que leva o doente a perder o interesse no contacto social e um mal estar físico, com medo da reacção dos outros à sua situação <sup>19</sup>. Além disso, a não aceitação da própria aparência induz ao indivíduo que as pessoas à sua volta também não a aceitem<sup>23</sup>.

Stedeford (1986), citado por Pereira e Lopes (2002) defendeu que os pacientes cuja doença causa uma deformação, odor ou uma mudança marcante na aparência, muitas vezes recusam ver os seus familiares, tornando-se solitários e depressivos. Alguns desejam poupar os familiares, ou serem recordados como eram. Quando as visitas dos familiares são frequentes e o processo de doença gradual, os pacientes ficam normalmente deprimidos, mas não rejeitam as visitas, pois há preparação anterior <sup>19</sup>.

Como métodos de avaliação de auto imagem temos a Escala de Imagem Corporal de Hopwood (2001), cujo questionário tem 10 perguntas, que exploram elementos afetivos, cognitivos e comportamentais, que participam na (re)elaboração da imagem corporal de pessoas com doença oncológica <sup>15</sup>.

Na área da oncologia, além dos efeitos nefastos no bem estar emocional do doente, ainda existe um grupo significativo de pessoas que sentem sintomas relacionados com ansiedade e depressão, muitas vezes relacionado com a imagem corporal e problemas de sexualidade<sup>7</sup>.

A Organização Mundial de Saúde defende que *Qualidade de Vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores em que está inserido e a relação com os seus objectivos, expectativas e preocupações*. Este conceito pode ser afectado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as relações com os outros (OMS, 1997).

1. SAÚDE FÍSICA	Energia e Fadiga
	Dor e desconforto
	Sono e repouso
2. PSICOSSOCIAL	<b><u>Imagem corporal e aparência</u></b>
	Sentimentos negativos e positivos
	Auto-estima
	Pensar, aprender, memória e concentração
3. NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA	Mobilidade
	Actividades da vida diária
	Dependência medicamentosa e de tratamentos médicos
	Capacidade de trabalho
4. RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais
	Suporte Social
	Actividade Sexual
5. AMBIENTE	Recursos financeiros
	Liberdade, proteção física e segurança
	Apoio social e médico: acessibilidade e qualidade
	Ambiente em casa
	Oportunidades para se recrear e participação
	Ambiente físico (poluição, ruídos, trânsito, clima)
6. CRENÇAS, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE	Transportes

Numa Unidade de Cuidados Paliativos encontramos utentes com patologias crónicas que afectam invariavelmente a autonomia do doente, e alteram a percepção de si mesmos.

## MATERIAL E MÉTODOS

A Revisão Sistemática da Literatura é um processo em que se realiza um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um determinado domínio da investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. Um dos principais objectivos deste processo é delimitar um domínio de investigação e outro é distinguir o que é conhecido e o que falta conhecer desse mesmo domínio<sup>8</sup>.

Com a finalidade de estudar o impacto da auto-imagem nos doentes em Cuidados Paliativos, decidis centrar a minha revisão bibliográfica na procura sistemática de estudos de qualidade que permitissem responder à seguinte questão: *Qual o impacto da auto-imagem dos doentes numa Unidade de Cuidados?*

O presente documento trata-se de um estudo na modalidade de revisão narrativa de manuais, dissertações e artigos, excluindo-se teses. A pesquisa dos artigos foi realizada através dos motores de busca da *PubMed*, *ProQuest®*, *ERIC* (EBSCO), *Scielo*, *Lilacs*, *B-on*, *BioMed Central*, Repertório da Universidade de Lisboa e do Porto, bem como nas ferramentas do Google académico, com as palavras-chave seleccionadas.

Como forma de ampliar a pesquisa, associei os seguintes termos como descritores de pesquisa: *Self Image-Palliative Care*; *Body Image-Palliative Care*; *Body Image-Cancer*.

Objectivos: Pesquisa de publicações nacionais e internacionais sobre imagem corporal do indivíduo, compreender os factores que influenciam de forma negativa para a alteração da auto-imagem e aprender/conhecer estratégias de apoio.

Com o objectivo de encontrar os estudos que dessem resposta ao pretendido, seleccionei um conjunto de critérios:

- Critérios de inclusão: artigos científicos de natureza qualitativa e quantitativa sobre auto-imagem; estudos da área de Cuidados Paliativos e Oncologia.

- Critérios de exclusão: estudos desenvolvidos noutros serviços que não fossem de Cuidados Paliativos ou Oncologia.

Após a busca nas bases de dados, a análise foi realizada com base na leitura criteriosa dos artigos e cheguei ao total de 35 documentos analisados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos documentos vistos, pode-se chegar à conclusão que maioria dos artigos sobre imagem corporal relacionada com doença crónica são de Oncologia. Não são representativos por si só da área de Cuidados Paliativos e por isso prova-se que esta área ainda tem muito para explorar.

Relativamente à diferença de géneros e às idades, as mulheres e os jovens são os grupos mais afectados psicologicamente com a alteração da imagem corporal<sup>2, 18, 30, 31</sup>. Na mulher, o culto ao corpo feminino ocupa um lugar de suma importância, desde serem o símbolo da fertilidade, até à importância da beleza e busca do prazer (cabelos longos, seios volumosos) física e maior dificuldade em gerir a ansiedade. Nos jovens, o facto da sua imagem corporal ainda não estar completamente definida e a dificuldade em a gerir torna-os incapazes de gerir a alteração na imagem (13, 22, 24, 30).

Newell (2002), citando Dropkin (1989) sugere que a confrontação com a parte desfigurada está associada com a adaptação e reintegração da imagem corporal da pessoa. Porém, O mesmo autor defende que para os doentes terminais que são forçados a confrontar-se com a sua mortalidade, não é essencial confrontá-los com a sua imagem, será o doente a decidir<sup>16</sup>.

Relativamente a cuidados de Enfermagem no doente com problemas de auto-imagem, podemos salientar os seguintes, segundo Pinto (2008):

- ✓ Conhecimentos básicos sobre as dimensões do self e as suas interrelações;
- ✓ Observar actividades e compreender o que compõe o núcleo central da auto-imagem do indivíduo
- ✓ Distinção das etapas da crise;
- ✓ Identificar sinais e sintomas que indicam um desequilíbrio
- ✓ Considerar o ser humano como um indivíduo bio-psico-social em constante equilíbrio no tempo e no espaço;
- ✓ Estabelecimento e manutenção de um relacionamento terapêutico;
- ✓ Estimular a expressão de sentimentos para planear adequadamente os cuidados e assistência.

## CONCLUSÕES

Em Cuidados Paliativos a alteração de imagem é um factor presente mas poucas vezes discutido. A própria *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) apenas lhe concede um diagnóstico: *Transtorno da Auto-imagem Corporal*, presente no Padrão 7 da Auto-Percepção – Auto-conceito<sup>3</sup>. Embora muitos lhe possam ser associados, como baixa auto estima crónica<sup>5</sup>, desesperança, risco de impotência, transtorno da identidade pessoal, citando apenas alguns, podemos concluir que o transtorno da Auto-Imagem tem pouco relevo no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem em geral, embora seja vivido por grande parte dos doentes terminais.

A abertura de comunicação na abordagem ao doente, a validação dos seus sentimentos, mostrar disponibilidade para o escutar e sensibilidade, são grandes passos para que este estabeleça uma boa relação com a sua nova imagem. O suporte ou rede emocional em que o doente se insere é um factor protector a boa relação deste com a sua imagem<sup>18,22</sup>. O perfil mais vulnerável a problemas bio-psico-sociais nesta dimensão é pertencer ao sexo feminino e não ter apoio familiar de base<sup>6,24</sup>.

Cuidar das pessoas com respeito, maximizar os cuidados proporcionados, preserva e aumenta a dignidade no fim de vida<sup>21</sup>. Tudo isto inserido no trabalho de uma equipa de Cuidados Paliativos, multidisciplinar e coesa, com capacidade de estabelecer o vínculo com o doente. O fator “tempo” mostra ter um peso grande nesta área, para a aceitação da sua condição<sup>22</sup>.

Uma conclusão importante que retirei da leitura dos artigos foi que a alteração da imagem corporal em Cuidados Paliativos é diferente: os doentes após o conhecimento do diagnóstico de doença progressiva e incurável mudam os seus valores, o seu padrão de vida, a sua ideia quanto a qualidade de vida. Assim, é evidente que com a notícia de finitude, outras prioridades surjam e que a aceitação de alteração corporal seja um processo menos penoso<sup>1</sup>.

Posso concluir com a leitura dos documentos que a maioria deles relaciona alteração da imagem corporal a oncologia. Não deixando de ser um tema dentro de Cuidados Paliativos, existe ainda espaço para se desenvolverem trabalhos no sentido de apurar a importância da imagem para o doente.

## Referências Bibliográficas

1. Addington-Hall, J., Kalra, L. (2001) Who should measure quality of life? *BMJ*, Junho, Volume 322. [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120479/>
2. Barbosa, A., Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. 2ª Edição, p.774-783.
3. Bittencourt, A., Alves, D. *et al* (2009) A Temática da Imagem Corporal na Produção Científica Nacional da Enfermagem: um Destaque para os Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. [Disponível em URL] [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v03/pdf/75\\_revisao\\_literatura2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/75_revisao_literatura2.pdf)
4. Bolton, M. A, Lobben, I., Stern, T. A. (2010) The Impact of Body Image on Patient Care. *Journal Clinicians Psychiatry* 12(2). [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911009/>
5. Brandão, C., Aranha, V. *et al* (2004) A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC - FMUSP. [Disponível em URL] <http://www.cepsic.org.br/revista/3/Artigos/v2n2a07.htm>

6. Cantinelli, F. et al (2006) A oncopsiquiatria no cancer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Revista Psiquiatria Clínica* 33 (3). [Disponível em URL] <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n3/124.html>
7. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer (2003) National Breast Cancer Centre and the National Cancer Control Initiative. Australia. [Disponível em URL] <http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/publications/attachments/cp90.pdf>
8. Fortin, M.F. (1999) - O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência. 2ª Edição, p. 74-87. ISBN:972-8383-10-X. 8.
9. Hood, C. (2010) Project to improve care for people coping with changes in body image. *Cancer Nursing Practice*, vol 9, n2. Março. [Disponível em URL] <http://www.deepdyve.com/lp/royal-college-of-nursing-rcn/project-to-improve-care-for-people-coping-with-changes-in-body-image-4zPKdHScwl?viewMode=multi>
10. Hopwood, P. et al. (2000) A Body Image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer* 37. [Disponível em URL] <http://xa.yimg.com/kq/groups/21117992/193060218/name/Artigo+BIS+Hopwood%5B1%5D.pdf>
11. Konradsen, H. (2012) Body Image and Cancer. Gentofte University Hospital, Denmark. [Disponível em URL] [http://cdn.intechopen.com/pdfs/26733/InTech-Body\\_image\\_and\\_cancer.pdf](http://cdn.intechopen.com/pdfs/26733/InTech-Body_image_and_cancer.pdf)
12. Lubkin, I. M. (1995) Chronic Illness – Impact and Interventions. Jones and Bartlett Publishers.
13. Markus, H. R., Kitayama, S. (1991) Culture and the Self. Implications for Cognition, Emotion, and Motivation. [Disponível em URL] <http://faculty.washington.edu/mdj3/MGMT580/Readings/Week%205/Markus.pdf>
14. Menossi, M. J., Lima, R. A. (2000) a Problemática do Sofrimento: Percepção do Adolescente com câncer. *Revista Escola de Enfermagem USP*, V 34, n.1. Março. [Disponível em URL] <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a06.pdf>
15. Moreira, H. et al. (2009) The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) – Psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* [Disponível em URL] <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/676/1/The%20Portuguese%20version%20of%20the%20Body%20Image%20Scale.pdf>
16. Newell, R. (2002) Terminal illness and body image. [Disponível em URL] <http://www.nursingtimes.net/terminal-illness-and-body-image/206449.article>
17. Organização Mundial de Saúde (1997) WHOQOL Measuring Quality of Life. [Disponível em URL] [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
18. Pacian, A., Kulik, T. et al (2012). Psychosocial aspect of quality of life of Polish women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, Vol 19, No 3, 509-512. [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23020048>
19. Pereira, M. G., Lopes, C. (2002) O Doente Oncológico e a sua família. Climepsi Editores. Setembro. ISBN 972-796-064-2
20. Periyakoil, V. S., Noda, A. M., Kraemer, H. C. (2010). Assessment of factors influencing preservation of Dignity at Life's End: Creation and the Cross-Cultural Validation of the Preservation of Dignity Card-Sort Tool. *Journal of Palliative Medicine*. [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938912/pdf/jpm.2009.0279.pdf>
21. Pike, N. A. et al. (2012) Sex and Age differences in body-image, self esteem and Body mass index in adolescents and adults after single-ventricle palliation. [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396742/pdf/nihms384265.pdf>
22. Pimentel, F. L. (2006) *Qualidade de Vida e Oncologia*. Edições Almedina. Setembro, Depósito Legal: 241078/06.
23. Pinto, K.K., Spiri, W. C. (2008) A Percepção de Enfermeiros sobre o cuidar de pacientes com problemas físicos que interferem na sua auto-imagem: Uma abordagem fenomenológica. *Revista Latino-Americana Enfermagem* Maio-Junho [Disponível em URL] [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_12.pdf)
24. Price, B. (2009) Understanding patient accounts of body image change. *Cancer Nursing Practice*. [Disponível em URL] <http://cancernursingpractice.rcnpublishing.co.uk/archive/article-understanding-patient-accounts-of-body-image-change>
25. Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., Ferreira, S. (2007) Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8. [Disponível em URL] <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a02.pdf>
26. Ridner, S. H. (2009) The Psycho-Social Impact of Lymphedema. *Lymphatic Research & Biology*, vol 7, n 2. [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904185/pdf/lrb.2009.0004.pdf>
27. Rhondali, W., Chisholm, G. et al (2012) Association Between Body Image Dissatisfaction and Weight Loss Among Patients With Advanced Cancer and Their Caregivers: A Preliminary Report. *Journal Pain Symptom Manage*. Outubro. [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23102755>

28. Sacerdoti, R., Lagana, L., Koopman, C. (2010) Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional Psychological Research and Practice*. Dezembro. 41(6):533-540. [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572538>
29. Santos, D. B., Vieira, E. M. (2011) Imagem corporal de mulheres com Câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (5): 2511-2522 [Disponível em URL] <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a21v16n5.pdf>
30. Secchi, K. *et al* (2009) Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Abr-Jun 2009, vol 25, n.2. [Disponível em URL] <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a11v25n2.pdf>
31. Silva, L. C. da (2008) Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, v. 13. N. 2. [Disponível em URL] <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>
32. Silva, M. S., Chem, C. (2012) Qualidade de Vida e Auto-imagem em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Univ. Psychologia*, vol 11, n. 1. Colômbia.
33. Slatman, J. (2011) The Meaning of Body Experience Evaluation in Oncology. *Health Care Anal* 19:295-311 [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20640892>
34. Tang, Y. *et al.* (2012) Psychological disorders, cognitive dysfunction and quality of life in nasopharyngeal carcinoma patients with radiation-induced brain injury. *PLoS ONE* Vol 7. [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372508/pdf/pone.0036529.pdf>
35. Vianna, A. M. S. A. (2004) Avaliação Psicológica de pacientes em Reconstrução de Mama: Um estudo piloto. *Estudos de Psicologia*, V. 21, N. 3 [Disponível em URL] <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n3/v21n3a05.pdf>
36. Watson, M. *et al.* (2009) *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press.
37. Wright, E., Kiely, M. *et al* (2002) Social problems in oncology. *Journal Cancer*, Novembro, 87(10): 1099-1104 [Disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376184/>





## **Apêndice VIII - Cartaz divulgado da Formação em Serviço**

A inspiração para o cartaz apresentado foi principalmente a figura da mulher, uma vez que a formação decorreria no serviço que trabalha quase exclusivamente com clientes do sexo feminino. A foto utilizada foi encontrada há cerca de meio ano quando vi na televisão a apresentação de um *site* em um fotógrafo americano, Angelo Merendino, tinha exposto as fotos da mulher desde o diagnóstico de cancro da mama até ao momento da sua morte, e que a partir das imagens contava a sua história. Não pude deixar de me emocionar a ver as fotos disponíveis em <http://mywifesfightwithbreastcancer.com/>, e reforçar a ideia de que tanta coisa pode ser dita através de fotografias e de forma a *humanizar o cancro*, como revela o fotógrafo. Ali se encontra Jennifer na sua essência: na sua casa a realizar os seus rituais de sempre, apesar do que acontece na sua vida.

Neste caso em particular, achei esta imagem perfeita para realizar a apresentação do meu tema no serviço onde exerço funções. Podemos ver que esta mulher com sinais visíveis de alteração da imagem devido aos tratamentos (alopecia e cicatriz do local de colocação do cateter venoso totalmente implantado), mantém os seus cuidados tão femininos como aplicar rímel, pintar as unhas, olhar-se ao espelho ao mesmo tempo que tem os *headphones* colocados, possivelmente a ouvir música (secretamente penso que a música que melhor descreve este momento é *She's always a woman to me*, de Billy Joel).

A escolha pelas cores deveu-se à feminilidade que o rosa transmite, contrastando com a fotografia a preto e branco. O tipo de letra procurei que fosse o mais intemporal e suave.

Acima de tudo, pensei que personificava de forma perfeita o tema do meu trabalho.



## **Apêndice IX - Apresentação da Formação em Serviço**



## Objetivos

- Conhecer e compreender os princípios, valores e filosofia dos Cuidados Paliativos;
- Identificar/Reconhecer situações que beneficiavam de acompanhamento pela parte de Cuidados Paliativos no serviço de internamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital da Luz;
- Conhecer os pilares dos Cuidados Paliativos;
- Saber avaliar as características do doente com alteração da auto-imagem;
- Reconhecer a importância da auto-imagem no âmbito de internamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital da Luz;
- Saber como interceder nas situações de processo de adaptação à nova situação de imagem corporal no doente com neoplasia e submetido a cirurgia;
- Desenvolver intervenções de enfermagem com intuito de melhorar o processo de adaptação à nova imagem corporal.

## Sumário

- Contextualização de CP
- Missão e Filosofia de CP
- Princípios e Modelo de prestação de cuidados
- Contextualização de auto imagem
- Auto imagem – Intervenções de enfermagem

## Cuidados Paliativos

*An approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with lifethreatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.*

(OMS, 2002)

## Princípios

Os Cuidados Paliativos...

- Afirmam a vida e aceitam a morte como processo natural
- Têm como objectivo central o bem estar e a qualidade de vida do doente
- Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes



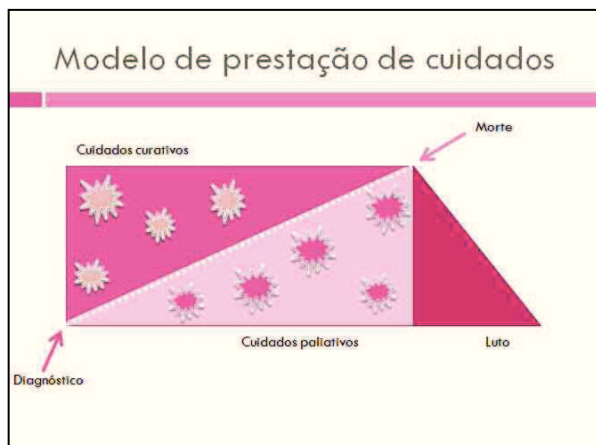
(PNCP, 2004)

## Princípios

Os Cuidados Paliativos...

- São oferecidos com base nas **necessidades** e não no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença
- Prolongam-se pelo período de **luto**
- Unidade receptora dos cuidados: **doente e família**
- São uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que se utilizam **ferramentas científicas** e se integram no sistema de saúde, não devendo existir à margem do mesmo.

(PNCP, 2004)



### Pilares dos CP

- Controlo sintomático
- Apoio à família
- Comunicação
- Trabalho de equipa

### Considerações éticas

- Autonomia**
- Beneficência**
- Não maleficência**
- Justiça**
- Fidelidade**

(Cavalleiri, 2001)

### Pontos-chave na organização de serviços

- Os CP devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva
- São cuidados que requerem **especificidade** e **rigor técnico**, acessíveis a todos os que dele carecem, inseridos no sistema de saúde
- Os líderes dos principais grupos profissionais envolvidos devem possuir obrigatoriamente formação avançada ou especializada reconhecida em CP

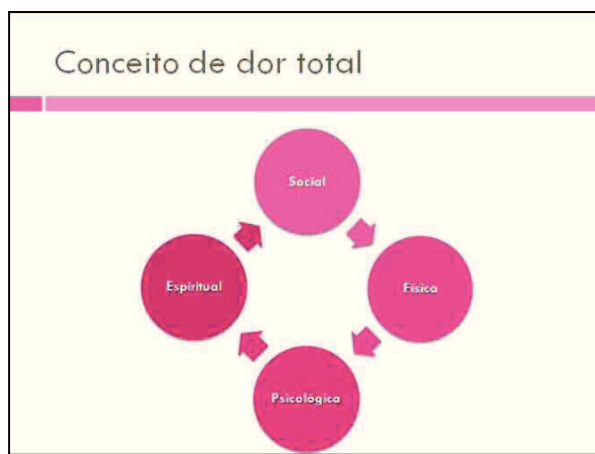
(APCP, 2006)

### Resumindo...

"YOU MATTER BECAUSE YOU ARE YOU. YOU MATTER UP TO THE LAST MOMENT OF YOUR LIFE, AND WE WILL DO ALL WE CAN, NOT ONLY TO HELP YOU DIE PEACEFULLY, BUT ALSO TO LIVE UNTIL YOU DIE."

—DAME CICELY SAUNDERS  
PIONEER OF THE MODERN HOSPICE MOVEMENT

<http://www.council-on-palliative-care.org/welcome>





## Principais fontes de sofrimento

- ❑ Perda de autonomia
- ❑ Dependência de terceiros
- ❑ Sintomas mal controlados
- ❑ Alterações da imagem corporal
- ❑ Perda de sentido da vida
- ❑ Perda de dignidade
- ❑ Perda de papéis sociais e estatuto
- ❑ Alterações nas relações interpessoais
- ❑ Modificação de expectativas e planos futuros
- ❑ Abandono

(in Barbosa & Neto, 2010)

## 4HA

- ❑ Mulheres com neoplasia ginecológica maligna
- ❑ Mulheres a realizar tratamentos (radioterapia e quimioterapia)
- ❑ Mulheres submetidas a mastectomia e quadrantectomia
- ❑ Recém-nascidos com problemas de adaptação ao meio extrauterino
- ❑ ...



## Auto Imagem

em Cuidados Paliativos

## Auto-imagem - definições

- ❖ A *imagem mental do próprio corpo no seu todo ou em parte*
- ❖ A *aparência física do próprio* (OE, 2011)
- ❖ Desenvolve-se ao longo do ciclo de vida
- (Lubkin, 1995)
- ❖ Quando alterada, altera a *percepção do self pessoal, social e idealizado*



(Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer, 2003)

## Imagem corporal

Auto-Estima + Papéis sociais + Identidade = **AUTOCONCEITO**

- ✓ Forma como nos apresentamos ao mundo
- ✓ Influencia as reacções dos outros e as nossas emoções, percepções e atitudes
- ✓ Influenciada por:
  - Limites corporais
  - Cultura
  - Alterações visíveis ou não
  - Interação com os outros
  - Cronicidade



(Lubkin, 1995)

## Alteração da imagem corporal e CP

- ❑ Neoplasias que alteram a imagem corporal (cabeça, pescoço, mama)
- ❑ ELA
- ❑ Anorexia e caquexia
- ❑ Ostomias
- ❑ Tratamentos

(cirurgia, quimioterapia, radioterapia)



### Factores de protecção

- ❑ Idade
- ❑ Sexo
- ❑ Mecanismos de coping
- ❑ Experiências anteriores

(Lubdkin, 1995)



### A classificação da auto imagem

- CIPE: a imagem mental do próprio corpo no seu todo ou em parte ou da aparência física do próprio.  
Intervenções: Avaliar a auto imagem (CIPE, 2011)
- NANDA: confusão na imagem corporal do eu físico de uma pessoa.  
Diagnóstico: distúrbio da imagem corporal (NANDA, 2012)



### NANDA – Características definidoras

- ❑ Comportamentos de evitar o próprio corpo
- ❑ Comportamentos de monitorar o próprio corpo
- ❑ Comportamentos de reconhecer o próprio corpo
- ❑ Resposta não verbal a mudanças percebidas no corpo (aparência, estrutura ou função)
- ❑ Resposta não verbal a mudanças reais no corpo (aparência, estrutura ou função)
- ❑ Verbalização percepções que reflectem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função
- ❑ Verbalização de sentimentos que reflectem uma visão alterada do próprio corpo (aparência, estrutura ou função).

### NANDA – Factores relacionados

- ❑ Biofísicos
- ❑ Cirurgia
- ❑ Cognitivos
- ❑ Culturais
- ❑ Doença
- ❑ Espirituais
- ❑ Lesão
- ❑ Mudanças desenvolvimentais
- ❑ Perceptivos
- ❑ Psicossociais
- ❑ Tratamento da doença
- ❑ Trauma

(NANDA, 2012)

### Impacto da alteração da auto imagem

- Mudanças comportamentais e emocionais
- Processo de luto pela perda (estrutura, aparência ou função)
- Alteração dos papéis sociais
- Isolamento social
- Ansiedade
- Depressão

(Pomer & Perry, 2003)

(Clinical practice guidelines for the psychological care of adults with cancer adults, 2003)



### Resultados esperados após a integração da nova imagem corporal

- ❑ Aceitação da doença evolutiva
- ❑ Adaptação do doente à nova imagem
- ❑ Compreensão das alterações corporais
- ❑ Integrar correctamente as alterações, sem diminuir ou perder o seu conceito e auto-estima
- ❑ Continuar activamente o seu crescimento pessoal
- ❑ Reconhecer que é responsável por si mesmo

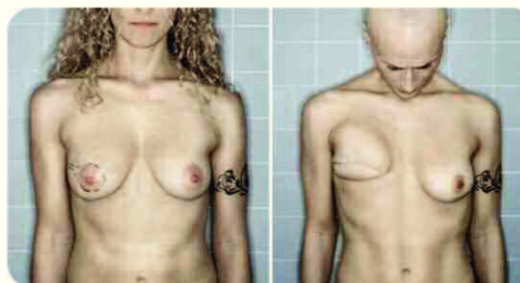
(Doenges & Moorhouse, 1991)

### Quais os grupos mais susceptíveis?

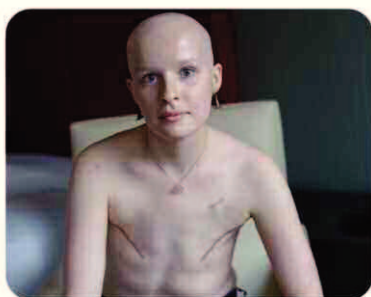
- ❑ Mulheres
- ❑ Jovens
- ❑ Fraca rede de suporte familiar



### Auto imagem no feminino



### Auto imagem no feminino



### Angústias expressas pela mulher mastectomizada

- ❑ Questões sobre o futuro
- ❑ Receio da morte
- ❑ Receio da rejeição do companheiro
- ❑ Medo relacionado com a aparência física
- ❑ Medo relacionado com a sexualidade
- ❑ Recusa em olhar para a ferida cirúrgica

(Bruges, 2004)

### Intervenções de Enfermagem

#### 1. Avaliar os factores etiológicos

- Conhecer a patologia de base
- Procurar comportamento que sugira má relação com o corpo
- Observar efeitos físicos e mentais
- Notar crises de dor aguda e crónica



(Doenges & Moorhouse, 1991)

### Intervenções de Enfermagem

#### 2. Ajudar o paciente e a família a aceitar e regularizar os problemas de auto-conceito e auto-imagem

- Adaptar atitude compreensiva
- Criar clima de confiança
- Avaliar com paciente as repercussões da doença na sua situação actual, de acordo com o seu estado
- Incitar o paciente a comunicar os seus sentimentos
- Aceitar a dependência, o luto e a hostilidade do paciente
- Reconhecer que o que o faz reagir à mudança da aparência é um reflexo normal e universal no ser humano
- Procurar soluções personalizadas e evitar estereótipos
- Ter em conta os limites do cliente


(Doenges & Moorhouse, 1991)



### Intervenções de Enfermagem

(cont.)

- Transmitir informações faseadas, afim de facilitar a integração
- Mostrar disponibilidade
- Advertir a equipa da importância da comunicação não-verbal no primeiro contacto com o doente
- Discutir com o doente as mudanças da aparência e os meios de adaptação
- Incentivar o doente a tocar e olhar a parte do corpo alterada
- Aceitar a recusa do cliente em cuidar, tocar e olhar zona afectada
- Propor ao paciente roupas e meios que dissimulem as alterações corporais e melhorem a sua aparência



(Doenges & Moorhouse, 1991)

### Intervenções de Enfermagem

(cont.)

- Abster de julgar moralmente após as intervenções relacionadas com auto-conceito
- Incentivar a família a participar nos cuidados ao doente, tornando-os autónomos
- Visitar o doente, para que compreenda que é digno de interesse
- Discutir possibilidades de manutenção (fisioterapia)
- Ao doente em isolamento, justificar as medidas de prevenção
- Oferecer ajuda ao doente.

(Doenges & Moorhouse, 1991)

### Intervenções de Enfermagem

#### 3. Promover educação para o bem-estar do doente


- Iniciar aconselhamento assim que possível;
- Incentivar o doente a aceitar o tratamento assimilando-o com a sua vida quotidiana;
- Incentivar autonomia dentro das possibilidades;
- Reforçar positivamente.



(Doenges & Moorhouse, 1991)

### Exercício – Avaliação do Autoconceito

- **Identidade:**  
Se não a conhecesse, como se descreveria?
- **Imagem corporal**  
Há alguma coisa que mudaria no seu corpo?
- **Auto-estima**  
O que pensa de si? Tem conseguido realizar os seus objectivos?
- **Papéis**  
Acha que tem sido a filha/companheira/mãe como desejava?



(Potter & Perry, 2003)

### Body Image Scale

1. Tem sido auto-consciente do seu corpo?
2. Tem-se sentido menos atractivo como resultado da sua doença ou tratamento?
3. Sente-se insatisfeito com a sua aparência quando vestido?
4. Tem-se sentido menos feminina/masculino como resultado da sua doença ou tratamento?
5. Tem dificuldade em olhar-se nua?
6. Tem-se sentido menos atractivo sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?
7. Evita as pessoas pela maneira como se sente com o seu corpo?
8. Sente que o seu corpo foi afetado com os tratamentos?
9. Sente-se insatisfeita com o seu corpo?
10. Tem-se sentido insatisfeita com a aparência da sua cicatriz?

(Hopwood et al, 2001)





## ANEXOS



## **Anexo I - Pedido de Autorização de Estágio**

3540/2012  
19 Nov

Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

Exmo Senhor  
Presidente do Conselho de Administração

Av. do Empresário - Campos da Talegala  
6000-767 Castelo Branco

Tel. 272 340 560  
Fax. 272 340 568  
Email. esald@ipcb.pt

Vilhel. V/Comunicação 1143/31 2012-11-02

Assunto: **Prática Clínica**

No âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD) do Instituto Politécnico de Castelo Branco, está prevista a realização de Prática Clínica e elaboração de um Relatório num Serviço/Equipa de Cuidados Paliativos, no 2ºano/3º semestre do curso, o qual tem a duração global de 300h/15 créditos, previsto de Março a Julho de 2013. Cada estudante tem a liberdade de eleger vários serviços/equipas, com uma duração variável em função das suas preferências.

No momento atual, os estudantes encontram-se na fase de elaboração dos seus projetos. Assim, com base nos seus pedidos, venho solicitar que autorize a realização da Prática Clínica no Serviço de Unidade de Cuidados Paliativos do que V. Ex.ª superiormente dirige dos seguintes mestrandos:

- Ana Margarida Rei Hipólito – um total de 25 turnos de abril a junho
- Ângela Sofia Paulo Gonçalves – um total de 25 turnos de março a abril
- Cláudia Alexandra Martins Diogo – um total de 37 turnos de março a maio
- Daniela Salvado de Ascensão – um total de 12 turnos em maio
- Elisa Maria Gonçalves Ferreira – um total de 10 turnos de fevereiro a março

Mais informo que o horário a praticar deverá ser combinado de modo articulado entre o Mestrando e o Diretor/Chefe do serviço e equipa de Cuidados Paliativos; e ainda que lhes foi proposto o desenvolvimento de um projeto de intervenção/formação numa das áreas-chave dos cuidados paliativos. Da globalidade de atividades resultará a elaboração um Relatório Final, sob orientação de um doutor ou de um especialista de mérito reconhecido pelo Conselho Técnico-científico da ESALD.

Junto enviamos em anexo os objetivos e as competências pretendidas com esta Prática clínica. Agradeço, antecipadamente, a melhor atenção e cuidado para este assunto.

Com os melhores cumprimentos.

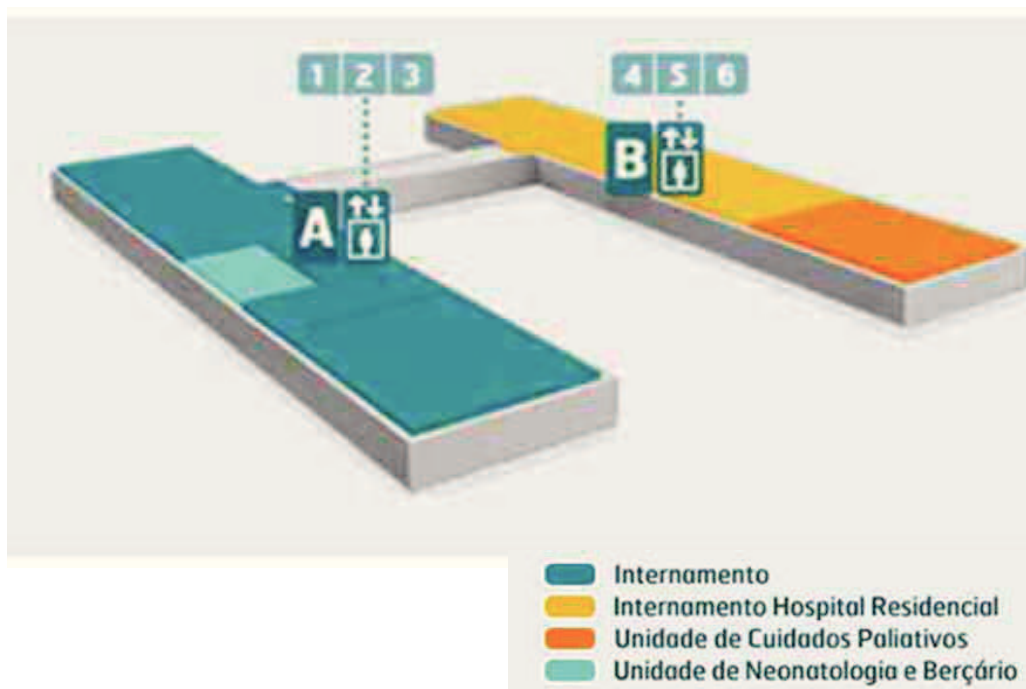
A DIRETORA  
  
Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta  
(Prof. Coordenador)  
[paulasapeta@ipcb.pt](mailto:paulasapeta@ipcb.pt)

Mod.IPCB.EX.04.02



Prêmios de gestão, de avaliação e melhoria dos serviços de nossos clientes, associados e da sociedade, e serviços de apoio à gestão.

## **Anexo II - Planta do Hospital**





## **Anexo III - Folha de Identificação do cliente**

<b>Data</b>	<b>Nome do Cliente</b>				<b>Quarto</b>
<b>Tipologia do Serviço</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de Internamento: ____/____/____</b>			
- Antecedentes					
- Diagnóstico					
- Motivo de internamento					
<b>Avaliação da Pessoa</b>					
<b>Sensação, Reparação</b>					
<b>Conferência Familiar</b>					
<b>Plano</b>					
<b>Respiração</b>					
<b>Circulação / Temperatura</b>					
<b>Nutrição</b>					
<b>Digestão</b>					
<b>Eliminação</b>					
<b>Tegumentos, Volume de líquidos</b>					
<b>Actividade Motora</b>					
<b>Exames, Terapias</b>					
<b>Outras observações</b>	<b>Escalas</b>	<b>Braden</b>	<b>Barthel</b>	<b>Morse</b>	<b>Karnofsky</b>

## **Anexo IV - Programa do Workshop “FERIDAS MALIGNAS”**

# WORKSHOP FERIDAS MALIGNAS

6 de Junho 2013

## PROGRAMA

**08h00 Sessão de abertura**

María José Costa Dias | Nélia Ferreira | Maria Aponte

**08h30 Incidência e fisiopatologia das feridas malignas**

Sara Vilela

**10h15 Problemas mais frequentes nas feridas malignas**

María Aponte

**11h00 Coffee Break**

**11h30 Estratégias para a resolução dos sintomas apresentados pelos doentes com feridas malignas**

María Aponte

**13h00 Almoço livre**

**14h30 Tratamentos dirigidos à doença oncológica com efeitos positivos nas feridas malignas**

Gracia André

**15h45 Coffee Break**

**16h00 Casos clínicos**

María Aponte | Sara Vilela | Gracia André | Helena Teixeira

**17h00 Encerramento**

María Aponte

## **Anexo V - Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde**

<p><b>DEGRAU 1 – Dor leve</b></p> <p><i>Não opióides</i></p> <p>Ácido acetilsalicílico Paracetamol Anti-inflamatórios ±Adjuvantes</p>	<p><b>DEGRAU 2 – Dor moderada</b></p> <p><i>Opióide fraco</i></p> <p>Tramadol Codeína Dihidrocodeína ±Adjuvantes ±Não opióides</p>	<p><b>DEGRAU 3 – Dor intensa</b></p> <p><i>Opióide forte</i></p> <p>Morfina Buprenorfina Fentanil Etc. ±Adjuvantes ±Não opióides</p>
<p><b>Considerar terapêuticas adjuvantes: radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, cirurgia, bloqueios anestésicos.</b></p>		
<p><b>Apoio psicossocial, espiritual e o tratamento de outros sintomas.</b></p>		

## **Anexo VI - ESAS (*Edmonton Symptom Assessment Scale*)**

Coloque um círculo em redor do número que melhor descreva como se sente NESTE MOMENTO:

Sem dor	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náusea / enjojo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náusea / enjojo possível
Sem depressão	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem sonolência	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito apetite	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite possível
Melhor nível de bem-estar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nível de bem estar possível
Sem falta de ar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação e falta de ar possível
.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	.....



## **Anexo VII - Índice de Karnofsky**

	%	Critérios específicos
Apto para actividades normais e trabalho; sem necessidade de cuidados especiais.	100	Normal, sem queixas e nenhuma evidência de sinais ou sintomas da doença.
	90	Capacitado para actividades normais; apresenta pequenos sinais e sintomas da doença.
	80	Actividade normal realizada com esforço; apresenta sinais e sintomas de doença.
Inapto para trabalhar; apto para viver em casa e cuidar de muitas das suas necessidades. As quantidades de assistência e suporte necessários são bastante variáveis.	70	Cuidados para si, incapaz para actividades normais ou trabalho activo.
	60	Requer ajuda ocasional, apto para cuidar de muitas necessidades pessoais.
	50	Requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada.
Inapto para cuidar de si mesmo; requer cuidados hospitalares ou equivalentes especializados; doença pode estar a progredir rapidamente.	40	Incapacitado; requer cuidado especial e assistência.
	30	Severamente incapacitado; admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é eminente.
	20	Muito doente; admissão no hospital necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos.
	10	Moribundo; processo de fatalidade progredindo rapidamente.
	0	Morte.

## **Anexo VIII - Escala de Barthel**

Alimentar-se	0= Incapaz 1= Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga 2= Independente
Tomar banho	0= Dependente 1= Independente
Higiene pessoal	0= Necessita de ajuda com cuidado pessoal 1= Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Ir à casa de banho	0= Dependente 1= Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 2= Independente
Evacuar	0= Incontinente (ou precisa de enema) 1= Acidente ocasional (máximo: 1 vez por semana) 2= Continente
Urinar	0= Incontinente ou algaliado e incapacitado para o fazer 1= Acidente ocasional (máximo: 1 vez em 24 horas) 2= Continente
Deslocações	0= Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 1= Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se 2= Pequena ajuda 3= Independente
Mobilidade	0= Imobilizado 1= Independente na cadeira de rodas incluindo cantos 2= Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 3= Independente
Vestir	0= Dependente 1= Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 2= Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Escadas	0= Incapaz 1= Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda) 2= Independente para subir e descer

0-04: Muito grave

05-09: Grave

10-14: Moderado

15-19: Ligeiro

20: Independente

## **Anexo IX - Escala de Braden**

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada: reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, tec. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente mas nem sempre húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne, laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU Está em jejum e/ou dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma suplemento dietético OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplemento.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Move-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	
PONTUAÇÃO FINAL				

(Gonçalves, 2011, p.200)

Baixo risco:  $\geq 16$ ; Médio risco: 13-15; Alto risco  $\leq 12$

## **Anexo X - Protocolo Buckman**

Este Protocolo tem como criador Robert A. Buckman, Médico nascido em Londres e Professor na Universidade de Toronto, Canadá. Em 2005 identificou seis passos para comunicar “más notícias”, que passaram a ser conhecidos com a mnemónica *SPIKES*:

S – *Setting*: conseguir o ambiente correcto e o espaço apropriado para uma conversa privada, sensível e possivelmente devastadora para quem a vai receber. É importante envolver as pessoas significativas para o doente, fazê-lo ao nível deste, mostrar calma e estar atento.

P – *Perception*: descobrir o que o doente já sabe, princípio de “perguntar antes de dizer”. Não deve existir confronto com o doente em negação.

I – *Invitation*: descobrir o que o doente quer saber.

K – *Knowledge*: partilhar a informação, utilizando um  *tiro de aviso*, como “Infelizmente, temos más notícias para si, Sr. Andrews” ou “Mrs. Smith, lamento ter de lhe dizer....”

E – *Empathy*: identificar a origem e responder às emoções do doente, mostrar que existe uma ligação entre o que ouviu e a emoção que apresenta, validar tudo com uma afirmação, como “Ouvir o resultado do RX foi evidentemente um choque para si”.

S – *Strategy and summary*: a melhor forma de preparar o doente para a participação nas decisões de tratamento é garantir que este compreende a informação partilhada. Deve-se ir questionando o doente se está a acompanhar a conversa e resumi-la no final. Caso seja necessário, deve-se planear novos encontros.



## **Anexo XI - Avaliação da Formação em Serviço**

**AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO****Título: A auto imagem em cuidados paliativos****Local: Piso 4 HA****Data: 25/07/2013****Formador(s): Enf.ª Ana Hipólito****Hora de início: 14:25h****Hora fim: 15:15h**

<b><u>SESSÃO DE FORMAÇÃO</u></b>	<b>INSUFICIENTE</b>	<b>SUFICIENTE</b>	<b>BOM</b>	<b>MUITO BOM</b>
<b>A) Conteúdos abordados</b>				
<b>B) Pertinência para os cuidados</b>				
<b>C) Métodos utilizados</b>				
<b>D) Clareza da formação</b>				
<b>E) Apreciação global da formação</b>				

<b><u>FORMADOR</u></b>	<b>INSUFICIENTE</b>	<b>SUFICIENTE</b>	<b>BOM</b>	<b>MUITO BOM</b>
<b>F) Domínio da temática</b>				
<b>G) Clareza/ Linguagem</b>				
<b>H) Metodologia</b>				
<b>I) Postura</b>				
<b>J) Apreciação global do formador</b>				

**Sugestões:** \_\_\_\_\_**De A) a J) qual considera ser o aspecto a salientar nesta sessão?** \_\_\_\_\_

Na avaliação da sessão, os formandos avaliaram:

- 1 Formando seleccionaram "Bom" e 5 como "Muito bom" em relação aos conteúdos abordados;
- Na pertinência para os cuidados 2 formandos responderam "Bom" e 4 "Muito bom";
- Nos métodos utilizados, 3 formandos responderam "Bom" e 3 "Muito bom";
- Em relação à clareza da formação, 2 formandos consideraram "Bom" e 4 "Muito bom";
- Na apreciação global da formação, 2 formandos assinalaram "Bom" e 4 "Muito bom";

Na avaliação da formadora:

- O domínio da temática foi avaliado por 2 formandos "Bom" e por 4 "Muito bom";
- Na clareza/linguagem 2 formandos avaliaram como "Bom" e 4 como "Muito bom";
- Na metodologia, 2 formandos votaram como "Bom" e 4 como "Muito bom";
- Relativamente à postura da formadora, 1 formando avaliou como "Bom" e 5 como "Muito bom";
- Na apreciação global da formadora, apenas 1 formando avaliou como "Bom" e 5 como "Muito bom".

Nenhum dos formandos apresentou sugestões.

Relativamente aos aspectos a salientar na sessão, 2 formandos não responderam, 1 salientou G) Clareza/Linguagem e 2 referiam que era a B) Pertinência para os cuidados.

Um dos 7 formando não preencheu a ficha de avaliação e não assinou no registo de presenças.